

printemps/automne 2003 / volume 6

numéro 2/3

le réseau

canadien pour la santé des femmes

Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis

L'expérience de
l'accouchement un souvenir
précieux grâce aux doulas

Les technologies prénatales –
Offrent-elles vraiment le choix
en matière de reproduction?

Les implants mammaires
provoquent souvent
des complications

ÉDITION DOUBLE SPÉCIALE

Le Réseau canadien pour
la santé des femmes



Canadian Women's
Health Network

Et voilà! *Le Réseau canadien pour la santé des femmes dévoile un nouveau logo*

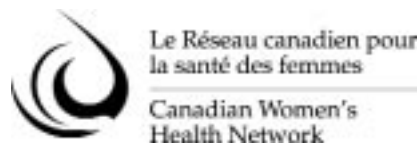
Dans le même esprit de naissance et de renaissance—sujet de plusieurs articles dans ce numéro de la revue *Le Réseau*—nous aimerions vous présenter notre nouveau logo. Nous n'abandonnons pas pour autant les images qui sont pour nombre d'entre vous les symboles du *Réseau canadien pour la santé des femmes*, notamment nos femmes qui dansent, en tons mauves affirmés ou encore notre douce marguerite représentée dans différentes nuances de blanc. Nous voulons plutôt en ajouter à notre répertoire existant.

Nous adoptons aussi une approche pratique. Nous souhaitons en effet que notre logo joue un rôle de mnémonique visuelle, qu'il sera automatiquement associé à notre groupe particulier, soit un collectif de organisations distinguées bien distinctes, dédiées à la santé des femmes, ainsi qu'à ce que nous accomplissons : activités d'éducation en santé des femmes, de défense des droits, de réseautage communautaire et d'activités en vue d'influencer les politiques touchant à la santé des femmes. Mais nous souhaitons que ce logo soit d'abord et avant tout associé à ce que nous défendons : l'amélioration de la santé de toutes les femmes et filles du Canada.

Bien entendu, une seule image peut difficilement représenter tous ces idéaux. C'est pourquoi nous avons choisi une œuvre abstraite, sur laquelle il est possible de projeter le sens que nous lui donnons, de la modeler à notre image. Il n'en demeure pas moins que la forme même du nouveau logo communique sans ambiguïté l'activité, la ténacité, la vigueur et la force de ce mouvement canadien pour la santé des femmes. Le logo spiralé n'est donc pas une image passive, mais une boule de feu symbolisant un bouillonnement d'activités. Lorsque représenté dans toutes ses couleurs (nous n'avons pas les moyens d'en imprimer les couleurs dans la revue), il se compose d'un trait rouge et d'un trait orangé, couleurs franches qui rappellent notre ancrage à la terre, et d'un trait bleu, qui nous invite à regarder vers le ciel et l'avenir.

Veuillez souhaiter la bienvenue à notre nouveau logo au sein de la famille des images du *Réseau canadien pour la santé des femmes*.

Cordialement,
Kathleen O'Grady
Directrice des communications



- 3 Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis
- 6 L'expérience de l'accouchement un souvenir précieux grâce aux doulas
- 7 Mères en mouvement
- 8 Les technologies prénatales
- 11 Les journaux font l'éloge des bienfaits des nouveaux médicaments mais passent les risques sous silence
- 14 Des médicaments dans l'eau potable
- 16 L'ampleur du problème de l'itinérance chez les femmes est sous-estimée, révèle une étude
- 18 Les implants mammaires provoquent souvent des complications
- 21 La crise du système de santé canadien est une question de valeurs et non d'argent
- 23 La contraception d'urgence au Canada
- 24 Ce que nous lisons...
- 27 La santé des femmes sur le Réseau canadien de la santé
- 28 À propos du RCSF

Photo : Christina Gopic Photography / www.christinagopic.com

Éditrice : Kathleen O'Grady
Auteure : Julia Allen
Assistante-rechercheuse de Margaret Laurence : Punam Mehta
Coordonnatrice à la production : Susan White
Conception et mise en page : Folio Design
Traduction : Intersigne
Correction : Vivianne Roy Mazerolle
Abonnements : Léonie Lafontaine
Comité consultatif : Abby Lippman, Anne Rochon Ford, Susan White et Madeline Boscoe

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 *Le Réseau/Network* sont également disponibles par le biais du site Web du RCSF : www.rcsf.ca

Abonnez-vous à la revue **Le Réseau** en composant le 1-888-818-9172 ou écrivez à l'adresse cwhn@cwhn.ca pour plus d'information et de détails concernant les modes de paiement. Nous vous expédions quatre numéros de la revue par année pour la modique somme de 20 \$. Les numéros antérieurs sont aussi disponibles au coût de 5 \$ chacun. 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
 Téléc. : (204) 989-2355
 ATS sans frais : 1 866 694-6367
 Numéro sans frais : 1 888 818-9172
 Courriel : cwhn@cwhn.ca

Effectifs du RCSF

Directrice exécutive : Madeline Boscoe
Directrice exécutive adjointe : Susan White
Directrice de communication : Kathleen O'Grady
Coordonnatrice du site Web : Ghislaine Alleyne
Soutien technique : Tom Pieczonka
Coordonnatrice des services administratifs : Léonie Lafontaine
Coordonnatrice du centre de documentation : Barbara Bourrier-LaCroix
Éducatrices en santé communautaire : Alex Merrill, Manon Sabourin, Siobhan Kari
Coordonnatrice des liaisons : Mona Dupré-Olinik
Bibliotechnicienne : Charlene Jones

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

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

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

Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis

La sage-femmerie au Canada se définit peu à peu

PAR MIRANDA HAWKINS ET SARAH KNOX

EN DÉPIT DES PROGRÈS RÉALISÉS AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES, LA SAGE-FEMMERIE DOIT ENCORE RELEVER DE NOMBREUX DÉFIS. DANS CERTAINES PROVINCES, C'EST LA LUTTE POUR LE FINANCEMENT QUI RETIENT L'ATTENTION, DANS D'AUTRES LA LÉGITIMITÉ MÊME DE LA PROFESSION. BEAUCOUP DE MÉDECINS ET D'INFIRMIÈRES CONSIDÈRENT MAINTENANT LES SAGES-FEMMES COMME DES COLLÈGUES ET PEUVENT CONSEILLER À LEURS PATIENTES DE FAIRE APPEL À LEURS SERVICES POUR L'ACCOUCHEMENT. CEPENDANT, DANS CERTAINES COMMUNAUTÉS, DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SE MONTRENT HÉSITANTS VOIRE HOSTILES ENVERS LA PROFESSION, CELLES QUI LA PRATIQUENT ET LEURS CLIENTES. L'ACCÈS À LA FORMATION DE SAGE-FEMME EST UN PROBLÈME POUR CELLES QUI HABITENT À L'EXTÉRIEUR DES GRANDS CENTRES OÙ SONT OFFERTS LES PROGRAMMES DE FORMATION, ET DANS LES PROVINCES OÙ IL N'EXISTE AUCUN PROGRAMME. LES SAGES-FEMMES AUTOCHTONES ET INUITES RENCONTRENT ENCORE DES DIFFICULTÉS CONSIDÉRABLES EN MATIÈRE DE FORMATION ET DE RÉGLEMENTATION.

Les intervenantes luttent tous les ans pour obtenir du financement, même dans les provinces où la profession est établie depuis des années. L'assurance contre la faute professionnelle constitue l'une des plus grandes préoccupations de la profession et des ministères de la santé. Les primes ne cessent d'augmenter; on a même assisté à une hausse de 400 % au cours d'une seule année.

Le mouvement des consommatrices, étroitement lié à l'établissement de la sage-femmerie professionnelle, demeure dynamique dans plusieurs régions du pays. Ailleurs, il réapparaît pour affronter de nouveaux problèmes après les années d'accalmie qui ont suivi l'adoption d'une législation.

Dans certaines régions, l'acceptation accrue des sages-femmes face à la technologie médicale suscite quelques inquiétudes. En permettant aux sages-femmes d'administrer l'anesthésie épidurale, va-t-on modifier les valeurs fondamentales de la sage-femmerie ou plutôt soutenir le choix et la continuité des soins? Les établissements d'enseignement continueront-ils de former des sages-femmes qui prônent l'accouchement à domicile, le fondement même de la sage-femmerie, et qui valorisent les soins qui sont véritablement axés sur les femmes?

Une affiche aperçue dans la région de Toronto proclame à juste titre que la sage-femmerie est « la plus ancienne et la plus nouvelle des professions ». Riche en histoire et dotée d'une solide position philosophique, la sage-femmerie au Canada se définit peu à peu.

La sage-femmerie au Canada

Les sages-femmes s'occupent de 75 % des naissances dans le monde. Qu'en est-il au Canada?

- En Ontario, la province canadienne qui compte le plus grand nombre de sages-femmes, elles procèdent à 4,5 % des accouchements.
- Cinq provinces / territoires n'ont ni législation ni financement; dans deux provinces, la pratique est réglementée mais il n'y a aucun financement; et le Québec n'approuve pas l'accouchement à domicile, rendant ce choix sans danger et peu coûteux pratiquement impossible pour les femmes qui désirent obtenir des soins dignes de confiance.
- Dans les provinces réglementées et non réglementées, beaucoup de femmes désirent les services d'une sage-femme mais doivent y renoncer en raison d'une pénurie d'effectifs. ►

PROVINCE	A FAIT L'OBJET D'UNE LOI	FINANCÉ	FRAIS IMPOSÉS	DOMICILE / HÔPITAL / CENTRE DE NAISSANCE	PROGRAMME DE SENSIBILISATION
Alberta	Oui	Non	Oui	Domicile / hôpital / Centre de naissance	Non
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Non	Domicile / hôpital	Oui
Manitoba	Oui	Oui	Non	Domicile / hôpital	Non
Terre-Neuve et Labrador	Non	Non	Non	Hôpital (en région éloignée seulement)	Non
Nouveau-Brunswick	Non	Non	Non	Domicile	Non
Territoires du Nord-Ouest	Non	Non	Oui	Domicile	Non
Nouvelle-Écosse	Non	Non	Oui	Domicile	Non
Nunavut	Partiellement (un projet pilote en 2002)	Partiellement	Non	Centre de naissance (seulement à Rankin Inlet)	Non
Ontario	Oui	Oui	Non	Domicile / hôpital	Oui
Île-du-Prince-Édouard	Non	Non	Oui	Domicile	Non
Québec	Oui	Oui	Non	Centre de naissance	Oui
Saskatchewan	Oui	Non	Oui	Domicile	Non
Yukon	Non	Non	Oui	Domicile	Non

La situation de la profession est radicalement différente selon le lieu de résidence au Canada et les nombreux obstacles à l'accessibilité des soins.

Pourquoi l'accessibilité de la sage-femmerie est-elle nécessaire partout au Canada?

- En 2020, il n'y aura pas suffisamment de médecins pour effectuer les accouchements au Canada.
- Les sages-femmes prodiguent un type de soins que les médecins n'offrent pas.
 - Les sages-femmes peuvent offrir d'excellents soins prénataux en s'appuyant sur le principe du « choix éclairé », c'est-à-dire offrir aux femmes les renseignements dont elles ont besoin pour faire un choix judicieux pour elles et leur famille.
 - Les sages-femmes offrent un excellent soutien émotif, car elles passent 20 à 30 minutes de plus que les professionnels de la santé avec leurs clientes à chaque rendez-vous.
 - Les sages-femmes procurent une « continuité des soins »; ainsi, les mères savent que l'intervenante pendant la grossesse sera la même qui s'occupera de l'accouchement et du bien-être de la mère et de l'enfant en prodiguant des soins postnataux pendant six semaines.
- Les sages-femmes respectent le choix des mères en matière d'accouchement. Elles offrent des soins de la plus haute qualité et un soutien assuré, quel que soit le résultat de l'accouchement.
- Les sages-femmes sont les seules professionnelles reconnues qui

pratiquent des accouchements en dehors du milieu hospitalier.

- Les sages-femmes sont des adeptes convaincues de l'accouchement sans interventions inutiles (anesthésie épidurale, surveillance intra-utérine continue, épisiotomie) et possèdent les compétences pour aider les femmes à donner naissance en toute quiétude sans recourir à ces interventions.
- Les interventions médicales sont utiles lorsqu'on s'en sert à bon escient; elles sont devenues monnaie courante dans de nombreux accouchements médicalement assistés; le prix à payer est souvent considérable pour la mère et le système de santé.
- Les sages-femmes prodiguent des soins à des femmes de tous les horizons et sont bien formées pour servir les femmes de diverses cultures et croyances religieuses.
- Des centaines de femmes nous ont révélé que les soins prodigués par les sages-femmes leur ont permis de devenir des mères énergiques et pleines d'assurance pouvant transmettre à leurs enfants les mêmes qualités.
- Dans certaines régions du pays, la pénurie de médecins signifie que les femmes ne peuvent pas obtenir les soins gynécologiques appropriés, comme le test de dépistage du cancer du col de l'utérus, des conseils en matière de contraception ou des médicaments prescrits. Les sages-femmes sont en mesure d'offrir ces services à leurs clientes à titre complémentaire.
- Dans certaines communautés, il faut procéder au transfert coûteux des femmes vers un plus grand centre pour l'accouchement.
- Les sages-femmes ont réussi à aider beaucoup de femmes avec l'allaitement maternel, dont on a démontré les bienfaits à long terme chez les enfants. Le problème courant des

nouveau-nés déshydratés qui se retrouvent au service des urgences de l'hôpital est résolu par les visites fréquentes à domicile et les soins apportés par une intervenante en qui la mère a confiance.

- Grâce aux examens périodiques de la mère et de l'enfant pendant six semaines, souvent exécutés à domicile, on peut éviter ou déceler rapidement les problèmes potentiels comme la dépression du post-partum. En plus de connaître les symptômes de la dépression, la sage-femme connaît suffisamment la mère pour constater des changements dans sa personnalité et son comportement.

