

automne 2005

volume 8

numéro 1/2

le réseau

canadien pour la santé des femmes

CRISE MONDIALE Les voix silencieuses de l'épidémie de VIH-sida

Améliorer la disponibilité de la
contraception d'urgence

Première Table ronde et réception
nationale pour la santé des
femmes à Ottawa

La violence exercée par le
partenaire intime : cause de
mauvaise santé et
de problèmes de santé chroniques

Les femmes veulent de
l'information fiable en matière de
médicaments,
et non de la publicité

Le Canada a besoin d'une stratégie
de santé et de guérison pour les
femmes des Premières nations, les
Inuites et les Métisses

PP40036219

Le Réseau canadien pour
la santé des femmes



Canadian Women's
Health Network

BIENVENUE AU NUMÉRO D'AUTOMNE 2005 DE LA REVUE **LE RÉSEAU**.

Malheureusement, comme nous ne possédons plus les ressources nécessaires pour faire paraître *Le Réseau* à chaque trimestre, nous nous voyons dans l'obligation de réduire notre rythme de publication à deux fois par année. Toutefois, nous comptons faire en sorte que cette publication soit plus substantielle que ne l'était la revue trimestrielle et plus que jamais remplie de nouvelles et d'informations utiles sur la santé des femmes – alors restez à l'écoute !

Comme vous le savez, notre revue n'est qu'un des outils dont vous pouvez vous servir pour vous informer sur nos activités ainsi que sur les derniers développements et les questions importantes dans le domaine de la santé des femmes. En effet, nous avons aussi une liste de diffusion, CDN-WOMEN, un bulletin électronique mensuel, *Le bloc-notes de Brigit*, et un site Web qui est mis à jour chaque semaine et qui contient les nouvelles les plus récentes en matière de santé des femmes. Pour obtenir plus d'information sur l'un ou l'autre de ces services gratuits, visitez notre site Web à www.rcsf.ca.

Comme nous sommes conscientes que tout le monde n'a pas accès au courrier électronique ou à Internet, nous avons aussi un numéro de téléphone sans frais pour celles et ceux qui souhaiteraient se renseigner sur nos services ou qui auraient des demandes à formuler en matière de santé des femmes. Communiquez avec nous en composant le 1 888 818-9172.

Étant donné que nous tenions aussi à vous rencontrer en personne, nous avons récemment organisé, à l'occasion de la parution du numéro de printemps 2005 du *Réseau*, une « soirée de lancement de la revue » dans un café de Montréal, où ►

- 4 Le VIH/sida et la santé des femmes dans le monde
- 9 Progression du VIH/sida chez les femmes canadiennes
- 11 Initiative pour l'action en matière de VIH au Canada
- 12 Des taux alarmants de VIH-sida chez les femmes autochtones du Canada
- 14 Les voix silencieuses de l'épidémie de VIH-sida au Canada : Les femmes africaines et caribéennes de Toronto
- 16 Intégrer les sages-femmes dans le système de santé de la Nouvelle-Écosse
- 18 Nouvelle déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime
- 20 Améliorer la disponibilité de la contraception d'urgence
- 23 L'Université d'Ottawa honore le mouvement pour la santé des Canadiennes
- 27 Première Table ronde et réception nationale pour la santé des femmes à Ottawa
- 28 Les femmes veulent de l'information fiable en matière de médicaments, et non de la publicité
- 32 Atelier national pour les Canadiennes handicapées
- 34 Le Canada a besoin d'une stratégie de santé et de guérison pour les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses
- 37 Ce que nous lisons

Rédactrice : Kathleen O'Grady
Coordonnatrice à la production : Susan White
Conception et mise en page : Folio Design
Traduction : Intersigne
Correction : François Legoupil
Abonnements : Léonie Lafontaine
Comité consultatif : Abby Lippman, Anne Rochon Ford, Martha Muzychka, Susan White et Madeline Boscoe

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

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 expédierons deux numéros de la revue par année pour la modique somme de 15 \$. 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.

CONVENTION DE LA POSTE-PUBLICATIONS N° 40036219
 RETOURNEZ TOUTE CORRESPONDANCE NE POUVANT ÊTRE
 LIVRÉE AU CANADA AU

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 des communications : Kathleen O'Grady
Coordonnatrice du site Web : Ghislaine Alleyne
Soutien technique : Toufiq Outbih
Coordonnatrice des services administratifs : Léonie Lafontaine
Coordonnatrice du centre d'information : Barbara Bourrier-LaCroix
Coordonnatrice des liaisons : Mona Dupré-Olinik
Préposée à la diffusion des publications : Narinder Duggal

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

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

Impression effectuée par des travailleuses syndiquées. Imprimé sur papier recyclé par Winnipeg Sun Commercial Print Division.

la rédactrice en chef Gwynne Basen était présente. La soirée a été une réussite totale, plus de 60 femmes, filles et hommes s'étant joints à nous pour célébrer et faire connaissance dans une atmosphère amicale et détendue. Nous comptons organiser d'autres soirées de ce genre dans différentes villes du pays pour souligner la parution de chaque numéro du *Réseau*.

Au Réseau canadien pour la santé des femmes, nous avons connu un printemps et un été très productifs et entrevoyons déjà un automne fort occupé. Comme vous le constaterez en lisant le présent numéro de la revue, il ne manque pas de travail à faire sur une série de dossiers urgents touchant la santé des femmes, tant au pays que sur la scène internationale. Nous avons travaillé activement à plusieurs dossiers importants, notamment les questions de sécurité et d'approbation relativement au Depo-Provera et aux implants mammaires en silicone, entre autres médicaments et dispositifs conçus pour les femmes. Nous avons aussi travaillé intensément en vue de changer la réglementation en matière de contraception d'urgence dans le but de la rendre accessible aux femmes de partout au pays sans ordonnance médicale. Et nous avons continué de faire de la sensibilisation, lors de diverses séances de consultation et de planification avec les gouvernements régionaux, provinciaux et fédéral, sur l'importance de l'analyse comparative entre les sexes dans la recherche et l'élaboration

des politiques sur la santé.

Nous avons également connu beaucoup de réussites au cours des derniers mois. Notre directrice générale a reçu un doctorat honorifique de l'Université d'Ottawa pour le travail qu'elle accomplit depuis plusieurs décennies dans le domaine de la santé des femmes. Nous avons aussi organisé la Première table ronde et réception nationale pour la santé des femmes sur la colline du Parlement à Ottawa, où près de 50 militantes pour la santé, chercheuses de premier plan ainsi que représentantes et représentants de diverses organisations professionnelles œuvrant en santé au Canada se sont réunis pour discuter avec des sénateurs et des députés de tous les partis politiques d'importantes questions touchant la santé des femmes.

Et ce n'est là qu'un petit échantillon de ce que nous avons accompli ! Comme toujours, nous avons besoin de votre engagement soutenu. Aidez-nous à renforcer le mouvement pour la santé des femmes au Canada en devenant membre – et si vous ne l'avez pas déjà fait, pourquoi ne pas vous abonner à la revue *Le Réseau* ?

Joignez votre voix à la nôtre ! Voici comment (ci-dessous).

Mes sincères salutations,
Kathleen O'Grady
Directrice des communications

Abonnez-vous à la revue *Le Réseau*!

✓ (Cochez les énoncés pertinents) **Oui, je veux favoriser la santé des femmes!**

- Je veux m'abonner à la revue *Le Réseau* (2 numéros par année), 15 \$ pour les particulier(ière)s, 35 \$ pour les organismes
- Je veux m'abonner au bulletin électronique mensuel *Le bloc-notes de Brigit* (gratuit)
- Je veux m'abonner à la liste de diffusion quotidienne CDN-WOMEN (gratuit)
- Je veux recevoir le *Bulletin de recherche* des Centres d'excellence pour la santé des femmes (gratuit)
- Je veux devenir membre du Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) (10 \$ pour les particulier(ière)s; 20 \$ pour les groupes de plus de 50 membres)
- Je veux appuyer le travail du RCSF en offrant un don de _____ \$
(Des reçus aux fins d'impôts seront émis pour les dons de plus de 10 \$)

Nom : _____

Organisme (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Ville ou municipalité : _____ Province ou territoire : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Particulier(ière)s : le RCSF ne communique pas ses listes d'envois. Toutefois, certains organismes qui partagent notre vision (ceux œuvrant à l'amélioration de la santé des femmes) nous demandent des listes de noms et d'adresses (courriels ou postales) en vue de vous communiquer de l'information ou des renseignements sur des événements qui pourraient vous intéresser.

- Je préfère que vous ne communiquiez pas l'information à mon sujet.

Paiement : Veuillez libeller vos chèques ou mandats à l'ordre du **Réseau canadien pour la santé des femmes**. Personnes résidant aux É.-U. : veuillez payer en argent US. Personnes résidant dans d'autres pays : veuillez ajouter 25 \$US en sus pour les frais postaux.

Numéro de votre carte Visa ou Master Card : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

Total : _____

Veuillez me faire parvenir un reçu.

Nous vous invitons à télécopier ou à poster ce bulletin d'abonnement dûment complété à l'adresse suivante :

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (MB) R3C 0M3

Tél. : (204) 942-5500

Télec. : (204) 989-2355

Courriel : cwhn@cwhn.ca



Le VIH/SIDA et la SANTÉ des FEMMES dans le MONDE

UNAIDS/Hervé Vincent-AVECC

PAR STEPHEN LEWIS, ENVOYÉ SPÉCIAL DE L'ONU POUR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE

Texte abrégé du discours prononcé au Summit on Global Issues in Women's Health, Philadelphie, en avril 2005

JE SUIS L'ENVOYÉ SPÉCIAL DE L'ONU POUR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE DEPUIS QUATRE ANS. LES CHOSSES ÉVOLUENT PROGRESSIVEMENT, MAIS À UN RYTHME PÉNIBLEMENT LENT SI BIEN QU'ON PEUT SENTIR À PRÉSENT QUE LA SITUATION EST SIMPLEMENT CATASTROPHIQUE PLUTÔT QU'APOCALYPTIQUE. DES PROJETS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT, DE RESSOURCES, DE FORMATION, DE CAPACITÉ, D'INFRASTRUCTURE ET DE PRÉVENTION SONT EN COURS, MAIS UN FACTEUR EST LARGEMENT IMPERMÉABLE AU CHANGEMENT : LA SITUATION DES FEMMES. SUR PLACE, LÀ OÙ ÇA COMPTE, LÀ OÙ LES BELLES PAROLES AFFRONTENT LA RÉALITÉ, LA VIE DES FEMMES EST TOUJOURS AUSSI IMPITOYABLEMENT DÉSESPÉRÉE, 20 ANS APRÈS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE.

Il y a quelques semaines seulement, j'étais en Zambie où je visitais un puits de district à l'extérieur de Lusaka. On nous a emmenés voir un « projet générateur de revenu » dirigé par un groupe de femmes vivant avec le sida. Elles étaient regroupées sous une large banderole proclamant leur identité, quelque 15

ou 20 femmes, vivant toutes avec le virus, et prenant soin d'orphelins. Elles se tenaient fièrement près du projet générateur de revenu... un carré de choux bien garni. Après avoir parlé avec volubilité et éloquence de leurs besoins et de ceux de leurs enfants (comme toujours, la faim venait en tête

« Les femmes de l'Afrique ont toujours su quel visage était flétri et meurtri par le virus. »

de liste de la litanie), je leur ai demandé ce qu'il en était des choux. Je présumais qu'ils assuraient un complément à leur alimentation. Oui, m'ont-elles répondu en chœur. Et vous vendez le surplus au marché? Un hochement énergique des têtes. Et je suppose que vous réalisez un profit? Un autre oui. Et que faites-vous avec le profit? Cette fois, la réponse a été presque interrogatrice, comme pour dire « mais quelle question ridicule... sûrement, vous connaissiez la réponse avant de la poser ». Et elles de me dire alors : « Nous achetons des cercueils, bien sûr; nous n'en avons jamais assez. »

C'est à des moments comme ceux-là que le monde me semble être devenu fou. Ce n'est pas un spasme existentiel de ma part. Je ne sais tout simplement pas comment qualifier ce que nous faisons à la moitié de l'humanité.

Je veux vous rappeler qu'il a fallu attendre la Conférence de Bangkok sur le sida en 2004, soit plus de 20 ans après le début de la pandémie, avant que l'ONUSIDA publie son rapport définitif, désagrège les statistiques et commente en détail l'extrême vulnérabilité des femmes. L'expression « le sida a le visage d'une femme » s'était en fait répandue à la Conférence de Barcelone sur le sida tenue deux ans plus tôt, en 2002, et même à ce moment-là, elle avait des années de retard. Peut-être devrions-nous cesser de l'utiliser à présent comme si elle avait une dimension révélatrice. Les femmes de l'Afrique ont toujours su quel visage était flétri et meurtri par le virus.

J'aimerais vous rappeler que lors du lancement des objectifs du Millénaire pour le développement, il n'y avait aucun objectif sur la santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction. Comment est-ce possible? Tout le monde tente aujourd'hui de

trouver un moyen de faire rentrer confortablement la santé en matière de sexualité et de reproduction dans le VIH/sida, l'émancipation des femmes ou la mortalité maternelle. Mais elle aurait sûrement dû avoir sa propre catégorie, son propre objectif. Il est intéressant de noter que la primauté des femmes est sauvée (bien qu'il n'y ait toujours pas d'objectif) dans le document *Projet du Millénaire* de Jeffrey Sacks.

« *Les besoins et les droits des femmes n'imposent jamais la prise de mesures d'urgence singulières.* »



UNAIDS/Hervé Vincent-AVECC

Comme je viens de mentionner la mortalité maternelle, permettez-moi de souligner que ce problème hante la vie des femmes depuis des générations. Je me souviens qu'à la fin des années 1990, lorsque je supervisais la publication de *La situation des enfants dans le monde* pour l'UNICEF, nous avons rédigé un important article sur la mortalité maternelle et constaté que le nombre de décès annuels – entre 500 000 et 600 000 – n'avait pas changé depuis 20 ans. Cela fait maintenant 30 ans. Vous pouvez parier que si quelque chose

s'appelant la mortalité paternelle existait, les chiffres ne seraient pas gelés pendant trois décennies.

J'aimerais vous rappeler que le système des Nations Unies comprend un groupe d'étude sur les femmes et le sida en Afrique australe. Permettez-moi de vous raconter ce qui a mené à sa formation et dans quelle direction il semble se diriger... et je vous prie de considérer mes propos comme une description plutôt qu'un apitoiement sur

mon propre sort.

En janvier 2003, j'ai voyagé avec le directeur exécutif du Programme alimentaire mondial, James Morris, dans quatre pays africains assaillis par la famine et le sida : le Zimbabwe, la Zambie, le Malawi et le Lesotho. Dès le départ, nous avons présumé que nous ferions surtout face à la sécheresse et à des précipitations irrégulières, mais sur le terrain, il est vite devenu apparent que le sida était encore plus dévastateur que les problèmes de production agricole et de sécurité alimentaire des foyers. Nous avons été abasourdis par le nombre de victimes humaines et d'orphelins, et par l'augmentation des décès dans la population féminine. En fait, nous avons été si bouleversés du nombre de femmes décimées par le sida que nous avons demandé au Secrétaire général des Nations Unies d'intervenir en personne.

Et il l'a fait. Il a convoqué une réunion de haut niveau au 38^e étage du Secrétariat de l'ONU, où s'est tenue ►

une conférence en circuit fermé avec James Morris à Rome et divers organismes de l'ONU à Genève. Après plusieurs interventions agitées, le Secrétaire général a conclu la formation d'un groupe d'étude sur les femmes et le sida en Afrique australe, devant être présidé par Carol Bellamy de l'UNICEF.

Si ma mémoire est juste, Carol

l'existence d'un tel groupe. Il semble clair que les conclusions de ce groupe d'étude ne sont pas quelque chose que l'ONU promeut avec une ferveur messianique.

J'aimerais également vous remettre en mémoire qu'aussi récemment qu'en mars dernier, la Commission pour l'Afrique, sous la présidence du premier ministre anglais Tony Blair... et de fait

« Remarquez-vous l'ironie rance : les femmes ont obtenu la parité dans les conflits et le sida, mais dans aucun autre domaine. »

Bellamy a choisi de se concentrer sur sept des pays dont le taux de prévalence était le plus élevé. On a réalisé des études, fait des recommandations, estimé les coûts de mise en œuvre et publié des monographies. Mais voilà où le bât blesse : le financement pour la mise en œuvre des mesures n'est pas encore disponible. Les besoins et les droits des femmes n'imposent jamais la prise de mesures d'urgence singulières.

