

Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

UNIONNULLE A L'ÉDITEUR DE LA MARCHÉ

Marchons *pour la santé des femmes!*

 La Marche mondiale des femmes 2000 est un grand projet de solidarité qui vise l'amélioration des conditions de vie des femmes et l'élimination de toute forme de violence. Il existe des liens étroits entre l'ensemble des revendications de la Marche et l'amélioration de la santé des femmes, car la pauvreté et la violence dont sont victimes les femmes ont des répercussions directes sur leur santé physique et mentale. Ces liens sont d'ailleurs mis en relief dans la nouvelle grille féministe produite par le Réseau *Femmes, santé et pauvreté* qui sera bientôt disponible.

Le présent bulletin comporte un dossier sur la violence faite aux femmes composé d'un article proposant un modèle intégrateur des connaissances accumulées jusqu'à ce jour sur les facteurs associés à la violence et à la santé d'un article faisant le point sur le discours émergent de certains intervenants en violence conjugale et finalement d'un article exposant le problème de la violence vécue par les infirmières dans leur milieu de travail.

Ce dossier aurait pu être beaucoup plus volumineux! Il y a beaucoup à dire sur les liens entre la violence et la santé des femmes et nous aurions pu publier des articles touchant chacune des revendications de la Marche. Ce dossier n'est donc pas complet mais il illustre l'importance de l'élimination de la violence pour l'amélioration de la santé des femmes. Il se veut une invitation à toutes celles qui ont à cœur la santé des femmes à participer activement aux actions organisées en lien avec la Marche dans chacune des régions du Québec d'ici au 17 octobre 2000.

(Son tableau Revendications québécoises page 41) >

Sommaire

DOSSIER VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Marchons pour
la santé des femmes!

Femmes, violence et santé :
une interrelation à
comprendre. ... 2

Violence conjugale
de plus en plus asexuée!.. 4

Pour travailler
dans la dignité .. 7

1 à 7

Trente ans après
la première mobilisation
des femmes canadiennes
et québécoises sur
l'avortement, où en
sommes-nous?

8

L'implantation du
Cadre de référence, la santé
des femmes au Québec.

10

Les professionnelles
de la santé sur appel,
comment se portent-elles?

CHRONIQUE INTERNATIONALE

Antidote Monde

13

NOUVELLES BRÈVES

15

Femmes, violence et santé : une interrelation à comprendre

Nathalie Jauvin

Université de Montréal

Michèle Clément

CLSC Haute-Ville Centre affilié universitaire

Le lien entre violence et santé est aujourd'hui largement reconnu et fait l'objet d'interventions et d'engagements concrets dans la plupart des organisations concernées par la santé des populations. À titre d'exemple, rappelons que l'Organisation mondiale de la santé établissait, il y a quelques années, que la violence représentait l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde et que sa prévention figurait parmi les défis les plus importants de l'avenir. Cependant, malgré que ce lien ait été identifié, il n'a été que peu exploré, sinon en termes de conséquences.

Une démarche de recherche amorcée en 1997 nous a permis d'explorer l'interrelation entre la santé et la violence, particulièrement chez les femmes. Le présent article a pour objectif de présenter un des volets de cette recherche, soit la proposition d'un modèle qui intègre l'ensemble des facteurs influençant la santé et la violence, d'abord comme entités distinctes, puis sur le plan des multiples liens existant possiblement entre elles.

Que sait-on de l'interrelation entre la violence et la santé ?

Des travaux recensés portant tant sur la violence que sur la santé des femmes, il est possible de dégager certains éléments permettant de comprendre l'interrelation entre les facteurs associés à la violence et ceux associés à la santé. Les voici :

(voir notes à la fin de l'article, page 4)

I - On se rend compte que, parmi les facteurs associés à la santé (les déterminants) et à la violence, plusieurs sont communs tels que le sexe, l'âge, les habitudes de vie, l'isolement, la pauvreté, les structures sociales, l'équité sociale, etc. La recherche démontre, par exemple, que le fait d'être femme expose davantage aux situations de violence, ainsi qu'à certains problèmes de santé.

II - Ces facteurs communs agissent parfois dans la même direction, parfois dans des directions opposées. Par exemple, la pauvreté est largement associée à un mauvais état de santé et multiplie aussi les risques qu'a un individu d'être exposé à la violence ou d'en être victime. L'âge, en contrepartie, agit souvent dans des directions opposées : alors que le jeune âge est généralement associé à un bon état de santé, il augmente concurremment les risques d'exposition à la violence.

III - L'interaction entre certains facteurs communs à la violence et à la santé peut s'avérer particulièrement complexe. L'isolement est un des facteurs qui illustrent la complexité de l'interrelation entre la santé et la violence chez les femmes. Les recherches dans les champs de la santé et de la violence démontrent, par exemple, que les personnes isolées sont plus exposées à des problèmes de santé et que les personnes malades sont plus isolées que les autres. On sait aussi que les personnes isolées sont plus souvent victimes de violence et que les femmes victimisées ont tendance à s'isoler socialement.

Ainsi, l'isolement peut agir comme facteur prédisposant à la violence et il peut être

considéré comme une conséquence de cette dernière. Un même facteur peut donc prendre de multiples directions d'où l'importance de faire reposer la compréhension de l'interrelation violence et santé sur un processus dynamique.

Présentation du modèle

Le modèle présenté à la figure 1 permet, d'une part de rendre compte de l'état des connaissances sur les facteurs associés à la violence et à la santé, en tant que champs d'étude distincts, et d'autre part des interrelations possibles entre les différentes catégories de facteurs en présence. Ce modèle part de la prémisse que la violence constitue un obstacle à la santé des femmes. Par ailleurs, voici comment s'articulent ses autres composantes :

► La santé est déterminée par un ensemble de facteurs (illustrés par la case A du modèle) positifs ou négatifs (facteurs de protection ou de risque), qui sont interreliés. On nomme généralement ces facteurs « déterminants de la santé ». Il s'agit par exemple du sexe, de l'âge, des habitudes de vie, de l'estime de soi, du soutien social, de la pauvreté, de l'isolement social ou du contexte socio-économique.