Obstacles à l'universalité de la sage-femmerie au Canada

1) Manque de soutien gouvernemental (législation)

Dans les provinces où il n'y a pas de réglementation, très peu de sages-femmes pratiquent en raison des problèmes occasionnés par l'absence de dispositions officielles ainsi que la difficulté de gagner leur vie. Dans ces provinces, les quelques sages-femmes en activité ne peuvent prescrire des tests de sang et d'urine courants ou s'occuper des femmes dont la grossesse particulière ou les croyances personnelles favorisent l'accouchement à l'hôpital.

2) Pénurie de financement gouvernemental

Dans les provinces où il n'y a pas de réglementation, ou celles où la réglementation n'est pas accompagnée d'un financement, les femmes doivent payer elles-mêmes les services de la sage-femme. Malgré la pratique courante des tarifs dégressifs selon le revenu, plusieurs femmes n'ont pas les moyens de s'offrir ce service; on empêche ainsi l'accès de la sage-femmerie à celles qui sont déjà marginalisées dans notre société (les femmes pauvres, les nouvelles immigrantes et les jeunes mères).

3) Pénurie de sages-femmes

Dans les provinces où la profession de sage-femme est réglementée et subventionnée, les sages-femmes sont très en demande et elles ne suffisent pas à la tâche.

4) Possibilités réduites de formation

Pour augmenter le nombre de sages-femmes, il faut en former davantage. L'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique offrent un programme de formation universitaire; mais cela ne suffit pas. Les femmes des autres provinces qui désirent une formation ne peuvent compter sur un programme dans les régions où elles résident et travaillent. Ainsi, de nombreuses sages-femmes potentielles ne peuvent s'inscrire dans les programmes existants, ce qui réduit le nombre de sages-femmes même dans les provinces où la profession est déjà établie.

5) Manque de compréhension du milieu de la santé

Dans notre pratique, nous avons profité de relations respectueuses entre les sages-femmes et les médecins.

Cependant, on constate de nombreux cas—certains bien documentés—de sages-femmes considérées comme des professionnelles de niveau inférieur par les médecins et les infirmières. Cette situation compromet les soins prodigués aux femmes.

Dans certaines régions réglementées, des hôpitaux octroient—ou refusent—des privilèges à des sages-femmes. Le refus d'accorder certains privilèges peut empêcher la sage-femme de s'occuper de clientes qui choisissent d'accoucher à l'hôpital. Ces femmes sont laissées sans soins ou doivent se contenter des soins médicaux.

6) Incapacité de prodiguer des soins à domicile

Certains professionnels de la santé refusent encore de reconnaître la sécurité de l'accouchement à domicile et font campagne contre cette pratique et tentent de bloquer ou de modifier l'adoption d'une réglementation à l'égard de la sage-femmerie. Ils agissent ainsi en dépit des études, notamment une étude récente de l'Association médicale canadienne, qui révèlent que l'accouchement à domicile est un bon choix pour beaucoup de mères et d'enfants.

Que doit-on faire?

Faire pression sur les gouvernements fédéral et provinciaux dans le but de :

- 1) Réglementer et subventionner la pratique de la sage-femmerie dans toutes les provinces et les territoires, en faire un choix véritable d'un océan à l'autre, accessible aux différentes populations du Canada.
- 2) Décentraliser les possibilités de formation pour les futures sages-femmes. Pour ce faire, il faut créer des écoles satellites et investir dans l'apprentissage en ligne. En outre, on doit permettre aux sages-femmes expérimentées, en régions où il n'existe pas de programme de formation universitaire, d'agir comme formatrices auprès des futures sages-femmes. Il faut ainsi permettre aux étudiantes d'apprendre et d'étudier en dehors du programme de formation officiel.
- 3) Reconnaître la sage-femmerie au sein du système de santé par une plus grande sensibilisation aux bienfaits de cette profession et de la pratique actuelle au Canada. Cette initiative entraînera de meilleures relations de travail et des privilèges accrus accordés aux sages-femmes dans les hôpitaux.
- 4) Reconnaître l'accouchement à domicile comme un choix viable et sans danger pour les femmes dans toutes les provinces et les territoires, et autoriser les professionnelles formées à pratiquer l'accouchement. 🍷

Miranda Hawkins et Sarah Knox sont les auteures de l'ouvrage paru récemment, The Midwifery Option: A Canadian Guide to the Birth Experience (Harper Collins, 2003). Pour obtenir d'autres renseignements, visitez le site www.midwiferyoption.ca

L'expérience de l'accouchement un souvenir précieux grâce aux doulas

PAR JULIA ALLEN

À L'ÉPOQUE OÙ MA GRAND-MÈRE ÉTAIT ENCEINTE DE MA MÈRE AU DÉBUT DES ANNÉES 50, L'ACCOUCHEMENT ÉTAIT UN ÉVÉNEMENT PLUTÔT ANGOISSANT. L'EXPÉRIENCE QU'ELLE A VÉCUE EN DONNANT NAISSANCE À CELLE-CI ET, PLUS TARD, À MON ONCLE, EST TYPIQUE DE CE QUE VIVAIENT ALORS LA PLUPART DES FEMMES : DES MOMENTS D'ISOLEMENT, D'ABSENCE DE CHALEUR ET DE PEUR.

Puis, à la naissance de ma tante, ma grand-mère a vécu autre chose. Même si l'accouchement même ressemblait aux précédents, le souvenir qu'elle en garde est marqué par la visite que lui a rendue une infirmière, alors que ma tante était âgée d'à peine une journée. Ma grand-mère s'en souvient comme si c'était hier : la jeune femme avait brossé les cheveux soyeux du nouveau-né et les avait lissés sur le front en un magnifique accroche-cœur. Ces quelques moments de gentillesse avaient transformé un accouchement pareil aux autres en un événement spécial, dont ma grand-mère se souviendrait toute sa vie. Cette femme attentionnée, qu'elle le sache ou non, s'était comportée comme une *doula*.

Le terme « doula » est emprunté au grec ancien, qui signifie « une femme qui rend service aux autres femmes ». Aujourd'hui, ce titre désigne une femme qui accompagne les couples pendant l'accouchement. Au contraire de la femme qui avait rendu visite à ma grand-mère, les doulas sont rarement des infirmières; ce sont généralement des femmes qui se sentent une vocation pour le rôle d'accompagnatrice des femmes enceintes. Mais tout comme dans le récit de ma grand-mère, elles apportent une dimension de sollicitude à l'expérience de l'accouchement, que celui-ci se déroule à l'hôpital ou à la maison.

Habituellement, la doula rendra visite à la mère et son conjoint ou sa conjointe à quelques reprises avant la naissance de l'enfant. Ces visites permettent au couple et à la doula de se connaître et de planifier la naissance. Au moment de l'accouchement, la mère connaîtra bien la doula et lui aura confié ses désirs par rapport à l'événement, de même que de ses peurs.

Quand le travail commence, la doula est disponible nuit et jour. Elle offre des conseils sur les moyens d'activer le travail et de soulager la douleur. Elle devient cette personne à tout faire prête à accomplir le nécessaire, qu'il s'agisse d'aller remplir le verre d'eau ou de garer la voiture. Par-dessus tout, sa présence tranquille est source d'encouragement et de réconfort; elle donne à la femme qui accouche le sentiment d'être

« maternée » si tel est, comme bien d'autres femmes qui vivent cette expérience, le besoin qu'elle éprouve.

S'il est prévu que l'accouchement se fera à l'hôpital, la doula peut aider le couple à démystifier un jargon, des actes médicaux et des appareils parfois intimidants. Elle veillera aussi à ce qu'on communique aux futurs parents toute l'information nécessaire si jamais une situation imprévue survient.

L'appui que procure la doula ne se limite pas à la mère; en fait, l'un des aspects primordiaux de la relation est le soutien apporté au conjoint ou à la conjointe. Elle lui chuchotera souvent à l'oreille, au cours de l'accouchement, des conseils comme « essayez de lui frotter le dos juste à cet endroit » ou « je pense qu'elle aimerait peut-être boire encore de l'eau »; certaines femmes s'étonnent d'ailleurs de ce que leur partenaire ait mystérieusement su aller au-devant de leurs besoins au bon moment.

Après la naissance, les doulas effectuent une ou deux autres visites à la maison, pour donner des conseils sur l'allaitement, parler de l'expérience de la naissance et aiguiller les nouveaux parents vers les ressources adéquates.

Les bienfaits de ce type d'accompagnement suivi sont impressionnants. Une étude publiée en 1993 par Klaus, Kennel et Klaus révèle, chez les femmes qui ont été accompagnées par une doula, une diminution des naissances par césarienne de l'ordre de 50 %, une réduction de 25 % de la durée du travail et de 60 % des demandes pour une anesthésie péridurale.

La doula et la sage-femme conçoivent toutes deux la naissance comme un événement naturel dans une famille, mais elles n'interviennent pas de la même façon : les doulas ne posent aucun geste médical et ne font pas d'évaluation. Leurs fonctions pendant l'accouchement diffèrent également : la doula joue son rôle le plus important pendant le travail actif, au moment où les contractions sont les plus intenses, alors que la sage-femme est responsable de veiller à ce que tout se passe bien au moment même de la naissance. La doula peut donc se consacrer tout entière à la tâche d'assister la femme qui accouche d'une contraction à l'autre, sans avoir à doser son énergie en préparation pour la naissance.

Un autre point les distingue. Les doulas accompagneront les femmes que les sages-femmes n'acceptent pas de suivre, notamment les femmes considérées « à risque élevé », celles qui ont prévu une anesthésie péridurale ou une césarienne, celles qui résident dans une région où la pratique des sages-femmes n'est pas encore légalisée, ou encore celles qui prévoient accoucher à l'hôpital. Le rôle de la doula consiste à faire en sorte que l'expérience de la naissance soit la plus satisfaisante possible, quels que soient les désirs de la femme.

Il existe différents programmes de formation des doulas. Plusieurs d'entre elles suivent d'abord un atelier intensif de trois jours durant lequel on aborde les aspects physiques et affectifs de la naissance et les techniques de contrôle de la douleur; telle est par exemple la formation offerte par exemple par l'organisation Doulas of North America (DONA), qui compte quelque 4 600 membres.

Les doulas travaillent généralement en pratique privée et facturent de 250 \$ à 800 \$ pour leurs services. Elles adhèrent toutefois à la vision exprimée par DONA, c'est-à-dire « une doula pour chaque femme qui l'exige », offrant leurs services selon une échelle mobile ou bénévolement.

Même si le rôle assumé par les doulas aujourd'hui est beaucoup plus large que celui qu'avait joué cette femme qui avait tant touché ma grand-mère, le but recherché est, en définitive, le même. Sollicitude, soutien et reconnaissance de l'importance de l'expérience de la naissance, voilà qui définit la marque distinctive des soins apportés par les doulas; ce pourrait bien être là des ingrédients essentiels pour forger, comme dans le cas de ma grand-mère, des souvenirs positifs et impérissables. ☺

Pour d'autres renseignements sur les doulas, consulter la page du RCSF intitulée Les accompagnantes à la naissance : www.cwhn.ca/ressources/faq/accompag.html

Autres ressources [en anglais seulement] :

- Doulas of North America (DONA) www.dona.org
- Birthing From Within www.birthingfromwithin.com
- Association of Labor Assistants and Childbirth Educators www.alace.org/
- Childbirth and Postpartum Professionals www.childbirthprofessional.com
- Canadian Doulas www.canadiandoulas.com
- Canadian Association of Midwives <http://members.rogers.com/canadianmidwives/>
- Frequently Asked Questions About Doulas www.birthrootsdoulas.com/faq.htm
- Questions to Ask a Prospective Doula www.mother-care.ca/bd_questions.htm

Mères en mouvement

Pour les femmes et leurs enfants : une invitation à l'exercice

PAR KRISTA BENOIT

AMENER LES FEMMES À REFAIRE RÉGULIÈREMENT DE L'ACTIVITÉ physique ou à les inciter à faire de l'exercice pour une première fois après un accouchement, voilà le but du nouveau site Web *Mères en mouvement*. Présentant un jeu-questionnaire intitulé « Êtes-vous prête à faire de l'activité physique? », le site offre plus de 80 pages d'information qui invite les femmes à vivre sainement et à aider leurs enfants à faire de même. Les statistiques démontrent que le taux de participation aux activités physiques augmente de 22 % chez les enfants dont la mère pratique un sport, alors qu'il augmente de 11 % dans les foyers où papa fait du sport.

Mères en mouvement est un programme offert par l'Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique. Depuis sa création en 1981, l'ACAFS encourage les femmes et les filles à descendre des gradins et à investir les terrains de jeux et les salles de conseils. L'ACAFS offre de nombreux programmes qui encouragent les femmes à augmenter leurs activités sportives, mais le programme *Mères en mouvement* est le seul qui s'adresse aux mères et aux futures mères. Le programme a été lancé en juillet 2002 dans un contexte pertinent, puisqu'en 2001 le droit au congé parental de 12 mois avait été accordé aux nouvelles mamans. Beaucoup de mères prennent ce congé avec leur bébé et veulent faire des activités qui leur permettent de briser la routine des couches et des biberons.

Le site Web *Mères en mouvement* offre de nombreux conseils pratiques et couvre des sujets tels que l'allaitement, la nutrition, les consignes pour l'activité physique, l'équipement, les vêtements appropriés et la sécurité. Le programme a été conçu par Elizabeth (Beth) Mansfield, M.Sc., RD, une diététiste autorisée et une spécialiste de l'exercice chez *Peak Performance* à Ottawa. Elle se spécialise dans le rapprochement entre les sciences de la nutrition et de l'exercice et de bonnes habitudes alimentaires et une vie active. Tout le contenu, les suggestions et les conseils présentés dans le site ont également été révisés par Santé Canada afin d'assurer l'exactitude de l'information.