S'ajoute à cette histoire une drôle de note. Au cours des deux derniers mois, des étudiants de dernière année de la faculté de droit de l'Université de Toronto ont dressé une liste des articles traitant d'interventions légales possibles relativement à certains aspects du VIH/sida en Afrique. Comme on peut s'y attendre, les femmes étaient l'un des aspects. Pas un seul étudiant, au cours de plusieurs semaines, n'est tombé sur le groupe d'étude du Secrétaire général, que ce soit dans Internet ou des lectures personnelles plus générales, mais une étudiante a dit se rappeler vaguement



mise sur pied par Tony Blair, a remis son rapport à l'échelle internationale. Cette commission n'a reçu que des accolades, particulièrement en ce qui a trait à son analyse et à ses recommandations sur l'aide publique au développement, le commerce et la dette. Les hommages sont mérités. Le document va plus loin sur la voie progressiste que toute autre analyse internationale contemporaine.

Avec une exception – je veux qu'elle soit connue, parce qu'elle ne l'est pas –, à savoir que la seule lacune de ce rapport prestigieux est la façon lamentable dont il traite de la situation

des femmes. Il contient bien le paragraphe obligatoire signalant que la Commission reconnaît qu'il y a deux sexes dans le monde, mais globalement, les femmes sont traitées comme elles le sont toujours dans ces études prometteuses : dans les marges, en passant, selon les règles. Et la situation ne s'applique pas uniquement au VIH/sida, mais à tout, du commerce à l'agriculture, des conflits à la consolidation de la paix.

Peut-être aurions-nous dû deviner ce qui s'en venait lorsque trois femmes seulement ont été nommées commissaires sur un total de dix-sept. Dans le monde entier, ils n'ont trouvé que trois femmes... même pas la cible minimale de 30 pour cent de Beijing. Nous ne sommes pas simplement en train de grimper la montagne; nous pourrions tout aussi bien être devant l'Himalaya.

Finalement, j'aimerais vous rappeler les arrangements qui ont été pris aux Nations Unies. Le VIH/sida est le pire fléau du monde; il cause des ravages parmi les femmes et les filles, et à l'intérieur du système multilatéral, qui est le mieux placé pour combattre la pandémie, nous n'avons absolument aucun organisme de pouvoir chargé de promouvoir le développement des femmes, d'offrir des conseils et une assistance technique aux gouvernements en leur nom, de surveiller les programmes ainsi que de représenter les droits des femmes. Nous n'avons aucun organisme d'autorité habilité à intervenir au nom de la moitié de la race humaine. Malgré le mantra « Les droits des femmes sont des droits humains » psalmodié à la Conférence internationale sur les droits de l'homme de Vienne en 1993, malgré la revendication agressive des droits des

femmes exprimée à la Conférence internationale du Caire en 1994, malgré la Conférence de Beijing sur les femmes en 1995, malgré l'existence de la Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, à présent ratifiée par plus de 150 pays, nous n'avons que l'UNIFEM, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, dont le budget annuel de base atteint environ 20 millions de dollars, pour représenter les femmes du monde entier. Plusieurs bureaux de l'UNICEF œuvrant dans des pays en développement ont un budget annuel supérieur à celui de l'UNIFEM.

De plus, l'UNIFEM n'est même pas une entité autonome. Il relève du PNUD (le Programme des Nations Unies pour le développement). Sa directrice exécutive occupe un rang moins élevé que plus d'une douzaine de ses collègues du PNUD, et un rang moins élevé que la grande majorité des représentants spéciaux du Secrétaire général.

Il faut noter aussi qu'en raison de la grande marginalisation de l'UNIFEM, il n'y a personne pour représenter les femmes adéquatement dans le groupe des coparrains réunis par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA est en effet un organisme de coordination : il coordonne les activités sida de l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale, l'UNESCO, le FNUAP, l'OMS, le PNUCID (l'organisme de contrôle des drogues), l'OIT et le PAM. L'UNIFEM a demandé d'être coparrain, mais ce privilège lui a été refusé.

Alors qui, je me demande, parle au nom des femmes au cœur de la pandémie? Le FNUAP le fait en partie. L'UNICEF aussi, mais dans une moindre mesure. Et en apparence, le PNUD (quoique selon mes observations sur le

« Je veux qu'il y ait une sorte de révolution dans la réaction du monde entier, pas une autre tentative de réforme institutionnelle, mais une révolution virtuelle. »



terrain, l'apparence soit ici le mot-clé).

Je vais être clair : nous parlons ici de l'assaut le plus féroce jamais exercé par une maladie transmissible sur la santé des femmes, et il n'y a tout simplement aucune coalition concertée de forces pour monter aux barricades au nom des femmes. Nous avons la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, qui a été lancée presque avec désespoir par certaines dirigeantes internationales... comme Mary Robinson, Geeta Rao Gupta, mais ces dernières ont beaucoup de mal à obtenir un financement adéquat, et leur présence sur le terrain est inévitablement accessoire.

En écoutant hier soir les exposés pendant le souper de la conférence, je me suis dit en moi-même : « Mon Dieu, jusqu'où cela ira-t-il? » La fistule vésico-vaginale cause tant de terribles souffrances, et n'est-il pas symptomatique que l'une des

contributions les plus importantes – peut-être la plus importante – pour s'attaquer à cette situation effroyable ne soit pas venue d'un gouvernement mais d'Oprah Winfrey?

J'ai remarqué qu'au cours des 48 dernières heures seulement, l'organisme Aide à l'enfance, au Royaume-Uni, a publié un rapport signalant que la moitié des 300 000 enfants soldats dans le monde sont des filles. Et si cela n'est pas une mutilation de la santé – dans ce cas de la santé émotionnelle et psychologique –, je ne sais pas ce que c'est. Peut-être remarquez-vous l'ironie : les femmes ont obtenu la parité dans les conflits et le sida, mais dans aucun autre domaine.

La mutilation des organes génitaux des femmes, la contagion de la violence envers les femmes, surtout la violence sexuelle, le viol comme arme de guerre – au Rwanda, au Darfour, dans le nord de l'Ouganda, dans l'est du Congo –, le viol conjugal, la profanation des enfants, comme on l'appelle en Zambie, le trafic du sexe, la mortalité maternelle, le mariage précoce... Je m'arrête pour signaler que des études récentes montrent que dans certaines régions de l'Afrique, les taux de prévalence du VIH dans les couples mariés sont souvent plus élevés qu'ils ne le sont pour les ►

femmes célibataires sexuellement actives dans les agglomérations voisines; qui aurait cru cela possible?

Les questions traitées à cette conférence sont au cœur de la condition humaine. Toute ma vie adulte, j'ai accepté l'analyse féministe du pouvoir masculin et de l'autorité. Mais peut-être en raison d'une profonde naïveté, je n'ai jamais imaginé que cette analyse serait dépassée par les réalités historiques objectives. Bien sûr, le mouvement des femmes a connu de grands succès, mais la bataille mondiale contemporaine

les premiers à l'obtenir ou parce qu'il est distribué avec une lenteur paralytique... qui font partie du 90 % des femmes enceintes qui n'ont pas accès à la prévention de la transmission de mère à son enfant et dont les enfants naissent séropositifs... qui continuent de porter la totalité de leur fardeau même pendant qu'elles sont malades, prenant soin de leur famille, portant de l'eau, labourant la terre, s'occupant des orphelins... des femmes qui perdent leurs biens et qui n'ont aucun droit d'héritage ni aucune infrastructure

fonctionne, mais je trouve encore beaucoup de choses inexplicables. Je ne m'inquiète plus vraiment aujourd'hui des personnes que je pourrais offenser ou de savoir quelle ligne j'outrepasse. C'est ce qui est utile dans le fait d'avancer peu à peu vers ses vieux jours.

Je sais que ce monde est cinglé quand il est question des femmes. Je dois admettre que je vis dans un tel état de rage perpétuelle devant la situation vécue par les femmes dans la pandémie que j'aimerais étrangler les responsables,

« Je ne peux pas m'enlever de l'esprit l'image des femmes insupportablement malades que j'ai rencontrées. Et je ne trouve pas non plus en moi la capacité de pardonner ni d'oublier. Je ne trouve que la capacité de me joindre à vous tous dans la plus grande lutte pour la libération qui soit : la lutte au nom des femmes du monde entier. »

menée pour assurer la santé des femmes me semble être un défi presque insurmontable.

Et parce que je crois, et parce que je vois les preuves mois après mois, semaine après semaine, jour après jour, du carnage implacable des femmes par le sida, et que cela me brise le cœur... je ne sais tout simplement pas comment évoquer... ces très jeunes femmes, qui veulent si désespérément vivre et se retrouvent soudainement devant un malheur, un fléau qui leur ôte la vie avant même qu'elles en aient une... qui ne peuvent même pas obtenir de traitement parce que les hommes sont

juridique ou de jurisprudence pour garantir ces droits... aucun code criminel qui mettra fin à la violence... parce que j'ai observé tout cela, et l'ai observé pendant quatre ans, et que je suis affolé de constater que rien ne va changer, je veux qu'il y ait une sorte de révolution dans la réaction du monde entier, pas une autre tentative de réforme institutionnelle, mais une révolution virtuelle...

J'ai 67 ans. Je suis un homme. J'ai passé une partie de ma carrière en politique, en diplomatie et dans le multilatéralisme. Je connais un peu comment ce monde d'hommes

ceux qui ont attendu aussi intolérablement longtemps avant de réagir, ceux qui peuvent trouver une infinité de ressources pour faire la guerre mais jamais assez pour améliorer la condition humaine...

Je dois dire que je ne peux pas m'enlever de l'esprit l'image des femmes insupportablement malades que j'ai rencontrées. Et je ne trouve pas non plus en moi la capacité de pardonner ni d'oublier. Je ne trouve que la capacité de me joindre à vous tous dans la plus grande lutte pour la libération qui soit : la lutte au nom des femmes du monde entier. 🙏

Vous pouvez consulter le texte intégral de ce discours à

www.unaids.org/html/pub/media/speeches02/sp_lewis_globalissueswomenshealth_26apr05_en_pdf.pdf

Progression du VIH/sida chez les femmes **CANADIENNES**

Les politiques et les programmes en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien ne répondent pas aux besoins des filles et des femmes

PAR BARBARA CLOW

Du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de l'Atlantique

À L'APPROCHE DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LE SIDA PRÉVUE EN 2006 À TORONTO, À LAQUELLE PARTICIPERONT PLUS DE 20 000 DÉLÉGUÉS ET JOURNALISTES DES CINQ CONTINENTS, IL SEMBLE OPPORTUN DE PORTER UN REGARD NEUF SUR L'ÉPIDÉMIE QUI SÉVIT AU CANADA. EN EFFET, LES CHOSSES ONT BIEN CHANGÉ DEPUIS DIX ANS.

Au Canada, la majorité des personnes vivant avec le VIH ou atteintes de maladies imputables au sida sont des hommes ayant des rapports homosexuels et des utilisateurs de drogues injectables, mais on constate qu'un nombre croissant de femmes – de jeunes femmes, notamment – deviennent infectées par contact hétérosexuel. Malheureusement, les politiques et les programmes actuels ne répondent pas adéquatement aux besoins des différents groupes de femmes à risque. Si nous ne prenons pas immédiatement des mesures appropriées, l'épidémie de VIH au Canada pourrait connaître une évolution semblable à celle qui a été observée ailleurs, c'est-à-dire s'étendre dans la population générale par contact hétérosexuel principalement.

Depuis le début des années 1990, le nombre de nouveaux cas d'infection diminue chez les hommes ayant des rapports homosexuels et chez les utilisateurs de drogues injectables. C'est là une bonne nouvelle. En revanche, le taux d'infection par contact hétérosexuel augmente de façon constante : il est passé de 13 % en 1993 à 43,7 % en 2003. Cette hausse s'observe principalement chez les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans. Aujourd'hui, la transmission du VIH par contact hétérosexuel représente 75 % de tous les nouveaux cas d'infection au sein de la population féminine.

Certaines différences physiologiques entre femmes et hommes augmentent le risque d'infection pour la femme. À cause des tissus fragiles que comportent les organes génitaux féminins et des concentrations élevées de virus que peut contenir le sperme, la transmission du VIH s'effectue plus facilement de l'homme à la femme que l'inverse.

Du point de vue culturel et social, les attentes à l'égard de chaque sexe et les rôles qui leur sont attribués constituent autant de facteurs critiques qui augmentent la vulnérabilité

des femmes face aux infections à VIH. Les femmes ne jouissent pas du même pouvoir social, économique et politique que les hommes; il leur est parfois difficile, voire impossible, de refuser d'avoir des rapports sexuels ou d'imposer des pratiques sexuelles sans risque.

Les rôles et les stéréotypes sexuels limitent en outre la capacité des femmes de lutter contre une infection à VIH ou associée au sida. Selon Santé Canada, « le taux de survie des femmes atteintes du sida est inférieur à celui des hommes », un phénomène attribuable aux facteurs suivants : « la difficulté de diagnostiquer et de traiter précocement la maladie en raison de la méconnaissance des premiers symptômes chez les femmes; l'exclusion de ce groupe des essais de médicaments et l'inaccessibilité des traitements antirétroviraux; l'absence de recherches sur l'histoire naturelle du VIH chez la femme; les taux de pauvreté supérieurs parmi les femmes et la difficulté d'obtenir des soins de santé adéquats et, enfin, la tendance de nombreuses femmes à accorder moins d'importance à leur propre santé qu'à celle de leurs enfants et de leur famille ».

Et ce risque est encore plus important pour certains groupes de femmes au Canada. À titre d'exemple, le taux d'infection est deux fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les autres. Comme partout ailleurs dans le monde, les femmes les plus démunies et marginalisées sont celles qui sont les plus vulnérables à la maladie.

Dans l'ensemble, les politiques et les programmes mis en place en matière de prévention, de traitement, de soins, de soutien et d'atténuation des conséquences ne sont pas axés sur les besoins propres des femmes et sur les caractéristiques spécifiques de la maladie; ils n'en tiennent d'ailleurs aucunement compte dans certains cas. ►

Progression du VIH/sida chez les femmes **CANADIENNES**

Le gouvernement et les décideurs peuvent prendre les moyens nécessaires pour juguler la vague épidémique qui sévit au Canada et à l'étranger : en faisant progresser les travaux du Conseil ministériel sur le VIH/sida; en favorisant une analyse sexospécifique de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et des programmes provinciaux et territoriaux en la matière; et en encourageant l'élaboration de stratégies répondant aux besoins de chaque sexe dans toutes les régions du pays.

De manière spécifique, il faut approfondir notre connaissance des effets distinctifs du VIH et des maladies associées au sida sur les femmes et les hommes, en appuyant notamment la recherche et les activités de sensibilisation du public et des professionnels. Tous les ordres de gouvernement doivent s'engager à intégrer une approche sexospécifique aux politiques et aux programmes pour tout ce qui touche la prévention, le traitement, les soins et le soutien.

De manière générale, il faut élargir notre approche en matière de VIH/sida et tenir compte des besoins de tous les Canadiens et Canadiennes sans égard à leur orientation sexuelle, leur sexe, leur origine ethnique ou leur situation. Cela signifie peut-être qu'il faudra procurer de nouvelles ressources aux organismes et aux programmes de soutien qui se consacrent à la tâche de redonner espoir aux personnes touchées par le VIH/sida, tout en veillant à préserver les acquis.

Par ailleurs, le gouvernement canadien doit honorer ses engagements internationaux en matière de réduction de la pauvreté, d'élimination de la discrimination et de la violence envers les femmes, de développement de l'enfance, de droits humains, de prévention et de traitement du VIH/sida dans le monde. Et il est de notre devoir d'exiger qu'il les tienne.

Si le Canada ne réagit pas rapidement et adéquatement face à l'évolution des modes de transmission, l'épidémie de VIH risque de devenir endémique, avec les conséquences désastreuses que cela suppose pour tous les Canadiens et Canadiennes. 🍷

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visiter : www.acewh.dal.ca

*Les statistiques citées ici proviennent des sources suivantes : *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003*, Santé Canada; *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – 2003*, Santé Canada; *Les femmes et le VIH/sida au Canada*, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2004.

