

automne/hiver 2001/2002

volume 4/5

numéro 4/1

5,50 \$

le réseau

canadien pour la santé des femmes



La santé des femmes autochtones

introduction

Voici le numéro d'automne 2001/hiver 2002 de *Réseau*, dans lequel nous vous proposons une édition spéciale sur la santé des femmes autochtones. L'attente a été longue, certes, mais j'ai bon espoir que vous estimerez votre patience récompensée. Ce numéro s'inscrit dans la foulée des deux précédents sur la santé des femmes et la diversité, dans le but d'approfondir les questions liées à la recherche, la formulation des politiques, le travail communautaire et la démarche de guérison entreprise par les femmes autochtones partout au Canada. Il présente également les toutes dernières ressources sur le sujet, lesquelles confirment, d'une part, qu'il s'accomplit de l'excellent travail dans ce domaine et, d'autre part, qu'il reste encore beaucoup à faire.

~ Connie Deiter
Éditrice invitée

le réseau / network

volume 4/5 n° 4/1 automne/hiver 2001/2002

ISSN : 1 480-0039

Éditrice invitée : Connie Deiter
Éditrice adjointe et Responsable de la production : Susan White
Conception et mise en page : Folio Design
Traduction : Intersigne
Correction : Lynnette D'anna, Jeff Stafund
Abonnements : Léonie Lafontaine; admin@cwln.ca
Comité consultatif : Maria Barile, Anne Rochon Ford, Marsha Forrest, Prudence Hannis, Marlene Larocque, Martha Muzychka

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
Télé. : (204) 989-2355
ATS (seulement) à Winnipeg : 942-2806
ATS sans frais : 1 866 694-6367
Courriel : cwln@cwln.ca
Numéro sans frais : 1 888 818-9172
Numéro de convention : 40036219

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 : Nikki Jubinville
Éducatrices en santé communautaire du RCS : Alex Merrill, Manon Sabourin
Coordonnatrice des liaisons : Mona Dupré-Olinik
Bibliotechniciennes : Charlene Jones, Lianne Wood

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.

DANS CE NUMÉRO

- 3 Recherche en tant que contrat spirituel
- 5 Parlons recherche
- 6 Les toxicomanes enceintes au Manitoba
- 9 Des donneurs de moelle osseuse
- 11 La santé des femmes inuites
- 13 La recherche sur la santé des femmes autochtones
- 16 Les femmes autochtones au Québec
- 18 La pauvreté est un danger
- 20 Le savoir-faire culturel chez les infirmières autorisées
- 22 Le sujet du poids
- 23 Critique de livre : *Just Another Indian*
- 24 Des femmes remarquables
- 26 Q et R : le diabète
- 27 Points d'intérêt : rapports et publications

en page couverture

Notre page couverture présente un tableau de l'artiste métis Bob Boyer, intitulé *Walks by the Water Woman*. Il évoque l'histoire vécue d'une jeune femme qui avait été agressée brutalement pendant une sortie en soirée. Pendant son séjour à l'hôpital, sa famille avait fait appel à une aînée pour que celle-ci prie pour elle. On s'attendait à ce que la jeune femme succombe à ses blessures, mais elle a survécu. Elle a adopté un nouveau mode de vie, observant la tradition autochtone; on lui a donné le nom de *Walks by the Water Woman* [« Celle qui marche au bord de l'eau »]. Bob Boyer dirige le département des arts autochtones du Saskatchewan Indian Federated College; artiste de renommée internationale, il est aussi danseur dans les pow-wows et enseignant.

RECHERCHE EN TANT QUE CONTRAT SPIRITUEL :

un projet sur la santé des FEMMES AUTOCHTONES

PAR LESLIE TIMMINS

Cet article s'appuie sur une entrevue avec Connie Deiter



DANS LE PASSÉ, LORSQU'UN ANTHROPOLOGUE APPROCHAIT UNE TRIBU DES PREMIÈRES NATIONS AFIN DE DOCUMENTER, PAR EXEMPLE, UNE CÉRÉMONIE, IL ARRIVAIT QUELQUEFOIS QUE DE FAUSSES INFORMATIONS ÉTAIENT DONNÉES. SI LE CHERCHEUR OUBLIAIT DE « PAYER » POUR LES CONNAISSANCES OFFERTES, IL RISQUAIT DE SE PLACER ET DE PLACER LE DONNEUR D'INFORMATION DANS UNE SITUATION COMPROMETTANTE. EN CRI, LE TERME *pastahow* FAIT RÉFÉRENCE AU TORT SPIRITUEL OU À LA « DETTE » QUI SERAIT TRANSMISE À LA PARENTÉ ET AUX GÉNÉRATIONS FUTURES DU DONNEUR OU DU RECEVEUR DE CETTE CONNAISSANCE, SI LE PAIEMENT APPROPRIÉ N'ÉTAIT PAS EFFECTUÉ. SI VOUS PRENEZ QUELQUE CHOSE DE QUELQU'UN, VOUS DEVEZ DONNER QUELQUE CHOSE EN RETOUR AFIN DE GARDER LA VIE EN ÉQUILIBRE. DE CETTE FAÇON, TOUTE CONNAISSANCE EST UNE CONNAISSANCE SPIRITUELLE.

Connie Deiter et Linda Otway, deux chercheuses associées au Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, ont récemment terminé une étude dans laquelle elles appliquent ce principe. « Lorsque Linda Otway et moi avons approché les aînées des Premières nations pour notre recherche sur la santé et le ressourcement de la communauté, indique Connie Deiter, nous leur avons apporté des présents traditionnels comme des sachets de tabac et des draps de coton, ainsi qu'une rétribution. D'une certaine façon, nous suivions une « méthode de recherche » que nous avons apprise

lorsque nous étions enfants. Lorsque nous avons demandé à une aînée de nous apprendre quelque chose ou de prier pour nous, nous les payions avec un présent. Les habiletés ou les avantages que nous avons gagnés augmentaient en retour la valeur de notre famille et de notre communauté. Lorsque nous leur avons demandé de partager ces connaissances dans le cadre de notre étude de recherche, nous savions que nous étions en train de signer un contrat spirituel. »

L'étude complète, *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's*

Si vous prenez quelque chose de quelqu'un, vous devez donner quelque chose en retour afin de garder la vie en équilibre. De cette façon, toute connaissance est une connaissance spirituelle.

Health Project, indique que les définitions de la santé, du ressourcement et des communautés en santé, telles qu'elles sont formulées par les femmes rencontrées par Otway et Deiter et par celles qui ont répondu à leur sondage, conservent toujours des parcelles de ces anciennes conceptions. « Une préoccupation continue concernant "l'équilibre" et le *pastahow* est visible », affirme Deiter. Ce que vous faites maintenant, ou qui vous est fait, met en place ce qui arrivera dans l'avenir, la façon dont nous traitons les autres a une répercussion fondamentale sur notre santé. Même si les aînées expriment ces visions en termes spirituels explicites et que les femmes (plus jeunes) lors du sondage utilisaient principalement des termes profanes, la plupart des réponses des femmes démontrent une plus vaste compréhension de la santé que celle offerte par seulement une vision biomédicale. »

Un total de 98 femmes provenant du Manitoba et de la Saskatchewan ont participé à l'étude, dont cinq aînées. « Puisqu'une partie de l'histoire des Premières nations n'a pas été enregistrée, nous voulions parler aux femmes plus âgées, qui avaient vécu en pensionnat. Des femmes qui connaissaient l'ancien régime des permis, celui dans lequel on demandait au gens d'avoir un laissez-passer d'un agent autochtone afin de recevoir des soins médicaux. Avec les aînées, nous avons utilisé une méthode d'entrevue qui nous permettait d'avoir une histoire orale, si l'orateur le désirait. Nous posions une seule question, "Que pensez-vous qu'est la santé?" Les réponses des aînées plaçaient les termes "ressourcement" et "santé" autant dans des contextes personnels qu'historiques, associant les termes colonisation et maladies. »

Amy, une grand-mère sioux de Oak Lake, au Manitoba, qui est diabétique, affirme : « Mes problèmes de santé, je crois, ont commencé lorsque j'avais huit ans. Maintenant je suis âgée de soixante-sept ans. Dans ce laps de temps, j'ai été victime d'abus sexuels, de violence physique et psychologique. Lorsqu'on m'a sortie de ma

maison pour me placer en pensionnat — à partir de ce jour, ma maladie a commencé. Grâce au ressourcement, j'ai retrouvé [...] mes coutumes indiennes et de Dakota. Je suis maintenant à jeun depuis vingt ans, le Créateur m'a aidée et j'ai aidé les autres ». Inez, une aînée de la tribu des Cris-des-Plaines, âgée d'une soixantaine d'années, se souvient : « Pendant un long moment, au pensionnat de Onion Lake, j'avais ce que l'on appelait un "écoulement dans les oreilles"; aucune mesure n'a été prise [...] Aujourd'hui, je suis les coutumes indiennes. Je retourne toujours à ma réserve pour me ressourcer et me reposer. »

Les plus grandes préoccupations déterminées par les aînées représentent la violence familiale, le diabète et le besoin d'un plus grand nombre de services de santé non assurés.


Même si les prescriptions de médicaments sont « gratuites » pour les gens des Premières nations en vertu de la *Loi sur les Indiens*, Deiter mentionne qu'un certain nombre de femmes affirme qu'ils sont habituellement assurés pour les « anciens » médicaments. « Si nous voulons obtenir les nouveaux médicaments (et les plus efficaces), nous devons les payer nous-mêmes. »

Même si la majorité des répondantes au sondage étaient des jeunes femmes, 70 p. 100 s'entendent avec les aînées pour désigner la violence familiale comme leur première préoccupation en matière de santé. Elles ont choisi cette option devant le syndrome d'alcoolisation foetale, l'hypertension et le cancer. De plus, tout comme les aînées, elles ont mentionné le diabète comme leur deuxième préoccupation, suivi de l'abus d'alcool ou d'autres drogues et les questions de santé mentale.

La plupart des répondantes ont affirmé que leur communauté n'était pas en santé et leur définition de « santé » a démontré un haut niveau de consensus. Voici une description commune : « [un endroit] où tout le monde travaille ensemble et se préoccupe l'un de l'autre. » Une femme a écrit qu'une communauté en santé est « une communauté libérée de toute mauvaise santé [ou] qui

comporte des gens qui, malgré une mauvaise santé, sont sains intellectuellement, spirituellement... et émotionnellement. »

Confirmant d'autres recherches sur la pauvreté des femmes autochtones au Canada (Statistique Canada, *Profil autochtone*, Ottawa, 1996), les données démontrent que 57 p. 100 des répondantes vivent avec un revenu de moins de 20 000 \$ par année, seulement 40 p. 100 ont un emploi à temps plein ou à temps partiel, et 35 p. 100 sont chef de famille monoparentale. Même si certaines ont mentionné « une bonne alimentation » comme faisant partie d'une bonne santé et la plupart des femmes ont affirmé que leurs besoins nutritionnels étaient satisfaits, certaines d'entre elles affirmaient que régulièrement, elles n'avaient pas les moyens d'acheter des aliments frais. « Je n'ai pas les moyens de suivre le Guide alimentaire canadien » était le commentaire énigmatique d'une des femmes. « Parmi les 28 p. 100 de celles qui ont affirmé que leurs besoins nutritionnels n'étaient pas satisfaits, Dieter souligne que certaines ont affirmé ne pas avoir mangé pour s'assurer que leurs enfants étaient nourris. »

« Notre étude révèle que les femmes autochtones voient la santé comme une condition holistique, largement créée par la communauté et pour la communauté », affirme Dieter. « Nous avons utilisé une variété d'outils de recherche pour arriver à cette conclusion, mais il était essentiel, selon notre point de vue, d'incorporer des méthodes qui étaient appropriées à la culture que nous étudions. Maintenant, il est essentiel que les gouvernements adoptent cette vision de la santé et qu'ils autorisent les femmes autochtones à la réaliser. » 

Cet article a été tiré du Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes, vol. 2, numéro 3, Hiver 2002. Pour obtenir un abonnement gratuit à ce bulletin, veuillez contacter le RCSEF.

Leslie Timmins est rédactrice adjointe du Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes. Connie Dieter est une écrivaine et une chercheuse cri-des-Plaines, qui défendra bientôt une thèse de maîtrise ès arts portant sur l'histoire orale, à l'Université de l'Alberta.

*Pour obtenir un exemplaire du rapport complet de Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project veuillez contacter le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies
Tel. : (204) 982-6630, Téléc. : (204) 982-6637
Courriel : pwhce@uwinnipeg.ca
Téléchargement : www.pwhce.ca/pdf/deiter.pdf*

Parlons recherche en santé des femmes autochtones

Aimeriez-vous participer à l'échange d'idées, de nouvelles, de projets de recherche ou d'annonces concernant des événements avec des personnes qui travaillent elles aussi dans le domaine de la recherche en matière de santé des femmes autochtones?