Consultez le site Web *Mères en mouvement* à l'adresse www.caaws.ca/mothersinmotion. Vous pouvez également contacter l'ACAFS à kbenoit@caaws.ca ou au (613) 562-5667 et demander la brochure du programme. Des exemplaires de ce document sont disponibles pour diffusion dans les bureaux de médecins, à des conférences, dans des cliniques, dans des centres de santé et conditionnement physique, à des événements spéciaux et dans tous les lieux où les mères se rassemblent. ☺

Les technologies prénatales – Offrent-elles vraiment le choix en matière de reproduction?

du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

PAR YVONNE PETERS ET KAREN LAWSON

GRÂCE AUX RÉALISATIONS ACCOMPLIES DANS LE CADRE DU PROJET DU GÉNOME HUMAIN ET À L'ATTENTION QU'ELLES ONT SUSCITÉE DE LA PART DES MÉDIAS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, LE PUBLIC A CONSTAMMENT REÇU DE L'INFORMATION SUR LES DERNIÈRES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES, NOTAMMENT LES DÉCOUVERTES DE NOUVEAUX GÈNES. CES PERCÉES SONT GÉNÉRALEMENT ACCUEILLIES AVEC BEAUCOUP D'ENTHOUSIASME ET SUSCITENT EN NOUS L'ESPOIR DE COMBLER NOS LACUNES HUMAINES PAR UN APPORT GÉNÉTIQUE. TOUTEFOIS, UN TEL ESPOIR RÉVÈLE UNE AMBITION ET UN OPTIMISME DÉMESURÉS. LES TECHNOLOGIES GÉNÉTIQUES OFFRENT QUELQUES OUTILS DE PLUS POUR PERCER LE MYSTÈRE DES GÈNES MAIS ELLES N'ONT PAS NÉCESSAIREMENT ENGENDRÉ LES SOLUTIONS AU CASSE-TÊTE.

À titre d'exemple, des centaines de gènes humains ont été identifiés et cartographiés mais, dans de nombreux cas, aucun traitement n'a encore été mis au point pour les maladies dont certains sont porteurs. De plus, même si la science a attribué des causes génétiques à de nombreuses maladies courantes, les risques que celles-ci se développent sont augmentés, dans la plupart des cas, par la présence d'autres facteurs génétiques ou environnementaux. La détection d'un trouble chromosomique, tel le syndrome de Down, ne peut pas révéler non plus l'intensité avec laquelle la maladie se manifesterá.

Les défenseurs des nouvelles techniques génésiques, notamment des technologies prénatales, disent qu'elles multiplieront les choix qui s'offrent aux femmes dans le domaine de la reproduction et diminuera le taux de déficience au sein de la société. Cette position est, au mieux, très simpliste et cache les importants enjeux sociaux et éthiques sous-jacents à de telles technologies, dont l'autonomie des femmes en matière de reproduction et les droits à l'égalité des femmes et des hommes handicapés.

Les tests de diagnostics prénataux peuvent en effet prévenir les femmes de la naissance d'un enfant handicapé en fournissant de l'information pertinente sur l'état génétique du fœtus pendant la grossesse. Par ailleurs, il n'existe pas d'interventions thérapeutiques pour la plupart des pathologies détectées par les tests prénataux, et les femmes chez qui le diagnostic est positif doivent se préparer à vivre une vie avec un enfant handicapé ou mettre un terme à leur grossesse.

Les perceptions négatives de ce que peut être la vie avec une déficience, combinées à la difficulté d'obtenir un soutien social adéquat, peuvent pousser une femme à croire que la seule véritable option qui s'offre à elle est une interruption de grossesse.

Les défenseurs des droits des handicapés critiquent fortement l'objectif des tests prénataux et la procédure presque automatique d'avortement qui suit l'identification d'un fœtus déficient. Le fait que la science ait concentré ses efforts sur la mise au point des tests prénataux plutôt que sur les stratégies thérapeutiques, suscite de la méfiance chez les militants. Selon eux, l'identification de gènes s'inscrit dans une

stratégie de gestion eugénique qui vise à éliminer les fœtus présentant des imperfections.

La médicalisation des déficiences

La profession médicale a exercé une influence médicale croissante au cours du siècle dernier et elle était bien placée pour exercer un rôle important dans la vie des personnes handicapées. Les professionnels et les scientifiques œuvrant dans le domaine médical ont, de tout temps, décrit les déficiences comme des anomalies, des déficiences, des dysfonctionnements, des anormalités, des lacunes ou des « problèmes » médicaux dont est atteint un individu. L'attention sociétale (et médicale) est donc concentrée sur une démarche visant à réparer ou à guérir l'individu ou à l'amener à retrouver un état « normal ». Dans les cas où la « normalité » demeure inaccessible, les professionnels tentent de rendre la personne aussi « normale » que possible.

La « médicalisation » des déficiences est fondée sur une idéologie individualiste qui prétend que le corps d'un individu handicapé est la cause des « problèmes » associés à la différence. Selon cette idéologie, les obstacles causés par la déficience proviennent de l'individu plutôt que des institutions sociales qui excluent les handicapés en maintenant en place des obstacles qui entravent leur participation.

Les techniques génétiques et l'idéologie de la génétisation peuvent renforcer la vision traditionnelle selon laquelle les déficiences sont des problèmes médicaux. Des termes tels qu'anomalie, anormalité et malformation congénitale sont parfois utilisés pour décrire un fœtus porteur d'une déficience. Ces étiquettes démontrent, une fois de plus, que les déficiences

sont placées dans la catégorie des pathologies individuelles plutôt que situées dans un contexte social.

Les technologies prénatales ne feront pas disparaître les déficiences de la société. Selon une estimation du *Conseil des Canadiens avec déficiences*, seulement 3 % des pathologies génétiques réagissent aux traitements génétiques. Quarante-vingt-cinq pour cent des adultes handicapés ont développé une déficience après l'âge de 13 ans, et plus de 90 % des enfants handicapés vivent avec une déficience causée par des facteurs sociaux et non génétiques. Une personne est beaucoup plus à risque de devenir handicapée pour des raisons circonstancielles, comme le vieillissement, la maladie, les conditions de travail dangereuses, les environnements toxiques, la violence, la pauvreté, les choix de vie, la mauvaise alimentation, etc. Par conséquent, malgré le battage publicitaire des médias et de la communauté scientifique sur le sujet, il est peu probable que l'identification de gènes réduira de façon significative l'incidence de déficience ou améliorera le statut social d'une personne handicapée.

La déficience a non seulement été considérée comme un problème qui relève de l'individu mais elle a aussi été étiquetée comme un problème médical nécessitant une solution médicale, qui, plus précisément, nécessite les soins et l'intervention de professionnels comme les médecins, les travailleurs sociaux et les conseillers en réadaptation. De nombreuses personnes handicapées ont donc été exclues de la société et ont été forcées à vivre dans des conditions de dépendance et d'oppression. Identifiée comme une maladie ou une anomalie individuelle, la déficience est perçue comme un état négatif.

Le recours à des tests prénataux ►



Les technologies prénatales

inquiète les personnes handicapées puisque pour elles, cette démarche représente un retour à un modèle médical axé sur l'individu, à une étape où elles commencent à peine à jouir de la dignité conférée par l'acquisition de droits et à entretenir un espoir de vivre dans une société libre d'obstacles. Leur appréhension en ce qui a trait aux tests prénataux est le résultat d'un passé où les pratiques eugéniques étaient de mise, une approche qui a contribué à une très grande oppression des groupes défavorisés. Par exemple, au cours du siècle dernier, les personnes handicapées faisaient l'objet de stérilisations non thérapeutiques, d'institutionnalisations et, en Allemagne nazie, d'assassinats collectifs.

Certains disent qu'historiquement, la société a exercé une discrimination envers les personnes handicapées parce que celle-ci était généralement ignorante et aucunement sensibilisée au concept de diversité, notamment au potentiel de cette population. Les handicapés craignent que les techniques génétiques et leur utilisation par la science pour identifier les gènes « positifs » et « négatifs » puissent mener à reproduire les erreurs du passé.

Il est concevable que, dans un environnement respectueux, les technologies prénatales puissent offrir certains avantages, dont des nouveaux traitements et un soutien accru quant aux choix de reproduction. Par contre, si nous voulons demeurer intègres en tant qu'êtres humains, nous devons tenir compte de l'opinion des plus concernés et nous devons utiliser les apprentissages du passé pour amorcer le virage vers l'avenir.

Le lien entre la défense des droits des handicapés et les choix offerts aux femmes en matière de reproduction

Ce sont les femmes qui subissent les tests prénataux, qui démêlent les enjeux et qui composent avec les résultats.

Puisque les pathologies génétiques font de plus en plus l'objet de diagnostics prénataux, il est logique de penser que la société, en général, et la profession médicale, en particulier, exerceront d'énormes pressions sur les femmes pour les amener à subir de tels tests et à recourir à l'avortement si les résultats sont positifs. Ce processus véhicule le message selon lequel les femmes doivent assurer le bien-être de la société en se débarrassant des fœtus jugés inaptes. En d'autres mots, les femmes qui, sciemment, choisissent de donner naissance à un bébé déficient peuvent être accusées de miner la société ou de lui imposer un

fardeau. Les tests prénataux ont donc le pouvoir de promouvoir l'avortement forcé de fœtus déficients. Bien qu'aucun gouvernement n'oserait jamais imposer l'avortement systématique dans des cas de fœtus déficients, du moins dans un avenir prévisible, les pressions médicales, sociales et économiques imposées dans une telle situation sont si fortes qu'un refus ne constituerait pas un choix viable pour les femmes.

En fait, les tests prénataux sont souvent présentés comme un moyen d'appuyer une dimension de la santé publique. La déficience représente une charge financière relativement élevée pour le système d'aide sociale et le système médical, et les tests et les avortements sélectifs sont présentés comme des options très économiques capables de réduire les conséquences de la déficience sur la société. Le message véhiculé dans cette information est que le recours à la technologie prénatale constitue un acte responsable de la part d'une citoyenne et future mère. Les femmes qui ne se soumettent pas aux tests ou qui décident de poursuivre une grossesse après avoir reçu un diagnostic confirmant que leur fœtus est malade ou déficient sont vues comme des personnes socialement irresponsables, irrationnelles et égoïstes.

Si les femmes étaient assurées de recevoir le soutien émotif, social et financier qui leur permettraient de prendre soin de leurs enfants, et si elles étaient certaines qu'ils seraient acceptés en tant que membres importants de la communauté, peu importe leur statut génétique, elles seraient peut-être plus nombreuses à ne pas se soumettre aux tests. Ces avenues de changement, combinées à une plus grande acceptation des personnes handicapées, offrent des solutions de rechange pour s'attaquer aux obstacles économiques auxquels se heurtent les familles avec des enfants aux besoins particuliers. Elles aborderaient également ces questions en évitant de faire porter aux femmes enceintes la responsabilité de « guérir les problèmes de la société ». 🍷

Tiré du rapport de recherche The Ethical and Human Rights Implications of Prenatal Technologies: The Need for Federal Leadership and Regulation, de Yvonne Peters et Karen Lawson. Pour obtenir une copie complète du rapport, communiquez avec le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, au (204) 982-6630, ou consultez le site www.cewh-cesf.ca/PDF/pwhce/ethical-human-rights.pdf

LES JOURNAUX FONT L'ÉLOGE DES BIENFAITS DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS MAIS PASSENT LES RISQUES SOUS SILENCE

Les médicaments d'ordonnance : les consommateurs n'ont pas toute l'information

Du Centre canadien de politiques alternatives

LES JOURNAUX QUOTIDIENS, CETTE IMPORTANTE SOURCE d'information à laquelle nous faisons confiance, nous communiquent des renseignements sur les nouveaux médicaments d'ordonnance qui sont incomplets et qui peuvent promouvoir des attentes irréalistes en ce qui a trait aux bienfaits des nouveaux médicaments, selon une étude publiée récemment par le Centre canadien de politiques alternatives.

Le rapport *Drugs in the News* [Les médicaments aux actualités] révèle que les articles publiés dans les journaux mettent plus souvent l'accent sur les bienfaits des nouveaux médicaments et offrent peu d'information sur les effets nocifs potentiels. Parmi les articles d'actualité examinés dans plus de 20 grands quotidiens, 68 % ne faisaient aucune allusion aux effets potentiellement néfastes, et ceux qui en parlaient les minimisaient et les mentionnaient en fin d'article.

L'étude a également fait les constatations suivantes :

Les effets des médicaments sur la santé ne sont souvent présentés qu'en termes descriptifs, sans données précises ou scientifiques quant à l'efficacité du médicament.

Seulement un article sur quatre comportait des données de base quantifiant les bienfaits ou les effets néfastes des médicaments, et 30 % des articles qui offraient cette information le faisaient en termes mensongers.

Lorsque les effets potentiellement nocifs étaient mentionnés, ils étaient plus souvent décrits en des termes qui minimisaient les risques pour les patients (« mineurs » ou « rares »). Toutefois, les bienfaits étaient plus souvent décrits en des mots qui mettaient l'accent sur les bienfaits potentiels (« remède ayant fait ses preuves » ou « extrêmement efficace »).


Les contre-indications—les conditions dans lesquelles ce médicament pourrait avoir des effets nocifs—étaient men-

tionnées dans seulement 4 % des articles.

Seulement un article sur six mentionnait des options de rechange en matière de traitement (par exemple, un médicament offert à moindre coût).

Des détails sur les intérêts financiers agissant discrètement dans les coulisses—comme, par exemple, l'identité de la firme qui a financé l'étude sur l'efficacité d'un médicament, ou les liens financiers entre un patient porte-parole et une firme pharmaceutique—ont été mentionnés dans moins de 3 % des articles.

