

FINE BALANCES

Fall 1989

Newsletter of the Canadian Advisory Council on the Status of Women

ISSN 0830-1824

Symposium Report: Women and Well-being



The Hon. Monique Bégin



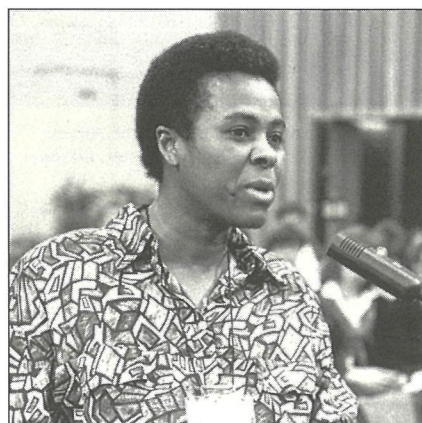
The Hon. Barbara McDougall



Rosemary Brown



Daurice Perron



Aoura Bizzarri

Yolene Jumelle



Iane Penino

- Keynote Addresses • Panel Discussion
- Symposium Workshops

Canadian
Advisory Council
on the Status of Women



Conseil
consultatif canadien
sur la situation de la femme

IN THIS ISSUE

FOCUS ON WOMEN AND WELL-BEING 3

KEYNOTE ADDRESSES

- "Closing the Reality Gaps"5
Sylvia Gold
- "Call to Action on Women and Well-being: A Review of Current and Emerging Issues"7
Monique Bégin
- "The Well-being Equation"8
Hon. Barbara McDougall
- "The Search for Well-being"9
Rosemary Brown

PANEL DISCUSSION ON WOMEN AND WELL-BEING 10

- Marie Vallée,
Fédération du Québec pour le
planning des naissances
- Wendy Manson,
Women's Section of the
National Farmers' Union
- Harriet Simand,
D.E.S. Action Canada



Betty Lee, President of the National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada, highlighting her organization's concerns to symposium delegates.



Margaret Leahey, Chairperson of the Alberta Advisory Council on Women's Issues, asking a question of the keynote speaker.

SYMPOSIUM WORKSHOPS

- Day One Workshops12**
- Toward Sexual Health.....12
 - Body Image and Self-esteem13
 - Violence Against Women.....14
 - Preventing Stress and Burnout.....15
 - Reproductive Technology16
- Day Two Workshops18**
- Well-being of Older Women18
 - Physical Health Care.....19
 - Women's Mental Health.....20
 - Working and Living
Environments22
 - Changing Policies and Services...23

Front Cover:

Top (left to right): the **Hon. Monique Bégin**, Joint Chair in Women's Studies at the University of Ottawa and Carleton University; the **Hon. Barbara McDougall**, Minister Responsible for the Status of Women; **Rosemary Brown**, Executive Director of MATCH International Centre.

Bottom (left to right): **Daurice Perron**, CACSW member; **Aoura Bizzarri**, Collectif des femmes immigrantes du Québec; **Jane Pepino**, CACSW member.

All photos taken by Photo Features Ltd.

Fine Balances is published by the Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW) to provide Canadians with up-to-date information on the work of the Council and to stimulate discussion and debate. Your comments and suggestions are welcome. Additional copies of this newsletter are available free of charge.

National Office
110 O'Connor St., 9th Floor
Box 1541, Stn. B
Ottawa, Ontario K1P 5R5
(613) 992-4975

Eastern Regional Office
2021 Union Ave., Suite 875
Montreal, Quebec H3A 2S9
(514) 283-3123

Western Regional Office
220-4th Ave. S.E., Room 270
Box 1390, Stn. M
Calgary, Alberta T2P 2L6
(403) 292-6668

The CACSW was established in 1973 to advise the government and to inform the public on matters of concern to women. The major portion of Council services are provided at the national office in Ottawa; in addition, the Council maintains an effective regional presence through the offices of the vice-presidents in Calgary and Montreal.

Focus on Women and Well-being

The World Health Organization (WHO), a specialized agency of the United Nations, defines health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". More specifically, health involves overcoming such obstacles as polluted environments, insufficient or unsafe food, and lack of education. WHO goes on to describe health as "the extent to which an individual or a group is able ... to realize aspirations or needs and ... to change or cope with the environment. Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living."

Historically, the health-care system in Canada has tended to define and label women as the passive recipients of health services. More often than not, women were "done to" rather than "done for". In addition, well-being was narrowly defined as physical well-being. Emotional, social, environmental, and economic well-being were ignored or disregarded.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW) invited representatives of 65 women's groups to Ottawa on March 14-15, 1989, to discuss traditional and feminist approaches to the issue of "Women and Well-being". As was the case in past symposiums, ways to empower women were a key focus of this conference as participants discussed well-being from a number of perspectives, including mental health, physical health-care needs, working and living environments, reproductive technology, violence against women, and the well-being of older women. Participants examined ways of ensuring women's participation in government priority-setting and discussed ways of advocating changes in policies and services to reflect the reality of women's lives. The ineffectiveness of traditional approaches for all women was distressingly evident, the situation being all the more acute for low-income, rural, Aboriginal, immigrant, and visible minority women, as well as women with disabilities.

According to the participants, women are struggling for a more holistic approach to well-being, one that encompasses physical, emotional, social, environmental, and economic health. Women are trying to reclaim their lost knowledge and power as the healers, doctors, nurses, counsellors, pharmacists, midwives, and "wise" women of society. For too long, women, as the caregivers and keepers of family health, have been discredited. Delegates focussed on how women are struggling for recognition of these roles and how women are beginning to break the monopoly on power by becoming active participants in the health-care system and taking hold of and sharing research knowledge.

Throughout the two days, Council members and delegates listened to and questioned a range of keynote speakers and panelists, participated in the 10 workshops and roundtable discussions, shared their concerns with other delegates, and had an opportunity to meet some of their elected representatives in Parliament. Several key points emerged from the symposium.

In attempting to treat illness or disease, the health-care system still does not recognize holistic approaches that promote "wellness". For example, the treatment of menopause or osteoporosis often does not respond to women's life experiences. As well, there is inadequate funding of health issues of concern to women, as in the area of contraception. Access to adequate and safe reproductive health services is of major concern, especially for younger women and those with low incomes. New reproductive technologies to treat infertility often ignore women's need for information and counselling.

The impact of women's economic and social situations on their health is not acknowledged. Traditional treatment methods have been slow to accept and value feminist therapy and counselling which uses a more holistic approach to women's health. For example, a woman who is diagnosed as depressed will rarely be asked about her social situation: is she a

single mother crushed by a staggering burden of financial difficulties, lack of support payments from her ex-spouse or partner, and inadequate options for child care and shelter?

A healthy community is one in which women's needs and experiences are fully taken into account at all levels of planning and development. Social issues and ways of enhancing family are often not considered when communities are being planned. Women must be involved in re-shaping community priorities and services, especially in the areas of housing, transportation, safe streets, and child care.

The aging of Canada's population will have profound ramifications on social policy issues such as health, housing, and transportation. As society ages, participants agreed that efforts must be made to improve the well-being of older women, who are often devalued, ignored, and neglected. There is an urgent need for programs and services that will promote their independence and a positive self-image. Improved social policies and support programs would go a long way toward reducing their vulnerability to poverty, loneliness, medication overuse, violence, and illness.

The lack of acknowledgement of the stressors many women face can lead to a high degree of stress and burnout among women. Single mothers trying to juggle work in the home with work in the paid labour force, women working part-time, and those performing industrial homework are often exposed to unique stress situations which affect their well-being. Participants emphasized that policy-makers must develop creative new approaches to help women deal with the reality of a double work-day, inferior pay, sexual harassment, lower-level jobs, and guilt.

Canadian culture tends to reinforce the myth that a woman's value is tied to her appearance. This pursuit of body image can lead to decreased well-being and illnesses such as anorexia or bulimia. New ways

must be found to increase the self-confidence of all women, especially younger and older women, women of colour, and those with disabilities.

In the following pages, excerpts from the keynote speakers and summaries of the workshop proceedings

are presented. Emerging from the two days was a strong sense that women's voices and experiences must be fully represented around decision-making tables where policies and programs that affect our health and well-being are being formulated. Participants felt

that women must be involved in decisions which will have an influence on their lives and those of their families. Society, as well, has an obligation to ensure that women's voices are heard and incorporated into policies that are meant to promote well-being. ■



The Hon. Barbara McDougall presenting certificates to departing CACSW members (left to right): Myriam Bernstein, Veronica Johnson, Daurice Perron (who has since been reappointed), and Lawrie Edinboro.

(left to right) Rosemary Brown had the opportunity to meet informally with Ann Bell, president of the Newfoundland and Labrador Provincial Advisory Council on the Status of Women, and Jane Fulton, who spoke at the "Changing Policies and Services" workshop.



KEYNOTE ADDRESSES

Closing the Reality Gaps

by CACSW President Sylvia Gold

CACSW President Sylvia Gold opened this year's symposium. In her welcome to delegates, she drew parallels between this and previous Council symposiums and offered participants some preliminary ideas on the links between physical, emotional, social, economic, and environmental well-being.

(excerpt)

Each year, the symposium held by the CACSW examines various aspects of the reality of women's lives. The first symposium in 1986 dealt with women and the economy; the second, with women and the family; the third, with women and power. This year, we are focussing on women and well-being. A number of common themes emerged from each of these symposiums. Let me deal with each year in turn. I urge you to reflect on them throughout the next two days.

Year 1:

Women and the Economy

The first year we examined feminist approaches to women and the economy. We heard that women are a vital component of a strong Canadian economy and make a significant contribution to Canada's economic and commercial health. We discussed ways to empower women and how women's work in the home is neither visible nor recognized, even though it is economically no less important than their labour force work. Canadian estimates, for example, indicate that full-time homemakers work, on average, 50 hours a week and that married mothers employed full-time have the longest working hours of any group in society.



CACSW President Sylvia Gold, in her opening remarks, cited empowerment as a major focus when examining women and well-being.

Year 2: Women and The Family

The following year we focussed on the family, a fundamental unit of our society. Participants formulated various definitions of "family" that would better reflect today's reality. In particular, we examined ways to empower all women in society, especially women working at home, single mothers, and women who are victims of family violence. In addition, we stressed the urgent need for a comprehensive, quality system of child care.

Year 3: Women and Power

We built upon the theme of empowerment last year when we focussed on women and power, especially economic power, political power, and power through the media. Delegates felt that a new definition of power was needed, one which reflected the values and perceptions of the world as women see it.

The federal election, which was widely anticipated at this time last year, lent a special energy to discussions on ways to empower women within the political process. Participants warmly welcomed our guest speaker, Kristin Halldorsdottir, from the Iceland Women's Alliance Party.