Le Réseau pour la santé des femmes a récemment mis sur pied un listserv à l'intention d'un groupe informel appelé le Groupe d'intérêt en recherche sur la santé des femmes autochtones. La création de ce service suit une recommandation faite lors de l'Atelier national traitant de la recherche sur la santé des femmes autochtones, organisé en mars 2001 par les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Il permettra d'afficher des messages, de débattre de questions de réglementation, de discuter des projets de recherche possibles et de collaborer à l'avancée de la recherche dans ce domaine.

Pour vous abonner, faites parvenir un courriel à owner-awhrig-l@list.web.net et demandez qu'on vous inscrive au listserv AWHRIG-L. Prière de fournir une brève description de vos champs d'intérêt et de vos activités.



les TOXICOMANES ENCEINTES au Manitoba

PAR CAROLINE TAIT

À LA SUITE DE LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME EN SEPTEMBRE 1997 PORTANT SUR LA CAUSE DE « MADAME G », SANTÉ MANITOBA A DEMANDÉ AU CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES—RÉGION DES PRAIRIES (CESFP) DE MENER UNE ÉTUDE VISANT À EXPLORER LE VÉCU DES FEMMES ENCEINTES QUI DEMANDENT À SUIVRE UN TRAITEMENT DE DÉSINTOXICATION, QUI Y PARTICIPENT ET QUI LE TERMINENT, AINSI QUE SUR LEUR RETOUR À UNE VIE NORMALE. CETTE ÉTUDE A POUR BUT AUSSI D'EXAMINER LES SERVICES ET LES PROGRAMMES EXISTANTS, DE DÉTERMINER SI CEUX-CI RÉPONDENT AUX BESOINS DE LA POPULATION CIBLÉE ET DE DÉFINIR LES CARACTÉRISTIQUES DE CEUX QUI SONT EFFICACES.

Des représentantes du CESFP et de Santé Canada (Toxicomanie), une conseillère en recherche, une professeure d'université et la chercheuse responsable de l'étude formaient le Groupe de travail du projet du CESFP. Des représentantes de cinq organismes œuvrant dans le domaine de la toxicomanie, de Santé Canada, de Santé Manitoba (Toxicomanie et Santé des autochtones) et de Services à la famille et Logement Manitoba formaient le Comité consultatif du projet. Ces deux groupes ont assuré la supervision. Abordant les variables influant sur la santé et le bien-être d'un point de vue holistique, cette étude fait appel à l'approche axée sur les déterminants de la santé. Des entrevues en profondeur comportant des questions ouvertes ont été réalisées auprès de soixante-quatorze usagères ayant consommé des substances au cours de

leur grossesse. Des données ont aussi été cueillies dans des groupes de discussion pour usagères, dans des rencontres communautaires, dans des documents diffusés par les professionnels de la santé et au moyen d'un questionnaire. Les services dispensés aux Autochtones résidant en réserve et les expériences des femmes autochtones concernant l'accès aux services hors réserve n'ont pas été inclus.

Le rapport intitulé *The Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (ou « l'étude PAW ») contient quarante-neuf recommandations. Sept d'entre elles constituent des recommandations clés.

- Que Santé Manitoba appuie des programmes de mentorat comme STOP FAS qui s'adressent à des femmes à haut risque résidant à l'extérieur de Winnipeg, et des

programmes de mentorat qui se penchent sur d'autres types de toxicomanie, notamment l'utilisation de substances absorbées par inhalation.

- Que Santé Manitoba, en collaboration avec les intervenants œuvrant dans le domaine de la toxicomanie et des activités d'approche, améliore les soins post-thérapeutiques offerts aux femmes, notamment qu'il favorise une plus grande communication chez les pourvoyeurs de services et les services de suivi efficaces dans le but d'aiguiller les femmes vers des ressources de soutien au sein de leur communauté.
- Que Santé Manitoba mette sur pied des services d'approche qui tiennent compte des rapports entre les sexes et que les femmes peuvent identifier comme soutenant et dignes de confiance, notamment à l'intention de certaines populations à haut risque et des communautés aux prises avec des problèmes de toxicomanie graves. Ces services doivent aussi travailler en collaboration avec d'autres organismes tels ceux offrant des programmes de désintoxication et les Services à l'enfant et à la famille. L'objectif est d'aider ces femmes à construire des réseaux de soutien sains et à réduire ou cesser leur consommation de substances avant, pendant et après leur grossesse, contribuant ainsi à maintenir des environnements familiaux stables et à offrir des possibilités en matière d'éducation et d'emploi.
- Que Santé Manitoba reconnaisse les organismes autochtones, tels que les Services d'aide à l'enfant et à la famille métis, les centres d'amitié et le Aboriginal Health and Wellness Centre à Winnipeg, comme des intervenants dont la position clé favorise une intervention directe auprès des femmes enceintes à grand risque et auprès des communautés qu'ils desservent, et qu'ils sont les mieux placés pour élaborer des programmes et des services pertinents ciblant les femmes autochtones et pour travailler en collaboration avec les services de toxicomanie situés dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci.
- Que Santé Manitoba développe des services à l'intention des femmes enceintes qui se présentent en état d'ébriété, y compris celles qui sont appréhendées par les forces policières selon la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*.
- Vu le rôle important que jouent les Services à l'enfant et à la famille dans la vie des femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et dont les enfants ont été pris en charge ou seront pris en charge à la naissance, que Santé Manitoba travaille en collaboration avec les SEF et les programmes de désintoxication dans le but d'élaborer des moyens qui permettront à ceux-ci de

Qui était « madame G »?

« Madame G » était une Autochtone de 23 ans de Winnipeg, qui avait reçu du tribunal l'ordre de suivre un traitement alors qu'elle attendait son quatrième enfant et qu'elle était à son cinquième mois de grossesse.

La poursuite a été menée par les Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (SEF), lesquels ont porté plainte contre « G » en raison de son refus d'arrêter d'inhaler de la colle, une pratique menaçant la santé du fœtus. Bien que la décision de la première cour ait été renversée par la Cour d'appel du Manitoba, « madame G » décida elle-même de suivre un traitement.

Les SEF ont poursuivi leurs efforts pour obtenir le droit de forcer les toxicomanes enceintes à suivre un traitement et ont fait appel à la plus haute instance juridique du pays pour obtenir cette autorité.

La question présentée devant la Cour suprême était la suivante : l'État a-t-il le droit d'obliger les toxicomanes enceintes à suivre un traitement thérapeutique? Une réponse affirmative de la Cour serait une déclaration à l'effet que les femmes ont le « devoir d'assurer le bien-être » de leur fœtus et ouvrirait la porte à un éventail d'actions qui pourraient réguler le comportement des femmes enceintes.

Il est possible que ce pouvoir serait utilisé avec sévérité contre les plus démunies et marginalisées d'entre nous. Le fait d'accorder des droits légaux au fœtus pourrait menacer la liberté de reproduction de toutes les femmes, notamment l'accès à l'avortement, un droit obtenu au prix de dures luttes.

Afin de défendre le droit des femmes à l'autonomie, des professionnels de la santé, des groupes communautaires et des chercheurs ont lancé une campagne musclée ayant pour but de convaincre la Cour de l'inefficacité de la contrainte juridique, une approche qui ne contribue pas à résoudre ce problème social complexe. Selon la coalition, la toxicomanie est un problème de santé qui doit être géré par des services axés sur les besoins des femmes, et non par la loi.

Les organismes suivants figuraient parmi les parties intervenant au nom de « madame G » : la Coalition pour les droits des femmes en matière de santé, qui comptait la Clinique de santé des femmes, Métis Women of Manitoba, Native Women's Transition Centre et l'Association manitobaine des droits et libertés, ainsi que le Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, l'Association canadienne pour le droit à l'avortement et ►

Qui était « madame G » (cont.)

l'Association canadienne des libertés civiles.

En examinant de plus près les pièges inhérents aux approches simplistes et individualistes, la Coalition a présenté à la Cour cinq arguments qui justifient le rejet de l'imposition de mesures thérapeutiques obligatoires aux toxicomanes enceintes.

Une abondante documentation indique que les traitements forcés sont inefficaces. Les femmes à risque ont tendance à se tenir loin des services par peur d'être appréhendées, elles et leurs enfants. Elles sont donc poussées à la clandestinité et privées des soins essentiels.

Les lois sur les traitements obligatoires peuvent être appliquées de façon injuste. Des études menées dans d'autres pays démontrent que la majorité des femmes traitées contre leur volonté sont pauvres et/ou font partie de minorités raciales.

Une réaction qui vise uniquement le maintien de l'ordre public ne mène qu'à des solutions simplistes, lesquelles n'abordent pas les causes systémiques et sociales de la toxicomanie, y compris la violence, l'abus sexuel, la pauvreté, une mauvaise estime de soi et une absence de contrôle. Le racisme et autres formes de discrimination aggravent la situation quant aux femmes appartenant à des groupes marginalisés.

De plus, si le droit à la protection est accordé au fœtus, les tribunaux pourraient accorder aussi le droit d'instaurer des mesures de contrôle de tous les comportements des femmes en âge de procréer.

Et pour terminer, l'attribution d'une telle autorité aux services d'aide à l'enfance et à la famille génère beaucoup d'inquiétude, notamment en ce qui a trait au conflit de priorités qui pourrait survenir entre le travail préventif auprès des familles et le mandat juridique de superviser et d'appréhender les enfants à risque.

En bout de ligne, sept des neuf juges de la Cour suprême ont statué que le tribunal n'avait pas le droit de forcer des toxicomanes enceintes à suivre un traitement.

La Coalition pour les droits des femmes en matière de santé était satisfaite de cette décision. Toutefois, elle aurait préféré que l'argent dépensé dans ce dossier soit utilisé pour répondre aux besoins urgents des toxicomanes enceintes. La Coalition était aussi déçue du fait que le tribunal n'ait pas rappelé plus fermement au gouvernement ses responsabilités et son obligation de mettre en place des mesures positives visant à offrir à ces femmes des soins plus adéquats, ce qui assurerait à toutes celles qui en font la demande l'accès à des traitements et des programmes de soutien plus conviviaux pour cette clientèle. ☺

Ce résumé, par Lynnette D'anna, est extrait du rapport spécial publié dans le numéro d'hiver 1997 de la revue Le Réseau. Le rapport présente une analyse étoffée des enjeux explosifs que présente le cas de « madame G ». Vous pouvez obtenir sur commande des numéros antérieurs en vous adressant au Réseau canadien pour la santé des femmes.

fournir aux femmes un éventail de services pertinents lorsqu'un mandat d'appréhension est émis.

- Que Santé Manitoba, conjointement avec un large éventail d'organismes de services et de programmes de désintoxication, installe chez les femmes susceptibles de consommer des substances pendant leur grossesse un climat de confiance et de sécurité lorsque celles-ci veulent accéder à des ressources en lesquelles elles croient et qui sont les plus aptes à les aider dans leur démarche de réduction ou de sevrage.

Tim Sale, ministre de Services à la famille et Logement Manitoba et président de Healthy Child Committee of Cabinet, a annoncé en décembre 2000 que le programme STOP FAS serait mis en œuvre également à Thompson et The Pas, grâce à un financement de 264 000 \$ de Healthy Child Manitoba. Le ministre a souligné que cette action résultait d'une des recommandations clés de l'étude PAW, aussi affichée sur le site Web de Santé Manitoba.

La volonté des femmes d'améliorer leur qualité de vie, combinée à l'élan positif généré par les fournisseurs de services provinciaux et le solide engagement venant des ministères gouvernementaux, pourrait très bien se traduire en résultats concrets en matière de santé, soit des retombées bénéfiques pour les femmes à risque et leur famille.

Le Comité de développement de stratégies—composé de membres du Comité consultatif pour le projet PAW, de la division d'aide à l'emploi et au revenu de Services à la famille et Logement et d'organismes privés d'aide sociale à l'enfance—a pour mandat de veiller à la mise en œuvre des recommandations de l'étude PAW ou de faire le point sur les actions dont elles ont fait l'objet ou les mesures qu'elles suscitent actuellement. ☺

Caroline Tait, une femme métis de la Saskatchewan, est titulaire d'une bourse d'études Fulbright et termine présentement son doctorat à l'Université McGill. Elle est reconnue comme étant une chef de file dans la recherche portant sur le syndrome d'alcoolisation fœtale et les effets de l'alcoolisme fœtal dans les communautés autochtones.

Le document The Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba est disponible en ligne, à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/documents>. Vous pouvez obtenir un exemplaire imprimé en vous adressant au Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, au (204) 982-6630 ou en consultant leur site Web au www.pwhce.ca.