Sites Web sur les femmes et le VIH/sida

VIH, les femmes et les jeunes

www.ppfca.ca/ppfc/HIV

Ce site, un projet de la Fédération pour le planning des naissances du Canada, offre des ressources comprenant des feuillets d'information sur le test de dépistage du VIH, la grossesse, la prévention et la santé des personnes séropositives. Les fournisseurs de services qui travaillent auprès des femmes et des jeunes trouveront aussi des ressources pour la promotion des intérêts et la défense des droits. Le site comprend également un jeu-questionnaire, des récits de faits vécus et un glossaire.

VIH/sida : Sois consciente des risques—sois consciente de tes choix

www.cdnaids.ca/risks/choices

Ce site Web, créé par la Société canadienne du sida, s'inscrit dans le cadre d'une campagne nationale de sensibilisation sur le VIH/sida pour les jeunes femmes. Vous y trouverez un jeu-questionnaire, les documents de la campagne, un glossaire et des liens vers d'autres sources d'information.

« De tête et de cœur »

www.criiss.org/fr/journal.htm

Cette revue, publiée par le Centre de ressources et d'intervention en santé et sexualité (CRISS), offre de l'information aux femmes infectées ou touchées par le VIH/sida. Elle traite de questions tels la vie familiale, le VIH au travail, le traitement du VIH et le VIH et la santé des femmes.

Centre canadien d'information sur le VIH/sida

www.aidssida.cpha.ca

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida fournit de l'information sur le VIH/sida et des services de communication sur la prévention, les soins, les traitements et les services de soutien. Le Centre maintient la plus grande bibliothèque de ressources sur le VIH/sida au Canada et distribue des milliers d'affiches, de dépliants et de manuels chaque année.

Réseau canadien d'info-traitements sida

www.catie.ca

Le Réseau canadien d'info-traitements sida fournit des renseignements pour aider les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs équipes soignantes à prendre des décisions éclairées concernant leurs soins de santé et aide les médecins et les autres professionnels de la santé à se tenir au fait des dernières découvertes en matière de traitements. Le groupe lutte pour l'avancement de la recherche, l'amélioration des traitements et un meilleur accès aux soins.

Société canadienne du sida

www.cdnaids.ca

La Société canadienne du sida est une coalition de plus de 100 organismes qui défend les droits des individus et des communautés touchés par le VIH/sida, facilite le développement des programmes, des services et des ressources pour les organismes membres, et fournit un cadre national pour la participation communautaire aux programmes de lutte contre le sida au Canada.

For HIV/AIDS websites in English, see page 9.

Initiative pour l'action en matière de VIH au Canada : vers 2006

Une coalition pour faire entendre la voix des femmes

iStockphoto



NEUF MOIS APRÈS SA CRÉATION, l'Initiative pour l'action en matière de VIH au Canada : vers 2006 (l'Initiative) est passée d'un petit groupe de représentant(e)s de cinq organismes à une coalition grandissante de plus de 60 organismes et de nombreux membres individuels.

L'Initiative vise à réunir les groupes et les personnes qui œuvrent dans le domaine du VIH/Sida et les femmes à travers le pays pour trouver des façons d'inscrire au programme national les enjeux touchant les femmes.

En avril 2005, lors d'une réunion nationale à Ottawa, trente participant(e)s ont ratifié l'ordre du jour de l'Initiative et commencé à circonscrire des domaines de revendications pour l'année à venir.

Outre la planification du Congrès international sur le sida, qui se tiendra à Toronto en 2006, quatre thématiques ont été définies :

- Les soins, les traitements, le soutien, la prévention et le diagnostic;
- La recherche sur les questions sociales et de santé qui touchent les femmes;
- Les politiques publiques, le droit, l'éthique, les droits humains et les déterminants de la santé;
- La stigmatisation et la discrimination.

Des comités ont été formés pour chacune des quatre thématiques et travaillent déjà à établir les priorités et les réponses souhaitables de la part du gouvernement, des entreprises et du public.

Une liste de ces demandes sera préparée pendant l'automne, pour appui

officiel, puis rendue publique à l'occasion de la Journée mondiale du sida de 2005. Cela nous donnera l'occasion de solliciter une réponse à ces besoins et de préparer un rapport pour le Congrès international sur le sida de 2006.

En vue du Congrès, l'équipe de l'Initiative a commencé à militer pour la représentation à part entière des enjeux qui touchent les femmes à la conférence, et pour une représentation équitable parmi les animateurs (dans la sélection des invités et des abrégés) et dans l'attribution des bourses.

Jusqu'ici, des membres de l'Initiative ont rencontré des représentants du comité organisateur du Congrès qui ont accueilli favorablement leurs demandes – ce qui

signifie que l'égalité des sexes a des appuis dans le mécanisme de planification du congrès. Le comité du Congrès continuera de surveiller et de faire valoir cet enjeu afin que les questions pertinentes aux femmes soient bien représentées à Toronto, en 2006. 🌸

Si vous ou votre organisme êtes intéressé à participer à l'Initiative, soit comme membre de l'un des comités susmentionnés, soit pour appuyer les demandes qui seront dévoilées à la Journée mondiale du sida, veuillez communiquer avec Kim Thomas, de la Société canadienne du sida, au 1 800 499-1986, poste 121, ou à kimt@cdnaids.ca

À votre agenda! Toronto accueillera le XVI^e Congrès international sur le SIDA du 13 au 16 août 2006

AIDS2006 Toronto réunira plus de 15 000 participant(e)s de partout dans le monde afin d'aborder l'épidémie mondiale du VIH/SIDA. Les participant(e)s au Congrès regroupent des chercheur(euse)s, des clinicien(ienne)s, des organismes communautaires, des représentant(e)s gouvernementaux(ales) et des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Faisons en sorte que la voix des femmes se fasse entendre durant cet important forum international !

- Pour de plus amples renseignements sur la façon de participer, visitez le site à l'adresse www.aids2006.org
- Pour faire partie de la liste d'envois électroniques du XVI^e Congrès international sur le SIDA, inscrivez-vous à l'adresse www.aids2006.org/maillinglist.asp

Des taux alarmants de VIH-sida chez les femmes autochtones du Canada

LA STRATÉGIE NATIONALE SE FAIT ATTENDRE

Du Réseau canadien autochtone du sida

PAR TRACEY PRENTICE

B IEN QUE LES FEMMES AUTOCHTONES SOIENT FORTEMENT SUR-REPRÉSENTÉES DANS LES STATISTIQUES RELATIVES AU VIH-SIDA, LES LACUNES EN MATIÈRE DE RESSOURCES, DE PROGRAMMES ET DE SERVICES VISANT SPÉCIFIQUEMENT LES FEMMES AINSI QUE LES POPULATIONS AUTOCHTONES SONT CRIANTES.

Les femmes autochtones sont souvent celles qui assurent le bien-être de leur communauté. Or, si elles ont à maintes reprises fait preuve de force, de détermination et de courage dans l'adversité, on ne peut s'attendre à ce qu'elles portent à elles seules le fardeau du VIH-sida au sein des communautés autochtones. Les gouvernements, les communautés et les organisations qui luttent contre le sida doivent reconnaître leurs responsabilités envers les femmes autochtones et fournir la recherche, les programmes, les services et le soutien qui correspondent à leurs besoins spécifiques.

Le taux des nouvelles infections à VIH chez les femmes autochtones au Canada a augmenté à un rythme régulier au cours des vingt dernières années. Parmi la population autochtone, les femmes représentent environ 50 % de tous les résultats positifs aux tests de dépistage du VIH, comparativement à 16 % seulement chez les femmes de la population non autochtone (2003). Environ 25 % des cas déclarés de sida chez les autochtones sont des femmes, tandis que dans la population non autochtone, les femmes comptent pour seulement 8,2 % des cas (2003).

Fait alarmant, on constate chez les jeunes femmes autochtones âgées entre 15 et 29 ans un grand nombre d'infections au VIH, et ce nombre ne cesse d'augmenter. Entre 1985 et 1995, les jeunes femmes de ce groupe d'âge comptaient pour environ 13 % des résultats positifs aux tests de dépistage du VIH chez les femmes autochtones. Malheureusement, ce pourcentage a augmenté de façon constante pour atteindre environ 37 % en 1998, puis 45 % en 2001.

L'utilisation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH chez les femmes autochtones, suivi des contacts hétérosexuels, parfois avec un partenaire qui est lui-même utilisateur de drogues injectables. En 2002, 64,9 % des cas déclarés de sida parmi les femmes autochtones étaient attribuables à l'utilisation de drogues injectables, tandis que dans 30,9 % des cas, le mode de transmission rapporté était les contacts hétérosexuels (2003). Les études réalisées auprès des utilisateurs de drogues injectables à Vancouver indiquent que les femmes autochtones sont sur-représentées au sein de la population d'utilisateurs de ces drogues. Par conséquent, elles sont également sur-représentées en ce qui concerne le nombre de cas de VIH positif dont le mode de transmission déclaré est l'utilisation de drogues injectables.

Parmi les nombreux facteurs qui influent sur la vulnérabilité des femmes autochtones au VIH, la colonisation demeure un thème sous-jacent. En effet, les efforts intensifs et soutenus du gouvernement en vue de coloniser les peuples autochtones du Canada ont eu un effet néfaste sur la situation socio-économique des femmes autochtones. Par conséquent, celles-ci sont deux fois plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de vivre dans la pauvreté, et vivent plus souvent dans un milieu où l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la violence conjugale sont des problèmes répandus.

Ces conditions socio-économiques ont un lien direct avec les résultats positifs aux tests de dépistage du VIH constatés chez les femmes autochtones, car elles vont de pair avec des environnements de vie précaires et difficiles. Ainsi, les techniques

de survie employées par les femmes autochtones impliquent souvent des comportements à risque tels que la migration vers les centres urbains, l'itinérance, la prostitution, l'utilisation de drogue injectables et la consommation abusive d'alcool.

Il existe aussi un grand nombre de facteurs associés aux rapports sociaux entre les sexes et à la répartition inégale du pouvoir entre les hommes et les femmes qui augmentent la vulnérabilité des femmes autochtones au VIH. Par exemple, plusieurs études démontrent qu'il existe un lien étroit entre l'abus physique et sexuel répété et le nombre de résultats positifs aux tests de dépistage du VIH, et que les femmes autochtones sont beaucoup plus susceptibles que les non-autochtones de subir toutes sortes de mauvais traitements, notamment de la violence physique et sexuelle.

Lorsque les femmes sont forcées ou contraintes d'avoir des relations sexuelles contre leur gré, elles sont plus susceptibles de contracter le VIH. En effet, il est très peu probable que leur agresseur utilise un préservatif, et elles ne sont surtout pas en position d'insister pour qu'il le fasse. Par conséquent, les risques de déchirures ou d'écorchures aux organes génitaux sont plus élevés, ce qui augmente la possibilité de transmission du VIH.

Les agressions physiques ou sexuelles répétées ont aussi d'autres effets sur la vulnérabilité des femmes à l'infection. Les femmes victimes de violence sont très souvent pauvres; elles ont un accès limité à l'éducation et à l'emploi ainsi qu'une faible estime d'elles-mêmes. Ces femmes ont souvent recours à l'alcool et aux drogues comme moyen d'adaptation pour soulager leur douleur ou pour composer avec les effets post-traumatiques causés par l'abus sexuel et

les autres violences qu'elles ont subies. De plus, les femmes qui ont été victimes d'agressions éprouvent souvent un sentiment d'impuissance dans leurs relations intimes, ce qui les rend incapables de négocier des relations sexuelles plus sécuritaires, même si elles sont consentantes.

Il est clair que nous devons élaborer une stratégie nationale pour lutter contre le VIH-sida qui soit conçue, élaborée et mise en œuvre par les femmes autochtones. Les femmes autochtones, notamment celles qui sont atteintes du VIH-sida, devraient faire partie intégrante du processus de conception et de promotion de ces initiatives. Plus particulièrement, nous devons effectuer des démarches ciblées de prévention et d'éducation en direction des femmes autochtones, notamment sur l'utilisation de drogues injectables, de même qu'en direction des femmes âgées entre 15 à 19 ans.

Nous devons aussi nous assurer que ces programmes s'attaquent aux questions suivantes :

Toxicomanie :

- Il faut offrir un soutien à court et à long terme aux femmes autochtones aux prises avec la toxicomanie.

Pauvreté :

- Étant donné que la pauvreté est directement liée à la vulnérabilité au VIH, il importe d'accroître les possibilités d'emploi et de formation professionnelle afin de réduire à long terme la vulnérabilité des femmes autochtones au VIH.

Pouvoir :

- Les efforts de prévention en direction des femmes autochtones doivent porter avant tout sur le déséquilibre de pouvoir qui caractérise souvent les relations intimes. La prévention et l'éducation doivent viser les hommes

autant que les femmes hétérosexuels, et les efforts de prévention doivent tenir compte de la violence sexuelle et la violence conjugale faites aux femmes.

- Nous devons élaborer un programme de sensibilisation aux réalités culturelles à l'intention des professionnels de la santé. Ce programme fournirait aux médecins, aux infirmières et infirmiers ainsi qu'aux autres intervenants du domaine de la santé une série de compétences leur permettant de communiquer adéquatement avec les femmes autochtones au sujet du VIH.

Un grand nombre de femmes autochtones ne possèdent pas l'information et les compétences requises pour se prémunir contre le VIH. De plus, beaucoup de femmes séropositives pour le VIH sont socialement isolées et vivent dans la crainte que leur maladie soit divulguée. Cependant, dans l'ensemble, la voix des femmes autochtones continue de se faire entendre, et leur détermination n'a pas diminué. Au contraire, les femmes autochtones, notamment celles qui sont séropositives au VIH, s'expriment comme jamais auparavant. Elles se servent de leur expérience pour enseigner aux autres, elles racontent leurs histoires, elles démolissent les stéréotypes et elles servent de modèles à leurs semblables. Ce faisant, elles nous forcent à revoir nos préjugés à l'égard des femmes autochtones vivant avec le VIH-sida. Il faut les applaudir pour tous leurs efforts. Il faut aussi les respecter et soutenir leur démarche. 🙌

Pour prendre connaissance du rapport complet sur les femmes, les enfants et les familles autochtones face au VIH-sida, visitez le www.caan.ca ou composez le 1 888 285-2226.

Les voix silencieuses de l'épidémie de VIH-sida au Canada **Les femmes africaines et caribéennes de Toronto**

De Women's Health in Women's Hands

PAR ESTHER THARAO, NOTISHA MASSAQUOI ET SENAÏT TECLOM

1 L'ONUSIDA ESTIME QUE LES FEMMES REPRÉSENTENT LA MOITIÉ DES 40 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA DANS LE MONDE, ET QUE PARMI CES 20 MILLIONS DE FEMMES, CE SONT LES AFRICAINES ET LES CARIBÉENNES QUI SONT LES PLUS TOUCHÉES PAR LA MALADIE (ONUSIDA, 2003).

Les taux élevés d'infection à VIH parmi les femmes africaines et caribéennes en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes se reflètent aussi, bien que dans une moindre mesure, dans les pays développés comme l'Europe, l'Australie et l'Amérique du Nord, notamment au Canada – ces pays constituent la destination finale de nombreuses femmes qui ont fui afin d'échapper à la guerre, aux persécutions liées au sexe et/ou à la religion ou qui sont à la recherche de meilleures conditions économiques pour elles-mêmes et leur famille. Un grand nombre des femmes qui ont choisi de faire du Canada leur foyer se sont installées dans les grandes métropoles, et une majorité d'entre elles vivent à Toronto. Selon le recensement de 2001 de Statistique Canada, plus de la moitié des 310 500 membres de la communauté noire de Toronto sont des femmes.

De nouvelles données indiquent que les communautés africaine et caribéenne représentent aujourd'hui une proportion substantielle des populations touchées par l'épidémie de VIH-sida en Ontario. Au cours de la période allant de 1994 à 1996, plus de 70 % de toutes les transmissions maternelles du VIH en Ontario se sont produites chez les femmes africaines et caribéennes, et en 1996, ces femmes comptaient pour 32 % des décès attribuables au sida dans la population féminine de la province. Plus récemment, les communautés africaine et caribéenne représentaient 20 % de l'ensemble des cas de sida diagnostiqués en 2001 et en 2002. Selon Robert Remus, chercheur à l'Université de Toronto (2003), la prévalence de VIH au sein des communautés africaine et caribéenne a continué d'augmenter à raison de 13,1 % par année, et s'est accrue de 85 % au cours des cinq dernières années; une importante proportion de ces infections (22 %-59 %) a eu lieu après l'installation en Ontario.