Les auteurs de l'étude s'entendent toutefois pour dire que l'inclusion d'information sur les produits pharmaceutiques n'est pas une mission facile pour les journalistes. « Cela nécessite une capacité d'interpréter des données scientifiques complexes tout en résistant au marketing agressif de l'industrie pharmaceutique », précise Barbara Mintzes, coauteure de l'étude. « Avec ce que les firmes nous donnent comme information, il est très facile d'écrire des articles en faveur de ces nouveaux médicaments, alors qu'il est très difficile de trouver de l'information provenant de sources indépendantes. »

Le Dr Joel Lexchin, urgentologue à Toronto et professeur agrégé à la *School of Health Policy and Management* [École de politiques et de gestion en matière de santé] de l'Université York, espère que le rapport s'avérera un outil pour les journalistes qui rédigent des articles sur les nouveaux médicaments. « Les médias doivent faire un meilleur travail lorsqu'il s'agit de retracer les fonds, et les lecteurs doivent être mieux informés à ce sujet. » 

Vous pouvez obtenir le rapport d'étude complet en consultant le site www.policyalternatives.ca ou en contactant le bureau du CCPA, au (604) 801-5121.

Ce que vous devez savoir concernant les médicaments d'ordonnance – et ce que les médias ne vous disent pas toujours

Information concernant un médicament

Quelle maladie ce médicament peut-il traiter, selon l'approbation officielle? L'obtention d'une approbation régulatrice pour un médicament en vue de traiter une maladie spécifique assure la présence de preuves indiquant qu'un médicament produit un effet positif sur le patient atteint de la maladie. Si un médicament n'a pas été approuvé pour une affection spécifique, il n'existe aucune preuve assurant qu'il peut avoir un effet positif et les patients peuvent être exposés inutilement à des effets secondaires.

Les contre-indications d'un médicament

Qui doit éviter de prendre ce médicament? Les contre-indications identifient les patients chez qui ce médicament peut causer des torts plutôt que des bienfaits. (Par exemple, l'Atorvastatin ne doit pas être prescrit aux femmes enceintes ou aux patients atteints de maladies du foie.)

Les bienfaits cliniques

Les bienfaits proclamés d'un médicament produisent-ils un effet tangible et important sur la santé des patients? (L'Atorvastatin peut réduire le cholestérol, mais des preuves existent-elles attestant que ce médicament diminue les risques de crise cardiaque? Le Donepezil peut produire des changements en ce qui a trait aux tests cognitifs, mais aide-t-il les patients à mener à bien leurs activités quotidiennes?) Les bienfaits non cliniques du médicament, souvent appelés substituts ou résultats intermédiaires, peuvent produire une impression d'efficacité exagérée.

Les effets nocifs cliniques

Tout médicament comporte des risques et des bienfaits. Les effets nocifs du médicament sont-ils mentionnés? Cette information est-elle aussi détaillée que celle faisant état des bienfaits? Il faut offrir aux consommateurs une information équilibrée sur tous les effets des médicaments.

L'ampleur

Des chiffres sont-ils présentés pour expliquer clairement l'am-

pleur des bienfaits ou des effets nocifs? (Par exemple, sans chiffres pour préciser l'ampleur des bienfaits et des effets nocifs, comment un patient peut-il savoir si les bienfaits sont proportionnellement supérieurs aux risques?)

Des chiffres absolus

L'ampleur des bienfaits et des effets nocifs ont-ils été présentés en termes de « valeur absolue »? Par exemple, un médicament peut réduire le nombre de patients qui sont frappés d'une crise cardiaque de 10 sur 100 à 7 sur 100. En termes de valeur « relative », le risque est réduit de 30 %, alors qu'en termes de « valeur absolue », le risque a été réduit de 3 %. Les valeurs relatives peuvent être fallacieuses et tout chiffre de plus de 10 % est habituellement un chiffre relatif.

Le temps

Pendant combien de temps un patient doit-il prendre un médicament pour en éprouver les bienfaits? Les traitements aux médicaments administrés pour guérir des maladies graves sont habituellement d'une durée très précise. Les médicaments pour maladies chroniques ou les médicaments préventifs peuvent être administrés pendant une période indéterminée ou prolongée. Les personnes traitées doivent être informées de la durée minimale du traitement nécessaire à l'obtention de bienfaits ainsi que de tout bienfait et tout effet nocif pouvant découler d'un traitement à long terme.

Les solutions de rechange, avec et sans médicaments

Les solutions de rechange, avec ou sans médicaments, ont-elles été mentionnées dans l'article? Il existe souvent plusieurs possibilités quant au traitement d'un problème spécifique, dont la pharmacothérapie et autres options. Les différents traitements axés sur les médicaments peuvent comporter des bienfaits et des effets nocifs complètement différents ou des caractéristiques étonnamment similaires, selon leur mécanisme d'action. Toutefois, la présentation de solutions de rechange axée sur des médicaments peut offrir aux patients des options qu'ils peuvent explorer lorsqu'ils décident d'un traitement avec leur médecin. D'autres solutions de rechange sans médicaments, telles que l'exercice et un

changement d'alimentation, doivent aussi être incluses dans tout débat sur les médicaments présenté dans les actualités.


Les coûts

Quel est le coût d'un traitement avec médicaments? Dans un monde idéal, la question du coût ne serait abordée que dans la comparaison de médicaments identiques, mais puisque c'est la population qui porte en bout de ligne le fardeau des dépenses élevées au chapitre des médicaments, les consommateurs doivent savoir ce qu'il déboursent. (Par exemple, du point de vue des consommateurs, vaut-il la peine de prendre de l'Oseltamivir pour réduire les symptômes de la grippe de 5-7 jours à 4-6 jours, à un coût de 45 \$ ou plus?) Il faut tenir compte aussi du coût des tests de diagnostic et ce qu'il en coûte pour émettre une ordonnance et évaluer l'efficacité du médicament.

La méthodologie

Quelle est la méthodologie employée dans cette étude? La validité des données issues des recherches sur les médicaments dépend de la méthodologie employée, et un sondage effectué auprès de 100 personnes livre des résultats beaucoup moins fiables qu'un essai clinique mené auprès de 1 000 personnes. La méthodologie qui génère les données les plus fiables en matière de médicaments est l'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé. Dans le cadre d'une telle approche, les chercheurs donnent, de façon aléatoire, le médicament ou un placebo à des patients. Ni les chercheurs ni les patients ne connaissent l'identité des personnes qui prennent le médicament et de celles qui prennent le placebo. Les études menées auprès d'un plus grand nombre de patients et de plus longue durée génèrent aussi des données plus fiables. La publication d'une étude dans des revues médicales approuvées par des collègues ne garantit pas que les résultats offrent de l'information cohérente, permettant d'évaluer l'innocuité et l'efficacité de nouveaux médicaments. Toutefois, la qualité des données présentées uniquement à des rencontres et à des conférences ou publiées dans des revues non approuvées par des collègues est encore plus douteuse.

Les sources de financement

L'identité des firmes pharmaceutiques qui financent les recherches et les porte-parole a-t-elle été révélée? Tout comme les reportages politiques, les reportages pharmaceutiques doivent aussi examiner les sources de financement. Bien qu'il existe des mesures de réglementation pour minimiser la présence de médicaments inefficaces et dangereux sur le marché, les allégeances financières peuvent influencer fortement sur l'interprétation des données en matière de médicaments. Dans un même temps, les firmes pharmaceutiques offrent de la documentation éducative et met à la disposition du public des conférenciers invités dans le cadre de soirées d'information, sous le couvert de groupes ou d'organismes de soutien aux patients. Vous trouverez ci-dessous une liste de ressources qui offrent de l'information sur les médicaments et qui ne sont pas liées à l'industrie pharmaceutique. 

Sources d'information indépendantes en matière de médicaments*

- **Australian Prescriber**
www.australianprescriber.com
Tél. : 61 (2) 6289-7038; téléc. : 61 (2) 6289-8641
- **Infobanque AMC (Guide de pratiques)**
www.amc.ca/cma/common/start.do?lang=1&skin=130
Tél. : 1 (800) 663-7336; téléc. : 1 (613) 565-2382
- **British National Formulary**
www.bnf.vhn.net/home
- **Cochrane Library**
www.cochranelibrary.com
Tél. : 1 (888) 855-2555; téléc. : 1 (613) 236-8864
- **Drug and Therapeutics Bulletin**
www.which.net/health/dtb/main.html
Tél. : 44 (20) 7770-7571; téléc. : 44 (20) 7770-7665
- **Drugs of Choice**
Tél. : 1 (888) 855-2555; téléc. : 1 (613) 236-8864
Food and Drug Administration (USA)
www.fda.gov/cder
- **Medical Letter**
www.medletter.com
Tél. : 1 (800) 211-2769; téléc. : 1 (914) 632-1733
- **Prescrire International**
www.esculape.com/prescrire
Tél. : 33 (1) 492-372-65; téléc. : 33 (1) 480-787-32
- **Therapeutics Letter**
www.ti.ubc.ca/pages/letter.html
Tél. : 1 (604) 822-0700; téléc. : 1 (604) 822-0701
- **Therapeutic Choices**
Tél. : 1 (800) 917-9489; téléc. : 1 (613) 523-0445
- **Worst Pills, Best Pills**
www.citizen.org/hrq
Tél. : 1 (202) 588-1000; téléc. : 1 (202) 588-7798

Tirée du rapport Drugs in the News: How well do Canadian newspapers report the good, the bad and the ugly of new prescription drugs? par Alan Cassels, Merrilee Atina Hughes, Carol Cole, Barbara Mintzes, Joel Lexchin et James McCormack (2003). Vous pouvez vous procurer l'étude en consultant le site www.policyalternatives.ca ou en téléphonant au CCPA, au (604) 801-5121.

* Source : Therapeutics Initiative [Initiative en matière de thérapies] (basée à l'Université de la Colombie-Britannique). *Sources of Drug Therapy Information*. Therapeutics Letter, numéro 35, mai / juin 2000. www.ti.ubc.ca/pages/letter35.htm

DES MÉDICAMENTS DANS L'EAU POTABLE

Une exposition chronique à des substances chimiques dans l'eau potable : un danger potentiel pour la santé

Du Femmes action pour la protection de la santé PAR SHARON BATT

AU COURS DE L'ANNÉE, LES MANCHETTES DÉNONÇAIENT LA présence de médicaments dans l'eau, avertissant le public d'une réalité inquiétante : nos lacs, rivières, ruisseaux et eaux souterraines contiennent des quantités infimes de produits pharmaceutiques qui peuvent aboutir dans notre eau potable. La liste croissante de produits contient des substances que nous ne voulons surtout pas ingérer lorsque nous buvons notre verre d'eau par temps de canicule : des antibiotiques et des antidouleurs, des hormones et des tranquillisants, des médicaments contre la cholestérolémie, l'épilepsie et le cancer, des parfums de musc, et des phtalates, une famille de produits chimiques que l'on retrouve dans les cosmétiques, les parfums et les produits pour cheveux.

Nous ne connaissons pas encore les effets de ces substances chimiques sur la santé humaine mais des études sur les animaux révèlent des troubles à l'échelle du système de reproduction et des fonctions cérébrales. Le gouvernement fédéral travaille depuis deux ans à élaborer un plan visant à protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens de cette nouvelle menace, ce qui est tout à son honneur. Un projet, portant l'acronyme de PREE (Projet de règlement d'évaluation sur l'environnement), franchit actuellement les dédales de la bureaucratie et sera présenté à l'automne. Malheureusement, le PREE a perdu le nord. Si le projet continue sur la voie actuelle, l'environnement qui assure les fondements de notre santé sera moins protégé que l'industrie des médicaments et des articles de toilette.

Puisque cette forme de pollution provient de l'utilisation personnelle (et non industrielle) de substances chimiques, la population doit absolument être sensibilisée à la question. Chaque personne doit bien cerner le problème, voir l'éventail des solutions possibles et s'engager dans un processus de changement. De plus, parce que les femmes ont un lien particulier avec ces produits, toute analyse de la question doit être fondée sur une comparaison entre les sexes. L'accent doit être mis sur la prévention, un principe qui n'est qu'un vœu pieux dans les documents du PREE. La meilleure façon d'enrayer la détérioration de l'environnement causée par la présence de médicaments et d'articles de toilette est de réduire l'utilisation de ces produits.

Étrangement, la documentation du PREE ne parle jamais

de réduction. Ayant participé à plusieurs consultations du PREE, la raison en est, selon moi, très simple : le processus a été élaboré de façon à apaiser les craintes de l'industrie face à l'augmentation des coûts et la perte de revenus. Les groupes de santé et de revendications environnementales, lorsque consultés, devaient s'attaquer à un ordre du jour préétabli et légaliste, élaboré par des avocats gouvernementaux pour leurs homologues de l'industrie.

Les produits chimiques destinés à l'utilisation personnelle envahissent l'environnement de la façon la plus prosaïque. Cinquante à quatre-vingt-dix pour cent des ingrédients actifs d'un médicament aboutissent dans les égouts par le biais des excréments. De là, ils s'infiltrent dans une station de traitement d'eau qui n'est pas conçue pour les éliminer. Les médicaments inutilisés sont jetés dans les toilettes ou dans l'évier (les mères ont appris qu'il fallait procéder ainsi pour assurer la sécurité des enfants). Les hôpitaux et les maisons de repos disposent de vastes quantités de médicaments inutilisés parce que les résidents changent de médication, cessent d'en prendre ou décèdent. Les médicaments pris pendant un séjour en institution peuvent aussi contaminer l'environnement après le décès de la personne par les eaux qui s'écoulent des cimetières et qui aboutissent dans les nappes souterraines. Les agriculteurs administrent des médicaments à leurs bestiaux, y compris de grandes quantités d'antibiotiques, et les boues d'épuration contaminées par les médicaments sont vendues comme fertilisants agricoles.

Le problème ne se limite pas qu'aux médicaments. Les savons, les shampooings, les cosmétiques et les parfums contiennent aussi des substances chimiques qui disparaissent dans les égouts mais perdurent dans l'écosystème.

Le terme « soupe chimique » que l'on emploie pour référer à ces eaux semble peut-être exagéré quand on parle de concentrations aussi minimales qu'une partie par billion de volume. Toutefois, la science suggère qu'une exposition chronique à de multiples substances bioactives puisse nuire à la santé humaine, même à des taux peu élevés. Les médicaments sont conçus pour que de petites quantités produisent un effet et ils ne doivent pas être mélangés de façon anarchique. Les chercheurs découvrent des « fenêtres de vulnérabilité » chez les

embryons puisque ceux-ci sont extrêmement sensibles aux substances chimiques, même en quantités minimales. Les tests environnementaux pour ces produits chimiques ont été mis au point depuis peu de temps et les recherches en sont encore à leurs premiers balbutiements.