Une mère lance une campagne pour recruter des donneurs de moelle osseuse

PAR MICHELLE HÜGLI

CHAQUE JOUR, GLORIA GREYEVES DEVAIT OBLIGER JASMINE, SA FILLE ÂGÉE DE QUATRE ANS, À PRENDRE UN COMPRIMÉ ET, DEUX FOIS PAR SEMAINE, À EN AVALER UN AUTRE ET DEMI. TROIS FOIS LA SEMAINE, ELLE LUI ADMINISTRAIT AUSSI DES ANTIBIOTIQUES SOUS FORME LIQUIDE. UNE FOIS PAR MOIS, JASMINE RECEVAIT UNE INJECTION INTRACARDIAQUE ET DEVAIT ENSUITE ABSORBER TROIS AUTRES COMPRIMÉS, DEUX FOIS PAR JOUR, PENDANT CINQ JOURS. À TOUS LES TROIS MOIS, JASMINE DEVAIT SUBIR UNE PONCTION LOMBAIRE ET PRENDRE SIX COMPRIMÉS ET DEMI PAR SEMAINE SUITE À CE TRAITEMENT. ENFIN, ON DEVAIT LUI EXTRAIRE À TOUS LES SIX MOIS UNE CERTAINE QUANTITÉ DE MOELLE POUR EN FAIRE L'EXAMEN.

« C'est une expérience angoissante et bouleversante », confie Gloria, qui a dû néanmoins imposer ce traitement à sa fille dès l'âge de deux ans. Cette obligation lui brisait le cœur, mais elle n'avait pas le choix : Jasmine est atteinte de leucémie et, pour rester en vie, elle a également dû subir des traitements de chimiothérapie.

Jasmine a reçu un diagnostic de leucémie lymphoïde aiguë en septembre 1999. Ironiquement, c'est au moment de terminer ses traitements, en novembre 2001, que sa mère a éprouvé la plus grande inquiétude. « Tout au long du traitement, la chimiothérapie constituait une sorte de protection contre le cancer. Maintenant, la leucémie pourrait réapparaître n'importe quand. Ma fille ne recevra plus les traitements de chimio qui permettraient de la contenir. » Toutefois, Jasmine ne prend plus de médicaments contre le cancer et a terminé la chimiothérapie, à sa grande joie et à celle de sa famille.

Gloria ne se bat pas seulement pour Jasmine mais

aussi pour les autres enfants autochtones qui, comme celle-ci, souffrent de cette maladie. La communauté autochtone doit veiller à recueillir des dons de sang et recruter des donneurs de moelle, car l'origine ethnique est un facteur important dans la recherche de donneurs éligibles. Les protéines appelées antigènes doivent être compatibles avec la moelle du receveur; certaines combinaisons d'antigènes sont spécifiques aux populations qui, comme les Autochtones, ont des liens génétiques rapprochés. C'est pour cette raison que Gloria a décidé de cibler ce groupe. Elle a conçu des affiches et des dépliants montrant la photo de Jasmine pour sensibiliser les membres de sa communauté à cette question.

Il n'est pas nécessaire que Jasmine subisse maintenant une greffe de moelle osseuse, mais Gloria sait que ce pourrait bientôt être le cas. C'est ce qui la pousse à agir. « Les chances pour un Autochtone de trouver un donneur compatible sont trop minces. C'est une perspective angoissante, parce que je sais

que ma fille ne sera sûrement pas la seule à être atteinte du cancer. J'ose espérer que le jour où un autre enfant, une fillette ou un garçon autochtone, aura à subir une greffe de moelle, j'aurai travaillé assez fort pour qu'on puisse lui trouver un donneur compatible. »

Des 215 000 donneurs inscrits au registre de donneurs de moelle osseuse non apparentés de la Société canadienne du sang, seulement 1 771 sont d'origine autochtone, ce qui signifie moins de un pour cent. Actuellement, les chances de trouver un donneur à partir d'un registre de ce type sont évaluées à une sur 775 000.

En 1998, Lance Relland, un adolescent métis, fondait l'Aboriginal Bone Marrow Registries Association (ABMRA) [Registre des donneurs

quelqu'un fait de celui-ci un parent. « Certaines personnes sont très susceptibles sur ce point; elles n'acceptent pas de donner leur sang à des étrangers. Elles considèrent toutefois les autres Autochtones comme des parents; c'est là une question de nature culturelle à laquelle nous devons être sensibles. »

M^{me} Lindsay ajoute qu'elle préfère voir les gens faire des dons destinés à un groupe restreint plutôt que de s'abstenir. L'ABMRA se déplace dans les réserves et les collectivités rurales des Premières nations pour recruter des donneurs potentiels. Plutôt que d'effectuer un prélèvement sanguin, on recueille un peu d'ADN à l'intérieur de la joue avec un tampon; cette méthode est moins intimidante pour ceux et celles qui envisagent d'être donneurs.

Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN), Gloria dissémine autant d'information que possible sur la leucémie, les dons de sang et les greffes de moelle osseuse. Elle envisage de distribuer des affiches et des dépliants dans toutes les réserves et communautés autochtones au Canada, y compris dans les centres d'amitié des principales grandes villes.

Gloria a demandé à la FSIN la permission d'utiliser son service de courrier pour acheminer son matériel d'information, car elle n'a pas les moyens d'assumer elle-même les frais de poste. Elle ne sort jamais sans sa pile de dépliants sous le bras, qu'elle distribue à tous ceux et celles qu'elle rencontre, dans les bureaux des conseils de bande et ailleurs. Elle est animée par un senti-

« J'ose espérer que le jour où un autre enfant, une fillette ou un garçon autochtone aura à subir une greffe de moelle, j'aurai travaillé assez fort pour qu'on puisse lui trouver un donneur compatible. »

autochtones de moelle osseuse], après avoir lui-même réussi à trouver un donneur compatible. Il s'est rendu compte que tous les enfants autochtones n'auraient peut-être pas la même chance que lui. La mission du registre est d'aider les Autochtones à trouver des donneurs compatibles tout en respectant leur réalité culturelle.

L'ABMRA permet de faire un don dirigé, c'est-à-dire un don fait pour bénéficier un receveur spécifique. La Société canadienne du sang n'accepte que les dons universels. Il n'est pas possible de demander que son don soit destiné spécifiquement à la population autochtone. La directrice du service des dons de l'ABMRA, Mary Lindsay, explique que c'est là une question sensible parce que certains Autochtones croient que le fait de donner son sang à

Gloria collabore étroitement avec l'ABMRA pour sensibiliser la population autochtone à l'importance des dons de moelle osseuse. Elle dit avoir reçu beaucoup d'appui de la part de l'organisme et croit que celui-ci effectue un travail extrêmement important. Elle est témoin chaque jour de la souffrance de sa propre fille et cherche à donner un sens positif à la vie des personnes atteintes de cancer. « Je crois sincèrement qu'il y a une raison à toute chose, même celles qui nous semblent négatives, comme le cancer. Je dois y croire, penser que ça mènera à quelque chose de positif; j'estime que c'est le cas du registre des donneurs autochtones de moelle osseuse. »

Avec l'appui de l'ABMRA, de la Société canadienne du sang, du Conseil tribal de Muskeg Lake et de la

ment d'urgence. « La situation est critique, dit-elle. Il y a en ce moment même des gens qui ont besoin de subir une greffe de la moelle. »

Gloria est convaincue qu'après avoir entendu l'histoire de sa fille et pris conscience des besoins, les gens manifesteront leur appui. « Je sais que les Autochtones sont des donneurs et des gardiens. Par gardiens, je veux dire qu'ils veillent sur les enfants des uns les autres. Quand on aperçoit un petit enfant autochtone en détresse, on accourt pour lui venir en aide. On parle de la même chose, sauf qu'il s'agit dans ce cas de moelle osseuse. »

Michelle Hügli est étudiante en journalisme à l'Université de Regina. Elle est crie-saulteuse et originaire de la nation Yellow-Quill en Saskatchewan.

La santé des femmes inuites : *un appel à l'engagement*

PAR LA PAUKTUUTIT INUIT WOMEN'S ASSOCIATION OF CANADA

PPAUKTUUTIT A ACQUIS UNE RECONNAISSANCE ET UN RESPECT À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE POUR SES COMPÉTENCES DANS LE DOMAINE DE LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ. NOTRE RÉUSSITE REPOSE SUR LA MISSION QUE NOUS NOUS SOMMES DONNÉE, CELLE DE FAVORISER LA PRISE EN CHARGE INUITE EN FAISANT APPEL À DES GROUPES DE TRAVAIL ET DES COMITÉS DIRECTEURS INUITS POUR GUIDER ET ENCADRER TOUTES NOS INITIATIVES.

Nous visons à assurer une participation importante dans le développement des programmes et des politiques qui nous touchent. Nous devons reprendre en main nos soins de santé et participer en tant que véritables partenaires actifs. Nos besoins sont trop souvent intégrés dans des discussions élargies portant sur la santé autochtone. Fait important, ce sont les programmes conçus pour les Premières nations qui sont souvent mis en œuvre, là où les besoins nécessiteraient la mise en place d'initiatives communautaires spécifiques aux Inuits.

L'imposition de programmes de santé non inuits nous touche de plusieurs manières. L'une des conséquences est la perte de la sage-femmerie traditionnelle comme partie intégrale de nos vies. Les pratiques liées à l'accouchement étaient intimement liées à notre mode de vie et notre tissu social. Les liens au sein de la famille et de la communauté étaient renforcés et s'intensifiaient bien après l'événement de la naissance et influaient sur l'éducation de l'enfant et sur la place qu'il occupait dans la communauté.

Maintenant, la plupart des femmes inuites accouchent dans des hôpitaux, loin de leur foyer. Bien qu'elles apprécient les avantages qu'offrent la médecine moderne et la présence de médecins et d'infirmières en cas de complications, la demande se fait de plus en plus

croissante quant à la possibilité d'offrir aux femmes le choix d'accoucher dans leur propre communauté, selon un protocole conforme à leur culture et à leurs connaissances traditionnelles. Même si l'espoir d'introduire des services communautaires de sage-femmerie et d'accouchement dans le Nord renaît, cette possibilité est menacée par l'imposition de normes et de processus d'accréditation qui excluraient presque certainement les femmes inuites et ne tiendraient pas compte de la valeur des pratiques traditionnelles.

La valorisation du potentiel est un long processus qui nécessite un appui important et continu. Il ne s'agit pas simplement de fournir aux Inuits la possibilité d'acquérir la formation requise pour répondre aux normes établies par le Sud canadien, puisque, pour participer à de tels programmes, nous devons quitter nos familles et nos communautés pendant des temps prolongés. Les programmes doivent refléter les réalités de la vie dans l'Arctique et être livrés en région nordique pour que les Inuits puissent valoriser leur potentiel.

Les femmes inuites sont privées de plusieurs services de santé. Le test de mammographie, un important outil de diagnostic pour dépister le cancer, n'est offert que dans le Sud. Il n'est pas rare d'attendre plus de six mois pour bénéficier d'une consultation. Pour une femme du Sud, il suffit de quelques heures loin du travail ou de la

La santé des femmes inuites

famille pour subir un test, alors qu'une femme inuk devra quitter son milieu pendant une semaine ou plus. Si cette dernière reçoit un diagnostic de cancer du sein, elle n'a d'autre choix que de demeurer dans le Sud, ce qui signifie qu'elle n'a plus accès à la vie familiale pendant qu'elle subit un traitement salubre. L'importance du soutien familial pour les femmes aux prises avec le cancer du sein a fait l'objet de nombreuses recherches, mais nous, femmes inuites, ne pouvons en bénéficier.

L'absence d'information accessible et un taux d'analphabétisme élevé font que plusieurs femmes inuites n'ont pas de connaissances de base dans le domaine des soins de santé. Nous avons besoin de matériel éducatif dans notre propre langue, l'inuktitut, et en anglais vulgarisé.

Le besoin d'introduire des initiatives communautaires qui viendraient enrichir les programmes de santé se manifeste clairement. Le programme d'antitabagisme de Pauktuutit et le Canadian Inuit HIV/AIDS Network figurent parmi les initiatives les plus réussies. Ces deux projets reposent sur un profond engagement de la part de membres de la communauté et sur l'intégration du savoir inuit quant à la prestation. La valorisation du potentiel ne peut se faire que par le biais de la participation de la communauté au processus.


La pauvreté, l'itinérance et l'absence d'information et de services génèrent des effets négatifs sur la santé générale des femmes. La violence familiale est aussi une question importante en ce qui a trait à la santé physique et mentale. De nombreuses femmes et de nombreux enfants inuits en font l'expérience dans leur propre foyer. Les décisionnaires doivent considérer la prévention de la violence comme un investissement qui mènera à une réduction des coûts de santé.

Pendant plusieurs années, Pauktuutit a participé à des discussions portant sur les politiques de santé à l'échelle nationale et à la conception d'initiatives grâce à un financement limité, accordé pour des consultations liées au dossier santé. L'organisme a vu son financement retiré en octobre 1999. Immédiatement après cette interrup-

En tant que femmes et en tant que membres de familles et de communautés, nous possédons une grande sagesse et de nombreuses connaissances que nous voulons partager.

tion de financement, le gouvernement fédéral annonçait la mise en œuvre de plusieurs initiatives importantes en rapport à la santé, à l'intention des Premières nations et des Inuits. L'organisme n'a plus les ressources financières nécessaires pour défendre les droits de sa population de façon efficace. Les femmes inuites n'ont donc pu participer aux consultations fédérales où les décisions sont prises concernant les politiques et les programmes liés à leur santé.