Year 4: Women and Well-Being

This year, we hope to build upon many of the themes of the previous symposiums. As before, empowerment is a major focus when we discuss women and well-being. By well-being, we do not mean only physical well-being, although that is of course one of its elements. As women, we place equal importance on emotional, social, economic, and environmental well-being. We recognize that well-being encompasses all these elements.

Today, there is more acknowledgment of how physical, emotional, social, economic, and environmental well-being interconnect. We are starting to see some progress in our efforts to achieve equal recognition of the "curing" and "caring" aspects of health.

Gradually and with great persistence, women are making the links and beginning to ensure that the realities of their lives are taken into consideration. Rather than having others define us and label us, increasingly we are recognizing and using the power of language and of "naming". We call wife abuse by that name deliberately, and not spousal abuse. Wife abuse recognizes that the majority of violence by a spouse or partner is against women; spousal abuse, a more neutral term, does not.

We must continue to close the "reality gaps", a concept which we believe describes the distance between the services women need and the policies and programs that are available to meet these needs. These gaps are distressingly wide for some groups of women – low-income, rural, Aboriginal, immigrant and visible minority women, and women with disabilities.

In our society, it is often women who have bridged the "reality gaps" by creating services and programs which recognize the reality of their lives. These range from rape crisis and sexual assault centres to women-centred clinics and health education networks. As women become more empowered, new ways are being found to close the "reality gaps". For its part, society has an obligation to ensure that women's

voices and experiences are considered when policies and programs are being developed.

We must continually struggle to ensure that women's reality is taken

into account. In order to do so, we know we must remain eternally vigilant and monitor emerging trends. If true and lasting progress for women is ever to be made, then a new partner-

ship based on equality must be achieved where women are fully integrated into the decision-making process. By working together, we will be able to close the reality gaps. ■



The Hon. Monique Vézina, Minister of State for Employment and Immigration, and CACSW President Sylvia Gold, at a reception for symposium delegates hosted by the Hon. Monique Landry, Minister for External Relations and International Development, on behalf of the Hon. Barbara McDougall, Minister Responsible for the Status of Woman.

OUR THANKS TO CONVERGENCE ARE LONG OVERDUE!

This year, as in the previous three, the CACSW's thanks for the superb organization and smooth functioning of the symposiums go to Convergence, and especially to Janice McLean, Rachel Gaudreau, and Susan Ferner. Working with Council members and staff, they identify the themes to be discussed at the symposiums. They help to identify groups and speakers invited to Ottawa and ensure that participants represent the geographic, linguistic, cultural, and

ethnic diversity of Canada. Each year, Convergence has handled the logistics of the symposiums, coordinating keynote speakers and workshop presentations and undertaking the countless tasks normally associated with such events . . . all with tireless good humour and professionalism. Their unflagging commitment to and analysis of issues of concern to women is much appreciated by all.

Sylvia Gold

Call to Action on Women and Well-being: A Review of Current and Emerging Issues

by the Hon. Monique Bégin

To review the progress women have made in the area of women and well-being and to help give participants some perspective on the issue, the CACSW invited the Hon. Monique Bégin for the opening morning of the symposium. Madame Bégin, a former Minister of National Health and Welfare, is currently joint chair in Women's Studies at the University of Ottawa and Carleton University.

In her address, Madame Bégin provided an extensive literature review of studies published in industrialized countries on women and well-being. She then analysed, from a broad perspective, current and emerging issues in the area and shared her views on what action is necessary in the next few years.

(excerpt)

Canadian women face a number of obstacles to their well-being, including a general lack of understanding, non-recognition of patients' experiences, medication of social problems, the notion that men represent the norm and women the deviant, the lack of medical interest in prevention, the absence of alternative practices and non-traditional health care and services, and the emphasis put on medical technology in connection with research and treatment.

Women want medication removed from various stages of life, particularly from pregnancy and childbirth. Giving birth is not an illness and does not have to take place in hospital except for rare and exceptional cases. And in the hospitals, there is nothing to prove that the abuse of medical technologies such as fetal monitoring is justified.

Government health policies should be based on a range of choices and the possibility for each woman to make her own choices. In addition, women



The Hon. Monique Bégin discussed obstacles to women's well-being in the health-care system, emphasizing the necessity to offer women choices in their health care.

with disabilities, women who are victims of violence, and elderly women should be able to benefit from non-medical approaches. At the moment, all they can fall back on is the hospital system. Two other aspects concerned with the removal of medication provide a head-on challenge to modern medical practice: unnecessary operations carried out on women and over-prescription of drugs, especially tranquilizers.

On the other hand, women are urgently requesting medical and pharmaceutical research into the understanding and treatment of certain of their health problems. The stages of a woman's reproductive life have not been studied in depth, and ignorance about them is one of the causes of unnecessary operations and medication imposed on patients. Premenstrual syndrome, menstrual pain, pre-menopause, and menopause are only a few examples that touch the life of every woman. Also, causes of sterility, endometriosis, etc., are not given priority in research programs; instead, all the money is going toward new reproductive technologies.

Regarding contraception, the widespread feeling is that, since the marketing of the birth control pill in 1969 in Canada, research is resting on its laurels, and pharmaceutical companies are simply banking the profits from their past investments. In the same inglorious way, chronic illnesses, before and during aging, seem hardly to interest researchers.

For the past 15 to 20 years, women have asked for reforms to the organization of health-care delivery. It is difficult to summarize the services women want instituted, because the local or regional component is an intrinsic element, and because the list is long! Women are not asking for a Canadian network, from sea to sea, of services built from a single model. On the contrary, they want health-care services given by and for women both within the hospital environment and outside it, in women's centres and district clinics. Women want a re-thinking of occupational organization in the world of health care.

Women, the front-line people responsible for health in Canada – both in families and in the health-care system – have on many occasions condemned the waste of talent and the exploitation of health-care workers who are not doctors. Finally, women want a widening of our public and pre-paid health-care system to include alternative therapies. This direction of reform involves an effort toward a holistic approach aimed at taking the entire person and her environment into account and opens the door to fields of self-care and mutual-care groups, as well as to feminist intervention.

Women want to see attitude and behaviour changes in the medical world, particularly on the part of doctors and specialists (gynecologists and obstetricians first). They do not, by the way, accept that government should interfere in the abortion question, a personal decision if there ever was one, unless it concerns the regulation of good medical practice

common to all other operations. The authoritarian and paternalistic attitudes of doctors and some other health-care professionals are discouraging women patients, and stopping a good number of them from consulting a doctor when they should.

On another scale, we cannot speak about the well-being of women in our country without dealing with the lack of radical change in the status of women. As a society, we have accomplished a large number of reforms over the past 20 years, but we have not managed to harmonize paid work and family responsibilities. We continue to rob women workers of one-third of their collective salaries compared to those of men. We are not developing the necessary infrastructures for child care. In practice, and in spite of official rhetoric, women are not equal partners with men in any of the power structures of the public sphere – political, economic, or other. That is to say, they are absent from decision-making bodies.

The results are obvious: poverty, social isolation, feelings of powerlessness, and stress have never led to good health. In this opening speech, I chose to underline the injustice done to women, the profound contradictions with which they are forced to live, and the price they pay with their health. It is not by chance that women's health problems appear undramatic and are associated with everyday, dreary matters. It is not by chance that medical research accords them hardly any importance and that researchers find no prestige in the area. Women owe it to themselves to continue to be agents for social change and to let the authorities know that it is necessary to give us access to a range of other health services. If every women's club, every section of the Canadian women's movement, every senior citizens' club where women are in the majority, decided to add their health questions to their annual program and to their members' priorities, through any kind of project, things would have to start moving.

And one thing is sure: by doing so, women can be certain of working for the well-being not only of their own health, but also that of their children and of men. ■

The Well-being Equation

by the Hon. Barbara McDougall

The Hon. Barbara McDougall, Minister Responsible for the Status of Women and Minister of Employment and Immigration, examined some of the dimensions of well-being, stressing that it should be approached as a total concept. Health, fitness, and economic prosperity are important in achieving well-being. She went on to discuss other factors which figure into the "well-being equation". (excerpt)

When one mentions the word "well-being", we think of our health, both physical and mental. It is quite apparent that women need to be physically and mentally healthy in order to fill the many vital roles they perform in society. Seen from this perspective, health practices are closely linked to women's achievement of their full potential.

For this reason, women's health was identified as a substantive issue at the last two conferences of federal, provincial, and territorial ministers responsible for the status of women. As a result of our deliberations at last year's conference, for example, a working group of officials has been established to examine issues associated with reproductive health. Special emphasis is being given by the working group in its first year of work to new reproductive technologies.

A Health and Welfare document called *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, gives special attention to women, children and youth, the elderly, and the disabled. This program has begun to redefine the dimensions of Canadian health policy as a central element of national well-being. The document, as one of the most significant initiatives in recent years, hopes to provide a framework for positive change to the Canadian health-care system.



The Hon. Barbara McDougall, Minister Responsible for the Status of Women, said in her keynote address that she believes any discussion related to women's well-being must delve into the underlying factors of women's social and economic inequality.

As crucial as good health is for all Canadian women, certain groups are particularly vulnerable to factors which can compound their health needs and concerns. The health concerns of immigrant women, for example, are often closely tied to their linguistic, cultural, social, and economic isolation from the mainstream of Canadian society. Fortunately, attention is increasingly being focussed on the particular needs of immigrant women. We now recognize, for instance, that multilingual and culturally-sensitive health-care workers can make a major difference in ensuring that immigrant women have access to health-care services.

Our government's recognition of the unique needs of immigrant women is reflected in several initiatives announced last year, including the establishment of the "Women at Risk" program to assist refugee women; the expansion of the settlement language training program which primarily serves immigrant women at home with family responsibilities; and the \$25 million initiative announced last

October which expands orientation, language training, and workplace training for immigrant women.

On another scale, consider the situation of disabled women, whose health needs are exacerbated by the challenges they face. Any discussion about women and well-being must give full consideration to these women and to the issues of reproductive rights, sexual abuse, and sexual assault. In addition, women who are physically challenged may encounter more severe problems of aging and social isolation. Harmful medical attitudes and economic insecurity also make disabled women particularly vulnerable to mental health problems.

In my view, any discussion related to women's well-being must delve into the underlying factors of women's social and economic inequality. Our government has recognized this interplay of factors in the lives of Canadian women. For this reason, we have tackled issues of interest and concern to women on a broad scale to ensure that equality for women is a given in all aspects of Canadian life.

I'd like to mention our employment equity legislation; the national child-care strategy; our initiatives to deal with family violence, sexual abuse, and the exploitation of children; our pension reforms; the measures we've put in place to enforce support orders; our initiatives to encourage women's participation in training.

I believe that all Canadian women should be confident and strong – proud of their contributions to Canadian society, and proud of their potential to contribute even more. We should be expanding and building on our sense of well-being by exercising our power in positive ways.