Si les statistiques révèlent l'existence d'un problème réel et

croissant, on trouve par contre très peu de documentation permettant d'expliquer le contexte dans lequel la transmission s'effectue, les facteurs qui accroissent ou qui réduisent la possibilité de transmission du virus ainsi que ceux qui renforcent la capacité des personnes déjà infectées à lutter contre le VIH. De plus, les femmes africaines et caribéennes ainsi que leurs communautés ont traditionnellement joué un rôle très limité dans les efforts déployés pour contrer l'épidémie de VIH-sida dans leur pays d'accueil. On se retrouve donc dans une situation difficile où les prestataires de services s'efforcent de fournir de l'aide sans posséder une compréhension suffisante des forces qui sont à l'oeuvre dans la propagation de la maladie. Par conséquent, les communautés africaine et caribéenne sont difficiles à joindre et participent peu aux démarches contre le VIH-sida, et il existe peu de données sur lesquelles se baser pour administrer les divers programmes et services.

Peu de services en matière de VIH-sida offerts aux femmes africaines et caribéennes

Le groupe *Women's Health in Women's Hands* a effectué une étude (2004) afin d'évaluer les services offerts aux communautés africaine et caribéenne de la région de Toronto en matière de VIH-sida. Selon cette étude, la plupart des services existants de prévention, de soutien, de traitement et de soins en matière de VIH-sida sont offerts principalement par l'entremise d'organismes et d'institutions « traditionnels » initialement mis sur pied pour répondre aux besoins des groupes qui ont émergé au début de l'épidémie – surtout des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. De plus, la plus grande partie des services s'adressent principalement aux personnes vivant avec le VIH-sida, et peu de ressources sont consacrées aux personnes à risque ou à la

sensibilisation et à la prévention.

De plus, il y a très peu d'organismes qui offrent des services de prévention et de sensibilisation conçus à l'intention des femmes africaines et caribéennes susceptibles de contracter le VIH, et les services existants sont limités. Les membres de ces communautés qui sont bien informés à propos du VIH, notamment sur les services offerts, ont souvent obtenu ces renseignements par leurs propres moyens ou après avoir appris leur séropositivité pour le VIH. Le fait d'affronter les impacts d'un diagnostic de séropositivité en disposant d'une information limitée à propos de la maladie et des services offerts et sans bénéficier de l'aide de la famille ou de la communauté nuit à la capacité de survie des femmes africaines et caribéennes vivant avec le VIH-sida. Pour assurer une confidentialité maximale, elles affrontent le VIH-sida en silence et dans le plus grand secret.

En général, nous avons constaté que les gouvernements et les organismes n'ont pas établi de stratégies ou de plans à court ou à long terme en vue de mettre en place et d'offrir des services visant à répondre aux besoins spécifiques des femmes africaines et caribéennes.

Les femmes africaines et caribéennes doivent participer à la recherche de solutions

Il est essentiel que les femmes africaines et caribéennes ainsi que leurs communautés participent aux activités de prévention, de soutien et de soins. En particulier, les organismes et les prestataires individuels doivent comprendre le contexte dans lequel les gens vivent ainsi que les valeurs, les croyances et les normes qui façonnent les comportements tant des individus que des communautés. Ils doivent aussi tenir compte de tous ces éléments.

Les femmes africaines et caribéennes infectées et affectées par le VIH ainsi que leurs communautés doivent prendre part

ALLER DE L'AVANT

Le Conseil africain et caribéen sur le VIH-sida en Ontario

En avril 2005 est parue la *Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels font face, en Ontario, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique*. Cette stratégie a été élaborée par le Conseil africain et caribéen sur le VIH-sida en Ontario (ACCHO), un regroupement d'organismes et d'individus qui font un travail de prévention, d'éducation, de défense des droits, de recherche, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH auprès des communautés africaine et caribéenne d'Ontario.

« Il est essentiel que le ACCHO travaille en partenariat avec les membres des communautés, les leaders spirituels et religieux, les militants ainsi que les organismes de prestation de services sociaux et de santé à la mise en œuvre de cette stratégie afin d'assurer la santé de ces communautés », a dit le D^r Winston Husbands, coprésident du ACCHO. L'objectif de la Stratégie est de réduire la propagation du VIH parmi la population africaine et caribéenne d'Ontario et d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH.

La Stratégie tient compte de quatre préoccupations principales :

- La prévalence du VIH au sein des populations africaine et caribéenne est un problème urgent qui nécessite une attention immédiate ainsi que l'allocation de ressources;
- Les communautés africaine et caribéenne devraient participer à la planification et à la prestation des services;
- Le racisme, la discrimination fondée sur le sexe, l'homophobie et les autres formes de discrimination affectent les soins et les services offerts aux populations;
- Les programmes et les services devraient répondre aux besoins d'une vaste gamme d'individus et de groupes qui évoluent au sein des communautés africaine et caribéenne en Ontario, soit les jeunes, les femmes, les gais, les lesbiennes, les personnes transgendres, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables.

La Stratégie servira aussi à coordonner les ressources liées aux services en matière de VIH, à promouvoir et à mettre sur pied des programmes adéquats pour la communauté et à établir de nouvelles priorités de recherche.

Pour de plus amples renseignements sur le Conseil et la Stratégie, écrivez à ACCHOntario@hotmail.com ou composez le 1 866 615-3506.

à l'élaboration et à la prestation de programmes à l'intérieur d'un cadre habilitant axé sur le développement communautaire et fondé sur la confiance et le respect mutuel. Aux stratégies à l'intention des individus doivent s'ajouter des stratégies communautaires plus larges conçues non seulement pour les communautés africaine et caribéenne, mais aussi pour la société canadienne tout entière dans le but de changer les normes, les valeurs, les pratiques et les stéréotypes inhérents aux multiples systèmes

d'oppression qui sont à l'œuvre. ☺

*Pour obtenir le rapport complet intitulé **The Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic**, envoyez un message à esther@whiwh.com ou composez le (416) 593-7655.*

*Pour de plus amples renseignements sur le centre de santé communautaire pour femmes **Women's Health in Women's Hands**, visitez le www.whiwh.com ou composez le (416) 593-7655.*

la dernière POUSSÉE

Intégrer les sages-femmes dans le système de santé de la Nouvelle-Écosse

Du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de l'Atlantique



Christina Gapic Photography/www.christinagapic.com

LES GRANDS SPÉCIALISTES DANS LE DOMAINE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME DEMANDENT AU GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE D'ACCORDER AUX SAGES-FEMMES UN RÔLE CENTRAL DANS LES SERVICES DE SANTÉ PARTOUT DANS LA PROVINCE.

« Notre priorité est d'améliorer les services de protection de la maternité et de soins aux nouveau-nés offerts aux femmes et à leur famille. Une partie intégrante de l'amélioration consiste à permettre aux femmes d'avoir accès à des services de sages-femmes payés par l'État, affirme la D^{re} Christine Saulnier, agente principale de recherche et coordonnatrice de Sage-femme et la santé reproductive des femmes, un programme du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de l'Atlantique (CESFA).

Des spécialistes et des activistes du domaine de la santé se sont joints au CESFA à Halifax cette année pour célébrer la Journée internationale de la sage-femme en organisant un groupe de discussion devant public intitulé « The Final Push: Making Midwives Part of the Nova Scotia Health Systems ». La D^{re} Christine Saulnier était l'une des quatre participant(e)s du groupe et elle a donné un aperçu de la situation actuelle de la profession de sage-femme en Nouvelle-Écosse et des objectifs à long terme des personnes qui cherchent à faire changer les choses.

À l'heure actuelle, les sages-femmes n'ont aucune capacité officielle ou juridique en Nouvelle-Écosse et elles ne peuvent travailler que dans le privé, contre rémunération de leurs services. La majorité des accouchements auxquels elles assistent ont lieu à la maison, mais certains se font à l'hôpital, lieu où les sages-femmes doivent se contenter de tenir un rôle de soutien plutôt que de gestion des soins.

Au cours des quinze dernières années, deux gouvernements ont refusé d'agir dans le sens des recommandations visant l'intégration des services de sage-femme dans le système de santé de la province. En juin dernier, le gouvernement a convoqué le Working Group on Primary, Collaborative

Maternity Care (le groupe de travail sur les soins maternels primaires axés sur la collaboration) pour explorer, encore une fois, la façon de réaliser cette intégration. Le mandat de ce groupe a pris fin en juin 2005.

« Les femmes choisissent les sages-femmes parce qu'elles veulent pouvoir faire des choix en connaissance de cause et être celles qui prennent les principales décisions concernant leurs propres soins, affirme Kerstin Martin, vice-présidente de l'Association canadienne des sages-femmes. Ces choix portent entre autres sur le lieu où elles accouchent, que ce soit à l'hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les recherches montrent également que les femmes soignées par des sages-femmes sont plus heureuses de leur expérience de la maternité et ont plus de succès lorsqu'elles allaitent.

La profession de sage-femme est régie par la loi et réglementée au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, et les services des sages-femmes y sont payés par l'État, sauf en Alberta. Le Canada compte 450 sages-femmes. La formation consiste en un programme universitaire d'une durée de quatre ans offert en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

« Nous avons bon espoir que la Nouvelle-Écosse suivra le courant dominant et intégrera les sages-femmes dans le système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse, et que le coût de leurs services sera couvert par le régime d'assurance-maladie », déclare Octavia James, coprésidente de la Midwifery Coalition of Nova Scotia, et consommatrice de services de sage-femme.

« Les recherches indiquent que les soins prodigués par les sages-femmes sont aussi sûrs que ceux d'un ou d'une médecin, et

nécessitent beaucoup moins d'interventions médicales », fait-elle remarquer.

Il en résulte un taux moins élevé de césariennes, moins d'accouchements par ventouse et forceps, et moins d'épisiotomies (intervention chirurgicale destinée à agrandir l'orifice vulvaire lors de l'accouchement). En conséquence, les coûts de soins de santé sont moins élevés.

Les sages-femmes et les partisan(e)s de leur cause partout en Nouvelle-Écosse demeurent prudemment optimistes et sont d'avis que le gouvernement annoncera des plans pour la présentation d'une loi sur la profession de sage-femme au cours de l'année à venir, déclare la D^{re} Christine Saulnier. ☺

L'Association canadienne des sages-femmes présente

Les sages-femmes dans la balance : partenariat et pratique pour l'accouchement normal

Du 9 au 11 novembre 2005
Halifax, Nouvelle-Écosse

Pour plus de détails, visitez le site

<http://ca.geocities.com/canadianmidwives@rogers.com/home.html>
ou écrivez à admin@canadianmidwives.org

Inscrivez-vous dès aujourd'hui!

Inscrivez-vous à la liste de diffusion des sages-femmes de l'Atlantique.

Écrivez tout simplement à christine.saulnier@dal.ca pour obtenir de plus amples détails.

Tout sur les sages-femmes

Les sages-femmes sont des professionnelles autonomes des soins de santé primaires, spécialisées dans les soins entourant une grossesse normale, le travail, l'accouchement et les soins du nouveau-né. Les sages-femmes prennent soin des femmes en bonne santé pendant toute la durée de leur grossesse, font elles-mêmes les accouchements, et assurent le suivi de la mère et du bébé pendant les six semaines qui suivent la naissance.

Les sages-femmes possèdent les connaissances leur permettant de dépister les conditions anormales, de collaborer avec les médecins et autre personnel professionnel de la santé, et de prendre des mesures d'urgence en l'absence d'aide médicale.

Les sages-femmes font partie intégrante de la majorité des services de maternité et elles sont la principale personne prodiguant les soins dans la majorité des accouchements dans le monde entier. Le Canada était le seul pays développé à exclure les sages-femmes de son système de soins de santé, mais il a connu une renaissance de cette profession au cours de la dernière décennie.

En Ontario, par exemple, 266 sages-femmes mettent au monde 9 000 bébés chaque année.

Pourquoi les femmes veulent des sages-femmes

Les femmes choisissent souvent les sages-femmes en raison de leur expertise dans le soutien d'un accouchement normal. Les sages-femmes considèrent la grossesse comme une fonction naturelle du corps de la femme – quelque chose que les femmes font bien lorsqu'elles sont bien assistées.

Les femmes choisissent aussi les sages-femmes pour obtenir des soins continus. Elles connaissent ainsi bien la sage-femme qui les aidera à mettre au monde leur enfant, et qui les visitera à la maison pour les aider durant la période postnatale et pour l'allaitement.

Les femmes qui choisissent les sages-femmes souhaitent donner naissance avec peu ou pas d'intervention médicale, dans un environnement où elles se sentent le plus confortable, où elles sont assistées par des personnes soignantes connues et

en qui elles ont confiance, de manière à ce que l'expérience de l'accouchement soit joyeuse, habilitante et sécuritaire.

Pourquoi l'intégration des sages-femmes dans le système de santé de la Nouvelle-Écosse est une bonne idée

Les soins prodigués par une sage-femme sont sûrs, et offrent l'avantage ajouté de réduire le nombre d'interventions médicales. Par exemple, en Ontario, les sages-femmes obtiennent les mêmes résultats que les médecins de famille, mais avec 30 % moins de césariennes, 50 % moins d'accouchements avec ventouse et forceps, et elles effectuent 50 % moins d'épisiotomies (intervention chirurgicale destinée à agrandir l'orifice vulvaire lors de l'accouchement).

Les nouvelles mamans soignées par des sages-femmes en Ontario enregistrent un taux de sortie précoce de l'hôpital deux fois plus élevé et 65 % moins de réadmissions à l'hôpital.

Le ministre de la Santé de l'Ontario a affirmé récemment que les soins prodigués par une sage-femme représentent, en moyenne, une économie de 800 \$ pour un accouchement à l'hôpital et 1 800 \$ pour un accouchement à la maison, partiellement en raison d'un taux moins grand d'interventions et du plus grand nombre de sorties précoces de l'hôpital. Une nouvelle étude en Alberta confirme ces données et estime que les économies réalisées atteignent entre 700 \$ et 1 100 \$ par accouchement.

Une étude réalisée en Colombie-Britannique comparant une population à faible risque de femmes ayant accouché dans un hôpital a obtenu un taux de césarienne de 12 % pour les sages-femmes contre 18 % pour les omnipraticiens. Parmi les femmes prévoyant accoucher à la maison, le taux de césarienne était aussi bas que 6,5 %.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visiter :

- Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de l'Atlantique : www.acewh.dal.ca/fr/midwifery.html
- Midwifery Coalition of Nova Scotia : <http://mcns.chebucto.org/index.htm>

Nouvelle déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime

La violence comme cause de mauvaise santé et de problèmes de santé chroniques

De la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

LA VIOLENCE EXERCÉE PAR LE PARTENAIRE INTIME EST UNE CAUSE IMPORTANTE SOUS-JACENTE DE MAUVAISE SANTÉ ET EST DÛMENT ÉTAYÉE COMME UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE GRAVE. EN PLUS DE COURIR DES RISQUES ACCRUS DE LÉSIONS PHYSIQUES, LES VICTIMES DE TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE SONT VULNÉRABLES AUX COMPLICATIONS, CE QUI DONNE LIEU ÉVENTUELLEMENT À DES PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES. EN JUIN 2005, LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) A PUBLIÉ SA DÉCLARATION DE CONSENSUS SUR LA VIOLENCE EXERCÉE PAR LE PARTENAIRE INTIME, ÉLABORÉE PAR DES SPÉCIALISTES À L'ÉCHELLE DU CANADA.

« Le fait de réduire les risques de violence conjugale rend service aux femmes, aux enfants et à la société en général, explique Vyta Senikas, vice-présidente administrative associée de la SOGC. En tant que médecins, nous avons l'occasion d'atténuer les risques de fausse couche, de faible poids à la naissance et de naissances prématurées pour la mère et l'enfant à naître victimes de ce genre de violence. Il est du devoir des obstétriciens, des gynécologues, des infirmières et sages-femmes, et de tous les praticiens en soins de santé de contribuer à mettre fin à la violence exercée par le partenaire intime. »

Les femmes qui subissent de la violence courent un risque accru de présenter une toxicomanie, des troubles


mentaux et des idées suicidaires, des troubles physiques chroniques, des problèmes liés à la santé sexuelle et des interruptions de grossesse récurrentes. Une consultation avec un médecin donne souvent l'occasion unique pour la patiente de divulguer les problèmes de violence exercée par le partenaire intime dont elle est victime.