Nous invitons fortement le gouvernement fédéral à consulter directement les femmes inuites sur les questions de santé. En tant que femmes et en tant que membres de familles et de communautés, nous possédons une grande sagesse et de nombreuses connaissances que nous voulons partager.

Les gouvernements doivent aussi fournir des ressources financières et humaines pour favoriser la participation des femmes inuites aux discussions et à la planification des politiques en matière de santé. 

Une version de ce mémoire a été présentée au Comité sénatorial permanent sur les affaires sociales, Science et technologie.

Pauktuutit est une association pancanadienne à but non lucratif représentant les femmes inuites de tout le Canada. Son mandat est de mettre en lumière les besoins des femmes inuites et d'encourager celles-ci à participer aux discussions communautaires, régionales et nationales portant sur le développement social, culturel et économique. Pour plus d'information concernant Pauktuutit, veuillez consulter le site Web www.pauktuutit.on.ca.

Pauktuutit affiche sur son site Web www.pauktuutit.on.ca une liste de publications. Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues, par exemple, est disponible au prix de 10 \$, plus les frais de poste. Contactez Catherine Carry, coordonnatrice des projets spéciaux, à la Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada, au 131, rue Bank, 3^e étage, Ottawa (Ontario), K1P 5N7. Tél. : (613) 238-3977; télécopieur : (613) 238-1787; courriel : famviol@pauktuutit.on.ca.

LA RECHERCHE *sur la santé* *des femmes* autochtones

PAR MADELEINE DION STOUT, GREGORY D. KIPLING ET ROBERTA STOUT

EN NOVEMBRE 2000, LES CINQ CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES, LE RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET LE BUREAU POUR LA SANTÉ DES FEMMES DE SANTÉ CANADA ONT DÉTERMINÉ QUE LA SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES EXIGEAIT UN TRAVAIL DE SYNTHÈSE PRIORITAIRE. ON NOUS A DEMANDÉ DE REGROUPER LES CONNAISSANCES ET L'EXPÉRIENCE ACCUMULÉES PAR L'INTERMÉDIAIRE DES CENTRES EN MATIÈRE DE SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES, AFIN D'ÉTABLIR DES PRIORITÉS EN VUE DES TRAVAUX DE RECHERCHE À VENIR.

Notre rapport, intitulé *Rapport final du Projet de synthèse des recherches sur la santé des femmes autochtones*, donne d'abord un aperçu des principaux indicateurs de la santé, dont ceux qui sont liés à la santé des femmes autochtones au Canada; il propose ensuite un examen et une synthèse critiques des recherches et autres projets axés sur la santé des femmes autochtones qui ont été entrepris ou financés par les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Il présente également un compte rendu de l'Atelier national traitant de la recherche sur la santé des femmes autochtones tenu à Ottawa en mars 2001 et renferme des recommandations qui serviront à établir des priorités de recherche en cette matière.

La recherche mise en contexte

On affirme depuis longtemps que les chercheurs et les décideurs manifestent peu d'intérêt à l'égard des enjeux auxquels font face les femmes autochtones au Canada. Doublement marginalisées du fait qu'elles sont femmes et autochtones, ces dernières ont

rarement profité de recherches soutenues qui explorent en profondeur leurs vies, leurs problèmes et leurs forces.

Cette situation s'est améliorée au cours des quinze dernières années, les organismes de femmes autochtones et leurs alliés ayant contraint les décideurs à prendre conscience des injustices consternantes qui caractérisent la vie de bon nombre de femmes autochtones. Toutefois, une grande partie du travail accompli a une portée étroite et n'aborde souvent qu'indirectement la marginalisation et l'oppression des femmes autochtones.

La recherche sur les politiques et les structures en place est de plus en plus critique; le rapport cite un certain nombre d'exemples à cet égard. Les travaux se concentrent notamment sur l'utilisation que font les femmes et les hommes autochtones du système de santé officiel, en insistant particulièrement sur la nature et la portée des obstacles à l'accès. On a étudié également un certain nombre de questions émergentes comme le VIH/sida, le diabète et les répercussions du

projet de loi C-31. Les chercheurs et les décideurs s'intéressent de plus en plus aux déterminants de la santé ainsi qu'à l'importance de tirer profit des connaissances déjà présentes au sein des collectivités autochtones, ce qui constitue une évolution notable dans ce domaine.

Il faudra néanmoins consacrer des ressources additionnelles à l'étude de cette population, dont les problèmes demeurent sous-étudiés et mal compris, malgré le travail novateur orienté sur l'action parfois entrepris en cette matière.

La recherche dans les Centres d'excellence pour la santé des femmes

Selon notre analyse, les projets entrepris par les Centres d'excellence portent sur cinq thèmes principaux, soit l'état de santé des femmes autochtones, la violence et les abus sexuels, la toxicomanie et la santé maternelle, les comportements favorisant la santé et l'accès aux services.

Bien que toutes les initiatives entreprises ou financées par les Centres portent sur des préoccupations clés pour les femmes autochtones, il faudra entreprendre d'autres travaux dans certains domaines. En particulier, il faudra prendre des mesures pour assurer que les méthodes de recherche sont clairement exposées et respectent les multiples fardeaux des femmes autochtones, tout en veillant à ce que les projets tiennent compte de la diversité linguistique et culturelle.

Parmi les autres problèmes qui ont été cernés, notons le manque de fonds destinés à la recherche et le besoin d'assurer un suivi adéquat. Notre rapport souligne également qu'il faut donner aux femmes autochtones le contrôle sur les recherches les concernant et améliorer la formation et les occasions de réseautage pour les femmes autochtones actives dans le secteur de la recherche. Nous insistons sur le besoin de créer des partenariats et de favoriser la collaboration entre organismes autochtones et non autochtones.

Indigéniser le processus de recherche

Nous avons établi un certain nombre de recommandations pour promouvoir l'indigénisation du processus de recherche. Les Centres d'excellence pour la santé des femmes, en collaboration avec les chercheuses, chercheurs et organisations autochtones concernées, devront élaborer une stratégie visant à établir des collaborations et des partenariats équitables, durables et englobants. Ils devront également éduquer les chercheuses et les chercheurs, de

même que les participantes et les participants aux projets de recherche, sur la recherche en santé et les femmes autochtones.

Les organisations autochtones doivent également prendre part à l'élaboration d'une stratégie visant à incorporer les histoires vécues, les expériences et les connaissances des femmes autochtones dans un cadre analytique qui pourrait servir de « lentille » dans les travaux de recherche. Il faut promouvoir un dialogue entre les chercheuses et les chercheurs des sphères universitaires et communautaires et aborder les points en litige liés à la recherche en matière de santé des femmes autochtones, particulièrement en ce qui a trait à l'identité, à la culture et aux principales catégories sociales.

Encourager la participation des femmes autochtones au processus de recherche

Les Centres doivent reconnaître les multiples fardeaux portés par les femmes autochtones, y compris un mauvais état de santé, la pauvreté, la violence, la toxicomanie, les soins aux enfants et une surveillance démesurée. Les chercheuses et les chercheurs, de même que les organisations autochtones et non autochtones, devraient travailler avec les femmes autochtones dans les collectivités dans le but de favoriser la participation de ces dernières aux projets de recherche; ils devraient en outre mettre en commun les approches susceptibles de mobiliser cette population et cerner les moyens de renforcer la recherche entreprise à l'initiative de la collectivité.

Les Centres d'excellence pourraient, de concert avec le Réseau canadien pour la santé des femmes, coordonner la recherche et élaborer une politique visant à appuyer les groupes de femmes autochtones; faire participer les chercheuses et les chercheurs jugés aptes personnellement à travailler avec les femmes autochtones; protéger les droits des chercheuses, des chercheurs et des femmes autochtones; miser sur le rôle de premier plan joué par les femmes autochtones au sein de leur collectivité en matière de santé; reconnaître la capacité en évolution des femmes autochtones à mener des recherches; et se montrer sensibles aux différents groupes d'opinion.

Les Centres d'excellence pourraient également travailler avec les chercheuses et les chercheurs dans le but de concevoir un outil d'analyse qui aiderait à établir des priorités en matière de recherche sur la santé des femmes autochtones, de sorte qu'on puisse, d'une part, évaluer les répercussions des gestes posés relativement à certaines

Il faut promouvoir un dialogue entre les chercheuses et les chercheurs des sphères universitaires et communautaires et aborder les points en litige liés à la recherche en matière de santé des femmes autochtones, particulièrement en ce qui a trait à l'identité, à la culture et aux principales catégories sociales.

questions clés et, d'autre part, entrevoir les conséquences de l'inaction. On devrait également examiner le paradigme douleur-santé-guérison sur lequel se fonde la prestation des services de santé aux femmes autochtones.


Nous formulons le souhait que les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Bureau pour la santé des femmes et d'autres ministères fédéraux concernés envisageront la possibilité de tenir une rencontre annuelle sur la recherche en matière de santé des femmes autochtones.

Comblent les lacunes et les faiblesses en matière de recherche sur la santé des femmes autochtones

Nous recommandons que les Centres d'excellence travaillent avec les chercheuses et les chercheurs, de même qu'avec les organisations autochtones et non autochtones concernées, pour atteindre les objectifs suivants : déterminer quels pourraient être les modèles d'agencement et de recoupement entre les méthodes de recherche d'orientation universitaire et communautaire; cerner les indicateurs de santé positifs; favoriser le réseautage entre les chercheuses et les chercheurs actifs dans le domaine de la santé des femmes autochtones; tirer profit des nouvelles technologies de l'information pour diffuser et partager les résultats de recherche; entreprendre des analyses en vue de comparer les tendances, les questions et les solutions à l'échelle locale, nationale et internationale; élaborer des analyses en fonction du sexe et du point de vue des Autochtones.

Les Centres devraient travailler avec les chercheuses et les chercheurs pour concevoir des méthodes adaptées au contexte culturel; identifier des collectivités modèles telles qu'Alkalai Lake et Hollow Water; élaborer une base de connaissances réunissant les concepts et les principes clés autochtones pouvant être pertinents en matière de recherche en santé (p. ex. le respect); situer la recherche

dans un contexte élargi sur le plan social, économique, juridique et culturel; entreprendre des recherches qui tiennent compte de la diversité des femmes autochtones; comprendre les implications de la médicalisation de la santé des femmes autochtones; mener des recherches qui appuient les besoins des programmes à l'intention des femmes autochtones.

Un fort consensus se dégage de l'Atelier national traitant de la recherche sur la santé des femmes autochtones : la recherche doit être orientée vers l'action et on doit lui donner suite. Une participante exprime ce sentiment en ces termes : « ... une fois que le projet de recherche est terminé, nous devons faire tout ce qui est nécessaire pour agir. » Il faut donc chercher des moyens de promouvoir le changement. 

Le texte intégral du Rapport final du Projet de synthèse des recherches sur la santé des femmes autochtones peut être téléchargé à l'adresse www.cwhn.ca/ressources/synthese/synthese-fr.pdf. On peut également en commander des exemplaires en français ou en anglais au Réseau canadien pour la santé des femmes.

Madeleine Dion Stout est une éducatrice originaire de la nation Kehiwin; elle parle la langue crie. Sa réputation dans le domaine de la santé des femmes n'est plus à faire; elle a publié des études pour le compte de Condition féminine Canada et d'autres organismes. Autrefois membre du corps professoral de l'Université Carleton, elle réside maintenant en Colombie-Britannique. Gregory D. Kipling est chercheur dans le domaine de la santé et travaille présentement sur le thème de l'immigration et sur des questions ayant trait aux réfugiés. Roberta Stout est une Crie de Kehewin, en Alberta, et les travaux qu'elle mène actuellement portent sur les femmes autochtones, la santé et l'environnement.

La santé des femmes autochtones au Québec

PAR PRUDENCE HANNIS

FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC (FAQ) EST UN ORGANISME À BUT NON LUCRATIF QUI REPRÉSENTE PLUS DE 3 000 FEMMES ISSUES DE TOUTES LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC RÉSIDANT, OU NON, EN COMMUNAUTÉ. DEPUIS SA FONDATION EN 1974, FAQ S'INVESTIT ACTIVEMENT SUR LES PLANS POLITIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE EN METTANT UN ACCENT PARTICULIER SUR LA JUSTICE, LA PROMOTION DE LA NON-VIOLENCE, L'EMPLOI ET, DEPUIS JANVIER 2001, LA SANTÉ.