À cause des normes culturelles, les femmes sont, dans la famille, les personnes qui achètent le plus souvent les médicaments et les aliments. Ce sont elles aussi qui préparent les repas, soignent les personnes malades dans la famille et mettent au rebut les produits utilisés au foyer. Plusieurs médicaments sont consommés par un sexe spécifique (p. ex. les produits de contraception et d'hormonothérapie) ou sont plus souvent prescrits à des femmes qu'à des hommes (p. ex. les antidépresseurs). Plusieurs de ces tendances en matière de prescription reflètent la médicalisation excessive de la vie des femmes, et plus précisément le recours à des médicaments pour « traiter » des événements de vie tout à fait normaux comme les menstruations, les grossesses et la ménopause.

Les femmes doivent mener le débat

Les femmes sont aussi les principales consommatrices de cosmétiques, de parfums et de produits pour cheveux, dont plusieurs contiennent des phtalates, une famille de produits chimiques industriels qui, selon les études sur les animaux, a été associée à des anomalies congénitales permanentes du système reproductif masculin.

Une étude commandée par Santé Canada dans le cadre du PREE a constaté que les femmes étaient plus intéressées que les hommes à apprendre comment éliminer les médicaments de façon sécuritaire, et plus nombreuses à exprimer le désir d'agir à partir de l'information acquise, même si le processus s'avère compliqué. Les femmes étaient aussi plus nombreuses que les hommes à jeter les médicaments dont elles voulaient se débarrasser dans les toilettes ou dans l'évier, une différence qui, probablement, témoigne du fait qu'elles sont chargées de veiller à la santé des enfants. L'étude ne contenait aucune question sondant l'opinion des consommatrices et des consommateurs concernant la réduction de médicaments.


Comme le suggère son nom, le PREE porte surtout sur la nouvelle réglementation. Au début de l'année prochaine, Santé Canada demandera aux entreprises et autres fabricants de multiplier leurs tests assurant la sécurité des produits. Les nouveaux produits devront répondre favorablement aux tests de toxicité après avoir été diffusés dans l'environnement, et non seulement pendant leur utilisation. Quant aux produits déjà sur le marché, l'introduction graduelle d'un protocole de tests sera exigée.

Les fabricants sont inquiets. Qu'advient-il si les tests sont coûteux, s'ils ralentissent la mise en marché, s'ils réduisent la compétitivité ou s'ils éliminent certains produits du marché?

Il est normal que les fabricants aient ces interrogations, mais ces questions ne doivent pas dicter le contenu d'un programme de protection de la santé et de l'environnement.

Les groupes œuvrant dans les domaines de la santé des femmes et de l'environnement devraient être des chefs de file dans ce débat, mais peu se sont attaqués à cette question. La plupart des groupes communautaires ont refusé de participer aux consultations gouvernementales après la rencontre préliminaire. Et pour cause, puisque la documentation scientifique et les documents de réglementation n'ont pas été rédigés pour des militants mais plutôt pour des scientifiques, des avocats et des spécialistes du marketing de l'industrie, qui prennent le PREE très au sérieux.

Si mon médicament d'ordonnance peut aboutir dans votre tasse de café le matin, chaque armoire à médicaments dans chaque foyer devient une préoccupation publique. Heureusement, il est possible d'intervenir de nombreuses façons. Dans une série d'articles publiée dans la revue *Environmental Health Perspectives* couvrant plusieurs volets de la question, Christian Daughton, un scientifique de la *US Environmental Protection Agency*, présente un plan complet pour le court, le moyen et le long terme. À court terme, il suggère un éventail de solutions, y compris de mettre un frein à la publicité promouvant l'utilisation de médicaments auprès des consommateurs, de réduire la remise d'échantillons de médicaments aux médecins, de réduire les doses, de réduire la taille des emballages, explorer les traitements non toxiques relevant de la médecine douce, et de recycler les médicaments non utilisés plutôt que de les jeter. Il cite une étude ontarienne qui, selon ses estimations, évalue à plus de 40 millions de dollars le gaspillage de médicaments dans la province, chaque année.

Monsieur Daughton argue que l'élimination d'un usage inapproprié, excessif et abusif de médicaments mènera à l'amélioration de la santé, épargnera de l'argent et favorisera la protection de l'environnement. Nous pouvons tous coller ce message sur le miroir de notre armoire à médicaments. 

Chercheuse dans le domaine de la santé, Sharon Batt demeure à Halifax. Elle œuvre pour les organismes Action pour la protection de la santé des femmes et Prevention First, deux coalitions qui réclament la mise en place d'une réglementation visant la protection de la santé et de l'environnement.

L'analyse présentée dans cet article est issue d'un document de travail portant sur les médicaments dans l'environnement, préparé pour l'organisme Action pour la protection de la santé des femmes. Ce document est disponible en ligne, à www.whp-apsf.ca

Une version de cet article a d'abord été publiée dans le Globe and Mail (31 juillet 2003).

L'AMPLEUR DU PROBLÈME DE L'ITINÉRANCE CHEZ LES FEMMES EST SOUS-ESTIMÉE, RÉVÈLE UNE ÉTUDE

De l'organisme Sistering: A Woman's Place [Solidarité sororale : la place d'une femme]



L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE CHEZ LES FEMMES est grandement sous-estimée, révèle une nouvelle étude. Commandé par l'organisme caritatif Sistering et financé par Santé Canada et Condition féminine Canada, le rapport *Common occurrence: The Impact of Homelessness on Women's Health* [Une réalité fréquente : l'impact de l'itinérance sur la santé des femmes] affirme que l'itinérance est une question de grande importance quand on parle de santé des femmes et une réalité qui comporte de graves conséquences sur la santé émotionnelle, mentale, spirituelle et physique des femmes.

Prenant comme point de départ que les études antérieures n'ont pas abordé adéquatement la question de l'itinérance chez les femmes et qu'elles n'ont pas totalement cerné le continuum de ce problème, les chercheuses ont choisi de se pencher sur l'itinérance « cachée » ainsi que sur l'itinérance « visible ».

L'itinérance visible inclut les femmes qui sont hébergées dans des foyers et des abris d'urgence et celles qui vivent l'expérience difficile de dormir dans des endroits inadéquats pour les personnes, comme les parcs et les fossés, les entrées de portes, les véhicules et les édifices désaffectés.

L'itinérance cachée inclut les femmes qui demeurent temporairement chez des amis ou des membres de leur famille, celles qui endurent une cohabitation avec une personne pour ne pas être dans la rue, ou celles qui habitent dans un foyer où elles sont l'objet d'actes violents ou de conflits familiaux. L'itinérance cachée comprend aussi les femmes qui sont dans les situations suivantes : celles qui consacrent une grande part de leur revenu au logement et qui n'ont plus d'argent pour les nécessités de la vie, comme la nourriture; celles qui risquent d'être expulsées de leur logement; et celles qui vivent dans des

édifices hors normes ou physiquement dangereux, ou dans des logements surpeuplés.

« L'itinérance est maintenant un phénomène pouvant influencer sur la santé des femmes », affirme Nancy Blades, directrice des programmes de Sistering. En tant qu'organisme militant pour les droits des femmes itinérantes, Sistering a cherché à sensibiliser les interlocuteurs clés du milieu de la santé sur le vécu des femmes itinérantes dans le système de santé canadien et sur la pauvreté féminine. « Nous voulions quantifier les expériences des femmes pour amener ces interlocuteurs à prendre conscience que l'itinérance féminine est souvent cachée », précise madame Blades.

Les chercheuses, qui ont utilisé une analyse fondée sur les rapports sociaux entre les sexes, ont interviewé plus de 125 femmes itinérantes à Toronto sur leur état de santé et ont recueilli des commentaires de 38 représentantes et représentants d'organismes œuvrant dans le secteur de la santé, du logement, des services sociaux et du logement d'urgence, à Toronto. « Nous avons mené des entrevues en 14 langues et interviewé des femmes de plusieurs âges, origines ethniques et orientations sexuelles, des femmes handicapées, des mères de famille, des travailleuses de rue, des immigrantes, des femmes aux prises avec des problèmes psychologiques, émotionnels, des troubles mentaux, et autres », précise madame Blades. De toutes les femmes interviewées, 93 % ont affirmé être aux prises avec des problèmes émotionnels et des troubles mentaux causés par leur situation de logement.

Dans cette étude, les chercheuses se penchent aussi sur les questions de santé liées spécifiquement à l'itinérance féminine, y compris les obstacles auxquels font face les femmes itinérantes dans les programmes de soutien actuels. Selon l'étude, les services sociaux et médicaux ne répondent pas totalement aux problèmes et aux besoins des femmes sur le plan de la santé, notamment parce que le continuum de l'itinérance féminine n'est pas bien compris.

Le rapport Common Occurrence Research Action Report: The Impact of Homelessness on Women's Health est disponible à Sistering (20 \$ l'exemplaire, plus 5 \$ de frais d'envoi). Pour plus d'information, téléphonez au (416) 926-9762, poste 227, ou consultez le site Web www.sistering.org

Pour aider à résoudre le problème de l'itinérance féminine visible et cachée, nous devons entreprendre les actions suivantes :

- réclamer aux gouvernements provinciaux et au gouvernement fédéral la mise en place d'une stratégie pancanadienne pour le logement;
- réclamer l'augmentation du soutien du revenu pour les femmes et les enfants afin d'empêcher que cette population ne passe de l'itinérance cachée à l'itinérance visible et ne s'enlise davantage dans la pauvreté;
- multiplier les programmes de lutte contre la violence faite aux femmes pour fournir un appui aux victimes de la violence familiale;
- améliorer la sécurité des foyers d'accueil d'urgence et en assurer l'accès;
- augmenter la collaboration entre les institutions de santé et les groupes communautaires;
- favoriser davantage la participation des femmes itinérantes dans le secteur de la santé, par exemple aux comités et aux programmes de services d'approche;
- améliorer les services communautaires pour répondre aux préoccupations des femmes itinérantes;
- établir des liens entre les organismes communautaires de femmes pour éviter que les femmes aux prises avec l'itinérance cachée ne souffrent d'isolement et de solitude et ne tombent dans la spirale de l'itinérance visible;
- réclamer au gouvernement une augmentation du financement aux programmes de soutien aux personnes handicapées pour faire en sorte que les femmes et les enfants aux prises avec l'itinérance cachée et visible puissent satisfaire leurs besoins nutritionnels de base.

Adapté du rapport Common Occurrence: The Impact of Homelessness on Women's Health (Sistering, 2002).

Les implants mammaires provoquent souvent des complications

Le système de santé public fait les frais du suivi des chirurgies cosmétiques privées

Du Centre d'excellence pour la santé des femmes – Colombie-Britannique

PAR ALEINA TWEED

DEPUIS DES DÉCENNIES, LES FEMMES QUI ONT REÇU DES IMPLANTS MAMMAIRES ONT SIGNALÉ UN TAUX DE DÉFAILLANCE ÉLEVÉ EN CE QUI A TRAIT   LEUR PROTHÈSE, AINSI QUE DES MALADIES NON IDENTIFIABLES. EN 1992, LES IMPLANTS DE SILICONE ONT FAIT L'OBJET D'UN MORATOIRE GOUVERNEMENTAL AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA JUSQU'  CE QU'ON PUISSE EN ASSURER L'INNOCUITÉ. DANS LES ANNÉES QUI ONT SUIVI, LES CHERCHEURS ONT TENTÉ DE TROUVER PLUS D'INFORMATION. ENTRE TEMPS, LA POPULARITÉ DES IMPLANTS MAMMAIRES CONTINUE D'ÊTRE   LA HAUSSE, ET LES IMPLANTS REMPLIS D'UNE SOLUTION SALINE REMPLACENT LEURS PRÉDÉCESSEURS EN SILICONE.

Plusieurs femmes qui choisissent de se faire implanter des prothèses mammaires sont très satisfaites des résultats de leur chirurgie. Elles signalent des bienfaits psychologiques et émotionnels qui résultent d'une nouvelle image corporelle. Toutefois, de nombreuses femmes font l'expérience d'effets secondaires et ont l'impression que leur santé a été atteinte, à court et à long terme.

Au Canada, des milliers de femmes ont choisi de subir une chirurgie d'augmentation mammaire, dont 25 000 femmes de la Colombie-Britannique, selon les estimations. Comme dans toute l'Amérique du Nord, environ 20 % de ces chirurgies sont pratiqu es pour des raisons de reconstruction après un cancer ou une mastectomie prophylactique, ou pour corriger une insuffisance ou une absence de développement des seins, et 80 % sont exécutées à des fins d'augmentation mammaire. De telles interventions ne sont pas considérées comme « essentielles » et c'est donc l'individu qui en assume les frais plutôt que l'assurance-santé. Cependant, si cette chirurgie entraîne des problèmes de santé—des complications locales bien connues aux complications systémiques très controversées—les femmes atteintes ont recours au système de santé public pour être soignées.

La recherche sur l'implantation de prothèses mammaires fait face à de nombreux défis. L'un d'eux, et non le moindre, est l'absence d'un registre central qui permettrait aux professionnels de la santé ou aux chercheurs de retracer les femmes qui

reçoivent des implants mammaires ou de mener des suivis. Par contre, nous savons qu'un très grand nombre de femmes ont souffert de complications liées aux implants mammaires. Une étude menée à la clinique Mayo, aux  tats-Unis, révélait par exemple que 25 % des femmes ayant reçu des implants mammaires souffraient de complications locales nécessitant des chirurgies supplémentaires, et ce, dans les cinq ans suivant l'implantation. Nous savons également que 103 343 cas de réactions indésirables associées à l'implantation de prothèses mammaires au silicone ont été signalées à la *U.S. Food and Drug Administration* [Direction de la gestion des aliments et des médicaments des  .-U.], ainsi que 23 454 cas problèmes impliquant des implants à solution saline, entre le 1^{er} janvier 1985 et le 17 septembre 1996.