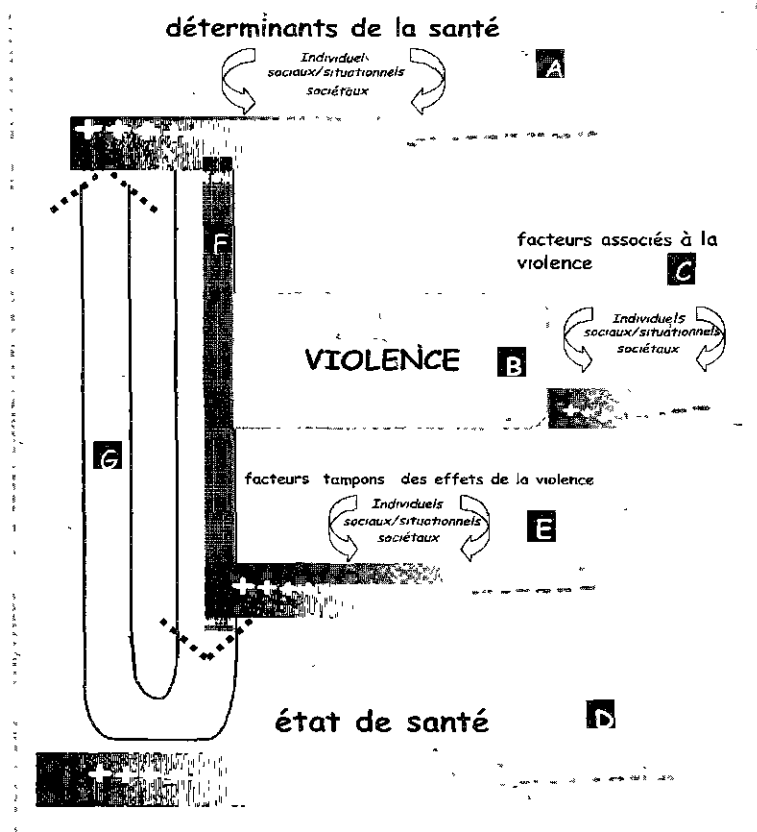
► La violence (B) est pour sa part associée à de nombreux facteurs qui la précèdent ou qui agissent en concomitance avec elle (C). Ce sont les facteurs associés à la violence. Ces facteurs, favorables ou défavorables et interreliés, sont entre autres, le sexe, l'âge, les habitudes de vie, l'estime de soi, le développement sain dans l'enfance, la pauvreté, l'isolement, le soutien social et le contexte socio-économique.

► La violence (B) s'impose en obstacle à la santé des femmes.

► Lorsque la personne est victime de violence, certains facteurs exercent un rôle « médiateur » (E) des effets de la violence en ce sens qu'ils accentuent ou diminuent l'impact de la violence sur l'état de santé (D). L'estime de soi, le soutien social, l'isolement, les normes et les valeurs sociales sont au nombre de ces facteurs.

► La santé des femmes est donc à l'origine déterminée par un ensemble de facteurs interreliés. Lorsque les femmes sont victimes de violence, leur état de santé en est affecté. L'effet de cette

FIGURE 1 : MODÈLE INTÉGRATEUR DES CONNAISSANCES SUR LES LIENS ENTRE VIOLENCE ET SANTÉ



violence est par ailleurs médiatisé par certains facteurs qui en accentuent ou en diminuent l'importance

- Comme il s'agit d'un processus dynamique (flèche G), les déterminants de la santé et les facteurs associés à la violence sont en constant mouvement. Les effets de la violence sur la santé peuvent, en retour, avoir une certaine répercussion sur les déterminants de la santé, de même que sur les facteurs associés à la violence. Par exemple, la violence vécue par une femme peut causer des problèmes de nature psychologique et entraîner des modifications des déterminants individuels de la santé.

Conclusion

Le modèle présenté à la figure 1 n'est pas un modèle explicatif mais un modèle intégrateur des connaissances accumulées jusqu'à ce jour sur les facteurs associés à la violence et à la santé ainsi que sur leur interrelation. Son principal apport est de rendre compte de la nature particulièrement complexe de ces liens. La reconnaissance de cette complexité est une invitation au développement de la recherche interdisciplinaire (ex : service social, psychologie, médecine) et à l'élaboration d'interventions plus respectueuses de l'ensemble des éléments contextuels de la vie des femmes aux prises avec des problèmes de santé et/ou de violence [2].

¹ Cet article reprend une partie de la démarche présentée dans le rapport de N. Jauvin, M. Clément et D. Damant intitulé *Interrelation entre la santé et la violence* 1998. Ce document a été déposé au CESA (Centre d'excellence pour la santé des femmes) qui a financé le coût de réalisation de la recherche. Les auteures tiennent à souligner la contribution de Dominique Damant à l'ouvrage original duquel est tiré le présent article.

² A. RIOL, C. CHAMBERLAND, M. RINPRET-RAYNOR. *Conduites à caractère violent à l'endroit des conjointes* dans *Enquête sociale et de santé 1992-1993* 1996. *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches* (sous la direction de C. Lavallée, M. Clarkson et L. Chénard). Gouvernement du Québec. Santé Québec, monographie no 2, 77-134.

► suite de *Marchons pour la santé*

INDICATIONS POUR CONTRER

- 1) Une grande campagne d'éducation et de sensibilisation sur dix ans, réalisée par les groupes féministes et financée par l'État pour éliminer la violence faite aux femmes.
- 2) L'accès, gratuit et sans délai pour toutes les femmes victimes de violence, à des ressources offrant de l'aide et des activités de prévention de sensibilisation et de défense des droits.
- 3) Un meilleur soutien financier des maisons d'hébergement en milieu autochtone pour les femmes victimes de violence.
- 4) L'élimination de la discrimination à l'égard des lesbiennes dans les lois, règlements, politiques et services.
- 5) L'élimination de la discrimination et de la violence à l'égard des travailleuses du sexe, notamment dans leurs rapports aux services sociaux, judiciaires, policiers et de santé.
- 6) La révision de l'ensemble des lois ayant trait à la violence faite aux femmes et la mise en application de ces lois afin d'assurer aux femmes le respect de leur droit à l'égalité, la sécurité, la dignité et la protection de leur vie privée.