Depuis ses tout débuts, le principal cheval de bataille de l'Association est l'égalité entre les hommes et les femmes, tant sur les plans économique, social et juridique que sur le plan politique, en plus de militer en faveur d'un meilleur équilibre entre les conditions de vie des populations autochtones et non-autochtones. Lorsque l'on se concentre à faire état de la situation de la santé des femmes autochtones, l'importance de poursuivre ces objectifs se confirme davantage. Au terme d'une vaste revue de littérature portant sur la santé des femmes autochtones, qui a pu être réalisée grâce au soutien du Centre d'excellence pour la santé des femmes—Consortium Université de Montréal (CESAF), plusieurs constats émergent et font foi des multiples problématiques auxquelles sont confrontées, à des degrés variables, les femmes autochtones du Québec. Le document, intitulé '*Femmes autochtones et santé : un état de la situation*', vise deux objectifs précis, soit de constituer un document de référence de base sur différents aspects de la santé des femmes autochtones et de sensibiliser et susciter l'intérêt des décideurs sur les questions relatives aux femmes autochtones. Le cadre de référence privilégié pour la réalisation de ce document de référence a été l'approche des déterminants de la santé, telle qu'élaborée par Santé Canada. Cette approche est particulièrement intéressante dans la mesure où elle permet de considérer la multitude de facteurs susceptibles de contribuer ou de nuire au bien-être des femmes et à leur développement en santé. Dans cette optique l'exercice de sensibilisation se situe, par définition, dans un contexte plus vaste et dépasse le champ strict de la santé pour se fonder dans les perspectives générales des problèmes sociaux, des inégalités sociales, des conditions socio-économiques et surtout de la qualité de vie des femmes autochtones.

Les points forts qui émergent de cet état de la situation témoignent de la nécessité de favoriser une approche globale, communautaire et multidisciplinaire des programmes et services de santé, d'un besoin d'attaquer de front les véritables causes des problèmes de santé physique, mentale, émotive, spirituelle, communautaire et familiale, d'agir en fonction d'une perspective à long terme, de revaloriser la culture et les pratiques traditionnelles tout en favorisant la sensibilité culturelle, de favoriser un environnement social sain au moyen de différentes mesures d'accompagnement, de favoriser des approches et des services qui répondent spécifiquement aux besoins des femmes, en plus de développer des approches qui favorisent l'intégration familiale. La santé mentale, l'élimination de la violence, la promotion de la santé, l'optimisation des ressources, le rétablissement culturel et la santé familiale figurent quant à eux comme les domaines prioritaires sur lesquels des actions précises doivent être entreprises.

Or, les défis pour l'amélioration de la santé des femmes autochtones, de leurs enfants et des collectivités sont multiples et ne pourront être relevés que si l'on intervient d'abord sur les problématiques de fond qui s'expriment notamment par l'insuffisance des programmes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé, la non-adéquation des programmes et des besoins réels des populations, la surcharge de travail des intervenants, le manque de coordination et de concertation, la rigidité des critères et des règles des programmes et services, l'insuffisance de programmes et actions de longue durée, les problèmes d'accessibilité et de disponibilité des services et des ressources, l'insuffisance de sensibilité culturelle, l'insuffisance des ressources spécifiquement adaptées aux femmes et la complexité du recours aux services induite particulièrement par les

problèmes de compétences.

Au terme de ce travail de synthèse, quinze recommandations ont été élaborées à l'intention des différents décideurs en matière de santé des Premières Nations.

- Que les gouvernements autochtones et non-autochtones mettent en œuvre des politiques, programmes et plans d'action visant à combattre la pauvreté chez les femmes autochtones, en favorisant l'accès à l'éducation, à l'emploi, à des conditions de travail convenables, en assurant l'équité salariale, la sécurité du revenu et l'accès à un logement décent;
- Que les gouvernements fédéral et provincial soutiennent les programmes gouvernementaux et/ou les initiatives communautaires destinés à la famille et ce, de façon récurrente;
- Que les gouvernements facilitent et soutiennent les initiatives visant à faire connaître les besoins, préoccupations et priorités des femmes autochtones en matière de santé afin que ceux-ci soient reflétés dans les politiques et programmes gouvernementaux et communautaires;
- Que les gouvernements favorisent la concertation interministérielle et ce, en intégrant les groupes autochtones;
- Que les gouvernements remédient aux facteurs administratifs et juridiques qui entravent l'accessibilité aux services;
- Que les gouvernements favorisent et reconnaissent les approches alternatives en matière de prestation de services. Pour ce, il faut remédier aux obstacles structurels qui entravent la reconnaissance et la mise en place de services qui soient culturellement adaptés, spécifiquement adaptés aux besoins réels des populations et issus des communautés, notamment en assurant davantage de flexibilité à l'égard du financement d'initiatives communautaires;
- Que l'on soutienne l'élaboration de programmes de formation visant le développement de l'expertise communautaire en matière de santé;
- Que l'on soutienne l'élaboration d'une pédagogie interculturelle;
- Que les gouvernements subventionnent la recherche sur la santé des femmes autochtones selon leur diversité;
- Que des fonds soient prévus de façon récurrente pour l'élaboration de programmes, outils et méthodes visant à poursuivre et à intensifier la

Nouvelles récentes de Femmes autochtones du Québec (FAQ)

Les quatre savoirs de Mali Pili Kizos est le titre d'une recherche qualitative menée auprès de douze femmes autochtones ayant fréquenté les pensionnats. Ce projet met l'accent sur le besoin d'aller au-delà de la victimisation et de raconter les progrès accomplis par les femmes dans leur démarche de guérison. Quatre thèmes principaux ont guidé ce travail : la capacité de résilience, les stratégies de survie, les points tournants et les moyens de réparer les traumatismes et de garder l'équilibre. Le deuxième volet du projet visera à réunir une nouvelle fois les participantes pour apaiser les blessures que le fait de se raconter aurait pu raviver. Un article à ce sujet a été publié dans la revue de la Fondation autochtone de guérison, *Le premier pas*, vol. 3, n° 2, hiver 2001. On peut se procurer un exemplaire du rapport auprès de FAQ.

La FAQ a amorcé un projet de recherche sur la loi québécoise relative à la profession des sages-femmes pour en étudier les répercussions sur la pratique des sages-femmes autochtones. Le projet tracera également un portrait actuel de la pratique des sages-femmes autochtones au Québec. À long terme, on vise à mettre sur pied un groupe de travail pour représenter les sages-femmes des Premières nations. Les résultats de l'enquête devraient être connus en juin 2002.

La FAQ vient également de publier un rapport sur le projet Apitendemowin, un séminaire sur la question de l'abus sexuel au sein des milieux autochtones. « Apitendemowin » est un mot de la langue algonquienne qui signifie « traiter quelqu'un avec beaucoup de respect et de considération ». Le rapport comprend non seulement 41 recommandations à l'intention des services gouvernementaux et communautaires, mais également des références et des descriptions exhaustives concernant les programmes et services existants. Communiquez avec la FAQ pour obtenir un exemplaire du rapport.


En collaboration avec l'Institut national de recherche scientifique—Urbanisation, culture et société, la FAQ a produit un rapport de recherche sur les solutions en matière d'emploi pour les femmes autochtones, intitulé *Les femmes autochtones et l'emploi : défis et enjeux des programmes d'employabilité au Québec*. On peut le télécharger à partir du site de Condition féminine Canada à l'adresse www.swc-cfc.gc.ca/publish/research/010606-0662654889-f.html.

de Femmes autochtones du Québec (FAQ) :

460, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 503, Montréal (Québec) H3B 1A7. Tél. : (514) 954-9991, Téléc. : (514) 954-1899
courriel : info@qnwafaq.com.

promotion à la santé par la prévention, la sensibilisation et l'éducation selon les besoins identifiés par les communautés et les organisations autochtones et ce, selon la diversité des femmes ;

- Que l'on développe une véritable approche holistique de la santé en considérant le développement d'un cadre de travail qui permet la concertation et ce, en vue de remédier à la parcellisation des services ;
- Que les gouvernements et organisations autochtones soutiennent le développement de l'expertise de Femmes Autochtones du Québec en matière de santé ;
- Que les programmes et services soient conçus en fonction d'une perspective à long terme et que le financement soit accordé en conséquence ;
- Que les gouvernements s'engagent à éliminer les lacunes au niveau des ressources matérielles, financières et humaines qui entravent la qualité de la prestation de services ;
- Que l'on soutienne et encourage le leadership des femmes autochtones en favorisant leur intégration dans les sphères décisionnelles.

Femmes Autochtones du Québec s'engage à défendre les intérêts des femmes autochtones du Québec en matière de santé et à poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des décideurs gouvernementaux et des Premières Nations. 

Femmes autochtones et santé : un état de la situation sera traduit en version anglaise et publié dans un avenir prochain.

Prudence Hannis est Coordinatrice du dossier de la santé à Femmes Autochtones du Québec.

LA PAUVRETÉ EST UN DANGER POUR LA SANTÉ DES FEMMES –

LES GOUVERNEMENTS QUI PLANIFIENT LA RÉFORME DE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ DEVRAIENT TENIR COMPTE DES RECOMMANDATIONS PRÉSENTÉES DANS UN NOUVEAU RAPPORT PUBLIÉ PAR LA CLINIQUE DE SANTÉ DES FEMMES DE WINNIPEG (CSFW). INTITULÉE WOMEN, INCOME AND HEALTH IN MANITOBA [LES FEMMES, LE REVENU ET LA SANTÉ AU MANITOBA], CETTE ÉTUDE RÉVÈLE QU'EN DÉPIT DU FAIT QUE LES FEMMES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ SONT PLUS À RISQUE QUE LES AUTRES DE TOMBER MALADES OU DE MOURIR À UN ÂGE PEU AVANCÉ, LA DISPARITÉ DES REVENUS AU CANADA FAIT EN SORTE QUE TOUTES LES CATÉGORIES DE REVENU SONT VULNÉRABLES SUR LE PLAN DE LA SANTÉ ET DE L'ESPÉRANCE DE VIE.

« Nous voulons alerter les Manitobains et les Manitobaines au fait que la faiblesse du revenu a des effets négatifs non seulement sur la santé des femmes vivant dans la pauvreté, mais également sur celle des personnes appartenant aux autres catégories de revenu, » indique Barbara Wiktorowicz, directrice générale de la CSFW. « Nous voulons qu'ils sachent que des mesures peuvent être prises dès maintenant pour changer cette situation; nous avons décidé de lancer aujourd'hui ce rapport parce qu'il fournit des données essentielles au débat actuel sur la réforme de la santé. »

Publié en février dernier, le rapport a mobilisé l'attention des médias et marque la première étape de la campagne *La pauvreté est un danger pour la santé des femmes*, lancée à l'échelle de la province. La CSFW cherche à sensibiliser la population et les décideurs au fait qu'« en réduisant la pauvreté, nous améliorons l'état de santé de tous et toutes. Ensemble nous pouvons parvenir à ce but. »

Les chercheurs du gouvernement et du secteur de la santé savent depuis un certain temps qu'il existe un lien entre le niveau de revenu et l'état de santé. Les recherches effectuées dans les pays développés révèlent toutefois qu'il n'y a pas seulement la pauvreté qui est responsable de la maladie; l'inégalité est aussi un facteur néfaste pour la santé de tous. Dans les pays où l'on constate une grande inégalité, même les plus riches

ET NOUS POUVONS FAIRE QUELQUE CHOSE

sont touchés par la maladie et meurent à un plus jeune âge qu'ailleurs.

Au Manitoba, comme partout ailleurs au Canada, la pauvreté a un visage, touchant les femmes plus souvent et plus gravement que les hommes. Elle sévit particulièrement chez les femmes ayant un handicap et les femmes de couleur, frappant le plus durement chez les femmes autochtones. Celles-ci sont en moins

bonne santé que les hommes autochtones et que le reste de la population féminine canadienne. On a fait un effort particulier, dans ce rapport, pour rendre compte de leur point de vue et de leurs besoins.

La CSFW veut inciter la population à s'activer pour faire changer les choses. Une fois que le grand public aura saisi que la sécurité économique, le soutien social et la distribution équitable des revenus jouent un plus grand rôle que les soins médicaux pour assurer la santé de la population, il pourra encourager les décisionnaires à adopter de nouvelles approches et exercer des pressions en ce sens.

Il faut en priorité restructurer les services de santé pour répondre aux besoins des femmes à faible revenu et faire participer celles-ci à la planification et l'évaluation. La campagne vise toutefois un objectif plus large : amener les décisionnaires à l'intérieur et à l'extérieur de la sphère de la santé à considérer les répercussions de leurs décisions sur l'état de santé et à envisager en quoi ces décisions pourraient contribuer à améliorer celui des femmes à faible revenu.

Il est tout aussi important d'apporter des changements à

l'extérieur du système de santé qu'en son sein. Les politiciens municipaux pourraient, par exemple, tenir compte des effets éventuels sur la santé des femmes de décisions comme la hausse des tarifs d'accès aux installations sportives et de transport en commun. Et le CRTC, au moment d'établir la tarification des services téléphoniques locaux, devrait considérer la mesure dans laquelle l'absence

de services téléphoniques peut conduire à l'isolement social et à la dégradation de l'état de santé.

Les responsables de la campagne proposent un certain nombre « d'idées sur les mesures à adopter » : hausser le salaire minimum et les prestations d'assistance sociale, assouplir les mesures d'admissibilité à l'assurance-emploi, augmenter le nombre de places subventionnées en garderie, procurer à toutes les personnes vivant dans la pauvreté des services de santé non assurés comme les soins dentaires et les médicaments. 🌿

En plus du rapport, un dépliant, une brochure et une affiche attrayants et tout en couleurs ont été conçus pour la cam-

pagne La pauvreté est un danger pour la santé des femmes.