Dans le cadre d'une étude récente, les chercheuses du Centre d'excellence pour la santé des femmes – C.-B. ont découvert, au Canada aussi, un taux relativement élevé de complications dues aux implants mammaires. Les données recueillies auprès d'un groupe de 147 femmes ayant reçu des implants mammaires ont été comparées aux données relevées auprès d'un groupe de référence composé de femmes n'ayant pas reçu d'implants mammaires (583 femmes). Les chercheuses ont constaté que les femmes qui ont reçu des implants mammaires consultaient beaucoup plus souvent les médecins et les spécialistes que les femmes qui n'avaient pas reçu d'implants. L'étude indiquait également que les femmes ayant reçu des

implants mammaires étaient plus de quatre fois plus à risque d'être hospitalisées et que leur nombre d'hospitalisation au cours de la période de recherche était beaucoup plus élevé que chez les femmes n'ayant pas reçu d'implants.

Les chercheurs ont également constaté que plus de la moitié (51 %) des répondantes du groupe d'étude ont signalé au moins une chirurgie supplémentaire liée aux implants mammaires après la chirurgie initiale. De ce nombre, la moitié (49 %) avait subi une chirurgie supplémentaire, 23 % en avait subi deux, 11 % en avait subi trois, et 17 % avait subi quatre chirurgies supplémentaires ou plus. L'importance des complications avait été telle chez certaines femmes que ces dernières voulaient se départir de leurs implants mammaires, et 40 % des répondantes avaient fait retirer leurs implants de façon permanente.

La chirurgie d'augmentation mammaire n'est pas jugée nécessaire et, dans la plupart des cas, cette intervention est exécutée dans les cliniques privées et payées par la clientèle. Toutefois, il semble qu'elle entraîne une hausse de demandes de soins à l'endroit du réseau public de la part des femmes ayant reçu des implants. Si, tel que le suggère la documentation, le taux de complications locales est d'au moins 25 %—et probablement 50 % ou plus—il est certain que des milliers de Canadiennes ont davantage recours aux ressources de santé publique à la suite de leur chirurgie.

Les complications à la suite d'une chirurgie d'augmentation mammaire

Il y a trois groupes importants de complications associées à l'implantation de prothèses mammaires : les complications locales, les complications systémiques et les complications psychologiques. La

chirurgie d'augmentation mammaire comporte aussi les mêmes risques associés à toute implantation chirurgicale d'un instrument médical.

Les complications chirurgicales

Toute chirurgie—et l'implantation de prothèses mammaires ne fait pas exception—comporte des risques tels que les complications provoquées par l'anesthésie générale, les infections, les hématomes, les hémorragies, les thromboses, les nécroses cutanées, le retardement de la guérison de la plaie et les chirurgies supplémentaires.

Nous savons qu'un très grand nombre de femmes ont souffert de complications liées aux implants mammaires.

Une femme qui reçoit un(des) implant(s) mammaire(s) aura probablement besoin, au cours de sa vie, d'une chirurgie supplémentaire ou de chirurgies ayant trait à ses implants. Le traitement pour contracture capsulaire, la correction de la taille ou de la position de l'implant, le contrôle des infections résultant d'autres complications locales ou systémiques, la prévention ou le

traitement d'une fuite, d'une perforation ou d'autres problèmes de santé figurent parmi les problèmes nécessitant des interventions chirurgicales.

Les complications locales

Les complications locales peuvent varier de très légères à très graves, et elles touchent un taux élevé de femmes qui reçoivent des implants mammaires. L'une des plus importantes complications est la contracture. La contraction des parois du tissu cicatriciel entourant l'implant mammaire peut causer le durcissement du sein, une sensation d'inconfort et même des douleurs aiguës.

Selon Santé Canada, la contracture capsulaire se manifeste habituellement dans les deux ans suivant la chirurgie, chez environ 25 % des femmes ayant subi une chirurgie de ce type. D'autres chercheurs suggèrent un pourcentage pouvant atteindre les 70 %, et certains évaluent à 100 % le nombre de femmes munies d'implants qui développeront, à différents degrés, des contractures capsulaires au cours de la vie de l'implant.

Le dégonflement et la perforation de l'implant causés par une détérioration normale au fil du temps, les traumatismes causés aux seins, des dommages non détectés ou la fragilité de l'enveloppe de l'implant, constituent des complications importantes. Selon une étude, 70 % des implants qui ont été retirés 11 à 15 ans après l'implantation étaient perforés ou comportaient une fuite. Une étude gouvernementale américaine menée auprès de 344 femmes ayant reçu des implants révélait, après un examen à l'IRM, que les prothèses des deux tiers des participantes étaient perforées. Les implants qui dégonflent, fuient ou deviennent perforés peuvent laisser échapper leur contenu, qui se ►

répand dans tout le corps. La solution d'eau salée contenue dans les implants devrait être inoffensive. Toutefois, en raison de la nature semi-poreuse de l'enveloppe de l'implant mammaire et, en partie, des problèmes de valves et des difficultés inhérentes à la stérilisation des matériaux constituant les implants, la solution saline ne conserve pas son état stérile, suggèrent les recherches. Une autre étude révèle que la plupart des implants mammaires à solution saline qui ont été retirés, peu importe leur âge, comportent des agents microbiologiques à l'intérieur, qui sont aussi présents dans les capsules entourant les prothèses. Une solution contaminée n'est pas considérée comme inoffensive si l'implant se dégonfle ou devient perforé.

Des changements quant à la forme, au volume et à la sensibilité du sein, aux dépôts de calcium, à l'interférence mammographique, des sensations d'inconfort ou de douleur dans les seins et dans l'abdomen et aux écoulements du mamelon, figurent parmi les autres complications possibles.

Les complications systémiques

Dans la plupart des cas, les complications systémiques apparaissent plusieurs années après l'implantation de la prothèse. Ces complications ont tendance à être multi-symptomatiques, comme des symptômes associés à des maladies auto-immunes, des affections du tissu conjonctif, des « maladies provoquées par l'intervention humaine » ou des troubles ressemblant au syndrome de fatigue chronique / à la fibromyalgie. (Les maladies du système immunitaire et des tissus conjonctifs classiques associées aux implants de silicone sont la sclérodermie, le lupus érythémateux systémique, la connectivité mixte, l'arthrite rhumatoïde et le syndrome de Sjögren-Larsson.) Les

femmes ayant des implants mammaires ont aussi signalé des troubles de granulomatose et des problèmes de ganglions lymphatiques, des gripes chroniques, des troubles respiratoires et des infections. Les multiples symptômes signalés par ces femmes incluent souvent des manifestations de plusieurs de ces maladies. Les implants mammaires suscitent également une autre inquiétude, bien que de moindre ampleur : le cancer.

Le lien entre les implants mammaires et les complications systémiques n'est pas encore tout à fait clair. Cependant, la recherche épidémiologique n'a pas démontré une hausse marquée des risques.

Les complications psychologiques

Malheureusement, les études portant sur les conséquences psychologiques d'une chirurgie d'augmentation mammaire relèvent, pour la plupart, de l'anecdote et consistent surtout en des témoignages de chirurgiens qui font état du degré de satisfaction de leurs patientes. Ces rapports suggèrent que généralement, 70 % ou plus des patientes se disent satisfaites des résultats de la chirurgie. Par contre, de toute évidence, de telles études comportent d'importantes lacunes. Premièrement, combien de patientes avoueraient à leur chirurgien qu'elles sont insatisfaites des résultats de leur chirurgie? Deuxièmement, combien de chirurgiens avoueraient à leurs collègues que leurs patientes ne sont pas satisfaites des résultats?

De nombreuses études suggèrent qu'en général, la chirurgie cosmétique donne lieu à une amélioration post-opératoire immédiate quant à l'image corporelle, la qualité de vie et les symptômes de dépression. Toutefois, d'autres études ont démontré que les femmes qui subissent un retrait d'implants mammaires (explantation) rapportent

des taux plus élevés d'anxiété relativement à leurs seins, d'insatisfaction relativement à la partie supérieure de leur torse, ainsi que de dépression, et ce, avant et après le retrait des implants, comparativement aux groupes de référence ayant subi des chirurgies cosmétiques et aux groupes de référence n'ayant pas subi de telles chirurgies. Ces résultats suggèrent que pour beaucoup de femmes, la chirurgie d'augmentation mammaire mène à une détérioration du sentiment de bien-être psychologique plutôt qu'à une amélioration.

Les questions relatives aux politiques

Au Canada, les seuls implants mammaires disponibles à grande échelle sont ceux remplis d'une solution saline (un sac de silicone rempli d'eau salée). Toutefois, Santé Canada n'a pas encore fait l'examen de ce produit.

Le *Règlement sur les instruments médicaux* a été introduit au Canada en 1975. Ce règlement imposait le dépôt d'une présentation des instruments dans les 10 jours précédant leur mise en marché, sans toutefois exiger un examen du produit. Le règlement a été amendé en 1977 de sorte que des preuves étaient exigées avant la mise en marché quant à l'innocuité et l'efficacité du produit. Par contre, la liste des instruments régis par cet amendement n'incluait pas les implants mammaires. En octobre 1982, un autre changement a été introduit, qui imposait une obligation de soumettre tous les instruments à un examen, avant la mise en marché, y compris les implants conçus pour être implantés dans des tissus ou dans des corps pour plus de 30 jours, ce qui incluait donc les implants mammaires.

L'amendement de 1982 exigeait que les données de tous les instruments

implantables devaient être soumises à une évaluation pour en vérifier l'innocuité et l'efficacité avant la mise en marché, une procédure essentielle pour obtenir un avis de conformité et une approbation permettant la vente du produit au Canada. Cette évaluation incluait un examen des résultats de tests sur les animaux et les humains et des données de fabrication fournies par le fabricant, cet examen étant effectué par les scientifiques du Bureau de la radioprotection et des instruments médicaux de Santé et Bien-Être Canada. Par contre, l'évaluation n'était requise que pour les instruments introduits après la date de mise en vigueur de l'amendement. Or, la plupart des implants remplis d'une solution saline étaient disponibles sur le marché avant cette date et ont donc été exemptés du processus d'évaluation avant commercialisation.

Dernièrement, malgré le moratoire imposé sur les implants mammaires au silicone, Santé Canada a commencé à permettre l'usage de ce produit dans certaines circonstances. Il semble que leur popularité serait de nouveau à la hausse. À l'heure où les implants au silicone sont réintroduits, les effets des implants remplis de solution saline, actuellement disponibles à grande échelle, n'ont même pas fait l'objet de recherches sérieuses. La politique gouvernementale comporte donc certaines lacunes à ce chapitre et Santé Canada doit remédier à la situation. 🍷

Du document Health Care Utilization Among Women Who Have Undergone Breast Implant Surgery, par Aleina Tweed, du Centre d'excellence pour la santé des femmes – Colombie-Britannique.

Le rapport complet est disponible en ligne, à l'adresse

www.bccewh.bc.ca/PDFs/hcubreastimplants.pdf. Vous pouvez également l'obtenir en composant le (604) 875-2633.

La crise du système de santé canadien est une question de valeurs et non d'argent

PAR NUALA KENNY

COMME LES RAPPORTS RÉCENTS DU COMITÉ SÉNATORIAL KIRBY ET DE LA Commission Romanow l'indiquent, le système de santé canadien est en crise. Toutefois, le Canada n'est pas le seul pays à être aux prises avec ce problème. Tous les systèmes de santé du monde sont en crise. Les mêmes forces et les mêmes enjeux qui ont déclenché cette crise au Canada sont aussi présents ailleurs. En Europe, on craint que les dépenses en matière de santé ne grimpent follement, même dans les pays où les coûts liés à la santé n'ont pas beaucoup entamé le produit national brut. La plupart des pays européens dotés d'un système de santé à deux vitesses, ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, voient les composantes publiques de leur système se détériorer et sont témoins de la croissance des coûts de l'assurance-maladie privée. Les États-Unis, ce bastion de la libre concurrence, éprouvent plus de difficultés que la plupart des autres pays. Chez nos voisins, la faute est mise sur le dos des soins gérés, mais les difficultés sont les mêmes. Bien que les forces sociales et économiques internationales exercent une influence, chaque pays réagit à sa manière. En tant que Canadiennes et Canadiens, quelle sera donc la voie que nous choisirons?

La crise actuelle de notre système de santé n'est pas uniquement une question d'argent ou d'inefficacité. Elle est le symptôme de valeurs floues en ce qui a trait à notre définition du concept de santé et de soins, à l'importance que nous donnons à la santé dans notre société, et au rôle des gouvernements dans ce créneau. Les enjeux qui entrent dans l'élaboration d'objectifs ne portent pas uniquement sur la création de nouvelles options permettant d'obtenir plus d'argent pour les soins de santé. Nos valeurs de base doivent s'appuyer sur des questions fondamentales—quelle est notre perception de la relation entre la santé et le bien-être de la population, du concept de santé et du principe d'équité? En fait, ce qui importe dans ce dossier, c'est la construction d'une société fondée sur la justice et l'empathie, non seulement pour les populations actuelles, mais aussi pour les générations à venir.


Les problèmes qui ont déclenché les crises au sein du système de santé moderne ne peuvent être résolus simplement à coup d'argent. Nos décisions en matière de politiques sont des décisions morales, où il est question de justice, d'empathie et de comportements de société responsables. D'une certaine manière, ces questions sont liées à l'inquiétant phénomène de la médicalisation de nos vies, à la commercialisation des soins et à la préséance du marché sur les priorités en matière de santé.