« Nous reconnaissons que la santé des femmes est directement affectée par le phénomène de violence exercée par le partenaire intime, déclare Margaret Burnette, présidente du Comité des questions sociales et sexuelles de la SOGC. L'objectif de la Déclaration de consensus est de permettre à nos membres de mieux comprendre certains des problèmes importants

touchant ces personnes vulnérables. Elle propose des stratégies et outils pratiques avec lesquels appuyer nos patientes, qu'elles soient prêtes ou non à apporter des changements à leur situation familiale. »

Par l'établissement de la Déclaration de consensus et des directives, la SOGC souhaite entre autres objectifs que ses membres et autres soignant(e)s promouvoient la divulgation de la violence comme une composante essentielle de la pratique clinique. Le consensus fournit un cadre de travail en vue d'une réaction appropriée qui permettra une évaluation du risque et des orientations judicieuses vers les ressources communautaires aux fins du partage des renseignements, de consultation et de protection.

Les femmes qui subissent de la violence courent un risque accru de présenter une toxicomanie, des troubles mentaux et des idées suicidaires, des troubles physiques chroniques, des problèmes liés à la santé sexuelle et des interruptions de grossesse récurrentes.

« J'estime qu'il est de la plus grande importance que les médecins soient formés adéquatement sur la façon de traiter les femmes et leurs enfants victimes de violence, avance Renée Parent, directrice administrative de Nelson House of Ottawa-Carleton. J'ai vu des milliers de femmes fuir un milieu de violence depuis 1992, parmi lesquelles certaines consultaient un médecin régulièrement, mais n'ont jamais été orientées vers un abri. Nous espérons que ce document, dès sa mise en œuvre, permettra aux femmes et à leurs enfants de se sortir de leur milieu de violence aussitôt que possible. » 

Vous pouvez lire la Déclaration de consensus et la trousse d'évaluation VPI à l'adresse www.sogc.org/sogcnet/index_f.shtml ou appeler au 1 800 561-2416 pour les obtenir.

Facteurs importants sur la violence exercée par le partenaire intime (VIP) et la santé des femmes

- Les sondages canadiens menés au sujet de la VIP (la forme de violence la plus couramment exercée contre les femmes) ont révélé une prévalence annuelle se situant entre 6 % et 8 %; cette prévalence est considérée comme une estimation conservatrice, et ce, en raison d'un sous-signalement des cas de VPI. Les taux de prévalence semblent être accrus chez les femmes enceintes et chez les adolescentes.
- Toutes les femmes, peu importe leur statut socio-économique, leur race, leur orientation sexuelle, leur âge, leur origine ethnique, leur état de santé et la présence ou l'absence du partenaire actuel, sont exposées à des risques de VPI.
- Les femmes violentées au cours de la grossesse courent un risque accru de présenter une dépression et des idées suicidaires, et de connaître des complications et des issues de grossesse indésirables, y compris le décès maternel et foetal.
- Il est possible que les immigrantes, les réfugiées, les lesbiennes, les femmes de couleur, les Autochtones et les femmes qui présentent un handicap subissent des formes différentes ou non de VPI; il est également possible qu'elles aient à faire face à un plus grand nombre d'obstacles à la divulgation que les femmes en général.
- Dans le cas des femmes enceintes, les interventions cliniques qui comprenaient des services de counseling visant à accroître les comportements liés à la sécurité ont mené à l'adoption de ces pratiques et à des réductions du nombre d'incidents violents.
- Les enfants dont la mère subit une situation de VPI courent un risque accru de connaître des difficultés du développement; il est également possible qu'ils soient eux-mêmes violentés.

améliorer la disponibilité de LA CONTRACEPTION D'URGENCE

*Elle doit être abordable et facile
à obtenir pour toutes les femmes*

*Action pour la protection de la santé des femmes
et Réseau canadien pour la santé des femmes*

PAR DIANE SAIBIL



DE BONNES NOUVELLES !

Le 19 avril 2005, Santé Canada s'est joint à la tendance internationale en annonçant l'adoption, au palier fédéral, d'une proposition visant à ce que la contraception orale d'urgence (COU), également appelée Plan B ou « pilule du lendemain », passe du statut de médicament d'ordonnance à celui de médicament sans ordonnance. De concert avec cette initiative, l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP), qui détermine les modalités de la disponibilité des médicaments sans ordonnance dans la plupart des provinces, a immédiatement classé la COU dans l'annexe II. Cela signifie que la COU est dorénavant disponible partout au Canada « en vente libre », sans qu'une visite chez le médecin ou une ordonnance soient requises; toutefois, pour l'obtenir, il faut demander l'assistance du pharmacien.

Nous appuyons fortement la décision de Santé Canada de faire passer le statut de la COU de celui de médicament d'ordonnance à celui de médicament sans ordonnance. Mais pour que la COU soit encore plus facilement accessible à toutes les femmes canadiennes, les gouvernements doivent aller encore plus loin et faire de la contraception d'urgence un médicament non catégorisé – c'est-à-dire disponible *sans que l'aide ou l'intervention d'un pharmacien soit nécessaire*.

DES PRÉOCCUPATIONS PERSISTANTES

Un médicament en vente libre : Une plus grande disponibilité de la COU peut aider à réduire le nombre de grossesses non désirées. Comme il s'agit d'un médicament sécuritaire, efficace et facile à utiliser, son utilisation en temps opportun est un aspect important à prendre en considération. La COU est plus susceptible d'empêcher une grossesse lorsqu'elle est prise dans les 24 heures suivant les rapports sexuels. Plus le délai s'allonge, plus son taux d'efficacité baisse.

petites villes et en milieu rural, où il n'y a parfois qu'une seule pharmacie.

Le droit à la vie privée : Les lignes directrices existantes à l'intention des pharmaciens exigent qu'il y ait une consultation avec la cliente avant de lui remettre des pilules de contraception d'urgence. À notre avis, il s'agit d'une intervention inutile qui contrevient au droit à la vie privée des femmes. Il ne faut pas traiter les femmes comme des patientes lorsqu'il n'y a aucune nécessité médicale. Les femmes et les adolescentes sont parfaitement en mesure d'évaluer leurs besoins, de comprendre les indications et les instructions se trouvant sur l'emballage et d'utiliser la COU efficacement et en toute sécurité sans intervention médicale. Nous encourageons fortement les pharmaciens à jouer un rôle accru à titre d'éducateurs en matière de santé, mais selon nous, il est inapproprié de rendre la consultation obligatoire pour toutes les femmes et les adolescentes désirant se procurer des moyens

Les gouvernements doivent aller encore plus loin et faire de la contraception d'urgence un médicament non catégorisé – c'est-à-dire disponible sans que l'aide ou l'intervention d'un pharmacien soit nécessaire.

Manifestement, il est de toute première importance d'obtenir ce médicament rapidement, et sa classification doit être établie en conséquence.

Les femmes et les adolescentes doivent pouvoir obtenir la COU dans un lieu accessible tous les jours, y compris les week-ends et les jours fériés, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. La COU doit être facile à trouver et à acheter.

La classification de vente sous le contrôle du pharmacien (annexe II) signifie que seules les pharmacies peuvent vendre la COU – une restriction considérable dans les petites villes et en milieu rural. Certains pharmaciens ont déjà déclaré qu'ils refuseront de vendre la COU à cause de leurs convictions religieuses ou autres. Même si ces pharmaciens sont censés aiguiller les clientes vers d'autres sources d'approvisionnement, il est probable que ce type de refus contribuera à créer des obstacles de taille à la disponibilité équitable et en temps opportun du produit, surtout dans les

de contraception d'urgence.

Le besoin de COU est une question privée, et ces médicaments doivent être disponibles d'une façon qui respecte le plus possible la vie privée des personnes. Dans le contexte actuel, où la COU n'est disponible que sur consultation avec un pharmacien, la consommatrice se trouve souvent dans l'obligation de procéder à cette consultation dans un endroit très public. En effet, bien qu'on encourage les pharmacies à se doter d'un espace privé pour ces consultations, bon nombre d'entre elles n'ont pas de salle située en retrait des aires de vente.

Évidemment, il est impossible d'assurer la confidentialité complète parce qu'il faut acheter la COU dans un lieu public. Toutefois, le fait de pouvoir prendre un produit sur une tablette et de passer directement à la caisse garantit une plus grande confidentialité que d'avoir une discussion au comptoir des ordonnances. ►

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Une confidentialité encore plus grande peut être assurée si la consommatrice dispose de plusieurs endroits où se procurer la COU. Imaginons une femme ou une adolescente qui doit acheter ses pilules contraceptives d'urgence le dimanche dans la seule pharmacie qui est ouverte. À son arrivée à la pharmacie, elle s'aperçoit qu'un ami de la famille

se verront obligées d'assurer elles-mêmes ces coûts.

Comme l'avaient prévu les chercheuses Joanna Erdman et Rebecca Cook, la classification de la COU dans le groupe des médicaments en vente libre sous le contrôle du pharmacien oblige les femmes à payer les frais de consultation en plus du prix du médicament. Ces frais peuvent varier

Il est inapproprié de rendre la consultation obligatoire pour toutes les femmes et les adolescentes désirant se procurer des moyens de contraception d'urgence.

travaille à la caisse. La confidentialité de son achat serait grandement accrue si elle pouvait se procurer le médicament ailleurs. Elle serait alors plus susceptible d'acheter le médicament et de le prendre dans le délai optimal.

Le coût des médicaments en vente libre : Enfin, il y a la question des coûts. Les régimes publics et privés d'assurance médicaments ne remboursent généralement pas les médicaments en vente libre ni les frais de consultation des pharmaciens. Par conséquent, il est probable que le coût de la pilule contraceptive d'urgence augmentera à mesure que les provinces retireront les contraceptifs d'urgence des listes provinciales de médicaments. Dans ce contexte, les femmes à faible revenu et celles qui possèdent une assurance médicaments

entre 15 \$ et 45 \$. Or, si la COU était disponible en vente libre sans intervention du pharmacien, il n'y aurait pas de frais de consultation, ce qui rendrait le médicament beaucoup plus abordable.

Bien que ce ne soit pas la responsabilité des autorités chargées de la réglementation des listes de médicaments, les gouvernements provinciaux devraient considérer la COU comme un médicament essentiel accessible à toutes les femmes, quel que soit leur revenu.

UN APPEL À L'ACTION

La disponibilité de la contraception d'urgence est un élément clé de tout programme complet de santé génésique et sexuelle des femmes. Elle revêt une importance particulière pour la santé des adolescentes et des jeunes femmes,

le groupe d'âge qui, par rapport à l'ensemble de la population féminine, est le plus à risque en matière de grossesse non désirée.

Pour que la contraception d'urgence soit pleinement accessible, elle doit être disponible de façon pratique et rapide, quel que soit l'âge de la femme qui souhaite s'en procurer. Les femmes des milieux ruraux ou urbains et celles ayant peu de ressources financières doivent pouvoir l'obtenir sans difficulté. Enfin, elle doit être disponible dans le respect du droit à la vie privée et du droit de faire des choix libres et éclairés en matière de soins de santé. Le recours à la contraception d'urgence est le fruit d'une décision responsable et éclairée de la part d'une femme désireuse de prévenir une grossesse non désirée. Il doit être respecté en tant que tel.

Action pour la protection de la santé des femmes (APSF) et le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) veulent que la disponibilité de la contraception d'urgence soit améliorée. Or, la méconnaissance de la contraception d'urgence, son coût et la réglementation actuelle limitent inutilement cette disponibilité.

En tant que première étape vers l'amélioration de cette disponibilité, nous comptons présenter une requête aux autorités réglementaires canadiennes pour qu'elles classent le Plan B dans les médicaments « non catégorisés », ce qui lui permettra d'être vendu dans tout point de vente au détail. *Nous vous invitons et vous encourageons à appuyer cette position.* 🍷

Pour de plus amples renseignements et pour joindre vos efforts aux nôtres, visitez le www.whp-apsf.ca ou composez le 1 888 818-9172.

L'Université d'Ottawa honore le mouvement pour la santé des Canadiennes

DIRECTRICE EXÉCUTIVE DU RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES REÇOIT UN DOCTORAT HONORIFIQUE

Madeline Boscoe, directrice exécutive du Réseau canadien pour la santé des femmes et coordonnatrice de la politique et de la défense des intérêts des femmes à la Women's Health Clinic [Clinique de santé des femmes] de Winnipeg, a reçu un doctorat honorifique de l'Université d'Ottawa, le 5 juin 2005. Madame Boscoe a été reconnue pour ses contributions remarquables à la promotion de la santé des femmes et des filles du Canada.

Depuis plus de vingt ans, Madeline Boscoe travaille en éducation à la santé et à la défense des droits des femmes à la Clinique de santé des femmes de Winnipeg. Elle est également membre fondatrice du Réseau canadien pour la santé des femmes et y œuvre en tant que directrice exécutive depuis 1995.

L'Université d'Ottawa décerne à chaque année des doctorats honorifiques aux personnes qui offrent une contribution importante à leur profession ou à la société en général. « Un doctorat honorifique signifie que le(la) récipiendaire mérite que soient reconnues les réalisations extraordinaires accomplies dans sa vie ou sa carrière », précise-t-on au Cabinet du recteur.



Remarques d'ouverture (abrégées) de Madeline Boscoe, adressées à l'Université d'Ottawa

MADAME LA CHANCELIERÈRE, CHERS MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA, CHERS INVITÉ(E)S. C'EST UN PRIVILÈGE QUE D'ÊTRE AVEC VOUS AUJOURD'HUI ET JE ME SENS PARTICULIÈREMENT HONORÉE D'ÊTRE CONVIÉE PAR UNE UNIVERSITÉ QUI CONSIDÈRE LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES FEMMES COMME UNE PRIORITÉ.

Quand j'ai appris que je recevrais cet hommage, je me suis demandée quelles pourraient être les réflexions et les leçons que je pourrais partager avec vous qui seraient pertinentes en cette occasion spéciale.

Il y en a quelques-unes qui, je pense, pourraient s'avérer utiles pour vous, en tant que prestatrices et prestataires de soins de santé, chercheuses et chercheurs, ou citoyennes et citoyens. Je suis convaincue que ces leçons contribueront à améliorer la santé des femmes et ainsi que celle des hommes. ►

J'ai eu de la chance. J'ai pu travailler à l'amélioration de la santé et de la condition des femmes avec une communauté étendue et diverse – le mouvement pour la santé des femmes.

J'imagine mes collègues avec moi ici, ce soir. Je considère cet honneur qu'on me fait comme étant en réalité un hommage à notre travail collectif.

Tout comme la plupart des mouvements sociaux, le mouvement pour la santé des femmes a permis aux personnes souvent marginalisées par la société de s'exprimer et leur a donné éventuellement le pouvoir de participer aux décisions ayant trait aux politiques et

Nous nous sommes rassemblées pour partager nos expériences et nos connaissances et nous avons intentionnellement utilisé le mot « nous » afin de renforcer notre engagement envers l'équité et d'éviter de percevoir certaines d'entre nous comme des « expertes » qui en savent plus que les autres. Nous avons examiné nos cols utérins, nous avons inséré des diaphragmes, nous nous sommes battues pour des soins de santé à domicile et nous sommes devenues sages-femmes.

Nous avons partagé des témoignages sur nos interactions avec le réseau de santé et nous avons commencé à poser

qui rejettent la surmédicalisation de notre santé et de notre bien-être.

Par exemple, nous nous sommes penchées sur l'utilisation fréquente des tranquillisants et des stimulants et nous avons compris que nous n'étions pas « folles » mais plutôt « fâchées » puisque l'on faisait fi de l'impact que la pauvreté, la violence et le racisme avaient sur notre santé. Fâchées puisque l'attention portée à notre santé était due au fait qu'on nous voyait comme des « réceptacles » de fœtus ou des agentes non rémunérées ayant pour rôle de transmettre de l'information-santé à nos familles et à nos communautés.

Tout comme la plupart des mouvements sociaux, le mouvement pour la santé des femmes a permis aux personnes souvent marginalisées par la société de s'exprimer et leur a donné éventuellement le pouvoir de participer aux décisions ayant trait aux politiques et aux choix des priorités en matière de santé.

aux choix des priorités en matière de santé.