On peut télécharger ce matériel ainsi que le rapport à partir du site www.womenshealthclinic.org.

On peut également en commander un exemplaire papier en écrivant à : Gail Watson, coordonnatrice, Projet Femmes, santé et pauvreté, Clinique de santé des femmes, 419, avenue Graham, 2^e étage, Winnipeg (Manitoba), R3C 0M3. Téléphone : (204) 947-2422, poste 134; courriel : gailwatson@womenshealthclinic.org

« Nous avons décidé de lancer aujourd'hui ce rapport parce qu'il fournit des données essentielles au débat actuel sur la réforme de la santé. »

Le savoir-faire culturel chez les infirmières autorisées

PAR LAURIE DOKIS

Remarque de l'éditrice : Laurie Dokis est une Ojibwa et une infirmière autorisée qui s'est un jour transplantée à Westview, une communauté du nord de l'Alberta. Après s'y être établie, elle avait constaté que les infirmières non autochtones se butaient à l'écart entre leurs propres attitudes en matière de santé et celles de leur clientèle autochtone. Il lui semblait que le problème exigeait, de part et d'autre, une meilleure compréhension des conceptions de l'autre sur la santé et la collectivité. Même si elle n'envisageait pas alors de devenir spécialiste en la matière, Laurie Dokis s'est retrouvée malgré tout à jouer le rôle d'intermédiaire entre les deux cultures.

Laurie a parcouru beaucoup de chemin depuis. Elle poursuit actuellement des études de maîtrise au département des sciences de la santé de l'Université de l'Alberta, où elle rédige un mémoire sur le savoir-faire culturel chez les infirmières autorisées.

L'automne dernier à Calgary, dans le cadre du Congrès national sur la santé des Autochtones, Laurie animait un atelier sur le sujet auquel ont participé en grand nombre des praticiennes de la santé, des décisionnaires et des Autochtones. Délaissant le format habituel de la conférence, l'atelier a débuté par un cercle de partage au cours duquel chaque participante a précisé d'où elle venait et ce qu'elle cherchait à apprendre en matière de savoir-faire culturel. Laurie a répondu aux questions et une aînée autochtone a ensuite raconté les problèmes auxquels elle s'était butée dans le système de santé.

J'ai demandé à Laurie de m'entretenir de son projet d'étude. Voici un résumé de ses constats et de ses recommandations.

LE SAVOIR-FAIRE CULTUREL EST UN ATOUT IMPORTANT POUR LES INFIRMIÈRES AUTORISÉES QUI TRAVAILLENT AUPRÈS DE GROUPES CULTURELS DIVERS. LA SENSIBILITÉ À LA DIVERSITÉ CULTURELLE CONTRIBUE À RAFFERMIR ET À ÉLARGIR LE SPECTRE DES RÉSULTATS MESURABLES EN MATIÈRE DE SOINS INFIRMIERS, À ÉTABLIR DES PROGRAMMES RENTABLES ET À FAVORISER LES MEILLEURES PRATIQUES POSSIBLES AU SEIN DE LA PROFESSION.



Les experts en santé des Autochtones s'entendent sur la nécessité d'offrir des soins infirmiers adaptés aux réalités culturelles, comme en font état l'Enquête régionale sur la santé des Inuits, la Commission royale sur les peuples autochtones, le rapport *Bridging the Gap* de l'Association médicale canadienne et le Rapport sur la santé des femmes autochtones.

Par conséquent, améliorer le savoir-faire culturel chez les infirmières autorisées devrait constituer une priorité pour les organismes autochtones, les infirmières praticiennes et les gestionnaires de la régie régionale de la santé de Westview (WHRA), au nord de l'Alberta. Tout projet en ce sens devrait comprendre les critères d'évaluation suivants : évaluer la mesure dans laquelle les disparités entre Autochtones et non-Autochtones sur le plan des croyances en matière de santé influent sur la planification et la prestation des services infirmiers; accroître l'accès des Autochtones aux services offerts à l'ensemble de la population; améliorer la qualité des services infirmiers et les résultats en matière de santé chez la population

autochtone; enfin, augmenter les ressources financières dans le but d'offrir des services de santé spécialisés aux populations autochtones.

Développer le savoir-faire culturel des infirmières autorisées, approfondir la compréhension mutuelle entre Autochtones et non-Autochtones et répondre aux critères d'évaluation établis : tels sont les buts visés par les recommandations de principe présentées ici en quatre volets.

Les deux premiers volets se dérouleraient sur une période de trois à cinq ans et seraient financés par des sources non autochtones.

Au cours du volet initial, on élaborerait et mettrait en place un programme obligatoire d'initiation aux différences culturelles destiné aux infirmières. Étant donné le caractère informel des relations entre la régie régionale de Westview et les organismes autochtones de la région, de même que les ressources limitées de ces derniers, c'est la régie qui se chargerait de financer cette formation. Cet apport serait considéré comme un gage de sa bonne volonté et constituerait un premier pas

Le savoir-faire culturel chez les infirmières autorisées

dans l'établissement d'un partenariat coopératif.


Le second volet verrait l'embauche d'une conseillère en relations interculturelles, dont la tâche consisterait à fournir les ressources nécessaires en matière de formation continue.

Dans le troisième volet, le programme d'initiation aux différences culturelles continuerait d'être une condition obligatoire à l'embauche; il serait financé grâce aux sommes accordées à l'échelle régionale pour la formation des infirmières.

C'est à cette étape du processus que l'on transférerait le programme aux organismes autochtones, en formant un conseil consultatif autochtone sur les relations interculturelles. Ce dernier serait chargé de continuer à perfectionner le programme d'initiation, de l'offrir et de l'évaluer.

Il est indispensable que, tout au long de ce projet, l'on entretienne un partenariat fécond entre les organismes autochtones et non autochtones. L'expérience ainsi acquise pourrait ensuite s'étendre au ministère des Études supérieures, avec l'objectif à long terme d'accroître le nombre d'infirmières autochtones, ce qui permettrait de constituer un corps infirmier représentatif.

Les fruits récoltés à court terme grâce à ce programme d'initiation aux différences culturelles et au travail de la conseillère contribueraient à faire progresser les objectifs à plus long terme que sont l'autodétermination des collectivités autochtones en matière de santé et la présence accrue des Autochtones dans le domaine des soins infirmiers.


La santé n'est pas seulement une affaire de services. La possibilité pour les peuples autochtones de participer à part égale aux décisions qui les touchent se traduira par un renouvellement sur les plans politique et économique, ce qui devrait bénéficier à la société entière. 

LE SUJET DU POIDS CHEZ LES FEMMES AUTOCHTONES

PAR GAIL MARCHESSAULT

Une croyance existe chez les professionnels de la santé selon laquelle les femmes autochtones ne seraient pas préoccupées en général par la question du poids. Toutefois, l'étude que j'ai menée démontre que ce sujet suscite plus de problèmes qu'on ne pense. En 1996-1997, j'ai effectué une recherche auprès de 80 jeunes filles de huitième année et auprès de leurs mères, toutes vivant à Winnipeg, dans le Sud du Manitoba. La moitié des familles étaient autochtones et la moitié de celles-ci vivaient dans une communauté des Premières nations. L'étude indiquait que le nombre de jeunes filles et de mères autochtones n'aimant pas leur corps était supérieur à celui des mères non autochtones. Des images graduées présentant différentes formes de corps ont été utilisées et 83 % des femmes autochtones ont exprimé le désir d'être plus minces, comparativement à 62 % des femmes non autochtones. Les jeunes filles autochtones n'aimant pas leur corps étaient presque deux fois plus nombreuses (66 %) que les jeunes filles non autochtones (36 %) éprouvant la même insatisfaction.

Environ le quart des jeunes filles et le tiers des femmes affirmaient suivre un régime. Le taux de personnes suivant un régime était plus élevé chez les familles résidant dans la communauté des Premières nations. Les résultats du test 26 portant sur les attitudes face à l'alimentation indiquaient que 17,5 % des jeunes filles autochtones (et 2,5 % de jeunes filles non autochtones) affichaient une possibilité de troubles alimentaires. Une jeune fille autochtone sur quatre résidant dans la communauté des Premières nations affirmait s'être fait vomir pour perdre du poids. De plus, les antécédents de certaines femmes autochtones révélaient des comportements problématiques face à l'alimentation, indiquant ainsi la présence de préoccupations qui s'étendent au-delà d'une génération.

Le taux de diabète élevé dans les communautés autochtones suscite de plus en plus d'attention et le maintien d'un poids adéquat constitue souvent le thème des activités de sensibilisation. Toutefois, les personnes animant ces activités doivent tenir compte du fait que certaines jeunes filles et certaines femmes autochtones habitant la ville ou résidant près d'un centre urbain sont déjà préoccupées par la question de leur poids et font peut-être usage de méthodes à risque pour le gérer. 

Gail Marchessault, DR, CED, Ph.D., est professeure adjointe au Département des aliments et de nutrition de l'Université du Manitoba. Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'une thèse de doctorat présentée à cette université.

Just Another Indian

par Warren Goulding
Fifth House Ltd.
Calgary, Canada
2001

PAR CONNIE DEITER

Il s'appelle John Martin Crawford et il est l'un des tueurs en série les plus dangereux au Canada. Il a violé et assassiné sans pitié quatre femmes et peut-être même davantage. Ses crimes le placent dans la classe des David Berkowitz, Ted Bundy et Paul Bernardo, mais la plupart des gens n'ont jamais entendu parler de lui. Comment expliquer cela? Parce que ses victimes étaient des femmes autochtones, selon la thèse avancée par Warren Goulding et quelques autres.

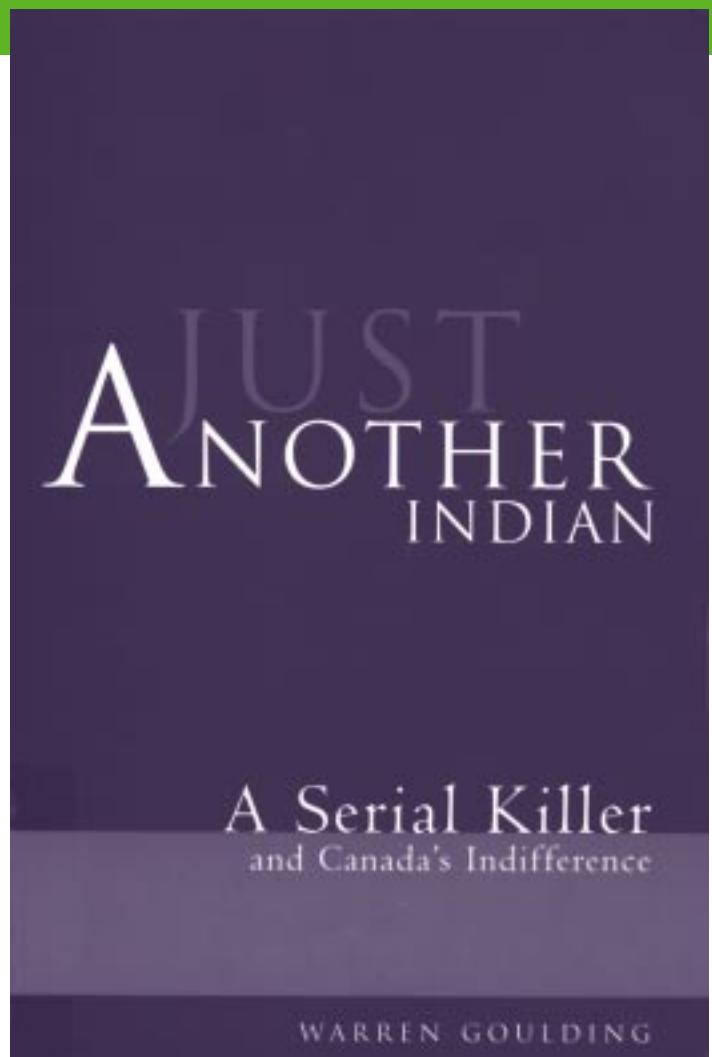
Je ne sais pas laquelle de ces deux constatations me perturbe le plus : le fait que le grand public canadien en sait plus long sur les fêtes d'anniversaire auxquelles participe Karla Homolka en prison ou le fait qu'il ignore le nom de John Martin Crawford.

Warren Goulding pratique le journalisme depuis plusieurs années en Saskatchewan. Il aborde dans ce livre un sujet qui n'a intéressé personne au cours du procès. Mais le récit qu'il fait des meurtres, de l'enquête et des procès est captivant.

L'ouvrage de 220 pages commence par une suite de questions lancées aux médias. Pourquoi l'enquête sur les meurtres et les procès qui ont suivi n'ont-ils pas fait la une des journaux? Pourquoi n'ont-ils pas fait l'objet du même traitement teinté de vertueuse indignation que le cas Paul Bernardo? Un chroniqueur de Saskatoon a répondu que c'était une question de géographie et d'absence de drame. S'il s'était agi de Toronto, a-t-il fait valoir, l'affaire aurait sans doute fait la une. Et à son avis, le racisme n'était pas en cause.