The broadening of women's share in decision-making processes must continue – in the sciences, in community life, and in politics. And as new, feminist ways of thinking and interacting emerge in these areas, the well-being of Canada's women – and men – will most certainly be enhanced. ■

The Search for Well-being

by Rosemary Brown



Rosemary Brown, the first woman to run for the leadership of a federal political party (the NDP, in 1975), summed up the proceedings in her closing address when she said that one's sense of well-being is tied to the level of control one has over one's life:

No one woman was better suited to summarize the proceedings of the two days than feminist and author Rosemary Brown. Several decades of experience in both the women's movement and the civil rights movement have given her insights into the nature of well-being and ways in which women are struggling the world over to gain and maintain control over their lives.

Rosemary Brown is currently executive director of MATCH International Centre, a development education organization working on behalf of women in developing countries. Prior to this, she served for 14 years as a member of the British Columbia legislature until her retirement in 1986. She was a candidate for the federal leadership of the New Democratic Party in 1975 and was defeated only after the fourth ballot and polling 42% of the vote. She is working on a book about her experiences in politics.

(excerpt)

Over the past two days, this conference has examined the questions of violence, poverty, power, and opportunity for women. What has emerged has been a recognition that somehow one's sense of well-being is tied to the level of control which one has over one's life. The conclusion has been that it is almost impossible to be happy, and content, when feeling buffeted and controlled by forces over which one has no control. So, in examining the question of "well-being", one is forced to examine the questions of power and control.

It is no accident that one of the factors which poor women, battered women, and women who are victimized by virtue of race or ethnic origin have in common is a sense of powerlessness, a belief that they lack the wherewithal to control or indeed even change those circumstances of their life which hurt them and cause them pain. It is no accident either that the word "well-being" does not appear in the feminist dictionary.

I believe that the search for well-being is not a personal but a political one. If there is any such thing as earning the right to ill-being, women have earned it. Society provides women with fewer choices of lifestyle and avenues for self-expression and achievement than men have. To make things worse, women are saddled with the moral as well as physical responsibility for the care of young children, so that it is harder for them even to fantasize escape from their families, much less actually to take a needed vacation.

I would like to suggest that, in the search for "well-being", we spend less time analysing ourselves, probing and poking at our psyche, to find out why we are always feeling emotionally out of sorts. Instead, we should focus more clearly on those factors in the world in which we live which are obstacles to the actualization of our full potential as well as the factors that would give us more control over our existence. I would suggest that we remind ourselves that "the personal is

political" and strive to deal with the issues of poverty, discrimination, blocked opportunities, violence, racism, ageism, and injustice in all its forms.

For me, the search for well-being is a call to action. Action means to ensure and secure control over my reproductive options. It also means that I demand to be paid the full value for my labour. It means freedom from violence in the home and in the community too. It means the enforcement of rape laws which recognize that I am the victim and that the man who raped me is the criminal, so my past life is my private life and not for public scrutiny when I have been assaulted.

It also means that for all matters of employment, housing, or promotion, I am to be judged solely on my ability and never on the colour of my skin, my gender, marital status, sexual orientation, religious or political affiliation, disability, or any other extraneous matter. It means that I am free of the degrading depiction of women which is portrayed in pornographic material or the media in its attempt to sell various and sundry commodities. It means that I have equal voice in the decision-making corridors of this land and that the equality rights and other rights which have been fought for and won must never be bartered away.

Finally, it means that I have the right to expect my government to negotiate for world peace, and not compromise its stance by permitting questionable military deals to be negotiated with other nations in the deluded notion that peace is achieved through war. It means that the ozone layer on my planet will survive beyond my years and the years of my descendants, and so will clean water, green forests, fish-filled oceans, and pure air.

Achieving these goals will guarantee my well-being, and the well-being of my daughter and granddaughters and others hereafter.

BEING: "to exist"; WELL: "in a satisfactory state". ■

Panel Discussion on Women and Well-being



Marie Vallée, Fédération du Québec pour le planning des naissances;



Harriet Simand, D.E.S. Action Canada;



Wendy Manson, Women's Section of the National Farmers' Union.

The CACSW invited three participants to share their views on ways to promote well-being among women. The three presenters – Marie Vallée of the Fédération du Québec pour

le planning des naissances, Wendy Manson of the National Farmers' Union, and Harriet Simand of D.E.S. Action Canada – offered perspectives on issues of concern to women's

health, on lack of access to information about contraception, on mobilizing to achieve change, and on raising concerns of rural women. Summaries of their addresses are given below.

Marie Vallée

*Fédération du Québec pour le
planning des naissances*

Few people realize that it was illegal in Canada to disseminate information on contraception until 1969, only 20 years ago. In reviewing birth control's subsequent history, Vallée told participants that, without doubt, women do have more options available to them today. By freeing women from unintended pregnancy, women have more choices about the number of children they want and when to have them.

Yet, Vallée said, women are now asking themselves (and others) just how far we, as a society, have come in our struggle for choices in controlling our fertility. The reality is that no method of birth control available today is 100% adequate and safe. Many women are still plagued with both short- and long-term side effects, which tend to jeopardize women's health and well-being. In many countries, contraception practices do not reflect the realities of women's lives. As well, the western practice of exporting inappropriate contraceptive devices to Third World countries shows no regard for the customs and traditions of these societies.

There is a common myth in Canada that all women have equal access to contraception. Yet many groups of women, especially younger women and those living in rural areas, do not have access to the full range of reproductive health services, and especially access to information, counselling, and services on birth control.

Although women have frequently called attention to the need for additional programs and services as well as for research funds, the interest shown by governments, the medical community, and pharmaceutical drug companies in developing better methods has been woefully inadequate. Vallée suggested that, as women, we should examine carefully those who have a vested interest in contraception. For example, there is an inherent contradiction between a multinational pharmaceutical company and its drive

to make a profit and women's desire for better lives and health. The need to listen to women's voices and experiences is urgent, Vallée said.

Wendy Manson

*Board member, Women's Section of
the National Farmers' Union*

A new vision of rural Canada is needed, one which allows farm women to set their own priorities, and not simply to respond to the agenda of others. According to Wendy Manson, women in farming communities across Canada are increasingly concerned about problems which affect their communities and families.

The triple workday of many farm women is itself a health issue. Many women work in the home, on the farm and, to generate needed income, off the farm (the percentage has risen from 21% in the 1970s to 40% in the 1980s). As many jobs off the farm are in the service sector, rural women are worried about the effects of free trade.

As well, more women must have a voice in determining policies and programs for rural communities, Manson said. The farm population is an aging one; with each passing year, people are leaving farming for economic reasons and young people find land too expensive to buy. The lack of community services for the elderly is an emerging and pressing issue. More and more women are having to care for aging parents because of a lack of community services.

Rural women are seeking solutions to the lack of transition homes and child-care centres. In many urban centres, women volunteer and work in such vital services, or lobby city hall and are part of fundraising efforts to establish them. Many rural women, with their triple workday, are not able to volunteer or lobby and are forced to find transportation to urban centres because needed services are unavailable in their communities.

In addition, questions about the quality, safety, and health of food are being raised by urban and rural women. Rural women have the additional worries about the growing use

of chemicals on the farms and the long-term health effects on their children, who are being exposed to these substances daily.

Harriet Simand

D.E.S. Action Canada

Women must be constantly vigilant in all areas of their life, but no more so than in the area of childbirth, fertility, and all forms of contraception, according to Harriet Simand, of D.E.S. Action Canada, a national group formed in 1983 to provide information, public education, and emotional support relating to Diethylstilbestrol or D.E.S.

D.E.S. is a synthetic form of the female hormone, estrogen, which was often prescribed (in fact, 30 different brand names were available) for pregnant women between 1941 and 1971 to prevent miscarriage. Some of the daughters of the women who took the drug have since developed a rare form of vaginal cancer. Both sons and daughters of D.E.S.-exposed mothers are at higher risk of developing abnormalities of the reproductive organs.

As the emphasis on treating infertility increases, there is an urgent need for women to become better informed about the short- and long-term effects of such drugs, to obtain second medical opinions, and to seek out information. Simand is finding that the adult children of mothers who took D.E.S. are now having fertility and pregnancy problems of their own. In seeking medical help, some of the daughters are attending fertility clinics and are being prescribed new hormones.

Governments and the medical profession should be responsible for providing information to allow women to make informed choices. When problems with D.E.S. surfaced, the medical profession was reluctant to divulge information on who had been prescribed the drug. Efforts by government and the pharmaceutical companies to inform women about the drug were also woefully inadequate. ■

SYMPOSIUM WORKSHOPS

Day One Workshops

Over the course of the two days, participants were invited to take part in a choice of 10 workshops, focussing on various aspects of the symposium theme of women and well-being. On day one, workshops examined reproductive well-being; body image and self-esteem; violence against women; preventing stress and burnout; and reproductive technology. Synopses of these workshops follow.



Sylvie Pinsonneault (centre), a sexologist from Montreal, in the "Toward Sexual Health" workshop, stressed the need for women to talk about sexuality and to be frank with each other.

Toward Sexual Health

According to the speakers and participants in a workshop on sexual health, women must change society's negative attitudes toward sexuality, contraception, childbirth, and menopause; talk to and support each other; and demand access to information as well as to women-centred treatment programs.

Sylvie Pinsonneault, the first speaker, is a sexologist at the Université du Québec à Montréal who is involved in a number of women's organizations and works in clinics with women and youth. Using her personal experience and research, she illustrated how women are categorized and labelled in ways that do not reflect their life cycles.

For example, medical and scientific terminology tends to use negative terms to describe a woman's fertility,

sexuality, contraception, or sexually transmitted diseases (STDs).

Pinsonneault cited the negative term "at risk of pregnancy" which is used when speaking about fertility for 40 years of a woman's life. A woman is called an "adult" for only five years of her life (between ages 30 and 35). Before and after that age, she is labelled in terms of the stage she is at in her reproductive life cycle: before age 30, she is "post-adolescent"; after 35, she is "aging" and either "pre- or post-menopausal".

Society also tends to view each cycle of a woman's life clinically. Contraception and fertility are usually discussed in terms of having to be "managed" or "controlled"; rarely are the links made between a woman's fertility, sexuality, and needs for contraception.

Women do not yet have a tradition of talking about sexuality, and must

learn to be frank with each other.

Pinsonneault stressed the role of sex education in the schools in helping to overcome the negative image of sexual health. Positive information about sexuality, pregnancy, the sensuality of the birthing experience, and all other stages of sexuality is lacking in the education system.

Women can and should define what is normal and healthy for them and share that information with other women through services that are sensitive to women's issues and concerns. This is particularly important in communicating information about STDs, which are so prevalent but rarely discussed.

The second speaker, Janine O'Leary Cobb, of Montreal, is the founder and publisher of the first national newsletter on menopause, entitled *A Friend Indeed*. In her remarks, she discussed physical, psychological, and sexual health from ages 40 to 60. She stressed that menopause should be recognized as a normal process in a woman's life cycle, which begins long before age 40.