Notre façon de définir la question détermine en grande partie comment ►

La crise du système de santé

nous allons réagir. Si le système de santé est en crise, de quelle sorte de crise s'agit-il? Selon nous, la crise du système de santé est une question d'allocation de ressources. Une fois la problématique présentée en ces termes, les enjeux sont définis comme des questions de financement. C'est une litanie que nous connaissons malheureusement trop bien : les coûts des soins de santé excèdent les moyens des provinces; les attentes pour accéder à la technologie sont beaucoup trop longues; les nouveaux médicaments coûteux ne sont pas offerts à tous ceux qui en ont besoin; et il n'y a pas suffisamment de lits dans les hôpitaux pour répondre à la demande. Cette façon de penser fait que les politiques deviennent un grand jeu d'allocation, avec ses gagnants et ses perdants. En raison de l'omniprésence de la technologie et des bénéfices presque illimités qu'offre la médecine, une telle définition de la question mène naturellement à des options dont le but sera d'augmenter les sommes allouées pour ces ressources par le biais d'un financement privé.

Nous devons réfléchir à des questions plus profondes : quels sont les buts du système de santé? Ces buts sont-ils de dispenser des soins illimités à tous les citoyens et à toutes les citoyennes? Quelle sorte de *produit* constituent les soins de santé? Ces soins sont-ils une marchandise qui peut être achetée par ceux qui en ont les moyens ou, d'une certaine manière, sont-ils le symbole de la communauté même? La viabilité de tout système de santé, dans le sens propre du terme, est-elle la garantie d'un engagement envers la communauté? Si oui, comment pouvons-nous mesurer cet engagement? Quelle langue sera en usage? Quels espaces publics mettrons-nous sur pied et entretiendrons-nous? Comment composons-nous avec les différences de valeurs profondes et souvent irréconciliables qu'un débat public sur le système de santé peut soulever? Quel type de justice ou de société recherchons-nous? La commercialisation de la santé et des soins est-elle si avancée sur la scène internationale que le débat public que nous espérons mener sur ces questions n'est qu'un rêve idéaliste et nostalgique, peut-être même romantique? Les valeurs du marché ont-elles supplanté celles de la justice et de l'empathie?

La crise du système de santé canadien ne porte pas uniquement sur l'allocation des ressources. Elle porte aussi sur l'avenir des soins en tant que bien commun et sur des décisions prises par des citoyennes et des citoyens à l'échelle mondiale, fondées sur la justice et la compassion. Il faut développer de nouvelles perspectives et de nouvelles façons de procéder pour permettre aux citoyennes et aux citoyens de clarifier ensemble les valeurs qui sous-tendent le choix de société. 

Dre Nuala Patricia Kenny est professeure de bioéthique à la Dalhousie University. Elle a déjà été sous-ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse et est membre fondatrice du conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Elle vient de publier un livre intitulé What Good Is Health Care? Reflections on the Canadian Experience [Le système de santé est-il efficace? Réflexions sur l'expérience canadienne] (CHA Press, 2002). www.cha.ca/publishing.htm

Sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement

Brochure disponible en français et en anglais !

Sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement est une publication de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) et du Regroupement Naissance-Renaissance. Ce document présente des témoignages de femmes et d'hommes et des connaissances provenant de la littérature scientifique portant sur la sexualité durant la grossesse et après l'accouchement. Les auteurs décrivent les changements physiques et émotifs liés à cette période et, plus particulièrement, l'impact de ces changements sur la sexualité. Cette brochure fournit des informations sur le désir sexuel, les relations sexuelles et la contraception après l'accouchement et leur lien avec les différentes étapes de la grossesse. L'ouvrage se termine avec des suggestions de lectures et des noms d'organismes qui peuvent donner davantage de ressources et d'informations sur le sujet.

3 \$ l'unité pour 1 à 9 exemplaires

2,50 \$ l'unité pour 10 exemplaires et plus

Pour commander votre (vos) exemplaire(s), communiquez avec :

info@fqpn.qc.ca ou appelez au
(514) 866-3721

LA CONTRACEPTION D'URGENCE AU CANADA

Du statut de médicament d'ordonnance au statut de produit sans ordonnance

Le lévonorgestrel, mieux connu sous le nom de « la pilule du lendemain », est un contraceptif hormonal d'urgence que les femmes peuvent prendre pour éviter la grossesse, et ce, dans les 72 heures suivant une relation sexuelle non protégée. Jusqu'à dernièrement, le lévonorgestrel n'était disponible au Canada que sous ordonnance. Maintenant, les Canadiennes peuvent enfin accéder plus facilement à cette importante méthode de contraception.

Dans la foulée d'une tendance internationale, Santé Canada étudie présentement un projet visant à changer le statut du contraceptif d'urgence. Celui-ci ne serait plus considéré comme un médicament d'ordonnance mais plutôt comme un produit *sans ordonnance*, ce qui signifie qu'il serait disponible dans les pharmacies. Les femmes n'auraient donc plus à consulter un médecin ou à obtenir une ordonnance pour se le procurer.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) appuie fortement ce changement de statut, qui ferait du contraceptif d'urgence un produit sans ordonnance. Par contre, nous recommandons aussi que des mesures soient prises pour en assurer l'accès à toutes, *sans* l'aide d'un pharmacien. Pour l'instant, le projet à l'étude n'accorderait au contraceptif d'urgence que le « statut d'annexe II », ce qui signifie que l'achat du produit ne peut se faire sans l'intervention professionnelle d'un pharmacien. Ce type de vente est aussi appelé « service personnel à même le comptoir ».

Le RCSF est d'avis que l'attribution d'un statut d'annexe II au contraceptif d'urgence créera un *obstacle inutile*, *augmentera les coûts* et *portera atteinte à la vie privée des femmes*. Selon nous, il n'existe aucun argument médical justifiant l'obligation de consulter un

pharmacien pour obtenir un contraceptif d'urgence. L'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes professionnels reconnaissent que la contraception d'urgence est médicalement sans danger, qu'elle ne requiert aucun examen physique et que les doses sont les mêmes pour toutes les femmes. Si la pharmacie fournit, au point de vente, de l'information crédible sur la contraception d'urgence, en termes simples et en plusieurs langues, accompagnée d'illustrations, les pharmaciens n'auront nul besoin d'intervenir.

Lisez notre lettre détaillée à la Direction des produits thérapeutiques concernant la contraception d'urgence et joignez-vous au débat en écrivant vous aussi une lettre. Pour plus d'information sur le processus de changement de statut du contraceptif d'urgence, consultez le site : www.rcsf.ca

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social

La Direction générale de la politique de la santé et des communications est fière de vous annoncer la publication d'*Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, un nouveau guide sur la mise en oeuvre de l'analyse comparative entre les sexes (ACS) au sein de Santé Canada.

Conformément aux engagements fédéraux envers l'égalité entre les sexes, la Stratégie pour la santé des femmes (1999) et la Politique en matière d'analyse comparative entre les sexes (2000) de Santé Canada exigent que le ministère intègre l'ACS à l'élaboration de politiques, de programmes et de lois.

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social fait progresser cet engagement en facilitant la compréhension et la capacité de l'ACS parmi les chercheurs, les analystes de politiques,

les gestionnaires de programmes et les décideurs de Santé Canada.

Élaboré par le Bureau pour la santé des femmes, en collaboration avec les personnes-ressources connaissant l'ACS au ministère, le guide fournit un aperçu des concepts clés relative-ment aux sexes et à la santé et suggère comment intégrer l'ACS dans le cycle de développement de la recherche, des politiques et des programmes. Il comprend également des études de cas et une liste exhaustive de l'information et des ressources ayant trait aux sexes et à la santé.

Des exemplaires peuvent être téléchargés du site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :
www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/conceptsexplorant.htm

Anorexie et boulimie : comprendre pour agir

Guy Pomerleau et collaboratrices (Gaëtan Morin, éditeur, 2001)

Les troubles de l'alimentation peuvent toucher n'importe qui, peu importe la race, le groupe ethnique ou l'âge, mais ils sont beaucoup plus fréquents chez les filles âgées de 12 à 21 ans (90 % à 95 % des cas). Ces filles succombent à la recherche effrénée de la minceur idéale - un souci qui devient une véritable obsession et donne lieu à de graves troubles alimentaires, comme l'anorexie nerveuse (aussi appelée anorexie mentale) et la boulimie. Dans ce livre, les auteurs présentent des instruments de travail aux travailleuses et travailleurs de la santé—les médecins, infirmières et infirmiers, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes et physiothérapeutes—pour que ces intervenantes et intervenants puissent mieux comprendre ces maladies mentales, agir et aider ces filles atteintes de troubles de l'alimentation et leurs familles.

Alimentation et vieillissement

Guylaine Ferland (Les Presses de l'Université de Montréal, 2003)

La nutrition peut-elle influencer sur notre vieillissement? Si nous examinons les principaux troubles relevés au cours du vieillissement, tels les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et le diabète, nous observons qu'ils sont liés à la nutrition. Les recherches réalisées depuis quarante ans nous révèlent que, même à un âge avancé, la nutrition joue un rôle important dans l'état de santé et la qualité de vie des personnes et qu'une bonne alimentation nous aide à vieillir en santé. Dans cet ouvrage, l'auteure examine non seulement la science de la nutrition mais aussi les facteurs sociaux et médicaux qui influent le plus sur l'apport nutritionnel. De plus, elle nous présente les principaux problèmes nutritionnels observés au cours du vieillissement et aborde la question de leur dépistage et de leur prise en charge. Bien que cet ouvrage s'adresse d'abord aux étudiantes et étudiants en gérontologie, il intéressera grandement les personnes qui s'intéressent au lien entre la nutrition et le vieillissement.

À l'aide, bébé arrive!

Madeleine Pellerin (Flammarion, 2003)

Ce livre nous présente deux personnages, Laurie et Sophie, qui sont des amies d'enfance et qui attendent la venue de leur bébé au même moment. Sophie aurait souhaité s'inscrire aux rencontres prénatales avec Laurie, mais des obligations de travail et l'éloignement l'en empêchent. Laurie s'engage donc à lui faire parvenir des comptes rendus détaillés des séances. Sophie aura donc l'impression

de participer, elle aussi, aux rencontres, de même que ceux qui lisent ce livre. C'est donc dans ce style familier et rassurant que l'auteure, infirmière et animatrice de rencontres prénatales, nous présente toute l'information utile par le biais de ces deux personnages fictifs, pour répondre à toutes les questions que suscitent la grossesse et la recherche de solutions adaptées et de choix éclairés, tout en calmant les inquiétudes.

Analyse du travail des travailleuses du sexe œuvrant dans la rue : investigations préliminaires. Rapport d'étape

Anne Vézina, Karen Messing (Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, 2002)

Ce rapport est fondé sur 10 entrevues menées auprès de prostituées de rue recrutées à Québec. Les entrevues visaient à identifier les problèmes de santé mentale et physique de cette population, tels la toxicomanie, la violence de la part des clients, le danger d'attraper une infection transmissible sexuellement, et les douleurs et fatigues. Ces données préliminaires servent à identifier de futures pistes de recherche et d'intervention.

Prévenir les agressions à caractère sexuel : guide d'animation. Volet I : Organiser une rencontre de sensibilisation auprès des jeunes de 14 ans et plus

Véronique Billette, Michèle Modin (Éditions Saint-Martin, 2002)

La violence sexuelle englobe toute attitude ou parole, tout contact, geste ou acte d'exploitation à caractère sexuel non désiré ou accompli sans le consentement de la personne visée, imposé par la force physique, les menaces, l'intimidation, le chantage, la manipulation, le mensonge, la ruse, l'abus de confiance ou la contrainte. Cette forme de violence constitue un problème social d'importance ayant des répercussions sur les personnes qui en sont victimes, leurs familles, leurs proches. Dans le cadre de trois volets, les auteures nous présentent le premier volet du programme de prévention J'AVISE (Jeunesse en action contre la violence sexuelle), développé par le Centre d'aide et de prévention d'assauts sexuels (CAPAS) de Châteauguay, qui vise à mieux informer, outiller et mobiliser les jeunes quant au problème de la violence sexuelle. Ce premier volet fournit aux intervenantes et intervenants, spécialisés ou non en matière de violence sexuelle, un modèle de rencontre de sensibilisation ainsi que des activités d'animation destinées aux jeunes.

Prévenir les agressions à caractère sexuel : guide d'intervention. Volet II : Mettre sur pied un groupe de soutien pour les adolescentes ayant vécu de la violence sexuelle

Véronique Billette, Michèle Modin (Éditions Saint-Martin, 2002)

La violence sexuelle comprend toute activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte à participer par un agresseur, sur lui, elle-même ou sur une tierce personne, contre son gré. Elle comprend toute une gamme d'actes incluant le harcèlement sexuel, les attouchements sexuels, les agressions sexuelles à l'égard des enfants, la prostitution et la pornographie juvéniles, l'agression sexuelle et le meurtre. Dans la très grande majorité des cas, la violence sexuelle est commise par les hommes envers les femmes et les enfants. Dans ce deuxième volet du programme J'AVISE (Jeunesse en action contre la violence sexuelle), les auteures présentent un guide pour les intervenantes et intervenants désirant mettre sur pied un groupe de soutien pour les adolescentes victimes de violence sexuelle. La première partie de ce livre contient des renseignements sur la réalité de la violence sexuelle chez les jeunes et une approche que les auteures proposent pour leur venir en aide. La deuxième partie traite des étapes nécessaires à la mise sur pied d'un groupe de soutien ainsi que du déroulement des rencontres.

Les sciences infirmières : genèse d'une discipline. Histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Yolande Cohen, Jacinthe Pepin, Esther Lamontagne, André Duquette (Les Presses de l'Université de Montréal, 2002)

Les infirmières et infirmiers forment, au Québec et dans tout le Canada, le groupe le plus important de professionnels de la santé, et le public lui manifeste son appui de manière soutenue. Dans cette époque de réforme de la santé, celles-ci participent à la transformation du réseau de la santé et, dans des conditions précaires, relèvent le défi de l'innovation pour répondre aux besoins de santé de la population. Toutefois, il a fallu plus de cinq décennies avant qu'il ne soit question de formalisation des savoirs des sciences infirmières. Par le biais de cet ouvrage, les auteurs nous présentent l'histoire des savoirs infirmiers et de leur développement au sein de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et démontrent la réussite d'un groupe de femmes soignantes, religieuses et laïques, qui s'est intégré à un univers académique et scientifique occupé par des hommes.