En tant que femme autochtone ayant grandi dans le sud de la Saskatchewan, j'estime qu'il s'agit là d'une réaction typique, issue du statu quo mâle et blanc qui prévaut en Saskatchewan. Ses tentatives d'explication face au silence qui a entouré les meurtres satisfont ceux qui ne souhaitent pas voir se transformer une structure sociale qui maintient les femmes des Premières nations en marge de la société, sans emploi et vivant dans la pauvreté.

Ce livre vaut la peine d'être lu. Il nous met au défi de réfléchir au racisme, au sexisme et à l'inégalité de pouvoir au sein de notre société. Dans ses commentaires à la clôture du procès, le juge Wright a résumé l'affaire en ces termes : « Il



semble que quatre facteurs motivaient le choix des victimes de M. Crawford : en premier lieu, elles étaient jeunes; en deuxième lieu, il s'agissait de femmes; en troisième lieu, elles étaient autochtones; enfin, elles étaient des prostituées. Elles vivaient éloignées de leur collectivité et de leur famille. L'accusé les traitait avec mépris et les brutalisait; il les terrorisait et finissait par les tuer. Il semblait déterminé à détruire en elles jusqu'à la toute dernière parcelle d'humanité. »

Le livre de Goulding redonne une part de cette humanité perdue à Eva Taysup, Calinda Waterhen, Shelly Napape et Mary Jane Serion. Il nous incite aussi à regarder au-dedans de nous-mêmes, de nos familles et de nos collectivités pour y chercher les éléments qui ont donné naissance à un homme comme John Martin Crawford. 🌿

Connie Deiter est juriste-conseil, chercheuse et chargée de cours à l'école de journalisme de l'Université de Regina.

Cette page est consacrée à des femmes autochtones qui ont contribué de manière significative à la sphère des soins de santé dans leur communauté et à l'échelle du Canada.

Des femmes REMARQUABLES

L'honorable Ethel Blondin-Andrew, C. P., députée, LL.D., est la première femme autochtone à avoir été élue à la Chambre des communes; son élection comme députée de la circonscription de l'Arctique de l'Ouest remonte à 1988. Après avoir été réélue en 1993, elle a été nommée au poste de Secrétaire d'État à la Formation et à la Jeunesse, devenant ainsi la première femme autochtone à faire partie du Conseil privé et du Cabinet. En juin 1997, M^{me} Blondin-Andrew a été élue une nouvelle fois et a conservé son mandat à titre de Secrétaire d'État à la Formation et à la Jeunesse, poste qu'elle occupe jusqu'à ce jour.

Tout au long de sa carrière politique, M^{me} Blondin-Andrew a défendu avec fermeté les intérêts des Autochtones, des enfants, des jeunes et des personnes handicapées. Elle a fait progresser par son travail acharné nombre de projets et de dossiers, notamment la participation des collectivités autochtones à la mise en œuvre de programmes du marché du travail à l'échelle nationale, régionale et locale; la Stratégie emploi jeunesse (SEJ) du gouvernement fédéral; le syndrome d'intoxication foetale à l'alcool et ses manifestations; les jeunes à risque, les jeunes sans-abri et les enfants en difficulté; la tabacomanie, un dossier en rapport avec lequel elle a joué un rôle indispensable au Conseil consultatif des jeunes sur le tabac. M^{me} Blondin-Andrew est une Indienne assujettie à un traité de la Nation des Dénés; sa langue maternelle est le dene-slave. Elle est mariée à Leon Andrew et mère de trois enfants, Troy, Tanya et Tim.

Valerie Assinewe a obtenu un doctorat de l'Université d'Ottawa après avoir rédigé une thèse portant sur les usages médicinaux du ginseng d'Amérique chez les peuples autochtones. Elle a analysé les propriétés phytochimiques et immunopharmacologiques de ce produit naturel couramment utilisé et démontré que le ginseng d'Amérique stimule le système immunitaire. Elle a effectué des analyses quantitatives sur des extraits de ginseng pour le compte de fabricants de produits de santé naturels et du service de recherche sur le diabète du St. Michael's Hospital de Toronto. Avant de faire des études doctorales, M^{me} Assinewe a été consultante et fonctionnaire de carrière. À titre de consultante, elle a travaillé principalement avec le gouvernement fédéral sur des questions liées à l'environnement et à la participation des peuples autochtones au dossier de la protection de l'environnement. Durant ses seize années à la fonction publique fédérale, elle a été tour à tour agente de programme et chef de service dans les villes d'Edmonton, de Yellowknife, de Winnipeg et d'Ottawa; elle a coordonné la planification, la mise en œuvre et la gestion financière d'un large éventail de programmes sociaux, en matière de multiculturalisme, de droits de la personne, de condition féminine, d'intégration des personnes handicapées et de citoyenneté autochtone. M^{me} Assinewe est née dans la Première nation de Sagamok en Ontario et y a grandi. Elle habite maintenant à Ottawa avec son mari, Terry Rudden; tous deux sont consultants.

Madeleine Dion Stout parle la langue crie; elle est née et a grandi dans la Première nation de Kewehin en Alberta. Après avoir exercé le métier d'infirmière autorisée à Edmonton, elle a fait des études de baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Lethbridge et obtenu ensuite une maîtrise en affaires internationales à l'École d'affaires internationales de l'Université Carleton. Elle a été présidente de l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et membre du Forum national sur la santé. Elle a été directrice du Centre for Aboriginal Education, Research and Culture de l'Université Carleton et a été désignée membre honoraire à vie par l'Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF). « Mon travail relève à parts égales des sphères communautaire, militante et universitaire. J'ai consacré une grande partie de ma vie à encourager les Autochtones et les femmes à prendre conscience de leur propre force. Je crois que c'est dans les toutes petites choses que les changements se manifestent. Il n'est pas nécessaire que ceux-ci soient sophistiqués ou spectaculaires mais, plutôt, qu'ils soient ancrés dans le quotidien. Tout m'indique que j'ai pu apporter quelque chose de positif dans la vie des gens. »

Lillian Dyck appartient à la Première nation Gordon en Saskatchewan. Elle est neurochimiste et professeur titulaire au service de recherche en neuropsychiatrie du département de psychiatrie de l'Université de la Saskatchewan. Elle a étudié les effets des médicaments, en particulier des antidépresseurs, sur la neurotransmission. Elle est membre d'une équipe de recherche qui a mis au point et breveté de nouveaux médicaments susceptibles de prévenir la neuro-dégénérescence associée à des maladies comme le Parkinson et la schizophrénie. Elle a également mené des recherches sur le métabolisme de l'alcool chez les Autochtones au Canada et chez d'autres populations. Lillian a reçu un prix en science et technologie de la Fondation des réalisations autochtones (1999) et un prix de l'organisme autochtone Women of the Dawn (2000), de la Saskatchewan.

La communauté Nuu-Cha-Nulth et les Human Services Community Health Nurses de l'île de Vancouver ont reçu un prix de promotion de la santé offert par la Registered Nurses Association de la Colombie-Britannique. C'est la première fois que ce prix est décerné à des infirmières soucieuses de procurer aux membres de la Première nation de Nuu-Cha-Nulth des soins adaptés à leur réalité culturelle. Cette communauté insulaire a établi, en collaboration avec les infirmières, un cadre de pratique fondé sur le respect des traditions autochtones et la responsabilité individuelle. Selon le modèle de partenariat adopté par les infirmières et la communauté, les infirmières dispensent les soins nécessaires tandis que les clients et clientes sont responsables des décisions qui les concernent. Le résultat le plus positif ayant découlé de cette approche concerne l'augmentation de la pratique de l'allaitement maternel chez les nouvelles mères. « Ce type de pratique infirmière présente de nombreux défis et les résultats sont modestes », commente Penny Cowan, spécialiste en soins infirmiers communautaires. Mais l'engagement des infirmières est inébranlable. Elles sont convaincues que leur travail aide les membres de la petite communauté insulaire à se prendre en main. Elles espèrent qu'on pourra ainsi éviter les problèmes de santé qui touchent actuellement d'autres populations autochtones ailleurs au pays.

Ophelia Kamenawatamin complétait le 2 octobre dernier une « Marche pour la vie » entreprise dans le but de recueillir des fonds pour doter le nouvel hôpital de Sioux Lookout d'équipement de dialyse et d'exercer des pressions pour que les patients atteints de maladies du rein soient hébergés convenablement. Son départ a eu lieu le 6 août et elle a parcouru la distance qui sépare la frontière entre l'Ontario et le Manitoba de la Colline du Parlement. Il y avait une dizaine d'années qu'Ophelia contemplait ce projet; en 2000, elle a décidé d'en faire part à sa famille et à ses amis, qui l'ont encouragée et appuyée. Mère de huit enfants et membre de la Première nation de Bearskin Lake, elle a dit comprendre les besoins des patients en dialyse, puisque sa fille a vécu la même expérience pendant 11 ans. « Ces personnes dépendent de la dialyse pour vivre; toute leur vie tourne autour de ça. » Ophelia encourage ses compatriotes à appuyer ses efforts en parrainant la Marche pour la vie, en faisant des dons ou en y participant.

Gail McDonald réside sur le territoire mokawk d'Akwesasne; au cours de ses 25 ans de carrière active, elle a occupé des postes à l'échelle nationale, régionale et locale, travaillant à défendre les intérêts des Premières nations dans les sphères de la recherche, des orientations, du développement communautaire et de l'autonomie gouvernementale. Gail est actuellement directrice du Centre des Premières nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone. Elle a rempli un certain nombre de fonctions de compétence nationale, dont celles de coordonnatrice du volet longitudinal des enquêtes régionales sur la santé des membres des Premières nations et des Inuit ainsi que du Comité de régie de l'information des Premières nations, deux projets administrés par l'Assemblée des premières nations. La participation soutenue de Gail à l'établissement d'une base de connaissances sur la santé des Autochtones (laquelle devrait avoir des effets positifs sur la recherche, l'information, les technologies de la santé et la question de l'accès) et sa lutte pour l'adoption de normes éthiques en matière de recherche dans les communautés autochtones témoignent de son engagement indéfectible en faveur de l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.

Caroline Tait est candidate au doctorat dans les départements d'anthropologie et d'études sociales de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Elle a obtenu un baccalauréat en anthropologie de cette dernière institution et un diplôme de maîtrise de l'Université de la Californie à Berkeley. Durant l'année scolaire 1995-1996, Caroline a été titulaire d'une bourse Fulbright qui lui a permis d'étudier au sein des départements d'anthropologie et de médecine sociale de l'Université Harvard. Ses recherches se concentrent principalement sur le Canada et plus particulièrement sur le Québec et le Manitoba. L'un des travaux qu'elle a réalisés a toutefois une portée nord-américaine, puisqu'il avait pour objet de comparer les réactions des systèmes de santé publique au Canada et aux États-Unis à l'égard de la toxicomanie chez les femmes enceintes. Sa thèse de doctorat, dont la rédaction devrait se terminer en 2002, s'intitule provisoirement « Le syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et ses manifestations : la "fabrication" d'un problème social et de santé publique chez la population autochtone du Canada ». Elle est co-auteure d'une étude intitulée *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* et d'un article publié récemment dans la *Revue canadienne de psychiatrie*, « The Mental Health of Aboriginal People : Transformations of Identity and Community ». Caroline est une Métis née à MacDowall en Saskatchewan. Elle a été membre du conseil d'administration du Centre d'amitié autochtone de Montréal. Elle a un fils, prénommé Skender.

La santé des femmes *Q et R*

COMPILÉ PAR BARBARA BOURRIER-LACROIX

Q Pourquoi le diabète est-il une préoccupation chez les femmes autochtones? Quels sont les risques sur le plan de la santé?

Jusqu'aux années 40, le diabète était virtuellement inexistant dans les communautés autochtones du Canada. Toutefois, au cours des dernières décennies, cette maladie a atteint des proportions épidémiques. Aujourd'hui, le taux de diabète chez les Premières nations est au moins trois fois supérieur à la moyenne nationale, et les chiffres semblent plus élevés chez les personnes habitant en réserve que chez les personnes résidant à l'extérieur des réserves. Les études indiquent notamment que les femmes autochtones sont très à risques. Environ les deux tiers des Autochtones ayant reçu un diagnostic de diabète sont des femmes. Cela signifie que le taux d'occurrence chez les femmes autochtones est environ le double de celui des hommes autochtones. Cette différence d'incidence selon le sexe ne se manifeste pas dans la population générale canadienne, qui comporte un taux de diabète plus élevé chez les hommes. Les femmes des Premières nations sont cinq fois plus frappées par le diabète, comparativement aux femmes de la population générale. Non seulement les femmes autochtones de presque tous les âges affichent-elles des taux supérieurs de diabète de type deux, mais plusieurs d'entre elles ont aussi reçu un diagnostic de diabète sucré de la grossesse (DSG). Bien qu'il existe peu de recherches sur les taux de diabète des populations inuites et métis, les études récentes indiquent que les facteurs de risque et un plus grand nombre de cas de diabète commencent à se manifester au sein de ces populations.