A more woman-centred approach to menopause is urgently needed. Rather than focussing on ways to treat and "cure" menopause, Cobb suggested menopause be viewed as a transition to "post-menopausal zest". Cobb also expressed her concern about the increasing medicalization of menopause. Women should use their doctors as a way of confirming the physiological symptoms they are experiencing and resist the increasing use of drugs to treat a normal process.

Cobb echoed Pinsonneault's remarks in suggesting that one of the best ways to validate a woman's feelings and overcome anxiety and anger is to seek affirmation, support, and friendship from other women. Organizations such as the Older Women's Network can be extremely important in helping to maintain psychological well-being during and following menopause.

As well, more feminist research is needed in the area of sexual health.

For example, the lack of research into new contraceptive methods means that women must choose a method from a range of imperfect options. Participants discussed how women have attempted to fill the gap in research by creating women-run treatment centres and sharing information and knowledge with

each other. There should also be a shift in providing funds for programs and services in the area of reproduction. All agreed that priority should be placed on issues women consider important; several people cited research into new methods of contraception as needing urgent attention. ■

Body Image and Self-esteem



Catrina Brown (centre), and Gaétane Payeur (left), at the workshop on "Body Image and Self-esteem", said women must break free of the unrealistic body image that society imposes on them in order to strengthen their own self-esteem, and emphasized that they should concentrate on health, not appearance.

Canadian society says that a woman derives her value from her appearance, particularly her thinness. To free ourselves from this needless bondage, women face the following challenges:

- How can we modify our perception of ourselves?
- What are the implications of this for younger and older women, and women with disabilities?
- How can women disconnect self-esteem from body image and avoid illnesses such as bulimia and anorexia?
- What empowers women and increases their self-worth?

Speakers and participants in this workshop discussed these key questions. All agreed on the urgent need to develop a feminist perspective on these issues and to arrive at a consensus for dealing with them.

The first speaker was Catrina Brown, the founder of the "Program

for Women Preoccupied with Weight" at the Winnipeg Women's Health Clinic and an active organizer for the Bulimia and Anorexia Nervosa Foundation of Canada.

All weight problems, including the extreme cases of anorexia and bulimia, must be considered within the context of a society that has an obsession with weight. Brown stressed the importance of giving this obsession a political and social framework. Anorexia and bulimia, both of which are serious illnesses, must be viewed within the context of attempts by these women to control their lives. They face the conflicting stress and pressures of family, work, and a society that dictates the appropriate role for and appearance of women; weight is one of the few things these women can and do feel they can control.

Brown outlined the strong societal messages which dictate body image.

The media, through advertising, defines the correct body image for women. Thin, for example, is defined as sexy and feminine; the health benefits of exercise are considered secondary to the benefits of appearance and sex appeal. There is a strong belief among the sports and medical communities that women must conform to the proper height/weight measurements, which do not take into account individual differences. The fashion industry helps perpetuate stereotypes of body image. Clothing comes in only a small range of sizes; clothing for pregnant or larger-sized women is difficult to find in many stores.

It is not surprising, therefore, that a woman's self-esteem is tied to her body image. Women, continually oppressed by the pressure to be thin, often end up not liking themselves. This negative self-image can only be overcome when women empower themselves as they are, which Brown suggests will occur as awareness of these issues increases.

Similar messages were echoed by Gaétane Payeur, a feminist sociologist who, for the past 10 years, has been a professor at the Université du Québec à Hull. She felt that society imposes a body image on women that conforms to unrealistic standards of beauty, gentleness, and sexual appeal.

The result of this pressure is that many women do not feel ownership of their bodies. They end up feeling dispossessed of and alienated from their bodies. Their self-image breaks down. Women end up locked in a struggle with their bodies, their weight, their skin, their hair. When this occurs, the body becomes the enemy and a woman's creative energy and ability to be herself is frequently dissipated.

To strengthen women's self-esteem, Payeur suggested we must "decode" society's subtle messages. If women recognize the nature and pervasiveness of these messages, they will then be able to stop responding to them. Women should be encouraged to put health ahead of aesthetics by learning to "tune" into their bodies and their bodies' rhythms. As well, efforts should be made to learn to respect one's self-worth by accepting the quality of the inner self as more

important than the exterior image.

Payeur stressed that women's groups have a role to play in changing and demystifying a woman's perception of her body image and self-esteem. More sharing of information on holistic approaches to well-being is urgently needed. As well, she emphasized the need to work with girls and teenagers as well as women and to help them empower themselves.

Participants in the workshop shared the speakers' concerns that society places too much emphasis on the idea that "thin" is synonymous with health. Several people suggested that television producers, for example, should be made aware that their portrayal of older women is all too often "out of sight, out of mind" and that women want positive images of immigrant and visible minority women, lesbians,

and women with disabilities.

Finally, participants suggested that women support each other, and in particular encourage each other to focus on health, not appearance. Such support is essential to help women empower themselves, to take control over their self-definition, to cherish their own and others' uniqueness, to celebrate their differences, and to learn to live with their own bodies. ■

Violence Against Women

Women must be vigilant in keeping the issue of violence against women at the forefront of the public agenda. They must demand more education to prevent violence and more services that respond to the needs of all women.

Those were some of the key messages that emerged from a wide-ranging roundtable discussion on violence against women. Resource persons for the workshop were Trudy Don, a front-line worker and advocate for battered women since the 1970s, chair of the Steering Committee for a national organization of transition and interval houses, and coordinator of the Ontario Association of Interval and Transition Houses; and Aoura Bizzarri, coordinator of the Collectif des femmes immigrantes du Québec.

Don told participants that society cannot examine ways of improving the well-being of women unless there is more recognition that violence negates women's well-being. In defining violence, she stressed that it must include economic as well as physical violence, and violence against older women who are often the least well people in our society because they are abused through poverty.

Women in Canada must speak up – both individually and collectively – to protest the language used to describe violence against women. For example, although many people feel more comfortable with the term "family violence", in reality it obscures the seriousness of the violence, which is most often violence against women.



Participants in the workshop on Violence Against Women were told that the definition of violence must be expanded to include physical, sexual, economic, and emotional violence.

As well, there must be more links made between rape, incest, pornography, sexual harassment, and violence against women in the home.

Despite all the efforts of the past 10 years to prevent violence against women, a shortage of funds is hampering the work of many women and women's groups across the country. Many are disheartened by the continual need to lobby and educate every jurisdiction of government. There is a critical need for coordinated efforts, long-term funding to staff shelters, and separate funds for education and prevention programs. For example, many centres and women's groups are finding that although money is available from the federal government

through the Canada Mortgage and Housing Corporation to build shelter spaces, some provincial governments are refusing to provide funds to operate and staff the shelters.

Many transition homes and women's groups are also finding their energy being depleted by having to compete with each other for scarce dollars. Centres desperate to qualify for small pockets of money are having to change their priorities and deal with issues not on their agenda in the hope that more stable, long-term funding will become available.

Many participants felt strongly that government must consult with the front-line workers before establishing programs and services. Others sug-

gested that a national association to represent transition houses and shelters would be able to lobby on behalf of centres for the needed funds.

Fears were expressed about emerging legal issues. The trend toward fathers' rights groups, no-fault divorce legislation, mandatory joint custody, and compulsory mediation is diverting energy from dealing with the violence and from undertaking necessary education within the community. Participants felt that more legislative reform and education of the judiciary are necessary.

Much of the workshop focussed on the particular needs of immigrant women. Bizzarri told participants that changes in policies within the federal immigration system are urgently needed. For example, many immigrant women come to Canada when they are sponsored by their husbands. The conditions of sponsorship, however, mean that a woman is dependent on her spouse for up to 10 years. During that time, she is not eligible for legal aid or social assistance.

Domestic workers often work in situations which foster violence. They are isolated from society and the community, often working for their employers for three to four years. They fear that any complaint will result in deportation back to their country of origin. They often lack information about their basic rights and where to obtain counselling or aid.

In cases of battering, immigrant women are prevented from getting help because of language difficulties, culture, the spectre of deportation, and their dependent relationship with their spouses. Culturally sensitive services and more transition homes for immigrant women should be a major priority at every level of government. More shelters, language training, and information for immigrant women must be provided.

Programs and centres that are responsive to the needs of Native women are needed in many areas. Many battered Aboriginal women fear going to existing shelters because, like immigrant and visible minority women, they fear racism. Aboriginal women are working toward re-educating their men to the history of Native

culture, which traditionally did not include such violence.

Discussion also focussed on the needs of women once they have left a battering situation. The shortage of second-stage housing was identified as a major issue for all communities across Canada. In some areas of the country, even if a woman manages to find a second-stage shelter, she is then unable to find affordable, decent, permanent housing for her family.

Prevention of violence against women will only occur when long-term changes in attitudes permeate every level of society. The message that violence against women is a social issue, and not "just" a women's issue, must be strongly acknowledged.

Preventing Stress and Burnout

Stress and burnout are all too common in our society, and ways to recognize and overcome them must be found, according to speakers and participants in a workshop on prevention.

The first speaker, Anne Flynn, a professor of dance at the University of Calgary, told participants that the word "burnout" is relatively new, and has been coined to describe a whole set of behaviour. Burnout is a product of our lifestyle and is found throughout North America.

Women face a great deal of stress because of their unacknowledged double workday, inferior pay, sexual harassment, and high levels of guilt they carry around with them. Women are often especially stressed in the workplace, an environment created by men, for men, and which therefore rarely works well for women.

Flynn offered a wide range of ways to deal with stress and burnout. First, although stress primarily has a negative connotation, it is important to remember that there is both good and bad stress. Women need a certain amount of good stress (i.e., through exercise) in order to stay healthy. Negative stress, on the other hand, is when women move to the extreme and overload their physical and/or emotional systems.

Education should begin at an early age to teach children that violence against women is not acceptable. Non-violent ways of settling arguments, dealing with jealousy, and promoting equality between women and men must be taught. More education of the judiciary, criminal justice system, and all levels of government is a pressing priority.

Finally, participants felt that women's voices and experiences need to be clearly heard. Policies and programs at all levels of government and throughout the legal system must respond to the needs of battered women, front-line workers, volunteers, and immigrant and Aboriginal women. ■

The key to dealing with stress is to know your personal limits. Flynn said there are no rules to follow because each person has her/his unique limits; it is therefore important to be in tune with physical, emotional, and spiritual needs. She likened the alleviation of stress and burnout to a dancer's body. In both cases, it is imperative to "keep it supple". Suppleness allows people to move easily, adapt to change and adversity, and to minimize and prevent stress.