Violence conjugale: de plus en plus asexuée !

Diane Prud'homme

Regroupement provincial des maisons
d'hébergement et de transition pour
femmes victimes de violence conjugale



Longtemps considérée comme une « affaire de famille » de l'ordre du privé, la violence conjugale a été identifiée par les féministes à un problème de société lié aux inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes. La problématique abordée de cette façon exigeait des changements majeurs dans l'organisation de la société. Il était primordial d'agir sur le rapport de domination entre les hommes et les femmes et sur les institutions qui l'entretenaient, entre autres par une remise en question de certaines lois et du traitement judiciaire des causes de violence conjugale et une amélioration de la protection, de l'aide et du support aux victimes.

Depuis un certain temps, une interprétation tout à fait différente de la violence revient à la charge : on lui donne des explications psychologiques sans la situer dans un contexte social. On estime que les femmes, autant que les hommes, peuvent être violentes. Le discours dominant actuel porte de plus en plus sur les couples « en difficulté ». Cette situation est inquiétante. Il y a lieu de se questionner quant à l'influence de ce discours sur les interventions auprès des femmes violentées.

Les justifications patriarcales de la violence conjugale

Au départ, une image psychiatrique des femmes battues les représentait souffrant de masochisme ou d'hystérie. Parallèlement, une vision humaniste de la cellule familiale

laissait croire que l'homme, fondamentalement bon, ne pouvait être violent envers les membres de sa propre famille sans raison valable. Les gestes de violence étaient alors perçus comme une manifestation de l'autorité masculine dans la famille.

L'analyse des groupes de femmes

Dès les années 1970, les féministes ont dénoncé ce rapport de domination et ont expliqué la violence par les inégalités de pouvoir entre les sexes. Les féministes ont ainsi sorti du privé cette problématique en s'attaquant non seulement aux justifications sociales de la violence mais aussi à la position de blâme dans laquelle les victimes étaient placées. L'organisation patriarcale de la société et les agresseurs sont ainsi clairement identifiés comme responsables de la violence faite aux femmes.

Le mouvement des femmes a sensibilisé la population, les décideurs, les intervenantes et les intervenants sociaux, les policières et les policiers ainsi que le personnel médical à la gravité de la problématique de la violence conjugale. Des maisons d'hébergement pour femmes violentées ont vu le jour. Les femmes victimes de violence conjugale sont encouragées à briser le silence, à sortir du cycle infernal de la violence et à rebâtir leur estime de soi.

L'analyse des groupes pour conjoints violents

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence de groupes pour hommes violents. Seule une minorité de ces groupes s'inspire de l'analyse féministe pour traiter

les hommes violents. Les autres expliquent plutôt le comportement violent d'un agresseur par ses souffrances. Dans ces groupes, les hommes sont amenés à s'ouvrir à la détresse qui les habite et à entrer en contact avec leurs émotions. Par contre, ils ne sont pas clairement amenés à reconnaître qu'ils sont responsables de leurs gestes violents. De plus, leur violence n'est pas placée dans le contexte social des inégalités qui perdurent entre les hommes et les femmes.

Dans une recherche menée auprès d'un groupe pour conjoints violents, Lise Letarte fait des constats alarmants :

L'analyse dominante de la violence est totalement asexuée. Les tenants de cette analyse ne considèrent pas le fait que la violence conjugale est un des maillons du grave problème de la violence faite aux femmes dans notre société

« Nous avons vu que la violence envers les femmes était pratiquement absente du contenu des interventions des hommes violents et que les hommes parlaient majoritairement des violences commises envers les enfants () En fait, ce que l'on remarque, c'est que là où il est fait le plus souvent mention des femmes, c'est dans un contexte de partage des responsabilités de la violence ou d'une égalité du point de vue de la répartition de la violence où les femmes sont dites comme étant elles aussi violentes »¹

Les interventions privilégiées et popularisées sont celles qui cherchent à guérir le conjoint violent ainsi que sa partenaire, avant de tenter de restaurer le couple « en difficulté ». Avec une telle approche, les femmes violentées sont tenues en partie responsables de la violence qu'elles subissent : on incite la cellule familiale à changer. Lorsque le conjoint recommence à avoir des comportements violents, on interprète cela comme une rechute. Une fois de plus, on amène les femmes à croire que la solution à la violence de leur conjoint doit passer par elles. En cohérence avec cette inter-

prétation de la violence conjugale, l'approche systémique et écologique, la médiation, la thérapie familiale et/ou de couple sont mises de l'avant par le réseau institutionnel, même si par le passé, ces approches ont fait la preuve de leur inefficacité.

Le discours véhiculé sur la violence des femmes peut convaincre certaines femmes victimes de violence conjugale de consulter des groupes d'intervention pour femmes violentes récemment mis sur pied par l'organisme pour hommes violents Option de Montréal. Ces femmes peuvent se croire violentes parce qu'à certaines occasions elles ont répondu à la violence par la violence. Dans ces groupes, elles ne reçoivent pas d'aide pour quitter leur conjoint violent. Elles travaillent plutôt à maintenir et assainir leur couple « en difficulté ».

En bref, l'analyse dominante de la violence est totalement asexuée. Les tenants de cette analyse ne considèrent pas le fait que la violence conjugale est un des maillons du grave problème de la violence faite aux femmes dans notre société.

Conséquences pour les femmes violentées

Les interventions qui visent à sauver des couples « en difficulté » ne répondent pas du tout aux besoins des femmes victimes de violence conjugale. Ces femmes sont encouragées à tolérer plus longtemps la violence de leur conjoint. Tant qu'elles restent dans la relation, leur intégrité physique et psychologique est menacée. Notons également que plus une relation de ce type dure, plus la rupture risque d'être problématique et empreinte de violence.