Le mouvement pour la santé des femmes est né du mouvement féministe élargi et a pris force à ses côtés, les deux partageant une critique et une insatisfaction sociales fondées sur le refus des rôles sociaux rigides et inéquitables imposés aux femmes, rôles qui ont dégradé leur condition et leur état de santé. Ce système de soins, qui ne prenait pas en compte les femmes – et qui, souvent, continue à ne pas le faire – nous a beaucoup préoccupées. Nous étions deux fois déçues, comme bénéficiaires et comme pourvoyeuses de soins.

des questions.

Nous avons compris que posséder des connaissances signifie posséder le pouvoir – et nous avons revendiqué la reconnaissance de nos expériences comme un savoir. Nous avons compris que dans le monde de la recherche, ceux qui formulaient les questions contrôlaient les réponses. C'est ainsi que nous avons initié nos propres recherches... sur les questions qui nous préoccupaient le plus.

Par le biais de discussions et de débats, nous avons conçu des services de santé axés sur de nouvelles approches

Nous avons compris que pour assurer l'égalité et le respect des droits des femmes, l'accès aux soins de santé génésique était crucial.

Nous étions fâchées du fait que des événements tout à fait normaux de notre vie, tels que l'accouchement et la ménopause, étaient réduits à des anomalies qui nécessitaient des interventions.

Bref, nous avons compris que la santé des femmes est une question politique, sociale et économique, et que nous ne voulions plus « être patientes », comme disait Sharon Batt, une militante de

longue date dans la lutte contre le cancer du sein.

Si je me penche sur quelques-uns des projets auxquels je participe présentement – la sauvegarde et l'amélioration de l'assurance-maladie, la participation du public aux décisions concernant « l'innocuité » des implants mammaires, l'accès aux sages-femmes ou aux maisons de naissance, la mise à profit du travail de nos collègues québécoises pour mettre en place une « loi contre la pauvreté », je peux constater la récurrence de deux thèmes.

L'un concerne le besoin de changer la relation entre les prestataires et patientes, et l'autre est lié au rôle qui nous revient à nous, en tant que professionnel(le)s de la santé au sein de notre démocratie.

J'ai collé sur le mûr de mon bureau les paroles d'une femme qui a participé à un groupe de soutien d'endométrirose que j'ai animé il y a quelques années : « Plus j'en apprendis sur le sujet, plus il est difficile de trouver des médecins avec lesquels je peux discuter », disait-elle.

Que voulait-elle dire?

Plusieurs choses, je pense.

- Elle avait dû devenir une spécialiste dans les domaines qui touchaient ses problèmes de santé;
- Elle n'était pas prête à accepter aveuglément l'information ou les traitements qu'on lui proposait;
- En posant des questions et en remettant en cause l'ordre établi, elle a provoqué des tensions dans ses relations avec les fournisseurs et fournisseuses de soins à tel point que, parfois, ces professionnel(le)s la voyaient – elle, ainsi que d'autres comme elle – comme des « patientes difficiles » qu'ils refusaient de soigner.

Elle savait déjà que nous devons réfléchir sur la façon dont nous structurons les soins de santé. Elle savait que nous avons besoin de nouvelles approches :

- qui font participer nos patientes et nos clientes de façon beaucoup plus directe à la planification, au contrôle et à la prestation des soins;
- qui appuient l'adoption de modèles de services innovateurs;
- qui sont fondées sur des équipes multidisciplinaires professionnelles et paraprofessionnelles axées sur la collaboration;
- qui font participer les citoyennes et les citoyens au développement et à la synthèse de la recherche;
- enfin et surtout, qui assurent la collaboration et l'égalité des relations entre les prestataires et les patientes de soins et les personnes qui en bénéficient.

De plus, nous devons repenser nos rôles en tant qu'éducatrices en santé – même hors du travail.

En tant que dispensateurs et dispensatrices de soins de santé, nous contribuons depuis longtemps à l'élaboration de politiques saines en matière de santé. La gestion sécuritaire de l'eau et des déchets, la mise en place de programmes de nutrition, la promotion de l'habitude de se laver les mains et la lutte contre le tabagisme ne constituent que quelques exemples.

Nous avons toujours promu la santé publique.

Je pense qu'il nous revient maintenant, à nous toutes et tous, la tâche essentielle de faire comprendre à la société que la santé n'est pas seulement tributaire de notre comportement mais qu'elle est aussi, sous plusieurs aspects,

un produit – on pourrait même dire « un effet secondaire » – de la politique gouvernementale.

Les prestataires et les prestataires de soins ont toujours su intuitivement que la pauvreté nuit non pas seulement à la santé des pauvres mais aussi à la santé de toute la collectivité.

Nous devons de toute urgence aider le reste de la société à saisir le lien entre l'exclusion sociale et l'inégalité des revenus et les effets nocifs de ces facteurs sur la santé de la population. C'est une tâche de longue haleine qui, à mon avis, constitue un défi aussi grand que celui d'expliquer la théorie des germes ou la relation entre le tabagisme, la dépression et les maladies cardiovasculaires.

Je vous demande donc de vous engager dans le processus de révision du salaire minimum, dans la promotion des programmes de logements sociaux, dans la révision des structures fiscales et dans d'autres débats sur les politiques publiques qui touchent la santé. À défaut de réduire la pauvreté et les injustices sociales dans notre société, nous ne pourrions protéger ni améliorer la santé des femmes – ou des hommes...

Écouter les voix critiques des personnes en marge de la société peut s'avérer une expérience enrichissante et profonde pour nous toutes et tous. Rappelez-vous le principe « d'abord, ne pas nuire » et le fait que la compassion et l'empathie sont des habiletés essentielles dans le travail qui vous attend. Recherchez la joie. Puis, n'ayez pas peur de remettre en question les idées préconçues et d'essayer de changer les choses. 🍵

Texte complet des remarques d'ouverture disponible à l'adresse www.rcsf.ca

Vers une révision de la *Stratégie pour la santé des femmes* du Canada

Le Réseau canadien pour la santé des femmes veut savoir ce que vous en pensez !

Santé Canada a annoncé récemment son intention de réviser sa *stratégie* actuelle pour la *santé des femmes*, et surtout, d'élaborer un nouveau plan d'action. Voilà d'excellentes nouvelles.

Pour se préparer à cette révision, le RCSF entreprendra une campagne informelle de sensibilisation et de consultation dans les mois qui viennent. Les résultats de ce travail seront compilés dans un rapport qui sera présenté au gouvernement fédéral.

En quoi consiste la *Stratégie pour la santé des femmes* ?

La *Stratégie pour la santé des femmes* découle de l'engagement pris par le Canada, à l'échelle tant internationale que nationale, envers l'égalité des sexes. Adoptée en 1999, elle a comme objectif primordial d'améliorer la santé des femmes au Canada en faisant en sorte que le système de santé tienne davantage compte des femmes et de leur santé.

Les quatre objectifs de la *Stratégie* reflètent cet engagement :

- Faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé;
- Accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé;
- Soutenir la prestation aux femmes de services de santé appropriés et efficaces;
- Promouvoir la santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes.

Afin d'atteindre ces objectifs, le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes sera responsable de la coordination et de la promotion de la *Stratégie* au sein de Santé Canada.

Comment vous pouvez contribuer

Vous pouvez apporter votre contribution en nous faisant savoir ce que vous pensez. L'objectif de notre étude est de recueillir les opinions des Canadiennes et des Canadiens sur la pertinence des objectifs et des activités prévus dans le cadre de la *Stratégie*, ainsi que des nouvelles questions et solutions pour l'avenir. Nous aimerions aussi trouver des groupes et des individus qui aimeraient participer au processus de révision sur une base continue.

Afin d'obtenir vos commentaires et opinions, nous avons affiché un questionnaire dans notre site Web (également disponible sur support papier). De plus, des bénévoles organiseront des discussions informelles sur des thèmes précis dans plusieurs régions du Canada (endroits à déterminer).

Pour participer à notre étude, prendre part à nos rencontres de consultation ou obtenir plus d'information, visitez le www.cwbm.ca ou composez le 1 888 818-9172.

Pour prendre connaissance du document intégral décrivant la *Stratégie de Santé Canada pour la santé des femmes* (1999), visitez le site suivant : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/strateg-women-femmes/strateg_f.html

PREMIÈRE TABLE RONDE *et* RÉCEPTION NATIONALE *pour la santé des femmes à Ottawa*

PAR MONA DUPRÉ-OLLINIK

Le 22 février dernier, parlementaires et spécialistes en santé des femmes se réunissaient sur la Colline du Parlement à l'occasion de la Première Table ronde et réception nationale pour la santé des femmes. Organisé par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), cet événement visait à souligner le rôle que jouent les parlementaires à titre « d'ambassadeurs et d'ambassadrices de la santé » auprès des collectivités canadiennes.

Près de 50 personnes, dont des militantes pour la santé, des chercheuses et des représentantes et représentants de plusieurs secteurs de la santé, du RCSF et des Centres d'excellence pour la santé des femmes, ont convergé vers Ottawa pour mettre en commun leurs connaissances et discuter des moyens à prendre pour appuyer le travail des parlementaires. On a également profité de l'occasion pour expliquer aux décisionnaires en quoi la santé des femmes était un facteur essentiel pour le bien-être de la nation.

Les questions touchant la santé des femmes nous concernent tous, quelle que soit notre allégeance politique. Des représentantes et des représentants de tous les partis à la Chambre des communes et plusieurs sénateurs étaient présents lors de cette journée. Tous ont clairement manifesté leur engagement envers la nécessité d'améliorer la santé des filles et des femmes au Canada.

Le moment fort de la journée aura certainement été la table ronde sur les nouveaux enjeux touchant la santé des femmes en cette deuxième moitié de décennie (2005-2010), animée conjointement par la sénatrice Maria Chaput (Manitoba) et Abby Lipman, Ph.D., (co-présidente du RCSF et professeure d'épidémiologie à l'Université McGill). Y ont participé, notamment, l'honorable Carolyn Bennett (LIB), ministre d'État à la Santé publique, la sénatrice Lucie Pépin (LIB), membre du comité sénatorial sur les affaires sociales, la science et la technologie, Bonnie Brown (LIB), députée et présidente du Comité permanent de la santé, Nicole Demers, députée du Bloc Québécois, Anita Neville (LIB), députée et présidente du comité permanent sur la condition féminine, Jean Crowder, critique du NPD en matière de santé et Steven Fletcher, critique du Parti conservateur en matière de santé. L'honorable Liza Frulla (LIB), ministre de la Condition féminine, avait rédigé

pour l'occasion un commentaire qui a été lu devant l'assemblée.

Un point essentiel est ressorti de cette discussion : parlementaires et spécialistes en santé des femmes doivent se consulter pour que les premiers restent au fait des enjeux et que tous collaborent à l'avancement des dossiers. Les conférenciers et conférencières ont souligné combien le travail accompli par les spécialistes leur était utile : il leur permet notamment d'empêcher que les dossiers ne soient égarés dans le dédale administratif et de veiller à que l'on suive les retombées des différents programmes sur la santé. Presque tous ont reconnu que la santé des femmes ne pouvait être envisagée qu'à la lumière de déterminants de la santé comme le sexe, la pauvreté, la violence, le vieillissement, l'origine raciale et la culture, et qu'il y a avait lieu d'axer les politiques sur ces préoccupations.

Parmi les sujets d'actualité abordés, on note le besoin de créer de toute urgence un organisme de réglementation des techniques de reproduction assistée, la nécessité d'assurer la sûreté des produits pharmaceutiques, le manque de ressources destinées aux soins à domicile et à la santé mentale et les besoins des femmes autochtones en matière de santé – notamment la nécessité de former des Autochtones dans les différentes professions de la santé. Certains délégués ont également fait valoir qu'il y a avait lieu pour tous les ministères de réviser leurs politiques à la lumière d'une analyse comparative entre les sexes.

Pour plusieurs, le gouvernement doit dorénavant fonder les décisions prises en matière de politiques sur des « preuves scientifiques » et favoriser la collaboration des citoyens et des citoyennes pour favoriser une approche concertée sur toutes ces questions.

Après la table ronde, une réception était organisée pour donner à tous et à toutes l'occasion de poursuivre les discussions de manière informelle, d'établir des contacts et d'approfondir certains sujets avec les décisionnaires présents.

Il y a des espoirs et des plans de revisiter cette expérience l'année suivante avec la Deuxième Table ronde et réception nationale pour la santé des femmes, de sorte que nous puissions, de nouveau, maintenir la santé des femmes au cœur des préoccupations en matière de santé. 🍷



iStockphoto

de l'information, **et non de la** PUBLICITÉ

**Les femmes veulent de l'information fiable en matière
de médicaments, et non de la publicité**

DES Action Canada

PAR ELLEN REYNOLDS, AVEC BARBARA MINTZES (DONNÉES HISTORIQUES)

ON DIRAIT BIEN QUE MÊME QUAND ON CONNAÎT L'HISTOIRE, ON EST DESTINÉ À LA RÉPÉTER.

En 1948, le diéthylstilbestrol (DES) était annoncé comme le « médicament miracle » recommandé pour toutes les grossesses. Le visage souriant d'un petit chérubin apparaissait dans les pages de revues médicales accompagné de la légende : « Est-ce vrai ? Oui, le *desPLEX* aide à prévenir l'avortement, la fausse-couche et le travail prématuré... en plus de donner des bébés plus gros et plus forts ».

La publicité marche. Elle a marché pour le DES, qui a été prescrit à quelque 200 000 à 400 000 femmes

enceintes au Canada, entre 1941 et 1971. En dépit de données scientifiques remontant à 1952 prouvant que le DES ne prévenait pas les fausses couches, ce médicament nocif a été annoncé et prescrit pendant encore 18 années. Ce n'est qu'après avoir été lié au cancer chez les filles de femmes qui en ont absorbé que le DES a finalement été interdit d'usage pendant la grossesse. Les gens exposés au DES continuent de subir les effets de la stérilité, des anomalies reproductives et du cancer des décennies après la première utilisation, et les effets éventuels sur une

troisième génération sont encore inconnus.

Cela s'est toutefois passé il y a trente ans. On pourrait croire que nous avons appris que la publicité des médicaments délivrés sur ordonnance doit être assujettie à une prudente réglementation. Apparemment, il n'en est rien.

Il suffit de considérer les dernières nouvelles entourant le médicament Vioxx contre l'arthrite, auquel on attribue des milliers de morts insensées causées par une crise cardiaque. Au cours des cinq années pendant lesquelles le médicament était sur le marché, le fabricant, Merck, a dépensé environ 500 millions de dollars américains pour en faire la publicité auprès du public américain (et par ricochet auprès des Canadiens). En plus de ne pas traiter les symptômes de l'arthrite plus efficacement que d'autres médicaments du même type, le Vioxx coûtait beaucoup plus cher et s'est révélé beaucoup plus nocif.

Il est temps de nous remémorer l'héritage du DES et d'en tirer les leçons, notamment que la commercialisation des médicaments délivrés sur ordonnance ne peut continuer à éclipser les données scientifiques. Nous pourrions ainsi éviter de répéter encore et encore les mêmes erreurs.

Dans les années 50 et 60, les médecins étaient la cible de la plus grande partie de la publicité sur les médicaments. Aucune publicité des médicaments sur ordonnance s'adressant directement au consommateur n'était autorisée au Canada. On ne peut qu'imaginer combien d'autres personnes auraient été exposées au DES s'il avait été promu à la télévision, sur les panneaux-réclame et les abribus, ainsi que dans les journaux et les magazines,

comme les médicaments sur ordonnance le sont aujourd'hui.

Ce que bien des gens ne savent pas, c'est que la publicité directe au consommateur demeure toujours illégale au Canada, tout comme dans presque tous les pays industrialisés du monde, à l'exception des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande. Si nous sommes bombardés ici d'annonces de médicaments, c'est parce que Santé Canada n'applique pas la loi

La publicité est un outil de commercialisation efficace. Elle fait vendre. C'est pourquoi les entreprises consacrent des milliards de dollars chaque année à des budgets de commercialisation.

adéquatement et que les entreprises se sont empressées de profiter de cette situation.