Women must also experiment and find concepts of work that fit the realities of their lives. She suggested that more flexibility in the working environment is needed, and concepts such as flex-time, working from home, and exercise breaks should be tried. Women in the paid labour force often put too much pressure on themselves to perform work tasks perfectly. Often they believe that if they call in sick, their office will fall apart. Flynn called this reaction "ego gratification", which can threaten a woman's well-being.

Finally, Flynn suggested that North American society has deprived us of the concept of playing. Playing is defined as being for children and for men. Women aren't encouraged to play; women, for example, tend not to become involved in group sports to the extent that men do.

The second speaker, Roxane Simard, offered her analysis of stress and burnout. Simard, co-author of a



Anne Flynn (left) and Roxane Simard told participants at the workshop on "Preventing Stress and Burnout" that the strains caused by women's double day and their striving for perfection don't leave any time for their own needs.

well-known book, *Va te faire soigner, t'es malade*, and a pioneer in feminist therapy, said burnout is caused by trying to be perfect 24 hours a day and because women do not often give themselves enough time to enjoy life and replenish their strength.

Through her research, she has concluded that high levels of stress and burnout exist among women because they have been taught since birth to be docile, discreet, devoted, reserved, inferior, dependent, and fearful. Women have been told that they don't have professions, which implies being able to choose; they've been told they have vocations, i.e., they're called to a duty. Women are expected to fulfill maternal, sexual, and nurturing services, in short, to be "on duty", on a full-time basis. Although it is relatively easy to leave a profession, it is considered treason to leave a "vocation".

Most research on stress and burnout does not look closely enough at women's situations. Usually, stress and burnout are seen as "male" problems that affect corporate men. Women, she said, are told they don't get stressed, they get depressed. Nor is burnout for women who work at home acknowledged as a reality of women's lives,

despite the fact that women tend to be responsible for children, the elderly, those with disabilities, and other people's health and happiness.

In order to remedy burnout, women must literally "disconnect" by drawing back and saying "no". Simard felt it important that women work as a group to battle stress and burnout, a process for which there are no shortcuts and which will take time.

In the discussion following the presentations, participants underscored the need to examine burnout as a societal issue, one that involves a restructuring of the workplace and rethinking of the work ethic. Others offered practical advice to prevent both stress and burnout from occurring. These included offering emotional and practical support to each other, delegating, and avoiding feeling guilty about the need for personal space.

Long-term solutions to these problems, however, are rooted in overcoming the basic inequalities facing women in society. Adequate incomes, child care, pensions, housing, and medical care, for example, would go a long way toward preventing stress and burnout and promoting well-being for all women. ■

Reproductive Technology

Women must educate themselves and take part in the debate around new reproductive technologies, especially with regard to who has control and who should be taking control.

The first speaker on this issue was Linda Williams, a sociology professor at Trent University in Peterborough, whose doctoral thesis examined these emerging issues. In her presentation, she focussed on in-vitro fertilization, artificial insemination, surrogate motherhood, and sex selection techniques.

Williams reviewed the extent of the public debate on the various ethical, religious, legal, and financial issues associated with new technologies. Overlooked in the debate, to date, is who benefits from these techniques, and what they will mean for women.

Her research found, in fact, that women often do not benefit from the technologies, which are most often fuelled by the belief that, if something is scientifically possible, it should be attempted. In-vitro fertilization, for example, is expensive, is physically and emotionally stressful, involves the use of drugs, is not covered by most provincial health plans, has strict criteria for acceptance, and has a low success rate.

Like in-vitro fertilization, artificial insemination (AI) is controlled by the medical profession. AI forms the basis for surrogate motherhood but, because most surrogates have low-paying jobs, if any at all, such practices raise the possibility of exploitation by those with more financial resources. Sex selection techniques can be done pre- or post-conception and are used around the world with varying degrees of "success". In countries where sex preference is very strong, concerns have been expressed about the imbalance of female/male ratios.

Williams raised the question of whether the massive amounts of money being spent on this technology would be better spent ensuring that all women have access to basic maternity care. She stressed the need for women

to educate themselves about the benefits and effects of these technologies, to understand the philosophy underlying them, and to press for practices which are woman-positive.

Many of these concerns were shared by Louise Vandelac, a researcher at the Université du Québec à Montréal. She recently conducted a study of new reproductive technologies for the Quebec Conseil du statut de la femme and is the author of a forthcoming book on the subject.

Vandelac also stressed the need for women to have access to more information on the full range of new technologies. Because of the lack of information, many women must rely on media reports, which tend to focus on successful human interest stories. Rarely reported are the risky nature of many of the methods involved, the unidentified side effects, long- and short-term problems, the high costs (e.g., \$40,000 per child, or more, because of multiple attempts) and a success rate that can vary from 0 to 7%.

Vandelac suggested that women should be putting more attention and money toward identifying and preventing the causes of infertility. Each year in the United States, for example, 30 million cases of sexually transmitted diseases are identified, many of which lead to long-term infertility. Only a quarter of what is needed is spent on preventing STDs.

The two presentations sparked a discussion on whether women can take control of new reproductive technologies. Many participants won-



Louise Vandelac (left), a sociologist from the Université du Québec à Montréal, and Linda Williams, a professor of sociology at Trent University, emphasized the possibility that reproductive technologies could be used by the medical and scientific elites as another tool to control women, in the workshop dealing with that issue.

dered why women are willing to put themselves at so much risk to have children. Both speakers suggested that infertility should be examined, not as a medical issue, but as a social problem, and that our definitions of families should be re-examined. Money could perhaps be better spent on helping infertile women through counselling. As well, women should encourage the medical profession to provide them with more information; for example, there can be an eight- to nine-year gap between stopping birth control and becoming pregnant.

Finally, all agreed that research on the effects of the new technologies, and the causes and prevention of infertility, should be a priority for all women's groups, including the CACSW, and that this information should be shared as widely as possible. Only with accurate information can women begin to empower themselves and make informed choices about technologies which will have an effect on their lives and on those of their families. ■



(left to right) Debi Forsyth-Smith, president of the Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women; Kathy Coffin, National vice-president, Canadian Abortion Rights Action League (CARAL); and Eileen Hornby, Status of Women Canada, at the reception.

Day Two Workshops

On the second day of the symposium, five workshops were offered. They focussed on: well-being of older women; physical health-care needs; women's mental health; working and living environments; and changing policies and services. Highlights are presented below.



Leah Cohen and Michèle Côté told participants in the "Well-being of Older Women" workshop that the voices and experiences of these women must be included when developing programs and services to address their needs.

Well-being of Older Women

As we move into the 1990s, the power of older women will continue to increase and society must take whatever steps are necessary to include their voices and experiences when developing programs and services to address issues such as poverty, violence, overmedication, and housing.

That strong message emerged from a workshop focussing on the well-being of older women. The first speaker was Leah Cohen, a Toronto political scientist who has spent the past 12 years researching, writing, and speaking on issues of concern to women. Her latest book, *Small Expectations*, focusses on society's betrayal of older women, and is based on interviews with women across Canada.

As a group, Cohen said, older women feel lonely and rejected, fear becoming useless, and live in terror of

becoming poor because of inadequate income and pensions. Many women feel a systematic erosion of their dignity and self-esteem; others told Cohen they felt like second-class citizens, barred from fully participating in life, and daily having to confront a bewildering number of myths and stereotypes. A consequence of this is that most are experiencing a great deal of stress.

The response to date from governments and other groups to the demographic explosion of older women (by 2020, for example, 20% of Canada's population will be over 65 years of age, the majority of whom will be women) has been woefully inadequate. Cohen said that society does not see aging as a viable stage in life; there is no attempt to integrate older people into planning or developing policies or programs that are meant to address their needs.

Instead, it is older people in every community, those living the issues and feeling a sense of urgency, who are organizing for change. Cohen cited the

emergence of the Older Women's Network as one example of an emerging political force. This group of older women has formed to educate themselves about the issues, learn how to plan campaigns, write position papers, approach politicians, and formulate strategies based on their experience. With the success of the lobby in preventing the federal government from de-indexing their pensions, older women are also realizing that they have a tremendous potential for power through the electoral system.

Cohen urged women's groups to be prepared to share their power with older women and support them in their efforts to effect change. As well, she encouraged women to develop friendships with older women to provide the warmth and affection that society so often denies them. By working together in mutually supportive ways, she said there is a potential for influence and power that women's groups have not yet begun to realize.

More attention should also be paid to the portrayal of older women in society. Society tends to place a high value on youthful appearance and low value on intellectual, social, or spiritual growth. Cohen suggested that ways be found to develop and encourage a positive image of aging.

The second speaker was Michèle Côté, a professor in the health sciences at the Université du Québec à Trois-Rivières and author of *Demain la vieille, c'est moi...* In her remarks, she too focussed on ways to make the situation of older women more visible to the public. The few images that are presented tend not to reflect the reality of older women's lives, who are often poor and alone.

Because society does not see old age as a natural stage of life, older people are often excluded from discussions about their lives. Côté suggested that one way to give some power back to older women would be to allow their voices to be heard in decisions such as those affecting their health or whether to remain in their homes.

Older women must not be excluded when issues relevant to women's lives are being discussed. When examining strategies for alleviating poverty, for example, we must include the need for better pensions to allow older women to live in dignity. Côté also suggested that, by becoming more cognizant of the language we use to talk about old age, we will begin to foster a more respectful treatment of older women.

A lively discussion followed the remarks of both presenters. Several people underscored the need to develop networks of supportive women early

in life and for women to keep these friendships throughout their lives. One woman discussed the culture of black society, in which black older women are held in high regard.

Another speaker suggested that the education system could play an invaluable role by acknowledging the abilities of older people in society and by encouraging more contact between the generations. This integration of older and younger people is especially important when policy issues, such as ways to build housing for the future, are discussed.

Finally, participants urged governments and status-of-women groups to move quickly to advance well-being for older women. Some suggested that greater economic autonomy should be guaranteed through an immediate increase in pensions paid to older women. As well, more research on the causes of and solutions to poverty is particularly pressing. Others stressed that any research undertaken by groups should be done in concert with older women, by listening to and learning from their experiences. ■

Physical Health Care

According to participants in a workshop on physical health, the traditional medical health-care system must become "user friendly", women need more information about safer alternatives, and they want to develop community approaches to health care and learn from their Native sisters.

The first speaker was Caroline Basile, a Native nurse who is the only medical personnel providing care, 24 hours a day, in a clinic in Mingan, a community of 300 people on the

north coast of Quebec. She spoke from both a personal perspective, commenting on her work within her own tribe, Montaignais, and on the situation of Native communities in general.

As women are considered to be the heart of the Native community, the health of women and children is extremely important. Basile's training in both Native and white approaches to health care enables her to deliver personalized care to Native families, through outreach programs and home visits. Because she can communicate with and is understood by her patients, often the person being treated is able

to take more responsibility for her/his own health care (for example, administration of medication).