De façon générale, ces interventions font vivre beaucoup de culpabilité aux femmes victimes de violence, qui se sentent responsables d'une situation sur laquelle elles n'ont pas de contrôle, ce qui peut renforcer leur sentiment d'impuissance et maintenir

(voir note à la fin de l'article, page 15)

(suite de l'article, page 15) >

Pour travailler dans la dignité

Lucie Girard

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec



La violence faite aux femmes est un grave problème social et elles n'en sont pas nécessairement à l'abri dans leur milieu de travail. Qu'elle soit physique ou verbale, qu'elle soit raciale, qu'elle se manifeste sous forme de harcèlement sexuel ou psychologique, la violence a un impact considérable sur les travailleuses qui la subissent.

C'est la raison pour laquelle les organisations syndicales et les groupes communautaires oeuvrant dans le domaine du travail

Que cette violence provienne de la clientèle, des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, elle est inacceptable et doit être dénoncée

se penchent sur ce phénomène. Leurs efforts ont pour buts de sensibiliser les travailleuses et de leur offrir le support dont elles ont besoin pour briser le silence. En effet, que cette

violence provienne de la clientèle, des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, elle est inacceptable et doit être dénoncée.

Pour sa part, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) se penche sur la violence vécue par les infirmières depuis près de dix ans. En 1995, une large enquête effectuée auprès de ses membres révèle que la violence constitue un problème majeur pour elles. Près de 90 % des répondantes déclarent avoir subi l'une ou l'autre des formes de violence suivantes : menace d'agression, agression physique, agression à caractère sexuel, attitudes ou propos blessants. Les données recueillies indiquent que 67,6 % d'entre elles ont été

victimes d'agression physique 75,5 % de violence verbale ou psychologique et 44,8 % d'agression à caractère sexuel.

L'enquête révèle également les conséquences néfastes de cette violence qui portent atteinte à l'intégrité physique et mentale de ses victimes et affectent leur santé. Les tremblements, les troubles du sommeil et l'épuisement constituent les principales réactions physiques à toutes les formes d'agression que subissent les infirmières. Sur le plan psychologique, les répondantes disent avoir ressenti de la colère, de la peur et de l'impuissance. Dans près de la moitié des cas, leurs réactions émotionnelles s'accompagnent d'un sentiment de culpabilité et d'anxiété. Ces agressions ont aussi un impact important sur la motivation au travail et entretiennent la crainte de travailler dans le contexte où elles ont été perpétrées.

Les employeurs ne sont guère enclins à mettre en place les mécanismes nécessaires pour prévenir les situations de violence dans leurs institutions et les conflits qui en découlent. Pourtant, leur responsabilité à ce sujet est clairement énoncée dans la Charte des droits et dans le Code civil, qui les obligent à offrir des milieux de travail exempts de violence et à protéger l'intégrité physique et psychologique de leur personnel. Ils ont plutôt tendance à nier ou à banaliser cette violence, ce qui rend encore plus difficile pour les infirmières d'en parler puisqu'elles ne se sentent pas appuyées.

Les établissements de santé, particulièrement les hôpitaux, sont fortement hiérarchisés. Bien que la majorité des personnes qui y travaillent soit féminine, leurs structures administratives et décisionnelles sont largement composées d'hommes, donc peu sensibilisées à la violence faite aux femmes. Cependant, la convention collective qui vient tout juste d'être signée par le gouvernement et les infirmières ouvre des pers-

(suite de l'article page 11) ➤

Trente ans après la première mobilisation des femmes canadiennes et québécoises sur l'avortement, où en sommes-nous?

Anne St-Cerny
Fédération du Québec pour
le planning des naissances

 Le 9 mai 1970, des centaines de femmes se réunissaient à Ottawa, point culminant de la Caravane pour l'avortement qui avait auparavant sillonné le Canada. Le lendemain plusieurs Québécoises ajoutaient leurs voix à celles des Canadiennes en manifestant à Montréal. Trente ans plus tard nous pouvons nous réjouir des gains obtenus en matière d'avortement. Cependant, nous devons demeurer vigilantes pour empêcher l'érosion des services reçus dans le domaine et faire respecter nos droits.

L'avortement n'est plus un acte criminel

En 1988, après plusieurs années de mobilisation de poursuites juridiques et de services d'avortement offerts dans l'illégalité la

L'avortement, comme toute autre intervention relative à la santé, est un acte médical régi par un code de pratique qui accorde aux femmes protection et recours

Cour suprême du Canada déclarait inconstitutionnels les articles du code criminel concernant l'avortement. Ce fut une grande victoire pour le mouvement des femmes et les organismes pro-choix. **Depuis, toute femme résidant au Canada a le droit de décider par elle-même de recourir à l'interruption de grossesse.** Cela signifie que l'avortement comme toute autre intervention relative à la santé, est un acte médical régi par un code de pratique qui accorde aux femmes protection et recours.

En 1989, autre victoire pour les femmes : **le Sénat canadien rejetait le projet de loi, adopté par la Chambre des communes, qui recriminalisait l'avortement.** À partir de ce moment, le mouvement pro-choix canalisait ses énergies pour s'assurer que des services d'avortement de qualité soient disponibles pour toutes les femmes et dans toutes les provinces canadiennes. En ce début d'année 2000 seule l'Île-du-Prince-Édouard n'offre aucun service d'avortement. Dans la majorité des autres provinces, une seule clinique médicale privée assure la totalité des services d'interruption de grossesse. Au Québec, les services d'avortement sont prodigués dans des centres hospitaliers (CH), des CLSC, des cliniques médicales privées et des Centres de santé des femmes.

Les services d'avortement au Québec

En décembre 1999, 30 CH, 14 CLSC, cinq cliniques médicales privées et trois Centres de santé des femmes offrent des services d'avortement au Québec. Sauf pour les femmes de la région Chaudière-Appalaches, une femme qui désire se faire avorter et qui est à moins de 12 semaines de grossesse trouvera un point de service gratuit dans sa région.

Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue de Mauricie/Centre du Québec, de l'Outaouais et du Saguenay/Lac-Saint-Jean offrent des services d'avortement aux femmes enceintes depuis 14 semaines ou moins, la région des Laurentides, aux femmes enceintes de 15 semaines ou moins et celle de Québec aux femmes enceintes de 16 semaines ou moins. Seuls six centres hospitaliers, un CLSC et

trois cliniques privées offrent des services aux femmes enceintes de 20 semaines ou moins. Ces services se trouvent dans les régions de l'Estrie, de Lanaudière, de la Montérégie et de Montréal.