Des interventions novatrices auprès des aidants naturels : guide-ressource pour les professionnels de la santé

Pam Orzeck, Nancy Guberman, Lucy Barylak (Éditions Saint-Martin, 2001)

Entre 12 % et 20 % des adultes nord-américains prennent soin d'un parent ou d'un ami, et dans la plupart des cas, un membre de la famille, en général une femme, assume la plus grande part de la responsabilité de cette forme d'aide. Bien que l'amour et le sentiment de responsabilité puissent inspirer le désir de prodiguer cette aide, nous savons qu'il existe d'importantes conséquences négatives pour la personne aidante et les autres membres de la famille. Les auteures de ce livre examinent de près le rôle que jouent les aidantes naturelles dans notre société et mettent en relief la recherche et la documentation qui existent déjà sur ce sujet. Elles offrent aux professionnels de la santé, aux chercheuses et aux aidantes naturelles des analyses, des témoignages, des solutions et des perspectives nouvelles sur le sujet de l'aide naturelle.

FéminÉtudes, Femmes et sexualité(s), volume 7, numéro 1

(Institut de recherches et d'études féministes de l'UQAM, 2002)

Il est de plus en plus difficile maintenant de parler de la femme et on ne peut référer à une personne ou à plusieurs femmes en tant que représentantes de la classe des femmes. Les femmes sont diverses et multiples. Qu'en est-il des sexualités des femmes? Non seulement l'expérience sexuelle est-elle différente pour chaque femme mais les femmes peuvent aussi vivre plusieurs formes de sexualité(s). C'est donc à partir de cette approche que cette édition spéciale de la revue *FéminÉtudes* offre des articles sur la sexualité des femmes, couvrant le plus large éventail possible. Le premier dossier examine les aspects sociopolitiques de la sexualité, c.-à-d. la prostitution, le travail du sexe, la pornographie, le trafic des femmes et la problématique du viol. Le deuxième dossier regroupe des articles traitant de la sexualité et du corps des femmes, englobant la maternité, les enjeux des nouvelles technologies de reproduction sur le plan éthique, et l'avortement. Le troisième dossier aborde les sexualités dans les champs culturels, tels la danse, les arts visuels, le cinéma et la littérature.

Au goût du cœur : recettes de tous les jours

Anne Lindsay (Les Éditions du Trécaré, 2003)

Nos connaissances des effets de l'alimentation sur la santé vont en croissant et la cuisine-santé en intéresse de plus en plus. Toutefois, ►

CE QUE NOUS LISONS

nous n'avons pas toujours sous la main des recettes-santé à la fois délicieuses et faciles à préparer. Heureusement, l'auteure, Anne Lindsay, nous propose plus de 200 recettes-santé à la fois savoureuses et, surtout, peu compliquées. Ces recettes incluent également les équivalents de l'Association canadienne du diabète et de l'information sur leur valeur nutritive. L'introduction a été complètement révisée et inclut des nouvelles données sur la nutrition, l'activité physique et leurs rôles respectifs dans le maintien d'un cœur en bonne santé. Recette préférée? Pâtes aux tomates, aux olives noires et au fromage feta (p. 154). Bon appétit!

Madeleine Parent, Militante

**Sous la direction d'Andrée Lévesque
(Les Éditions du remue-ménage, 2003)**

Ce recueil de textes, témoignages personnels écrits par des ami(e)s, des collègues et des admirateur(e)s, célèbre la vie de Madeleine Parent, ses luttes et ses engagements. Les auteures tissent un portrait d'une femme extraordinaire qui a su laisser son empreinte dans les mouvements syndicaliste et féministe et qui a travaillé avec acharnement pour les droits des femmes autochtones et immigrantes. Comme organisatrice syndicale, Madeleine Parent a joué un rôle déterminant dans l'évolution du syndicalisme canadien. Comme féministe, elle a aussi lutté pour l'équité salariale et le droit à l'avortement.

Ce portrait examine son travail lors des grèves du textile au Québec, son rôle dans la création de la Confédération des syndicats canadiens et le soutien qu'elle a apporté dans les diverses luttes pour les droits des femmes autochtones et immigrantes.

Une femme aux fortes convictions et une féministe ardente, Madeleine Parent demeure encore active et engagée. Ces textes se penchent sur les activités militantes de Madeleine Parent, à la lumière du contexte historique et de son impact.

**Pour plus de ressources dans le domaine de la santé des femmes, visitez notre site Web à :
www.rcsf.ca**

Veuillez aussi consulter nos nouvelles ressources en anglais à la page 21.

Le bulletin *Une véritable amie* Pour les femmes au mitan de la vie

Destiné aux personnes qui souhaitent démythifier la ménopause « Une véritable amie » leur offre des outils pour mieux comprendre les divers aspects de la santé globale des femmes au mitan de la vie et pour développer davantage leur sens critique.

Première publication du genre à être publiée en langue française au Québec et au Canada, le bulletin repose sur l'engagement, largement bénévole, d'une poignée de femmes qui sont aussi gestionnaires, ingénieures, infirmières, médecins, pharmaciennes, psychologues, réunies par leur conviction commune de la nécessité d'une information diversifiée, objective et accessible

Six fois par année, sans commande ou publicité qui pourraient porter atteinte à son indépendance « Une véritable amie » développe de façon approfondie un sujet qui est en lien direct avec l'un ou l'autre aspect de la santé des femmes. Chaque thème est présenté décortiqué et critiqué, laissant à la lectrice le dernier mot quant à ses choix personnels.

C'est ainsi qu'au fil des mois, ont été abordés des sujets tels que

- la santé cardiovasculaire des femmes
- l'atrophie urogénitale à la ménopause
- l'alimentation
- le lait : mythes et réalité
- les deuils
- l'art d'être grands-parents
- la spiritualité
- l'arthrite et l'arthrose
- l'hormonothérapie évaluée sous différents angles

En complément au thème central : Nouvelles Eclair, des informations brèves, à la pointe de l'actualité, Le coin du livre, qui réfère souvent à des écrits en lien avec le thème principal, Le Babillard annonçant des activités susceptibles d'être utiles aux lectrices et Entre ami(e)s, pour poser des questions et échanger des pistes de solution avec l'équipe de rédaction et les autres abonné(e)s.

Le bulletin est offert par abonnement au coût annuel de 35 \$ (30 EUR)

Adresse :

Une Véritable Amie inc. Comptoir postal Belvédère, C.P. 20 008
Québec QC G1S 4Z2

La santé des femmes sur le Réseau canadien de la santé

PAR ALEX MERRILL, ÉDUCATRICE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU RCS

Vous cherchez de l'information pour vous ou pour une femme de votre entourage? Les femmes constituent le plus grand groupe qui mène des recherches sur la santé dans Internet. Toutefois, il est difficile de trouver des sources d'information fiables, puisque le Web abrite une multitude d'intérêts commerciaux.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), en tant que partenaire affilié (volet femmes) du Réseau canadien de la santé (RCS) depuis trois ans, fournit à ce dernier des liens menant à des ressources canadiennes fiables, à but non lucratif, portant sur la santé des femmes. Le RCS est un site Web bilingue financé par Santé Canada. Il est issu d'un partenariat entre plus de 1 000 organismes non gouvernementaux, universités et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux. Les partenaires affiliés, comme le RCSF, enrichissent le RCS en mettant à sa disposition leurs connaissances approfondies, leurs compétences et leurs réseaux. La crédibilité que le RCS acquiert grâce à ces partenariats est au centre même de notre philosophie : « Des infos qui font corps avec votre santé ».

Le site du RCS contient maintenant plus de 1 400 liens vers des ressources spécialisées dans le domaine de la santé des femmes et ce nombre augmente constamment. Le RCSF a entrepris dernièrement de répertorier de l'information en ligne pour alimenter certains créneaux pauvres en ressources, notamment dans le domaine de la santé des femmes autochtones, des femmes noires, ainsi que des immigrantes et des réfugiées de couleur.

Quoi de neuf dans le domaine de la santé des femmes sur le RCS?

Un an après la publication de l'étude réalisée par la *Women's Health Initiative* [Initiative pour la santé des femmes] et la diffusion de ses résultats importants portant sur les dangers de l'hormonothérapie pour la

santé, les femmes sont, plus que jamais, à la recherche de traitements de rechange efficaces pour gérer les symptômes de la ménopause. Consultez notre dernier article vedette, intitulé *La ménopause sans hormonothérapie substitutive, est-ce possible?* (www.reseau-canadien-sante.ca), rédigé en collaboration avec le partenaire affilié du RCS pour le volet Approches complémentaires et parallèles en santé.

Nous traitons également d'un grand éventail de sujets portant sur la santé des femmes et nous avons ajouté de nouvelles fiches d'information à la rubrique FAQ (Foire aux questions) :

- Comment aider ma fille à acquérir une image corporelle saine?
- Est-ce que j'ai des fibromes?
- Qu'entend-on par santé des femmes? (un aperçu de l'analyse comparative entre les sexes)
- Comment parler à ma fille des menstruations?
- Options saines pour les femmes qui fument

Nous diffuserons également de nouvelles fiches d'information FAQ dans les mois qui suivent qui porteront sur la santé des lesbiennes, la ménopause, la santé des femmes au travail, la santé des seins, la gestion du stress chez les personnes qui prodiguent des soins, la santé du vagin, et sur de nombreux autres sujets.

Notre site Web : une nouvelle présentation, de nouveaux outils

La présentation et les outils d'utilisation du site du RCS ont changé. On y trouve de nouvelles couleurs et des outils de recherche améliorés pour trouver des ressources. Jetez donc un coup d'œil sur notre site quand vous chercherez de l'information en ligne sur la santé des femmes. Cliquez sur « femmes », à l'adresse www.reseau-canadien-sante.ca



RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Un réseau à l'œuvre pour améliorer la santé des femmes

Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) rassemble des personnes et des organismes de toutes les régions du pays pour qui la santé est un droit fondamental mais qui est encore inaccessible à un grand nombre de femmes, pour des raisons liées à la pauvreté, à la politique et à l'éffritement des ressources en matière de santé et de services sociaux.

Par nos programmes, nous facilitons l'accès aux connaissances actuelles et aux ressources en santé; nous produisons et diffusons de nouvelles publications traitant spécifiquement de thèmes qui préoccupent les femmes. Également, le RCSF soutient la recherche participative en milieu communautaire et alimente des débats critiques sur les dossiers touchant la recherche et l'élaboration de politiques en santé des femmes. Nos services sont offerts en français et en anglais et nous nous efforçons de produire des ressources dans un format et une langue accessibles.

Les programmes du Réseau canadien pour la santé des femmes

Site Web

Notre site Web donne accès à un large éventail de ressources, d'organismes et de bases de données liés à la santé des femmes; il diffuse des nouvelles de dernière heure et des reportages bimensuels sur des sujets importants. Notre site reçoit plus de 275 000 visites par mois, et quelque 275 000 visiteurs différents le consultent chaque année. Jetez-y un coup d'œil! www.rcsf.ca

Listes de courrier électronique

Nous publions chaque mois un bulletin électronique intitulé *Le bloc-notes de Brigit*, reçu par au-delà de 1 700 abonnées soucieuses d'être renseignées sur ce qui se passe dans le domaine de la santé des femmes. Nous coordonnons également des listes d'envois thématiques, notamment, le Groupe d'intérêt pour la recherche et la santé des femmes autochtones, le Groupe d'intérêt pour la santé des femmes en région rurale et éloignée et le Groupe de témoignage sur le sexe et l'aide naturel non-rénumérées.

Centre d'information sur la santé des femmes

Les personnes-ressources du RCSF répondent aux questions que leur soumettent en anglais ou en français, au moyen de notre site Web ou de notre ligne d'information gratuite, que leur soumettent des femmes, des proches, des groupes communautaires, des professionnelles de la santé, des chercheuses et des étudiantes. Composez le 1 888 818-9172.

Notre centre d'information rassemble également une vaste collection de documents incontournables en santé des femmes, notamment dans le domaine des politiques et de la recherche. Notre base de données en ligne permet d'effectuer des recherches sur ces sources; la collection même est logée à la Clinique de santé des femmes de Winnipeg, où elle peut être consultée par les membres du public.

Bases de données

Nos bases de données bilingues sur la santé des femmes, accessibles au grand public dans notre site Web, ne cessent de se développer. Elles comptent maintenant plus de 1 600 organismes féminins, 250 spécialistes de la recherche, 2 400 publications et 200 projets de recherche. Nous sommes constamment à la recherche de suggestions pour y inclure de nouveaux documents ou de nouveaux groupes.

Service d'aiguillage des médias

Les professionnels de l'information consultent régulièrement le RCSF, nous considérant comme une source bien renseignée sur les sujets touchant la santé des femmes et sur les organismes. Nous les aiguillons régulièrement vers les personnes ou les groupes spécialisés dans ces dossiers, susceptibles d'offrir un point de vue équilibré.

Activités de rayonnement et de réseautage

Nous prenons part également à de nombreux événements à l'échelle régionale ou nationale, soit des congrès, des consultations, des conférences et des ateliers, où nous distribuons des documents d'information crédibles en matière de santé des femmes.

Enfin, nous participons activement à plusieurs importants groupes de travail sur l'élaboration de politiques et la recherche et siégeons aux comités de planification de différents instituts, tout cela dans le but d'affirmer la présence des femmes dans le domaine de la santé au Canada.

Devenez membre!

Investissez dans la santé des femmes dès aujourd'hui.

Réseau canadien pour la santé des femmes

Adresse : 419, av. Graham, bur. 203, Winnipeg (Manitoba)
R3C 0M3

Tél. : (204) 942-5500

Télé. : (204) 989-2355

Ligne sans frais : 1 888 818-9172

ATS (sans frais) : 1 866 694-6367

Courriel : cwhn@cwhn.ca

www.rcsf.ca