This same quality of health care is not always evident in other Native communities, where care is usually delivered by non-Native practitioners. There, language barriers can pose an insurmountable problem not alleviated by interpreters, who are seen as intrusive. The result is a high level of frustration, by both the patient being treated and by the practitioner, as well as poor health-care quality.

The demand for Native nurses far exceeds the number available, despite an increase in the number of Native women becoming nurses. Discrimination toward Native nurses by non-Native colleagues and patients could be one explanation. Basile described how, as a nursing student, her patient load would become lighter because some people refused to be treated by her. (A positive aspect, however, was that she had additional time to spend with her patients.)

The second speaker was Carolyn DeMarco, a physician who writes a regular column in *Today's Health*. In her medical practice, she focusses on alternative and non-interventionist approaches and she has long been supportive of midwives and home births. She cited a number of examples of how the health-care system is not meeting the needs of women.

Although chronic fatigue is the number one complaint experienced by 20 to 40% of women, too many doctors still dismiss chronic fatigue as psychological and fail to ask questions about stress and overwork.



Caroline Basile and Carolyn DeMarco focussed on alternative and non-interventionist approaches at the workshop on "Physical Health Care". Basile, in particular, addressed the delivery of health-care services in Aboriginal communities.

Another major health concern for women is chronic yeast infections. Research evidence is suggesting that the long-term use of birth control pills and antibiotics, both widely prescribed, weaken the immune system and make women more vulnerable to lingering or recurrent viral infections and chronic yeast infections. Yet yeast syndrome is dismissed by many doctors as just another fad.

Nearly 40% of women may suffer from pre-menstrual syndrome (PMS), which can have painful and debilitating symptoms. Most doctors are only now beginning to accept the legitimacy of PMS; as yet, little feminist research is being done in this area.

One of the most glaring examples of a health-care system that fails women can be found in the area of birth control. Although women have long expressed an interest in safer forms of birth control, such as the cervical cap, research has chosen to concentrate on the causes of infertility. The higher rates of infertility women are experiencing may be linked to long-term use of the birth control pill.

Nor is there adequate research regarding the long-term use of birth control combined with hormone replacement therapy during menopause.

Access to quality health care is not uniform across Canada. Rural women, for example, are more likely to receive inferior medical care, have more caesarian sections and hysterectomies, and be prescribed more tranquilizers than are women in urban centres.

The failure of the current system to respond to the needs of women has prompted many to seek alternative approaches to health care. Homeopathy, for example, is founded on the principle that the body heals innately. Treatment consists of reaching the root causes instead of treating the symptoms.

DeMarco stressed the importance of trusting one's own perceptions in seeking different kinds of treatments. She offered her own guidelines: if it works and there are no side effects, then use it; use friends and networks to find a health practitioner who will take your concerns seriously; and choose alternative health practitioners as you

would choose any other service.

The discussion focussed on the discrimination faced by Native and visible minority women in the health-care system, at times because of language or culture. The participants stressed that women should have the right and freedom to choose forms of medical treatment used in other parts of the world.

As custodians of their family's health, participants identified a number of issues that are and will continue to be of concern to women. These included legalizing midwifery, creating and funding feminist approaches to health, learning from the experiences of Native women, and decreasing the large amounts of additives, hormones, pesticides, and sugar being consumed in our diets and that of our families.

A wide range of resource materials was presented, including the *Woman's Health Bill of Rights*, a handout prepared by Carolyn DeMarco, and the *Healthsharing Book: Resources for Canadian Women*, a guide to many of the issues discussed in the workshop. ■

Women's Mental Health

Professionals involved in the women's health area must learn to integrate the realities of women's lives and women should educate each other about alternative forms of therapy in order to keep mentally fit. Those were two of the suggestions that emerged from a workshop on women's mental health.

The first speaker, Dr. Suzanne Lamarre, is a psychiatrist on staff at the Douglas Hospital in Verdun, near Montreal. She was named Quebec's "Woman of the Year" for her contributions to the field of women's mental health.

In her presentation, Dr. Lamarre reviewed how medical and social services are not structured to meet the needs of women. For example, one study she cited showed that 5% of men between the ages of 18 and 24 have drug problems. Although the per-



Zubeida Ali of the Association des sages-femmes du Québec highlighted ways in which her profession (midwifery) can assist women in their search for well-being.

centage of women in this age bracket with drug problems is almost as high (about 3 to 4%), services geared to women's needs are difficult to find.

Dr. Lamarre said that psychiatry has a tendency to treat "sickness" rather than the "individual". She feels that, for too long, psychiatrists have

taken control over an individual's behaviour, rather than letting their patients have some responsibility for reorganizing their own lives. Ideally, physicians should help individuals to study and work out their problems, with the guidance of a psychiatrist.

Feminist therapy, because its focus is patient-driven rather than controlled by the psychiatrist, is responsive to the needs of women and, for this reason, has become an attractive alternative. Through such therapy, women are able to organize themselves, fight for their rights and equality, and avoid falling into the trap of becoming a victim of a system that strives to control them.

Janet Stoppard, the second speaker, is a faculty member at the University of New Brunswick in Fredericton where she teaches in the psychology department and in the women's studies program. Originally trained as a clinical psychologist, in recent years her work has focussed on bringing a feminist perspective to teaching, research, practice, and policy development in the mental health field.

Stoppard reviewed how, until a few years ago, a woman's mental health was measured by the degree to which she engaged in behaviour and roles deemed appropriate or socially acceptable for women, that is, marriage, motherhood, nurturing others, being emotionally supportive, putting the needs of others (especially those of her family) ahead of her own, not being aggressive or openly competitive. The goal of therapy, therefore, was to have women conform to traditional roles. Therapists, for example, coached women how to dress and act in more "feminine" ways.

Some progress has been made, Stoppard said, but research data on women's health concerns are still viewed by many professionals as inconsequential. As examples of prob-

lems not taken seriously, Stoppard cited studies showing that 5 to 15% of women, twice the number of men, suffer from symptoms of depression. New research is showing that 10 to 30% of young women suffer some form of eating disorder, such as anorexia or bulimia.

From a feminist analysis, many of the mental health problems experienced by women become more understandable when viewed from the perspective of women's lives. There is more understanding that the work women do is devalued and taken for granted, that women are disadvantaged economically in our society, and that they lack the power to take



Diane Goodine, of the DisAbled Women's Network (DAWN), discussed the needs of women with disabilities, and ways in which they can achieve well-being.

control of their lives.

Stoppard cautioned, however, about generalizing research findings with one group of women to all women. For instance, the circumstances and experiences of a white, middle-class, heterosexual woman will differ in significant ways from those of a white,

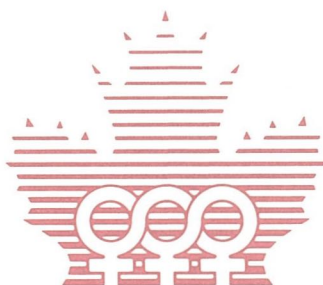
working-class lesbian, of a black woman, or of an immigrant woman. In understanding women's mental health problems, researchers must take into account women's differences as well as their similarities.

Stoppard examined a number of factors in our society which non-sexist, feminist analysis is showing to be damaging to women's mental health:

- inadequate training of mental health professionals, insufficient knowledge and information on women's mental health issues, and a lack of training in feminist approaches to therapy;
- inequitable distribution of resources within the mental health system, resulting in inadequate and poorly-funded programs and services for women;
- structural inequalities and systemic discrimination;
- unpaid caregiving and a lack of recognition for the work that women do with elderly, disabled, or sick family members or relatives;
- the effects on children of physical and sexual abuse.

Participants felt that women should have access to non-sexist and feminist approaches to therapy because supportive therapists are unavailable to many women. As well, many speakers said that the entire health-care system should be re-examined and re-organized in ways that incorporate holistic approaches to health. Others said the mental health field should be controlled by women for women.

Finally, in order to improve the availability of and access to services that are responsive to women's lives, workshop participants suggested that women's and other community groups educate each other about the options available to them and use the power of collective action to ensure that change occurs. ■



Working and Living Environments

Increased efforts are required to create living and working environments that meet the needs of all women, especially those of immigrant and visible minority women, rather than women constantly having to adjust to poorly-planned workplaces.

The first speaker was Marjorie Villefranche, coordinator of the Centre d'Animation pour Femmes Haïtiennes à Montréal, which helps Haitian women integrate and adapt to Canadian society. In learning to adapt to Canada, trying to understand the complexity of Canada's immigration laws, and adapting both themselves and their families to a new culture, Haitian women frequently face four kinds of discrimination:

- full responsibility for the household, her husband, and the children with no recognition of the value of her work in the home;
- the pervasive racism of a society which discriminates against non-whites, especially in housing;
- exploitation, sexual harassment, racial discrimination, and intimidation for those who work in the paid labour force;
- the common perception that immigrants are stealing jobs from Canadians.

Discrimination and racism will not end and better working and living environments for visible minority women will not be possible until they are given more access to language training. In Quebec, those who do have access to language courses are frequently only given seven months of French lessons. Often, this is not sufficient to become proficient in another language.

A major source of stress and alienation for immigrant women is the lack of recognition of their professional skills and qualifications. Although many women come to Canada with advanced education and considerable professional training and experience, they find themselves unemployed or underemployed. A woman is provided with only enough language training to enable her to get a job, which may not



CACSW President Sylvia Gold with Marjorie Villefranche (left), who presented the problems faced by Haitian women in adapting to life in Canada, to the "Working and Living Environments" workshop.

match her credentials. Villefranche underscored the urgent need to address this problem and suggested, as an example, that tests administered by various professional associations be adapted to these women's realities.

According to the second speaker, Colleen Weir, a member of "Women Plan Toronto", planners rarely acknowledge or consult with the majority of the population that will be affected by their decisions, namely, women, children, the elderly, and people with disabilities. This organization, formed in 1985, seeks to enhance the quality of life in Toronto by helping Metro women influence decisions made by local politicians and by helping those same politicians recognize women's gender-specific needs.

Consultations with 25 diverse groups of women revealed a universal lack of recognition of women's individual needs. This lack of sensitivity reinforces women's sense that society does not value mothering or children. Following the meetings, Women Plan Toronto put together community priorities and services based on women's voices and experiences.

Transportation for both able-bodied and disabled women is a major concern which emerged from the study. The cost and design of public transit presents an enormous obstacle for

almost all groups of women, especially those on low incomes, mothers with young children, elderly women, and women with disabilities. Why, for example, is public transit still not designed to accommodate strollers? They also found that women are increasingly apprehensive about travelling on public transportation at night, yet are unwilling to accept restrictions on their movement as trade-offs for safety. Solutions to this problem are complex, but the minimum requirements include better lighting and policing.