Les services offerts en CH et en CLSC sont entièrement financés par l'État et donc gratuits. Depuis 1998, les avortements réalisés à la Clinique des femmes de l'Outaouais et au Centre de santé des femmes de la Mauricie sont financés par les Régies régionales. Le Centre de santé des femmes de Montréal est actuellement en pourparlers pour obtenir un tel financement.

La réforme de la santé et des services sociaux et les restrictions budgétaires reliées à l'atteinte du déficit zéro ont eu des impacts énormes sur les services d'avortement. Durant les dix dernières années, plusieurs CLSC et CH ont diminué le nombre d'avortements réalisés par semaine. Les CLSC n'acceptent plus de fem-

La réforme de la santé et des services sociaux et les restrictions budgétaires reliées à l'atteinte du déficit zéro ont eu des impacts énormes sur les services d'avortement

mes résidant hors de leur territoire. Des CH qui offraient le service d'avortement ont été fermés sans qu'il y ait eu transfert de budget ou d'équipement vers un autre CH. À certains endroits, seulement un médecin effectue des avortements; le service est coupé lorsque ce dernier est en vacances. Plusieurs CH ont cessé de faire des avortements de deuxième trimestre (plus de 12 semaines de grossesse). De plus, plusieurs médecins refusent de pratiquer des avortements à un point tel que ce service est toujours menacé.

Il y a environ 25 000 avortements par année au Québec. Le tiers de ces avortements se déroule en Centre de santé des femmes et en clinique médicale privée. Les cliniques demandent entre 180 et 700 \$ pour les autres services que l'acte médical: fournitures, soins infirmiers, administration, etc. Plusieurs femmes se tournent vers les clini-

ques privées faute de place dans leur région, ou parce que le délai d'attente est trop long (deux à huit semaines), ou parce que le service d'avortement en chirurgie d'un jour les met en contact avec du personnel irrespectueux et moralisateur, ou parce qu'il y a peu de services pour les grossesses de 15 à 20 semaines.

Bien qu'au Québec il y ait 52 lieux pour obtenir un avortement, les femmes rencontrent encore plusieurs obstacles quant à l'accès et la qualité des services.

La mobilisation est toujours nécessaire

Quelques éléments de la situation actuelle de l'avortement ont été soulevés ici. Il en existe plusieurs autres, tels le lobby du mouvement anti-choix pour recriminaliser l'avortement ou faire reconnaître les droits du fœtus, la conviction d'une partie de la population que l'avortement est encore illégal et criminel, l'inquiétude de nos gouvernements face à la dénatalité, la montée de l'intégrisme religieux, la non reconnaissance de l'avortement sur demande comme service médicalement requis, le financement des services, etc.

Le mouvement pro-choix doit demeurer vigilant et poursuivre la mobilisation au niveau local, régional et national afin que les femmes aient accès à des services d'avortement de qualité et respectueux de leurs choix dans toutes les régions du Québec. Il doit aussi se réjouir des gains obtenus en 30 ans. C'est d'ailleurs pourquoi la Fédération du Québec pour le planning des naissances organisait un événement le 28 mai dernier pour fêter le trentième anniversaire de la Caravane pour l'avortement et lançait la campagne de cartes postales adressées à la ministre de la Santé et des Services sociaux. *L'avortement, une réalité incontournable, un service essentiel*. ☐

Pour information: (514) 866-3721

L'implantation du Cadre de référence, la santé des femmes au Québec

Isabelle Pepin

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes a publié en juin 1999 le *Cadre de référence la santé des femmes au Québec*. Ce document se veut un outil qui contribue à l'amélioration des politiques en santé des femmes et contient les préoccupations essentielles des femmes en matière de santé.

Le *Cadre de référence* est le fruit d'un important travail de collaboration avec des femmes de toutes les régions du Québec. En 1998, plus de 120 femmes ont participé

Le Cadre de référence est le fruit d'un important travail de collaboration avec des femmes de toutes les régions du Québec

à des consultations régionales et plus de 100 femmes ont répondu à l'appel d'un forum national. Plusieurs organismes féministes et syndicaux (à caractère national ou régional) des femmes des milieux de

la santé (infirmières, médecins, praticiennes de médecines alternatives) ainsi que des femmes des milieux universitaire et gouvernemental ont contribué à cette démarche.

Suite à la publication du *Cadre de référence*, le Réseau en a entrepris la diffusion et

Le Cadre de référence favorise la participation des femmes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé qui leur sont destinés

la promotion. Le *Cadre* a été distribué à l'ensemble des membres du Réseau, aux différents regroupements provinciaux d'organismes communautaires, aux Tables régionales de groupes de femmes, à certains

groupes locaux de femmes et aux comités de condition féminine des syndicats. Le Réseau souhaite que le *Cadre de référence* fa-

vorise la participation des femmes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé qui leur sont destinés.

Le Réseau a distribué le *Cadre* et sollicité des rencontres avec des ministres et des organismes ayant une influence sur les décisions touchant la santé des femmes. Lors de ces rencontres, les représentantes du Réseau explorent des pistes d'actions communes pouvant mener à l'amélioration des politiques en santé des femmes.

Jusqu'à maintenant des rencontres ont eu lieu avec madame Diane Lavallée, présidente du Conseil du statut de la femme; madame Pauline Gingras, directrice adjointe du cabinet de la ministre responsable de la Condition féminine; monsieur Réal Ménard et madame Caroline St-Hilaire, députés du Bloc québécois; madame Hélène Morais, présidente du Conseil de la santé et du bien-être; et madame Diane Vallières et monsieur Paulin Dumas, respectivement présidente et vice-président exécutif de la Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux. Des représentantes de la Condition féminine du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Secrétariat à la condition féminine ont également été rencontrées. Dans les mois à venir, des rencontres sont prévues avec madame Pauline Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec; madame Hedy Fry, Secrétaire d'État à la condition féminine du Canada; et madame Diane Ponée, directrice générale du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

Les membres relais, qui ont comme mandat de faciliter la circulation de l'information entre leur propre région et le Réseau, travaillent à la diffusion et à la promotion du *Cadre de référence* dans leurs régions res-

(suite de l'article page 15) >

Les professionnelles de la santé sur appel. comment se portent-elles ?