De nombreuses théories expliquent pourquoi le diabète a pris des proportions épidémiques chez les Premières nations. Lors de la colonisation, les Européens ont déplacé la plupart sinon la totalité des peuples autochtones. Les Premières nations ont été forcées à adopter un style de vie occidental et sédentaire, donc une alimentation riche en sucre, en gras et en aliments transformés. Combinée aux effets provoqués par les déplacements, la colonisation continue d'imposer à beaucoup d'autochtones une vie pauvre et dépendante de l'État. Les femmes vivant dans la pauvreté disposent de peu d'argent pour se procurer les choses essentielles de la vie. Dans certaines réserves éloignées, les aliments sains sont difficilement disponibles et achetables. De nombreuses familles ont recours à ce qu'on appelle communément « un régime de macaroni », un aliment riche en gras, mais peu nutritif. Il existe d'autres raisons importantes qui justifient l'introduction de programmes de sensibilisation, de soins et de soutien visant à favoriser la recherche et prévenir le diabète dans les communautés autochtones. Les services de santé, y compris les interventions de sensibilisation et de prévention, sont parfois inexistantes ou irréguliers. Parmi les autres facteurs, il y a également la présence de taux supérieurs de consommation chronique de drogues et d'alcool dans les communautés autochtones, et une migration croissante de gens vers les centres urbains, un phénomène qui entraîne des bouleversements au sein des familles ou la dissolution de celles-ci, causant un stress énorme notamment chez les femmes.

Les dégâts causés par le diabète incontrôlé dans la population autochtone peuvent être dévastateurs. Le fait d'être atteinte de diabète signifie pour une femme qu'elle est plus exposée à vivre des troubles cardiaques, des problèmes d'hypertension, un accident vasculaire cérébral, des amputations de membres inférieurs, des maladies du rein et la dialyse, ainsi que des troubles oculaires. 🌿

RESSOURCES

■ Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) du Canada :

Les faits

Initiative sur le diabète chez les Autochtones, Santé Canada

10 mars 2000

Disponible en ligne à l'adresse

www.hc-sc.gc.ca/dgspni/psc/ida/les_faits.pdf

■ La santé des femmes autochtones

Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada
22 juillet 2000

Disponible en ligne à l'adresse

www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_autochtones.htm

■ En tant qu'Autochtone, je sais que j'ai de grands risques d'avoir le diabète. Que devrais-je savoir pour bien me soigner?

R. K. Abra, Réseau canadien de la santé

Mars 2000

Disponible en ligne à l'adresse

www.canadian-health-network.ca/faq-faq/aboriginal_peoples-autochtones/3f.html

■ Paroles et pouvoir de femmes des Premières nations : Manuel pour une prise de parole sur la vie, la santé... le diabète

Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador

250, Place Chef Michel-Laveau

Wendake (Qué.) GOA 4V0

Tél. : (418) 842-1540

Télec. : (418) 842-7045

■ Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project Final Report

Centre d'excellence pour la santé des femmes

Mai 2001

Disponible en ligne à l'adresse

www.cwhn.ca/resources/synthesis/index.html

Avez-vous une question sur la santé des femmes?

Sans frais : 1-888-818-9172

Winnipeg: 942-5500

ATS sans frais : 1-866-694-6367

ATS (seulement) à Winnipeg : 942-2806

Télec. : (204) 989-2355

Courriel : questions@cwhn.ca

Seen But Not Heard: Aboriginal Women and Women of Colour in the Academy

Voix féministes/Feminist Voices, numéro 11

Rashmi Luther, Elizabeth Whitmore et Bernice Moreau

Ce numéro de la revue Voix féministes présente un compte-rendu du symposium tenu en mars 1999. À l'occasion de cet événement, des chercheuses de couleur et des Premières nations ont pu partager leur vécu en rapport à l'égalité dans le monde de la recherche. Le résumé d'une étude menée par la rédactrice sur les expériences vécues dans le cadre universitaire canadien figure dans ce numéro, ainsi que de l'information sur quatre conférencières qui ont présenté des exposés dans le cadre du Symposium. 2001. Coût : 13,95 \$ (non-membres); 10,95 \$ (membres). Disponible en anglais.

Publié par : L'Institut canadien de recherches sur les femmes

151, rue Slater, bureau 408

Ottawa (Ont.) K1P 5H3

Tél. : (613) 563-0681

Téloc. : (613) 563-0682

Courriel : info@criaw-icref.ca

Site Web : www.criaw-icref.ca

Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones, énoncé de politique de la SGC

Résumé : Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada

Journal de la SOGC, décembre 2000, vol. 22, numéro 12

Problèmes de santé touchant les peuples autochtones

Journal de la SOGC, janvier 2001, vol. 23, numéro 1

Compréhension interculturelle

Journal de la SOGC, février 2001, vol. 23, numéro 2

Cette série d'articles s'adresse aux professionnels de la santé désireux de comprendre les attitudes des individus et des communautés autochtones qui entrent en contact avec le monde des soins

thérapeutiques. Son objectif est de fournir à ces professionnels une trousse qu'ils peuvent utiliser dans le cadre de leurs interventions auprès de cette clientèle. Les sujets suivants figurent parmi les questions traitées : le contexte social, historique et politique, les questions pertinentes concernant la santé, les façons de composer avec les différences culturelles, ainsi que des idées et des exemples concernant la mise sur pied de ressources de santé dirigées par et pour des Autochtones. 2000/01.

Coût : 12 \$ (numéros antérieurs).

Disponible en anglais et en français.

Publié par : Journal de la SOGC

Rogers Media

777, rue Bay, 5^e étage

Toronto (Ont.) M5W 1A7

Tél. : (416) 596-5000

Téloc. : (416) 596-5892

Les femmes des Premières nations, la gouvernance et la Loi sur les Indiens : recueil de rapports de recherche en matière de politiques

Judith F. Sayers, Kelly A. MacDonald, Jo-Anne Fiske, Melonie Newell, Evelyn George and Wendy Cornet

Ce recueil rassemblant trois rapports de recherche en matière de politiques offre une perspective basée sur les rapports sociaux entre les sexes. Il s'inscrit dans le cadre du débat public sur les questions de gouvernance chez les Premières nations.

Cette collection se veut un appui aux femmes autochtones et vise à favoriser chez les individus et les organismes une plus grande capacité d'intervenir dans le cadre de l'initiative gouvernementale fédérale, celle portant sur l'amendement de la *Loi sur les Indiens*. 2001. Gratuit.

Disponible en français et en anglais

Publié par : Condition féminine Canada

123, rue Slater, 10^e étage

Ottawa (Ont.) K1P 1H9

Tél. : (613) 995-7835

Téloc. : (613) 957-3359

ATME : (613) 996-1322

Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

Site Web :

www.swc-cfc.gc.ca/publish/research/011129-0662864182-f.html

Gender Dimensions of Racial Discrimination

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

Ce rapport a été préparé en prévision de la Conférence internationale sur le racisme à Durban, en Afrique du Sud. Il illustre à quel point l'intolérance, les préjugés et le racisme sont des forces complexes et profondément ancrées. Il souligne comment l'analyse tenant compte des rapports sociaux entre les sexes démontre que la discrimination raciale ne provoque pas les mêmes effets chez les hommes que chez les femmes. 2001. Gratuit. Disponible en anglais.

Publié par : le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

8-14, avenue de la Paix

1211 Genève 10 Suisse

Site Web :

www.unhchr.ch/pdf/wcargender.pdf

Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada

Pat Armstrong, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson et Kay Willson

Ce livre présente les nombreuses facettes de la privatisation des services de santé et les effets de ce phénomène sur les femmes en tant que pourvoyeuses de soins et patientes. Il fait également état de l'impact de la réforme de santé sur la participation au processus de décision, tout en tenant compte des différences importantes entre les femmes sur le plan physique, social, économique, culturel et racial, et sur le plan de leur âge et de leur orientation sexuelle. 2002.

Coût : 24,95 \$. Disponible en anglais.

Publié par : Garamond Press

63, Mahogany Court

Aurora (Ont.) L4G 6M8

Tél. : (905) 841-1460

Téloc. : (905) 841-3031

Courriel : Garamond@web.ca

Site Web : www.garamond.ca

Telling It Like It Is: Realities of Parenting in Poverty

Kathryn L. Green et les participantes de « We Did It Together: Low-Income Mothers Working Toward a Healthier Community »

Ce livre a été produit dans le cadre d'un projet financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies. Cette étude rassemble quinze mères ayant des enfants d'âge préscolaire et un faible revenu, et résidant à Saskatoon. Ces femmes ont participé à plusieurs programmes, notamment les cuisines collectives et les groupes d'encadrement pour parents. La recherche fait état des obstacles auxquels font face les mères économiquement défavorisées et remet en question les stéréotypes négatifs trop souvent associés aux « mères assistées sociales ».

2001. Coût : 7 \$. Disponible en anglais.

Publié par : le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies

56, The Promenade

Winnipeg (Man.) R3B 3H9

Tél. : (204) 982-6630

Télé. : (204) 982-6637

Courriel : pwhce@uwinnipeg.ca

Site Web : www.pwhce.ca

Femmes et santé—suivez le guide

Conseil du statut de la femme—
Québec

Quelles sont les étapes physiologiques que les femmes franchissent tout au long de leur existence? Quelle est l'importance de l'alimentation et de l'activité physique dans leur vie? Quelles sont les maladies qui les guettent? Ce guide tente de répondre à ces questions et fournit des renseignements sur bien d'autres sujets. 2001.

Coût : 12,95 \$. Disponible en français.

Commandes : Les Publications du Québec

Tél. : (418) 643-5150

Sans frais : 1 800 463-2100 (au Québec)

Courriel :

service.clientele@mrci.gouv.qc.ca

A Framework for Women-centered Health

The Vancouver / Richmond Health Board

Cette ressource se veut un guide pour la planification et la mise en œuvre de politiques, de procédures et d'initiatives liées à l'ensemble des services de soins.

Ses 12 volets interreliés présentent des stratégies qui ont pour but d'améliorer la réponse aux besoins des femmes sur le plan de la santé, ciblant à la fois les individus et les populations spécifiques.

2001. Coût : gratuit par téléchargement. En anglais.

Pour commander : Vancouver Coastal Health Authority

Téléphone : (604) 709-6402

Téléchargement : www.vcn.bc.ca/vrhb

Maternités lesbiennes

Nathalie Ricard

Ce livre explore les représentations de la maternité et de la famille chez une trentaine de mères lesbiennes en tenant compte des réseaux familiaux qu'elles élaborent, des valeurs qu'elles y véhiculent et de leurs relations avec l'environnement sociopolitique. On aborde également les questionnements éthiques qui tournent autour du désir d'avoir des enfants, de la formation de la famille, de la place du père, des technologies de reproduction et de l'adoption internationale. 2001.

Coût : 19,95 \$. Disponible en français.

Publié par : Les Éditions du remue-ménage

110, rue Sainte-Thérèse, bureau 501

Montréal (Qc) H2Y 1E6

Tél. : (514) 876-0097

Télé. : (514) 876-7951

Courriel :

info@editions-remueménage.qc.ca

Vers un monde sans sexisme : guide pédagogique de réflexion et d'action pour le personnel enseignant de l'élémentaire et du secondaire

Réseau-Femmes Colombie-Britannique

Promouvant l'éducation non sexiste, ce guide traite de plusieurs thèmes, lesquels

sont subdivisés en sections, telles la raison d'être des stratégies générales ou particulières selon le cas, les activités prêtes à l'emploi ou adaptables, et une liste de ressources imprimées, vidéos et Internet permettant d'approfondir un sujet donné. La langue et les interactions linguistiques, les maths, sciences et technologies, l'éducation physique, le choix de carrière, les médias et Internet, ainsi que le harcèlement sexiste et sexuel, figurent parmi les sujets abordés. 2000.

Coût : 16,00 \$. Disponible en français.

Commandes :

Réseau-Femmes Colombie-Britannique

1752, rue Fir

Prince George (C.-B.) V2L 1E7

Tél. : (250) 960-1155

Télé. : (250) 960-1144

Courriel : rfcb@telus.net

Site Web : www.reseaufemmes.bc.ca

Hepatitis C: Everything You Need to Know

Jenny Heathcote, Colina Yim, Quynh Thai et Averell Sherker

Ce guide complet et bien documenté explique les effets de l'hépatite C, les mesures de prévention et les traitements disponibles. Il aborde la dimension médicale et les problèmes pratiques inhérents à cette maladie. 2001.

Coût : 19,95 \$. Disponible en anglais.

Publié par : Key Porter Books

70, The Esplanade

Toronto (Ont.) M5E 1R2

Tél. : (416) 862-7777

Télé. : (416) 862-2304

Site Web : www.keyporter.com

Note : Concernant les articles cités, nous nous efforçons de vous informer des coûts les plus récents. Toutefois, ceux-ci peuvent changer. Il se peut que ces montants ne comprennent pas les frais d'expédition. Nous vous invitons donc à vérifier le prix auprès du fournisseur avant de commander.

Responsable : Barbara Bourrier-LaCroix