Discussion in the workshop focussed on ways that society could meet women's needs. Because the importance of having supportive living and working environments, especially for immigrant and visible minority women, is emerging as such a vital issue, some suggested that it be given urgent priority for research and education efforts. Others said that discrimination and racism against women will only be overcome when the nature of power is changed from control, dominance, and oppression over others to a more feminist view that power through collective interaction is unlimited. ■

Changing Policies and Services

Women are developing innovative ways to lobby and educate in order to change the orientation of many policies and programs that affect their lives but do not reflect their realities, according to speakers and participants in a workshop on ways to change policies and services for women.

Jane Fulton, a professor of strategic management and health policy at the University of Ottawa, was the first speaker. In her remarks, she focussed on strategies that women's groups could use to influence public policy as well as effective ways to communicate ideas and solutions to government.



Simone Comeau Geddry discussed a unique model of health care, the Extra-Mural Hospital in New Brunswick, at the "Changing Policies and Services" workshop.



Diane Lemieux (left), who talked about meeting the needs of sexually-assaulted women in the "Changing Policies and Services" workshop, with Louise Vandelac.

There is a complex interaction between interest groups and government. Individual women or women's groups become advocates when they identify a problem, present a solution or series of solutions to government, and encourage public approval for their cause. Advocacy issues can be universal (affecting all women) or selective (of concern to a particular group such as women with disabilities). Technical advocacy issues can also be aimed at trying to change legislation or regulations, such as those affecting midwifery.

Fulton identified a number of routes through which women can propose solutions to government. These include:

- lobbying, by direct representation, as a member of a coalition, or with consultants working on a group's behalf;
 - advocacy advertising, which involves the selling of policy ideas rather than products or services;
 - participating in the political process, a riskier route that involves campaign contributions, policy advice, and campaign assistance through mobilizing voters;
 - contributing to formal or informal public policy groups, such as royal commissions, with ideas and analyses which subsequently influence policy.
- Before embarking on advocacy

activity, Fulton suggested that there first be consensus on the approach to be used in lobbying. For example, the members of the group may be divided on whether lobbying government should be a primary focus, especially if they receive government funding. The need for one clear message was stressed, as governments find it easy not to respond if there is division within the group.

Once a group has decided to lobby, it is important that the targets be identified. These can range from decision-makers themselves (Cabinet ministers, legislators, bureaucrats), those with influence on and/or access to decision-makers (assistants or spouses), to the voting public and other interest groups. Although none of these groups should be neglected, the degree to which they need to be lobbied will vary.

Timing and technique are extremely important to a campaign. Fulton recommended that groups be as proactive as possible, and stressed the need for an early-warning monitoring system. The style of presentation depends, to a large extent, on the target. In order to approach politicians effectively, direct contact may be necessary; bureaucrats, on the other hand, may request more technical written material. The news media need short summaries of the key points, with contact names provided for follow-up.

Following this overview, the workshop's focus shifted to a discussion of a model of health care that is unique in Canada and which grew out of direct advocacy activity within a community. Simone Comeau Geddry is Director of Health-care Services at the Extra-Mural Hospital in New Brunswick, which offers a multi-disciplinary approach to care at home.

Comeau Geddry explained how the service, which now serves 60% of the New Brunswick population, is spread throughout 13 communities. Each unit is managed by a co-ordinator, who works in close liaison with local hospitals and social service agencies. The hospital is geared toward patients with short-term acute problems, such as high-risk pregnancies, as well as those needing long-term care, such as cancer patients. In 1987-88, eight thousand patients were cared for,

about half completely at home, the other half transferred from hospital.

This model of health care allows women with sick children to have children at home, saving women from having to add hospital visits to an already busy timetable. Support services are provided to women, including homemakers, so that the burden of coping with sick children and family needs does not become overwhelming.

The third speaker, Diane Lemieux, director of the Regroupement québécois d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, discussed strategies for changing the orientation of programs in the public network of social services.

As an example, she recounted how, a few years ago, the Quebec government distributed a legal and medical kit to be used in rape cases. The kit contained a large piece of paper. Women in emergency rooms had to stand on the paper while they were undressing, so that all the evidence would be caught. (The paper could not be used in legal proceedings because the existence of hair, for instance, did not prove a rape took place.) Individual women and women's groups criticized

the kit for the tests that were humiliating and discriminatory because they were based on the premise that women had to prove they had been raped. The kit was eventually changed, though not because women complained, but because doctors found it too long and complex to use. The lesson, Lemieux concluded, is that sometimes there is no choice but to involve other interest groups in achieving change.

Often, however, the very fact that a woman's group collectively organizes around an issue can bring change. For instance, Lemieux felt that feminists advocating around the issue of rape has helped change the perception of rapists as strangers in dark alleys.

Workshop discussion focussed on the need for women's groups to communicate clear, visible concepts to government and the public as well as to work with other groups to effect changes in policies and programs. There were a number of questions about funds spent on health-care services. Women are often told that money to fund the programs and services for which they are advocating simply does not exist. Participants said that such arguments avoid the

real question of the priorities placed on spending. Women's well-being and general health would be greatly improved if spending priorities were changed to better education, child care, and workplace issues.

The problems of delivering health-care services in northern communities were also discussed. There is enormous stress placed on families when pregnant women must travel to Winnipeg and Churchill to give birth, often being away from their families for up to three months. Essential services such as fixing glasses or dentures can take up to six months to a year, because they must be sent to Whitehorse or other communities.

Finally, participants suggested that women must be eternally vigilant in their attempts to change policies and programs. More usable information on lobbying, advocacy, and working with the media is needed and should be widely disseminated. As well, more feminist research should focus on ways in which policies and programs should be changed. ■

How to order CACSW Publications

The Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW) produces research on a wide variety of issues affecting women, and publishes these findings as books, booklets, background papers, and fact sheets. Publications lists can be obtained by contacting the

CACSW National Office at
110 O'Connor Street,
P. O. Box 1541,
Station "B",
Ottawa, Ontario,
K1P 5R5,
phone (613) 992-4976.

NOTICE

Changes were made to two of the articles in *Integration and Participation*, a publication released by the Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW) in the fall of 1987, without the permission of the authors. Copies of the original articles are available in English from the authors.

Karen Stotsky
33 Newton St.
Ottawa, Ontario
K1S 2S6
(Chapter 6: Occupational
Health and Safety)

Patty Deline
38 Melgund St.
Ottawa, Ontario
K1S 2S2
(Chapter 8: Workers'
Compensation)

UN JUSTE ÉQUILIBRE

Automne 1989

Bulletin du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme

ISSN 0830-1824

Compte rendu du colloque : Les femmes et le mieux-être



L'hon. Monique Bégin



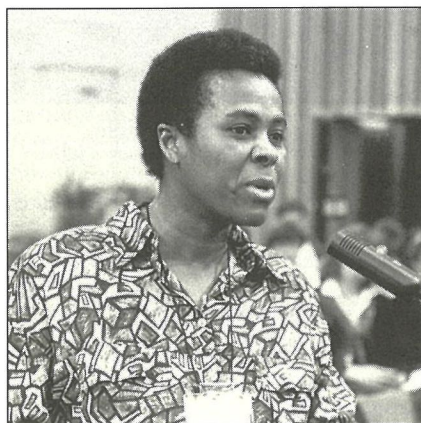
L'hon. Barbara McDougall



Rosemary Brown



Daurice Perron



Aoura Bizzarri



Jane Pepino



Canadian
Advisory Council
on the Status of Women

Conférences • Tribune
• Ateliers



Conseil
consultatif canadien
sur la situation de la femme

DANS CE NUMÉRO

LES FEMMES ET LE MIEUX-ÊTRE.....3

CONFÉRENCES

- «Réduire l'écart des réalités».....5
Sylvia Gold
- «Les femmes et leur mieux-être» ...7
L'hon. Monique Bégin
- «L'équation du mieux-être».....8
L'hon. Barbara McDougall
- «La recherche du mieux-être».....9
Rosemary Brown

TRIBUNE SUR LES FEMMES ET LE MIEUX-ÊTRE10

- Marie Vallée
Fédération du Québec pour le
planning des naissances
- Wendy Manson
Conseil de la division des
femmes, Syndicat national
des cultivateurs
- Harriet Simand
DES Action-Canada



Betty Lee, présidente de l'Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada, explique aux déléguées les préoccupations de son organisme.



Margaret Leahey, présidente du Alberta Advisory Council on Women's Issues, s'adresse à la conférencière.

LES ATELIERS DU COLLOQUE

- Première journée12**
 - La santé sexuelle des femmes.....12
 - Image de soi et estime de soi.....13
 - La violence faite aux femmes.....14
 - Prévention du stress et de
l'épuisement professionnel.....15
 - La technologie de la
reproduction.....17
- Deuxième journée18**
 - Le mieux-être des moins jeunes ..18
 - Les soins de santé19
 - La femme et la santé mentale20
 - Les conditions de vie
et de travail22
 - De meilleurs programmes et
services23

Page couverture

En haut (de gauche à droite) les conférencières invitées : **Monique Bégin**, titulaire de la chaire conjointe en études des femmes à l'Université d'Ottawa et à l'Université Carleton, **Barbara McDougall**, ministre responsable de la Condition féminine, et **Rosemary Brown**, directrice du Centre MATCH international.

En bas (de gauche à droite) : Daurice Perron, membre du CCCSF, Aoura Bizzarri, Collectif des femmes immigrantes du Québec, et Jane Pepino, membre du CCCSF.

Toutes les photos ont été prises par Photo Features Ltd.

Un juste équilibre est publié par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme dans le but de donner aux Canadiennes et aux Canadiens les dernières nouvelles concernant le travail du Conseil, et pour favoriser la discussion et le débat. Vos commentaires et vos suggestions sont les bienvenus. On peut obtenir sans frais d'autres exemplaires de ce bulletin.

Bureau national

110, rue O'Connor, 9^e étage
C.P. 1541, succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5R5
(613) 992-4975

Bureau régional de l'Est

2021, avenue Union, bureau 875
Montréal (Québec) H3A 2S9
(514) 283-3123

Bureau régional de l'Ouest

220, 4^e avenue S.-E., pièce 270
C.P. 1390, succursale M
Calgary (Alberta) T2P 2L6
(403) 292-6668

Le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme a été fondé en 1973 pour conseiller le gouvernement et porter à son attention ainsi qu'à celle du public les questions qui intéressent les femmes et leur famille. La plupart des services sont situés au bureau national d'Ottawa, mais le Conseil assure sa présence régionale grâce aux bureaux des vice-présidentes à Montréal et à Calgary.

Les femmes et le mieux-être

La santé, pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des Nations Unies, « est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». Plus précisément, elle passe aussi par l'élimination de la pollution de l'environnement, de l'insuffisance et de l'insécurité alimentaires, du manque d'éducation, qui font obstacle à la santé pour tous. Toujours selon l'OMS, l'état de santé se manifeste dans la mesure où une personne ou un groupe de personnes peut réaliser ses aspirations et concrétiser ses besoins, modifier son environnement ou s'y adapter. La santé est ainsi considérée comme une source d'énergie quotidienne plutôt qu'un objectif à atteindre.