Guillaume Pérodeau
Université du Québec à Hull

André Duquette
Université de Montréal

Diane Bernier,
Université de Montréal

Chantal St-Pierre
Université du Québec à Hull

Lorraine Brissette
CLSC Pierrefonds

La profession infirmière serait dangereuse pour la santé paradoxal mais néanmoins vrai pour la majorité des infirmières sur liste de rappel ayant participé à notre recherche. Parmi les 1 435 répondantes à notre questionnaire auto-administré, 56% éprouvaient un niveau élevé de détresse psychologique comparativement à seulement 20% de la population

**Parmi les 1 435
répondantes à notre
questionnaire auto-
administré, 56 %
éprouvaient un
niveau élevé
de détresse
psychologique**

féminine québécoise d'âge comparable (selon l'indice de santé mentale de l'étude de Santé Québec 1992-1993). Résultat d'autant plus préoccupant que la détresse psychologique élevée s'observe également chez 41% des infirmières détenant un emploi stable à temps plein ou à mi-temps dans la région de Québec. Un sondage mené avant la restructuration du réseau de la santé révèle que seulement 28% des infirmières en 1994 (32% en 1995) étaient en état de détresse psychologique. Ces taux étaient comparables à celui (31%) d'un échantillon représentatif de travailleuses québécoises selon les données de Santé-Québec 1992-1993. Cette détérioration graduelle du bien-être psychologique des infirmières (en particulier celles n'ayant pas

de sécurité d'emploi) en conjonction avec l'implantation progressive de la réforme en santé, est pour le moins inquiétante et mérite que l'on s'y arrête. Comment se fait-il que ces professionnelles formées à soigner et à faire la promotion de la santé soient-elles maintenant au bord du gouffre?

Ces dernières années, le discours officiel martèle le même message c'est-à-dire la nécessité de réduire les dépenses publiques par, entre autres mesures concrètes, des fermetures d'hôpitaux et des coupures de postes dans le réseau de la santé. Aux mesures économiques s'ajoutent les effets du *virage ambulatoire* négocié par le réseau entier sous la houlette du ministre de la Santé d'alors, Dr Rochon. Au nom de l'efficacité économique et du retour au milieu naturel, le système de la santé a vécu une révolution au cours de laquelle les infirmières étaient en première ligne. Lors d'une récente table ronde portant sur les effets du virage ambulatoire sur le réseau formel et informel de la santé, madame Sylvie Boulanger, vice-présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), tout en soutenant la réforme, en déplore le rythme accéléré. Elle fait la remarque suivante :

« alors que généralement dans une réforme, dans une transformation, il faut à un moment donné, donner un coup de barre pour faire en sorte que les choses changent, là c'était pas un coup de barre, c'était des coups de machette carrément dans l'ensemble du réseau de la santé ».

Le contexte de crise aggrave la détérioration des conditions de travail et favorise le développement d'emplois précaires dans le

milieu de la santé. D'après l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le personnel infirmier sur liste de rappel a pratiquement doublé de 1994 à 1999, passant de 5455 à 9754 membres (de 85 à 16%). Qu'est-ce que cela a pour conséquence sur l'état de santé de ce groupe croissant de travailleuses? C'est ce que nous voulions découvrir grâce à notre recherche.

En avril 1997, nous avons posté un questionnaire auto-administré au domicile des 3527 infirmières sur liste de rappel membres

Le peu d'espoir qu'elles ont de stabiliser leur situation professionnelle dans un proche avenir, mine 75 % des répondantes

de l'OIIQ. Les critères de sélection étaient d'être 1) une travailleuse temporaire occasionnelle, 2) du sexe féminin, 3) francophone, 4) âgée de 64 ans ou moins, 5) résidente de l'une des quatre régions suivantes: Montréal-Laval,

Québec, Mauricie, Centre du Québec et Chaudière-Appalaches.

Nous avons eu un retour de 47% des questionnaires et un échantillon final de 1435 infirmières répondant à nos critères de sélection. La répartition selon les quatre régions ciblées (rurale, semi-rurale et urbaine) est la suivante: Montréal-Laval 34%, Québec 27%, Mauricie/Centre du Québec 22%, Chaudière-Appalaches 17%.

Le portrait de groupe de nos répondantes sélectionnées nous a étonnés. Contrairement à nos attentes, les répondantes ne sont pas novices dans leur profession. Elles ont en moyenne 35 ans et 40% d'entre elles ont 36 ans ou plus. Elles possèdent neuf ans d'expérience en moyenne dans le métier. Plus étonnant encore, le tiers d'entre elles détient un diplôme universitaire en sciences infirmières. La majorité vit en couple (77%), avec des dépendants (55%), généralement des enfants de moins de 18 ans. En deux mots, les infirmières sur appel de notre étude sont des professionnelles d'expérience, aux responsabilités familiales importantes et à la

santé mentale souvent fragile. Naturellement, notre recherche n'apporte qu'un instantané de la situation et ne permet pas de tirer des conclusions de cause à effet. Est-ce que les conditions de travail ont déclenché ou simplement aggravé le désarroi psychologique chez les répondantes? Ou bien n'ont-elles rien à voir avec la situation? Seule une recherche à long terme répondrait à ces questions de façon précise. Toutefois, quelques pistes s'ouvrent lorsque les participantes nous font part de leurs sources de stress.

Le peu d'espoir qu'elles ont de *stabiliser leur situation professionnelle* dans un proche avenir mine 75% des répondantes, 67% d'entre elles souffrent de *leurs horaires de travail variables et imprévisibles*, 37% se plaignent de *leur charge de travail*. Sur le plan personnel, 41% s'inquiètent de *leur situation financière*, 37% des *contraintes de temps* auxquelles elles font face et 20% de *leurs responsabilités liées au foyer*.