Nous avons presque tous vu les publicités qui passent la frontière dans les revues américaines et par la câblodistribution. Néanmoins, les publicités de médicaments sur ordonnance conçues pour un public canadien sont légèrement différentes. En 1978, une modification a été apportée à

la *Loi sur les aliments et les drogues* afin de permettre aux consommateurs de comparer les prix des médicaments. Les annonceurs ont été autorisés à mentionner le nom, le prix et la quantité du médicament, à condition de ne faire « aucune autre représentation ». Cependant, en novembre 2000, reprenant la disposition de 1978 sur la publicité, Santé Canada a publié un document d'orientation disant que les entreprises pourraient annoncer les médicaments sur ordonnance à condition de ne pas inclure le nom et les renseignements sur l'usage prévu du médicament dans la même annonce.

La loi n'a pas changé, mais son interprétation, oui. Inutile de dire que les entreprises pharmaceutiques profitent de cette échappatoire juridique pour introduire toujours davantage de publicité s'adressant directement au consommateur. Et Santé Canada laisse faire.

C'est ainsi que nous voyons des « invitations lancées à des patients » qui incitent les gens à appeler un numéro 1 800 s'ils souffrent d'obésité, d'hypertension artérielle, de taux élevés de cholestérol, de dysfonctions sexuelles, etc., ou encore des annonces de marque qui nomment un médicament sans faire directement référence au problème qu'il traite. Aucun de ces types d'annonces ne cadre avec l'intention de la *Loi sur les aliments et les drogues*. Ce n'est pas par hasard que la plupart de ces publicités s'adressent aux femmes, en prétendant « améliorer » leur qualité de vie – par des moyens pharmaceutiques.

En avril 2004, dans son rapport *Dans l'armoire à pharmacie*, le Comité permanent de la santé a reproché à Santé Canada une application insuffisante de la loi et un manque de vigilance. Parmi d'autres ►

DE L'INFORMATION, ET NON DE LA PUBLICITÉ

recommandations visant à augmenter la transparence et la surveillance après commercialisation des médicaments sur ordonnance, le Comité a déclaré que Santé Canada devrait appliquer la *Loi sur les aliments et les drogues* en faisant appliquer l'interdiction concernant la publicité destinée au consommateur.

Cependant, dans le cadre de l'actuel processus de renouveau législatif à Santé Canada, le ministère semble proposer exactement le contraire, c'est-à-dire la légalisation de la publicité s'adressant directement au consommateur pour les médicaments sur ordonnance, cette publicité étant considérée comme une forme d'« information au public ».

La publicité est un outil de commercialisation efficace. Elle fait vendre. C'est pourquoi les entreprises consacrent des milliards de dollars

chaque année à des budgets de commercialisation – soit beaucoup plus que ce qui est dépensé en recherche et développement sur les médicaments. Les femmes en particulier sont considérées comme un marché très lucratif pour les vendeurs de produits pharmaceutiques; en réussissant à convaincre les femmes qu'elles doivent avoir recours à des médicaments pour composer avec certaines étapes naturelles de leur vie telles que la ménopause et le vieillissement, les compagnies pharmaceutiques engrangent toujours plus de profits.

Néanmoins, la publicité ne fournit pas de renseignements fiables au grand public. Les annonces de médicaments sur ordonnance sont souvent trompeuses. Elles minimisent les risques, gonflent les avantages et laissent

entendre que les médicaments peuvent servir à traiter un plus grand nombre de problèmes que ceux pour lesquels ils ont été approuvés. Les annonces se concentrent essentiellement sur les nouveaux médicaments – qui sont habituellement plus coûteux et ne constituent pas nécessairement le choix le plus efficace et le plus sécuritaire. L'exemple du Vioxx en témoigne une fois de plus, et celui du THS est également fort éloquent. Avec des témoignages de célébrités, des essais gratuits et des images émotives suggérant un soulagement complet, le public était-il réellement « renseigné » ou « éduqué » ?

Appelons les choses par leur nom et cessons d'accabler de publicité illégale les Canadiennes et les Canadiens qui sont simplement à la recherche d'information

EN SOUVENIR DE RUTH COOPERSTOCK

Les femmes et les produits pharmaceutiques 20 ans plus tard

Le 1^{er} novembre, une date à inscrire au calendrier

Action pour la protection de la santé des femmes, en collaboration avec le Ruth Cooperstock Memorial Lectureship Committee, organise un symposium intitulé « En souvenir de Ruth Cooperstock : les femmes et les produits pharmaceutiques 20 ans plus tard ».

Le symposium comprendra trois ateliers qui se dérouleront simultanément entre 14 h et 17 h :

- « **Des politiques saines en matière de santé : favoriser l'émergence de solutions de rechange à la pharmacothérapie** » avec Warren Bell.
- « **Diane, Julie, Jasmine... qui sont ces femmes, et que font-elles dans votre cabinet de médecine ?** » avec Barbara Mintzes.
- « **La médicalisation de la sexualité des femmes** » avec Leonore Tiefer.

Suivra une réception où seront servis de légers rafraîchissements. Une discussion en table ronde aura lieu par la suite entre 18 h et 20 h.

Lors de cette table ronde, Connie Clement, Paula Caplan ainsi qu'une représentante d'Action pour la protection de la santé des femmes s'exprimeront sur le thème suivant : « Les femmes et les produits pharmaceutiques : bilan, situation actuelle et perspectives ».

Le symposium aura lieu à l'Université de Toronto.

Pour obtenir plus d'information, visitez le www.whp-apsf.ca/en/index.html.

fiable sur les médicaments. Apprenons donc des erreurs du passé et prenons exemple sur la plupart des autres pays industrialisés du monde, où la publicité s'adressant directement au consommateur demeure illégale.

Inspirons-nous du Parlement européen où une tentative d'introduire la publicité directe, faite en 2002, a été judicieusement rejetée au nom de la santé publique. Les parlementaires ont alors voté massivement contre la légalisation de la publicité s'adressant directement au consommateur, alléguant que l'industrie pharmaceutique était « incapable de fournir de l'information impartiale sur ses médicaments ».

Quand Santé Canada en viendra-t-il à la même conclusion logique ? Il est temps de faire cesser au Canada cette tendance à légaliser la publicité directe des médicaments sur ordonnance avant que cela ne devienne un fait accompli. 🍃

Pour plus d'information concernant les lois canadiennes sur la publicité s'adressant directement au consommateur, visitez le site Web de Action pour la protection de la santé des femmes, à www.whp-apsf.ca/fr/documents/doc_index2.html#dtca.

Pour de plus amples renseignements sur le DES au Canada, visitez DES Action Canada, à www.web.net/~desact/

Ellen Reynolds est coordonnatrice de projet à DES Action Canada et vit à Victoria, en Colombie-Britannique. Barbara Mintzes, Ph.D., est chercheuse en pharmacologie et vice-présidente de DES Action Canada.

Vient de paraître ! Les femmes et la réforme des soins de santé primaires : un guide

Par le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé

- Centrés sur les communautés
- Services intégrés
- Accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept
- Télésanté
- Dossiers médicaux électroniques
- Méthodes de paiement diversifiées

Pourquoi ces questions concernent-elles les femmes et quelles sont les enjeux pour les femmes ?

Ce nouveau guide vise à stimuler le débat sur la réforme des soins de santé primaires au Canada et à expliquer pourquoi ce débat est important pour les femmes.

Étant donné que les femmes représentent la majorité à la fois des utilisateurs du système de santé et des prestataires de soins de santé, comment pouvons-nous faire en sorte que les réformes soient efficaces pour **toutes** les femmes, indépendamment de l'endroit où elles vivent, de leur revenu, de leur niveau de scolarité, de la langue qu'elles parlent, de leurs problèmes de santé, de leur orientation sexuelle et de leur degré d'incapacité physique ?

Les besoins des femmes en matière de soins de santé primaires

Les besoins des femmes en matière de santé diffèrent de ceux des hommes, tant en raison des différences physiques entre les sexes que des façons particulières dont les femmes vivent, travaillent, se divertissent et étudient.

La vie des femmes

La vie des femmes diffère de celle des hommes. En général, elles jouissent d'une sécurité financière *moindre* et d'un statut

social *inférieur* à ceux des hommes, tout en ayant *plus* de responsabilités en matière de soins à apporter aux autres. Ces différences affectent leur santé, l'utilisation qu'elles font du système de santé et leur façon de réagir aux soins qu'elles reçoivent. Pour que les soins de santé primaires soient efficaces, ils doivent être administrés sur la base d'une reconnaissance de la situation dans laquelle se trouvent de nombreuses femmes, qui disposent de ressources limitées tout en ayant de lourdes responsabilités. Les soins de santé primaires doivent aussi se fonder sur une reconnaissance des différences qui existent *entre* les femmes.

Voix de femmes, expériences de femmes

Les femmes possèdent une vaste expérience en matière de soins de santé primaires. Toutefois, leurs voix arrivent à peine à se faire entendre au milieu des discussions et des réformes actuelles, et peu de choses laissent croire que leur point de vue sera retenu dans les prises de décisions sur l'organisation et la prestation des soins de santé primaires.

Vous pouvez vous renseigner sur ces questions et bien d'autres en lisant cette importante nouvelle publication, financée par le Programme de contributions pour la santé des femmes du Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes.

Pour commander un exemplaire du guide, ou pour obtenir plus de renseignements :

Téléphone : 1 888 818-9172

Site Web : www.cewh-cesf.ca/reformesante

ATELIER NATIONAL *pour les* CANADIENNES HANDICAPÉES

Du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

PAR GAIL LUSH, AVEC L'ASSISTANCE DE
FRAN ODETTE, EDUCATION WIFE ASSAULT

Pour traiter des
préoccupations
entourant les
milieux urbains



iStockphoto

B IEN QUE LES SERVICES ET LES PROGRAMMES DE SANTÉ AIENT ÉTÉ EN GÉNÉRAL SURTOUT AXÉS SUR LES ASPECTS BIOLOGIQUES DES BESOINS DE SANTÉ DES CANADIENS, IL EST DE PLUS EN PLUS RECONNU QUE DE NOMBREUX FACTEURS SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES ONT UNE INCIDENCE SUR NOTRE SANTÉ. PERSONNE NE COMPREND MIEUX CETTE RÉALITÉ QUE LES FEMMES ET LES HOMMES QUI N'ONT PU SE PRÉVALOIR DE CERTAINES OCCASIONS D'AMÉLIORER LEUR SANTÉ À CAUSE DE BARRIÈRES LES EMPÊCHANT D'AVOIR ACCÈS À DES LOGEMENTS SÛRS ET ABORDABLES, ET À DES SERVICES DE TRANSPORT, DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION ET DE FORMATION, ET DES BIENS ET DES SERVICES QUI Promeuvent le bien-être.

Au cours de la dernière décennie, les recherches portant sur l'état de santé des femmes handicapées, qui ont été effectuées par les femmes elles-mêmes, ont commencé à mettre en lumière la façon dont les fournisseurs de soins de santé et les responsables des politiques peuvent répondre à l'ensemble des besoins et des préoccupations de ces femmes.

Les femmes handicapées qui vivent dans des milieux urbains se préoccupent surtout de la manière dont l'organisation des espaces urbains (où elles vivent, travaillent et obtiennent des services) a une incidence sur leur santé et

leur bien-être. Bien que les milieux bien peuplés puissent offrir de meilleures options en termes d'emploi, de divertissement, d'éducation et de services de santé, les attitudes discriminatoires envers les femmes handicapées empêchent ces dernières de réaliser leur désir de jouir de ces occasions et de participer pleinement à la vie urbaine.

Dans une récente enquête auprès des consommateurs, les femmes canadiennes handicapées ont indiqué qu'elles font face à diverses barrières physiques, environnementales, comportementales et structurelles ainsi qu'à des obstacles de

communication dans l'accès aux services et aux soins de santé (Conseil des Canadiens avec déficiences, 2004). Comme le dit Fran Odette de l'organisme Education Wife Assault, « un des facteurs qui a une incidence sur la santé des femmes handicapées est le manque de services accessibles tenant compte de tous les aspects de la santé sexuelle, y compris la reproduction. Souvent, nous sommes nombreuses à ne pas passer un test de Pap annuel parce que nous n'avons pas accès à des tables d'examen adaptées ou parce que les praticien(ne)s présupposent que les femmes handicapées sont "asexuées" et, par conséquent, qu'elles courent moins de risques gynécologiques ou un moins grand risque d'infections transmises sexuellement ».

Nombre des obstacles auxquels font face les femmes handicapées dans l'accès aux services de santé sont de plus aggravés par des facteurs comme l'âgisme, l'hétérosexisme, la discrimination culturelle, la barrière de la langue, le racisme et les obstacles à l'emploi.

Depuis 1996, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM), dont les bureaux sont situés à l'Université York, à Toronto, coordonne des projets de recherche de partenariat communautés-universités pour promouvoir l'accès équitable des femmes aux services de santé. Le RPSFM est actuellement l'un des quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes qui sont appuyés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes afin d'accroître les connaissances sur la santé des femmes et sa compréhension, et d'assurer que le système de soins médicaux répond aux besoins et aux préoccupations des femmes.

Au cours des trois prochaines années, le RPSFM va continuer à œuvrer pour changer la situation en collaborant avec des femmes handicapées, y compris des chercheuses, des responsables des

politiques et des activistes de la cause des personnes handicapées, à un projet en trois phases intitulé *La santé et les handicaps des femmes en milieux urbains*. Ce projet permettra aux femmes handicapées de partout au Canada de s'exprimer haut et fort sur les stratégies, les appuis et les changements en politique nécessaires pour supprimer les barrières à l'accès aux soins de santé dans les milieux urbains.

Les femmes handicapées qui vivent dans les milieux urbains sont surtout préoccupées par l'organisation des milieux urbains.

Pour exécuter la première phase du projet, le RPSFM a obtenu une subvention pour la tenue d'un atelier de l'Institut de la santé des femmes et des hommes, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cette subvention permettra au Réseau d'organiser un atelier national virtuel où les femmes handicapées pourront discuter de bien d'autres obstacles à la santé que l'accessibilité physique. L'atelier sera mené en français et en anglais au moyen d'une technologie accessible sur le Web dans Enablelink, le site de la Canadian Abilities Foundation.

À l'automne 2005, les participantes du projet seront invitées à participer à l'aide de leur ordinateur à la maison ou dans un site d'accès communautaire à des bavardoirs en temps réel et à des babillards électroniques. Il y aura quatre sujets principaux de discussion, soit les

services de santé en matière de reproduction, les services de soins de santé primaires (p. ex., les médecins généralistes, les hôpitaux et les cliniques), les services de santé mentale, et les services de santé liés à la violence et aux abus.

Les femmes intéressées à participer recevront par la poste, avant la tenue de l'atelier, une trousse contenant de l'information générale sur le projet, un formulaire de consentement, un formulaire d'évaluation du projet, et un court sondage pour aider les responsables d'équipe à déterminer les besoins des participantes en matière d'accès.

Les efforts pour encourager la participation à l'atelier cibleront toutes les femmes handicapées, notamment celles venant de minorités visibles, les francophones, les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les sourdes de naissance, devenues sourdes ou dures d'oreille, et les transgenres.

Les discussions qu'auront les femmes handicapées au cours de l'atelier aideront l'équipe à cerner les problèmes et les questions qui serviront à la planification de la deuxième phase du projet. Des recommandations seront rendues publiques au cours de la troisième phase, et communiquées par voie d'exposés de politiques, de communiqués de presse, de mises à jour trimestrielles dans le magazine *Abilities*, de publications communautaires et universitaires, et de présentations aux intéressés clés du secteur de la santé. 🍃

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce projet ou pour savoir comment y participer, veuillez communiquer avec Sandra Kerr à skerr@yorku.ca, au (416) 736-2100, poste 20715, ou visitez le site Web du RPSFM à www.yorku.ca/nnewh.

*Une version antérieure de cet article a été publiée dans le magazine *Abilities*, numéro printemps 2005.*

Le Canada a besoin **d'une stratégie de santé et de guérison** pour les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses

Le système de santé fait défaut à la plupart des femmes autochtones tout au cours de leur vie



Du Groupe de recherche pour la santé et la guérison des femmes autochtones

1 LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITES ET LES MÉTISSSES CONTINUENT D'ACCEPTER DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS À LA FOIS TRADITIONNELLES ET MODERNES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DE LA GUÉRISON. SI L'ON VEUT ASSURER LA SURVIE ET LA RÉUSSITE DES FAMILLES ET DES COMMUNAUTÉS, SI L'ON VEUT DONNER UNE PLACE DISTINCTE À LA CULTURE AUTOCHTONE DANS LES COMMUNAUTÉS ET LA SOCIÉTÉ EN GÉNÉRAL, IL EST ESSENTIEL D'APPUYER CES EFFORTS.