Dans un prochain article, une prise de vue plus intimiste des groupes témoins clarifiera les enjeux et obstacles auxquels sont confrontées ces travailleuses sur liste de rappel, ainsi que les recommandations mises de l'avant pour atténuer les effets néfastes de la restructuration du réseau sur leurs conditions de travail. □

Pour plus d'informations sur cette recherche, PÉRODEAU et al. *Stratégies d'adaptation psychosociales de femmes ayant des dépendants et vivant la précarité occupationnelle et financière*, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, 1999.

Les autres références concernant cet article sont disponibles au Réseau.

Antidote Monde

Manon Pérusse

Comité de rédaction du Sans préjudice

 Le programme Antidote a été conçu et réalisé par Nikole DuBois du Centre des femmes du Témiscouata, dans la région du Bas-Saint-Laurent. Depuis sa création en 1990, ce programme a fait le tour du Québec aidant des femmes de toutes les régions à retrouver leur autonomie et à s'impliquer activement dans leur milieu. Voici l'histoire d'un beau projet local qui a pris son envol et qui s'implante maintenant au niveau mondial.

Antidote, qu'est-ce que c'est?

Le programme Antidote s'inspire à la fois de la conscientisation de l'intervention féministe et de l'approche créative. Ce programme aide d'abord les femmes à retrouver une véritable autonomie afin d'enrayer les discriminations faites à leur égard (violence, pauvreté, précarité, etc.). Il vise également l'implication des femmes dans la transformation de leur réalité sociale quotidienne. Il favorise le développement d'une employabilité qualitative et vise à rendre plus active une partie de la population de plus en plus exclue.

Nikole DuBois a élaboré un guide d'animation de nature pédagogique qui propose une démarche collective de conscientisation visant une plus grande autonomie personnelle, familiale et sociale chez les femmes et une implication active pour l'amélioration de leurs conditions de vie et le développement de leur milieu.

Des groupes de huit à dix femmes sont formés et les participantes se réunissent sur une base hebdomadaire pendant dix semaines. Les rencontres, d'une durée de

trois heures, se déroulent en compagnie d'une animatrice formée à la démarche d'Antidote. Le guide d'animation comprend des tests, des exposés, des contes, des illustrations, des mises en situation, etc. Il s'agit de 525 pages d'antidotes aux conditionnements sociaux auxquels les femmes ont été exposées tout au long de leur vie.

Des effets bénéfiques

Une étude d'impact du programme Antidote a été réalisée en collaboration avec la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et l'Université du Québec à Rimouski. Cette étude a permis de mesurer la rentabilité sociale du programme Antidote sur la prévention en matière de santé des femmes, l'amélioration de leurs conditions de vie, leur autonomie et leur implication dans leur milieu. La chercheuse de l'UQAR, madame Micheline Bonneau, explique que : « Les femmes qui ont bénéficié du programme Antidote démontrent manifestement des perceptions et dispositions qui favorisent non seulement une meilleure santé, mais également une vision plus globale et une prise en charge améliorée et plus autonome de celle-ci. La santé mentale des femmes antidotées apparaît moins fragile et un recul de l'incidence du suicide est flagrant chez plusieurs sujets. Ces femmes semblent démontrer une meilleure connaissance et une maîtrise plus grande des moyens à leur portée pour conserver et protéger leur santé ». Le rapport complet de la recherche ou un résumé des points saillants peuvent être obtenus sur demande au Centre des Femmes du Témiscouata.

L'ouverture sur le monde

Autour du programme Antidote s'est édifiée une entreprise communautaire d'envergure internationale inscrite dans le développement d'une région. Il s'agit d'Antidote Monde, une Société d'éducation populaire du

Témiscouata Antidote Monde se veut une école populaire visant, par la formation d'éclaireuses-animatrices dans différents pays, un cheminement, un mieux-être et une conscientisation permettant aux femmes de tous les coins du monde d'atteindre une plus grande autonomie personnelle sociale et économique

Les objectifs du programme correspondant aux réalités des femmes du monde entier Antidote s'envola, en 1992 pour le Sénégal. Par la suite ses voyages le menèrent en France au Portugal en Finlande au Pérou, au Lesotho, en Allemagne et en Grèce. Depuis les éclaireuses du Témiscouata vont présenter le guide dans des colloques forums et séminaires offerts par ces pays. Des sessions de sensibilisation et des formations sont également données afin de former et d'outiller d'autres éclaireuses à travers le monde. Le merveilleux de l'histoire est que tout se propage de bouche à oreille.

En Europe la diffusion d'Antidote est maintenant assurée par le Collectif Picard formé du Centre de documentation information de la femme et de la famille de St-Quentin du Groupe Femmes d'Étreillers et A S T E R (Actrices sociales des territoires européens ruraux).

En fonction de ses finances et des partenariats qu'il réussira à établir Antidote mettra sur pied des projets à court moyen et long termes qui répondront à l'expression des besoins des femmes. L'organisme adaptera ainsi son programme aux réalités des adolescentes, des lesbiennes des femmes vieillissantes des femmes handicapées et des femmes aux prises avec de multiples problèmes de dépendance.

Actuellement, plus de trois cents animatrices offrent le programme Antidote principalement au Québec mais aussi à travers le monde. Plus de quatre mille femmes sont maintenant « antidotées » dont une femme sur dix au Témiscouata¹.

▷ (suite de « Pour travailler »)

pectives intéressantes. En effet, elle comporte une clause qui rend obligatoire la mise sur pied de politiques pour contrer la violence dans les milieux hospitaliers.

La violence au travail n'est pas un phénomène récent. Toutefois fait nouveau, la sensibilisation effectuée auprès des infirmières depuis plusieurs années porte fruit et se traduit par un nombre accru de plaintes pour agression. Si les plaintes sont de plus en plus nombreuses, cela signifie-t-il que cette violence est en augmentation? Actuellement aucune donnée ne nous permet de l'affirmer. Nous pouvons avancer, cependant, que la conjoncture de précarité, de compressions et de coupures qui prévaut actuellement dans le système de santé exacerbe les tensions et favorise les manifestations de violence.

La FIIQ poursuit son travail de sensibilisation et d'éducation auprès des infirmières pour qu'elles soient en mesure de sortir de l'impuissance, de s'affirmer et de récupérer leur pouvoir dans les situations d'agression. De plus, le comité de condition féminine de la FIIQ entretient des liens de collaboration avec les comités analogues des autres syndicats et l'ensemble des groupes de femmes qui luttent contre la violence faite aux femmes afin que la revendication de la Marche mondiale ayant trait à la violence devienne réalité pour toutes les femmes dans leur quotidien et pour que les travailleuses puissent accomplir leurs tâches en paix et dans la dignité.

¹ A ce sujet voir : *Rapport de recherche sur la violence faite aux infirmières en milieu de travail* nov. 1995 document disponible à la FIIQ.

▷ (suite de *Violence conjugale*)

leur estime de soi à un très faible degré. Pendant ce temps, ces femmes n'ont pas accès au soutien nécessaire pour sortir du cycle de la violence et se défaire de ses conséquences.

Pour le moment, le financement des maisons d'hébergement pour femmes violentées n'est pas menacé par la popularité de l'approche asexuée. On observe, toutefois, qu'il y a de plus en plus de projets visant à offrir des services aux hommes en difficulté et aux femmes violentes. Dans ce contexte, il est important de s'assurer que les femmes victimes de violence conjugale aient accès dans toutes les régions du Québec à des services qui répondent véritablement à leurs besoins. [2]

¹ Lise L'ARTY, *Quand la violence parle du sexe : analyse du discours thérapeutique pour hommes violents*, Les cahiers de l'IRLF, no 1, 1998.

▷ (suite de *L'implantation*)

pectives. Des activités permettant aux femmes de s'approprier le document et les revendications ont eu lieu dans les régions Côte-Nord, Centre-du-Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

N'hésitez pas à utiliser le *Cadre de référence* pour appuyer vos revendications pour la santé des femmes auprès de la Régie régionale de votre région. Le *Cadre de référence* est maintenant disponible sur le site web du Réseau. [3]

<http://www.cam.org/~rqasf>

Nouvelles brèves

Journée internationale sans diète

Le 6 mai est la Journée internationale sans diète : elle fut rebaptisée Journée Corps-Accord au Québec. Son objectif est d'encourager chaque femme à s'accepter, à se respecter et à se faire respecter, et ce, quel que soit sa taille et son poids. Le 2 mai, le Réseau a attribué, pour la quatrième année consécutive, les prix «Corps-Accord» et «On s'en balance!». Ces prix sont décernés à une publicité, une entreprise, une personnalité qui par son action favorise ou défavorise l'acceptation de nos corps dans leur diversité. Un jury a été mis sur pied pour procéder au vote. Il était composé de mesdames Danielle Proulx, comédienne, Christiane Jolicoeur, ergothérapeute au programme des troubles de l'alimentation de l'hôpi-

tal Douglas, France Reimnitz, directrice du marketing et des communications chez Lunettene New Look – récipiendaire du prix «Corps-Accord» 1999, Sandra Parenteau, chorégraphe et danseuse et Michèle Boisvert, membre du comité obsession de la minceur et oppression de la grosseur du Réseau. Le prix «Corps-Accord» a été décerné à Madame Louise Daoust de Lili-les-Bains pour son discours et ses actes qui démontrent une acceptation et un respect pour tous les formats corporels, slogan corporatif à l'appui : «Pour les femmes, toutes les femmes». Le prix «On s'en balance!» a été remis aux Centres de Santé-Minceur pour leurs outils promotionnels contenant plusieurs affirmations gratuites et véhiculant l'idée que la minceur est un gage de santé.

Nouvelles brèves

AFEAS : dossier virage ambulatoire

L'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) a nommé 12 responsables régionales mandatées pour défendre le dossier du virage ambulatoire au niveau régional principalement le volet des aidantes naturelles. En plus d'agir comme porte-parole régionales auprès des instances concernées par ce dossier, ces responsables servent de personnes ressources pour aider les AFEAS locales et régionales à agir dans et pour leur communauté. Elles assurent aussi la distribution du document *Positions AFEAS 1998 - 1999 Virage ambulatoire*. Pour plus d'information contactez le siège social de l'AFEAS au (514) 251-1636.

Dépliant Depo-Provera

Produit par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), le dépliant sur le Depo-Provera vise à fournir aux femmes des informations complètes sur ce contraceptif approuvé au Canada en 1997. Il porte un regard critique sur le Depo-Provera comme contraceptif et sur ses risques. Les femmes y trouveront des renseignements sur son mode d'action et son efficacité, sur les contre-indications, les effets secondaires possibles et les précautions à prendre lors de son utilisation. Ce

dépliant est disponible au coût de 1,50\$ la copie à la FQPN. Tél. (514) 866-3721.

Les droits de la travailleuse enceinte

Grâce à une subvention du Programme promotion de la femme de Santé Canada, le Regroupement Naissance-Renaissance a produit, en collaboration avec Nancy Roy, avocate, une brochure qui informe les travailleuses enceintes sur leurs droits. Le guide comporte également une liste de ressources et de centres d'aide. Vous pouvez commander gratuitement le nombre d'exemplaires que vous désirez (seuls les frais postaux sont à déboursier) au Regroupement Naissance-Renaissance. Tél. (514) 392-0308.

Le Comité de rédaction :
Hélène Cornéliier, Isabelle Pépin,
Manon Pérusse, Carole Tatlock,
Lucie Thibodeau

Correctrices
Josée Cardinal, France Frenette

Sans préjudice pour la santé des femmes.
Tirage 1000 copies
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
#ISSN 1205-4690
Reproduction permise en citant la source

*Devenez membre du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
et recevez gratuitement notre bulletin d'informations.*

Nom

Organisme

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courrier électronique

Ci-joint le paiement de la cotisation annuelle
individuelle 20 \$ ☐ groupe communautaire 50 \$ ☐
association professionnelle et syndicale 200 \$ ☐

Ci-joint un don pour le Réseau
25 \$ ☐ 50 \$ ☐ 75 \$ ☐ autre ☐

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
D'ACTION
POUR LA SANTÉ
DES FEMMES



4273 rue Drolet
Bureau 406
Montréal QC H2W 2L7
514-877-3189
rqasf@rqasf.qc.ca