Les traditions précoloniales et contemporaines offrent des définitions quant à l'identité des femmes des Premières nations, des Inuites et des Métisses, mais les approches globales masquent encore le vécu, les intérêts et les inquiétudes des tout petits, des enfants, des jeunes, des adultes et des vieillards de sexe féminin au sein de ces groupes. Malgré certains gains, le système de santé fait défaut à la plupart des femmes autochtones tout au cours de leur vie et de génération en génération.

Le mot cri *kitimakisowin* désigne plusieurs types de pauvreté, notamment une absence de satisfaction des besoins humains fondamentaux qui entraîne à la longue des problèmes de santé et entrave la guérison. Les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses souffrent de :

- **Pauvreté à l'échelle de la subsistance**, causée par l'insécurité alimentaire, le changement de climat, des revenus moyens inférieurs à ceux des hommes, la monoparentalité, l'itinérance et les dispositions de la *Loi sur les Indiens* en matière des droits matrimoniaux.
- **Pauvreté à l'échelle de la santé génésique et sexuelle**, attribuable à des méthodes de contraception inadéquates ou inaccessibles, à une absence de contrôle dans le domaine de la procréation, au rabaissement des femmes et des jeunes filles au rang d'objet sexuel et reproducteur, à la violence sexuelle, au cancer du col de l'utérus et aux maladies transmissibles sexuellement telles que le VIH/sida.
- **Pauvreté à l'échelle de l'identité**, en raison du renoncement forcé du statut autochtone, de l'imposition de l'urbanisation et de l'héritage des pensionnats.
- **Pauvreté à l'échelle de la sécurité et de la protection**, occasionnée par la violence conjugale et familiale,

l'incarcération, les incapacités, les accidents d'automobiles, les intoxications, le diabète, la mauvaise qualité de l'eau potable.

- **Pauvreté à l'échelle de la santé mentale**, à la suite de traumatismes historiques, de troubles de dépression, de suicides, d'abus d'alcool et d'autres substances.
- **Pauvreté à l'échelle de la participation**, attribuable à la discrimination fondée sur le sexe, la race, la classe sociale, l'orientation sexuelle et l'âge, aux problèmes de santé chroniques, à l'épuisement professionnel.
- **Pauvreté à l'échelle du pouvoir et du savoir**, causée par les lacunes en matière de recherche et de capacités, la perte des cultures et des langues, l'inégalité entre les sexes.

De nombreuses femmes des Premières nations, inuites et métisses font face à une situation appelée *impahi-kitimakisowin* – un mot cri qui désigne des cas de pauvreté mortelle ou extrême. Elles sont très exposées à de graves problèmes émotionnels, mentaux et spirituels, et à une mort précoce.

La santé et la guérison des femmes des Premières nations, des Inuites et des Métisses reposent sur l'égalité des sexes. À cet égard, nous avons besoin d'une stratégie de santé et de guérison pour les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses. Cette stratégie doit respecter la *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada* et la *Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* et doit prêter une attention particulière à la *Politique sur l'analyse comparative de l'égalité des sexes* des AINC sans perdre de vue les déterminants de la santé, les approches intersectorielles et les réformes de la santé en cours.

Une stratégie contribuerait beaucoup à la promotion de la reconnaissance explicite des femmes des Premières ►

De nombreuses femmes des Premières nations, inuites et métisses font face à une situation appelée *impahi-kitimakisowin* – un mot cri qui désigne des cas de pauvreté mortelle ou extrême. Elles sont très exposées à de graves problèmes émotionnels, mentaux et spirituels, et à une mort précoce.

La santé et la guérison des femmes des Premières nations, des Inuites et des Métisses reposent sur l'égalité des sexes.

nations, des Inuites et des Métisses par le gouvernement fédéral et les organisations autochtones à prédominance masculine. Elle garantirait en plus l'égalité des occasions et des résultats en matière de santé et de guérison. Il faudra pouvoir compter sur l'appui du gouvernement pour éliminer les pratiques discriminatoires et limitatives imposées aux femmes des Premières nations, aux Inuites et aux Métisses et pour encourager des rapports équilibrés entre les sexes.


Une analyse comparative entre les sexes doit être adoptée dans les

collectivités des Premières nations, les communautés inuites et métisses et dans toute politique autochtone. Cette analyse devrait tenir compte du double accent que mettent les femmes autochtones sur la santé et la guérison, qui consiste à accorder de l'importance à l'absence de maladie et aux forces existantes telles que la résilience, la spiritualité et les traditions culturelles. Cette approche favoriserait l'adoption d'une stratégie axée sur les capacités réelles des femmes des Premières nations, des Inuites et des Métisses quant à la promotion du bien-être des

familles et des communautés.

Présentement, les femmes prient le Créateur pour obtenir la grâce divine, tirent des conclusions à partir de recherches et sont personnellement engagées dans la résolution de graves problèmes de santé et de société.

Des organisations pour les femmes autochtones, telles que le Groupe de recherche pour la santé et la guérison des femmes autochtones, offre une approche qui permet de recruter et de retenir la participation de la population et d'assurer des services aux femmes. Le groupe de recherche a tenu deux rencontres nationales au cours desquelles des chercheuses autochtones ont pu identifier les rapports entre la recherche en santé et les changements à l'échelle communautaire. Le Groupe de recherche pour la santé et la guérison des femmes autochtones est une nouvelle organisation qui augmente la capacité des femmes autochtones d'influer sur les politiques par le biais de la recherche, de la défense des droits, et de la participation à tous les niveaux.

Il est essentiel que nous développiions une stratégie de santé et de guérison pour les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses, stratégie qui prenne en compte les perspectives de ces groupes importants de femmes, et qui examine les options de santé et de guérison qui se recourent. 

Le Groupe de recherche pour la santé et la guérison des femmes autochtones est un réseau national de chercheuses des Premières nations, inuites et métisses qui s'intéressent à la recherche communautaire axée sur la santé et la guérison des femmes autochtones, de leur famille et leur communauté. Le GRSGFA est subventionné par Santé Canada à travers son Programme de contribution pour la santé des femmes, et fait tous les efforts pour mettre sur pied un Centre d'excellence pour la santé et la guérison des femmes autochtones. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser à carawehkamp@sympatico.ca ou consultez le site Web www.centres.ca

Le deuil périnatal : le vivre et l'accompagner

Chantal Haussaire-Niquet

(Éditions le Souffle d'Or, 2004)

On décrit le « deuil périnatal » comme étant le deuil qui suit le décès d'un enfant en cours de gestation ou à la naissance. Mais trop souvent, cette expérience de deuil n'est pas reconnue comme étant un authentique deuil, et les parents sentent que leur douleur n'est pas reconnue. Heureusement, l'auteure nous présente un ouvrage qui reconnaît ce deuil et démontre que ces mères et pères ne sont pas seuls à vivre cette expérience. Elle décrit les problématiques et le cheminement douloureux que traversent les parents vivant un deuil périnatal, par le biais de quatre rencontres réunissant mères et pères. Elle explique également la nécessité de mettre en place un suivi de deuil individuel, en couple ou en groupe, afin d'offrir un espace de parole à la personne éprouvée.

Ménopause, nutrition et santé

Louise-Lambert-Lagacé

(Les Éditions de l'Homme, 2004)

La ménopause est un processus naturel qui touche toutes les femmes lors du vieillissement; et elle n'est en aucun cas un problème médical ou une maladie. Cependant, la fluctuation du taux hormonal au cours de cette période peut causer à certaines femmes des difficultés et de la détresse. Pour ces femmes, l'auteure nous explique comment il est possible d'alléger certains malaises de la ménopause en mangeant les bons aliments au bon moment. Dans ce livre, les femmes en période de ménopause trouveront les réponses aux questions qui les préoccupent : comment soulager les bouffées de chaleur, retrouver une meilleure énergie, diminuer les ballonnements, contrôler le poids et réduire les risques de problèmes cardiovasculaires, d'ostéoporose et de cancer du sein. Cette

nouvelle édition, complètement revue et enrichie des données les plus récentes, comporte également deux annexes – une qui porte sur la question du soya et une qui examine la question des hormones.

La mondialisation des industries du sexe : prostitution, pornographie, traite des femmes et des enfants

Richard Poulin

(L'Interligne, 2004)

Professeur de sociologie à l'Université d'Ottawa, Richard Poulin travaille sur la question des marchés sexuels, plus particulièrement sur la pornographie, sujet sur lequel il a publié plusieurs livres. Dans cet ouvrage, M. Poulin s'intéresse à l'ampleur de la mondialisation des industries du sexe. Il met en relation les principales données mondiales sur les industries du sexe, notamment sur la prostitution et la traite des humains à des fins prostitutionnelles. Ses analyses mettent en

évidence le déploiement de la prostitution par le système proxénète et son contrôle par le crime organisé. Les lectrices et lecteurs découvriront l'ampleur de l'industrie de la pornographie ainsi que de sa diffusion massive, source de normalisation et de banalisation des codes pornographiques. Ce texte inclut également une préface par Micheline Carrier, créatrice et éditrice du site Sisyphé et une postface par Éline Audet, collaboratrice et éditrice associée du site Sisyphé.

Maigrir pour le meilleur et non le pire Lyne Mongeau, Mireille Vennes et Véronique Sauriol

(Association pour la santé publique du Québec, 2004)

Il est notoire que l'obésité et l'embonpoint sont en augmentation dans notre population et que ces conditions constituent des facteurs de risque pour la santé. De plus, beaucoup de femmes n'ayant pas nécessairement de poids à perdre cherchent à maigrir pour correspondre aux canons de la beauté. En conséquence, tenter de perdre du poids est une mesure très populaire, tant pour les personnes avec un surplus de poids préjudiciable que pour celles qui ont des visées esthétiques. Les professionnel(le)s de la santé seront de plus en plus sollicité(e)s pour accompagner des personnes dans la gestion de leur poids, interpellé(e)s pour répondre à des questions sur l'amaigrissement ou encore appelé(e)s à se positionner pour empêcher les gens de nuire à leur santé en expérimentant avec une quelconque proposition amincissante. Mais attention! Il existe une multitude de produits, services et moyens amaigrissants

Solidaires pour l'abandon des mutilations génitales féminines : brochure d'information et de sensibilisation

Caroline Pascal

(CUSO Québec, 2004)

À ce jour, le nombre de petites filles et de femmes mutilées est estimé à plus de 130 millions dans plus de 50 pays, dont 28 en Afrique subsaharienne. Les autres régions concernées sont le Proche-Orient, le sous-continent indien, ainsi que les pays d'Europe et d'Amérique du Nord tel le Canada. Chaque année, au moins deux millions de fillettes et de femmes sont soumises à une souffrance atroce justifiée par des traditions qui violent, au plus profond d'elles-mêmes et de façon permanente, leur intégrité physique et psychologique. Dans le but de contribuer à briser le silence, CUSO Québec nous présente cette brochure. Elle sert également d'outil de sensibilisation aux valeurs et aux croyances rattachées aux mutilations génitales féminines, ainsi qu'à l'interprétation que font les communautés de ces pratiques traditionnelles. L'auteure s'adresse autant au grand public qu'aux professionnel(le)s des services communautaires, sociaux et de santé.

(PSMA). Afin de broser un portrait de la situation par le biais de cette publication, l'ASPO fournit de l'information pertinente, précise et à jour au sujet des PSMA, qui permettra aux professionnel(le)s de la santé d'informer leurs client(e)s afin de les guider dans l'exercice d'un choix éclairé. On y retrouve les principes de base en saine gestion du poids et les principales connaissances à posséder sur les PSMA, leurs limites et les risques associés à leur utilisation. (Disponible également en ligne à www.aspq.org/DL/Maigrir_pour_le_meilleur.pdf)

Les accros d'Internet

Jean-Pierre Rochon

(Libre Expression, 2004)

La dépendance n'est pas exclusive à l'alcool ou aux drogues—la cyberdépendance présente des caractéristiques communes à ces autres dépendances. Nous avons tous vu à la télé des reportages au sujet d'hommes et de femmes qui sont constamment rivé(e)s à leur écran d'ordinateur, au point où leur conjoint les quitte. L'auteur de ce livre, premier publié en français sur le sujet, nous démontre que cette cyberdépendance guette quiconque ne fait pas preuve de modération en naviguant dans Internet. Il nous offre un examen en profondeur de la problématique, ainsi que des témoignages de cyberdépendant(e)s ou de leurs proches.

Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement

Sous la direction de Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant

(Les Éditions du remue-ménage, 2004)

Donner naissance à un enfant demeure un épisode exceptionnel dans la vie d'une femme et d'un couple. Malheureusement, la médicalisation prend beaucoup de place dans l'accouchement et nous fait perdre de vue les autres dimensions et enjeux sociaux, familiaux, psychologiques et spirituels des composantes qui ont peu de place dans le dossier médical. Les femmes entendent trop d'histoires qui font peur. L'accouchement est une expérience qui ne se limite pas à un calcul de risques! Ce livre est une initiative du Groupe MAMAN et de l'Association pour

La dépression : comment s'en sortir

Patricia L. Owen

(Éditions Sciences et Culture, 2005)

Il existe un mythe lié à la dépression qui prétend que seules les personnes affligées de graves problèmes deviennent dépressives. Malheureusement, tel n'est pas le cas. N'importe qui, à n'importe quel âge, peut vivre une dépression. En fait, une personne sur quatre sera atteinte de cette maladie au cours de sa vie. Les femmes sont malencontreusement deux fois plus portées à souffrir de dépression que les hommes. Celles et ceux qui pensent souffrir de dépression trouveront ce livre fort utile. Il s'agit d'un guide clair et simple que tout le monde peut utiliser pour comprendre la dépression sous toutes ses formes. Il examine en profondeur la nature de la dépression et décrit l'expérience des gens qui en souffrent ainsi que les causes. On y passe en revue aussi les traitements disponibles, y compris les antidépresseurs.

la santé publique du Québec. Il se veut un partage d'expériences qui souligne les avantages dont témoignent les femmes qui ont fait le choix d'accoucher naturellement. De plus, quelques textes de réflexion, signés de sages-femmes, de médecins et d'autres personnes-ressources, nous invitent à élargir nos perspectives concernant divers aspects de la naissance, en apportant un nouvel éclairage, souvent à contre-courant, sur la culture obstétricale dominante.

Bien manger sans gluten

Bette Hagman

(Les Éditions de l'Homme, 2005)

La maladie cœliaque est une affection médicale dans laquelle la surface absorbante du petit intestin est endommagée par une substance appelée le «gluten». Il en résulte une diminution de la capacité de l'organisme à absorber les éléments nutritifs nécessaires à une bonne santé tels que protéines, matières grasses, glucides (sucres), vitamines et minéraux. À ce jour, aucun remède connu ne permet de guérir la maladie, mais elle peut être traitée et contrôlée efficacement. Le traitement consiste à adhérer rigoureusement à un régime sans gluten et ce, pour la vie! À première vue, ceux et celles affectés par cette maladie peuvent penser qu'un tel régime est simple à suivre. Mais il est loin d'être facile d'éliminer toute trace de gluten de l'alimentation. Heureusement, ce livre nous offre plus de 200 recettes sans

gluten, et en plus, une bonne présentation de ce qu'est vraiment un régime sans gluten.

La violence à l'école n'est pas un jeu d'enfant : pour intervenir dès le primaire

Diane Prud'homme

(Les Éditions du remue-ménage, 2004)

La violence dans les écoles ne se manifeste pas qu'au secondaire. Elle sévit de plus en plus chez les élèves du primaire, notamment l'intimidation, le harcèlement et le «taxage». Toutefois, nous ne semblons pas prêts à faire face à ce problème et voyons ces actes de violence comme de simples querelles entre enfants. Dans cet ouvrage, l'auteure nous montre comment reconnaître la violence telle qu'elle est exercée par les élèves du primaire. Elle nous enseigne également, étape par étape, comment intervenir de façon efficace, tant auprès des agresseurs que des victimes et des témoins. Il est à noter que cette démarche, simple et pratique, est une initiative du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, qui connaît bien les effets de la violence chez les femmes et au sein des familles, et qui véhicule le message selon lequel nous pouvons prévenir la violence.

Pour plus de ressources en santé des femmes, visitez notre site Web à : www.rcsf.ca

Veuillez aussi consulter nos nouvelles ressources en anglais à la page 31.