Le système de santé a toujours eu tendance à définir et à étiqueter les femmes comme de passives bénéficiaires des soins de santé, et la maladie est vite devenue plus importante que la maladie. En outre, la notion d'un mieux-être émotif, social, environnemental et économique a été négligée ou méconnue dans l'étroite définition, purement physique, qu'on lui a donnée.

Le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (CCCSF) a invité des représentantes de 65 groupes de femmes à venir à Ottawa les 14 et 15 mars 1989 pour y discuter du mieux-être des femmes dans des contextes traditionnels et féministes. Cette année, comme par les années antérieures, l'affirmation des femmes a dominé dans toutes les discussions relatives au mieux-être, qu'il s'agisse de la santé mentale, des besoins en soins de santé, des conditions de vie et de travail, de la technologie de la reproduction, de la violence faite aux femmes ou du mieux-être des moins jeunes. Les participantes ont examiné les mesures à prendre pour assurer la participation des femmes à l'établissement des programmes gouvernementaux, et elles ont préconisé des modifications aux programmes et aux services afin qu'ils soient mieux adaptés aux réalités de la vie des femmes. Les démarches traditionnelles ont été jugées incontestablement inefficaces,

la situation étant d'autant plus critique pour les femmes à faible revenu, les femmes rurales, les Autochtones, les immigrantes, les membres des minorités visibles et les femmes handicapées.

Selon les participantes, les femmes luttent pour obtenir que la santé soit envisagée dans un contexte global, c'est-à-dire tenant compte des éléments physiques, émotifs, sociologiques, économiques et environnementaux. On sous-estime depuis trop longtemps les qualités des femmes en tant que soignantes et gardiennes de la santé au foyer; elles cherchent maintenant à reconquérir les valeurs perdues et leur pouvoir en tant que guérisseuses, médecins, infirmières, conseillères, pharmaciennes, sages-femmes et « femmes sages » de la société. Les participantes ont concentré leur attention sur les luttes que mènent les femmes pour que ces rôles leur soient acquis, et sur la façon dont elles commencent à rompre le monopole du pouvoir en prenant une part active dans le régime de soins de santé et en s'imposant dans le domaine de la recherche.

Au cours des deux jours du colloque, les membres du Conseil et les participantes ont assisté aux conférences, posé des questions, participé aux dix ateliers et aux tribunes, échangé des points de vue et ont eu l'occasion de s'entretenir avec leurs élu-e-s. Nombre de questions-clés ont été soulevées.

Axé sur le traitement des maladies, le système de soins de santé sous-estime les médecines douces pourtant propices au mieux-être. Par exemple, dans les cas de ménopause et d'ostéoporose, bien souvent les méthodes de traitement ne correspondent pas aux expériences des femmes. En outre, les subventions accordées dans les domaines qui concernent strictement les femmes, comme la contraception, sont insuffisantes. Quant à l'hygiène de la reproduction, l'accès à des services de santé sûrs et adéquats constitue un problème majeur, particulièrement pour les femmes

jeunes et les femmes à faible revenu. Au chapitre de l'infécondité, les nouvelles techniques de reproduction font souvent fi des besoins des femmes en matière d'information et de counselling.

L'incidence de la situation socio-économique des femmes sur leur santé n'est pas reconnue. Les tenants des méthodes traditionnelles de traitement ont été lents à accepter et à apprécier les interventions féministes favorisant une approche globale des problèmes de santé, c'est-à-dire une approche axée sur la thérapie et le counselling. Lorsqu'une femme souffre de dépression, par exemple, on lui posera rarement des questions sur sa situation socio-économique : est-elle seule soutien de famille, est-elle aux prises avec des difficultés financières, sans aide de son ex-conjoint et sans ressources adéquates pour la garde des enfants et le logement?

Une communauté saine tient rigoureusement compte, à toutes les étapes de sa planification et de son expansion, des besoins et des expériences des femmes. Dans les processus de planification, les problèmes sociaux et les mesures destinées à favoriser la famille sont souvent négligés. C'est pourquoi les femmes doivent participer à la réorganisation des priorités et des services, particulièrement dans les domaines du logement, des transports en commun, de la sécurité des rues et des services de garde.

Le vieillissement de la population canadienne aura de profondes répercussions sur les mesures sociales touchant la santé, le logement et les transports. À mesure que la population avance en âge, des mesures s'imposent pour améliorer le mieux-être des femmes âgées, fréquemment sous-estimées, délaissées et négligées. Elles ont un urgent besoin de programmes et de services destinés à promouvoir leur indépendance et leur estime de soi. Des mesures sociales et des programmes d'appui pourraient en effet considérablement atténuer la vulnérabilité des femmes âgées face

à la pauvreté, à l'ennui, à l'abus de médicaments, à la violence et à la maladie.

Le mépris des agents stressogènes auxquels sont soumises nombre de femmes risque d'entraîner un taux élevé de stress et d'épuisement professionnel. Les femmes chefs de familles monoparentales qui s'efforcent de relever le défi du double emploi, les femmes qui occupent un emploi à temps partiel et celles qui exercent une activité industrielle à domicile sont souvent exposées à des situations stressantes qui altèrent leur bien-être. Les participantes ont insisté pour que les décideurs tentent de nouvelles

démarches en vue d'aider les femmes à faire face aux réalités du double emploi, aux faibles salaires, au harcèlement sexuel, aux emplois non spécialisés et au sentiment de culpabilité.

La société canadienne a tendance à amplifier le mythe selon lequel une femme se définit à son apparence. Cette poursuite de l'image de soi peut entraîner un effritement du mieux-être, de même que des maladies telles que l'anorexie et la boulimie. De nouvelles mesures s'imposent pour promouvoir la confiance en soi de l'ensemble des femmes, mais surtout des jeunes femmes et des femmes âgées, des femmes appartenant à des minorités

visibles et des femmes handicapées.

Les pages suivantes présentent des extraits des conférences et un résumé des ateliers. Le colloque a suscité la conviction que les femmes doivent être pleinement intégrées au processus décisionnel, dans le cadre duquel prennent forme les mesures et les programmes touchant leur santé et leur bien-être. Les femmes doivent en effet participer aux décisions qui marqueront leur vie et celle de leurs familles, et la société a le devoir de veiller à ce que les revendications des femmes soient intégrées aux mesures visant à promouvoir le mieux-être. ■



L'honorable Barbara McDougall remet les certificats aux membres sortant-e-s du CCCSF. De gauche à droite : Myriam Bernstein, Veronica Johnson, Daurice Perron (dont le mandat a été prolongé depuis) et Lawrie Edinboro.

(De gauche à droite) Rosemary Brown a eu l'occasion de rencontrer Ann Bell, présidente du Newfoundland and Labrador Provincial Advisory Council on the Status of Women, et Jane Fulton, une des conférencières à l'atelier : « De meilleurs programmes et services ».



Réduire l'écart des réalités

par Sylvia Gold, présidente du CCCSF

La présidente du CCCSF, Sylvia Gold, a ouvert le colloque de 1989. Dans son mot de bienvenue, elle a établi un parallèle entre le thème de ce colloque et ceux des années précédentes et elle a livré quelques réflexions sur la corrélation entre le mieux-être physique, émotif, social, économique et environnemental.

(extraits)

Le colloque annuel du CCCSF donne l'occasion d'examiner divers aspects de la vie des femmes. Le premier, tenu en 1986, portait sur les femmes et l'économie, le second sur la famille, le troisième sur les femmes et le pouvoir et, cette année, nous nous concentrons sur les femmes et le mieux-être. Des points communs se dégagent de tous ces colloques. Permettez-moi de les aborder tour à tour et de vous inciter à y réfléchir au cours des deux prochaines journées.

Année 1 :

Les femmes et l'économie

Au cours du premier colloque, nous avons examiné la question de l'économie dans une perspective féministe. On nous a dit que les femmes sont une composante essentielle d'une économie canadienne vigoureuse et qu'elles contribuent de façon significative à la santé économique et commerciale du pays. Nous avons discuté des mesures à prendre pour stimuler l'affirmation des femmes et remédier à l'effacement et au mépris de leur travail au foyer, aussi important sur le plan économique que le travail rémunéré. Des données canadiennes révèlent en effet que les femmes au foyer à temps plein travaillent en moyenne 50 heures par semaine et que les mères qui occupent un emploi à temps plein ont de plus



Dans son mot de bienvenue, la présidente du CCCSF, Sylvia Gold, parle de l'affirmation de soi comme outil de mieux-être.

longues heures de travail que tout autre groupe de la société.

Année 2 :

Les femmes et la famille

L'année suivante, nous avons porté notre attention sur le noyau central de notre société, la famille. Les participantes ont formulé diverses définitions de la famille, mieux adaptées au contexte actuel. Nous avons examiné de près les moyens de favoriser l'affirmation de l'ensemble des femmes dans la société, surtout des femmes au foyer, des mères seules et des victimes de violence conjugale. Nous avons en outre insisté sur l'urgence d'un programme national de services de garde de qualité.

Année 3 :

Les femmes et le pouvoir

L'année dernière, la notion d'affirmation a certes inspiré le thème du colloque, qui nous a permis de nous concentrer sur le pouvoir économique, le pouvoir politique et le pouvoir des médias. Les participantes ont jugé nécessaire de formuler une nouvelle définition du pouvoir mettant en relief les valeurs et les perceptions du monde dans une optique féministe.

L'attente fébrile des élections

fédérales, en mars dernier, a certes insufflé une énergie particulière aux discussions sur le pouvoir politique des femmes. Les participantes ont réservé un accueil chaleureux à la conférencière invitée, Kristin Halldorsdottir, députée du parti l'Alliance des femmes, en Islande.

Année 4 :

Les femmes et le mieux-être

Cette année, nous comptons nous inspirer de nombreux points découlant des colloques précédents. Ainsi, l'affirmation est encore au cœur des discussions sur le mieux-être qui, comme l'entendent les femmes, ne relève pas uniquement de l'élément physique mais aussi des éléments non moins importants d'ordre émotif, social, économique et environnemental.

Aujourd'hui, on commence à reconnaître la corrélation entre toutes ces formes de mieux-être. On constate également que nos efforts commencent à porter fruit en ce qui a trait à la reconnaissance des aspects préventif et curatif en matière de santé.

Graduellement et avec une persistance admirable, les femmes établissent les liens et font en sorte que les réalités de leur vie soient prises en considération. Au lieu de nous laisser définir et étiqueter, nous sommes de plus en plus sensibles au pouvoir du langage et nous nous en servons pour nommer les choses par leur nom. Par exemple, nous employons délibérément le terme « violence conjugale » plutôt que « violence familiale » parce qu'il laisse entendre que la violence se situe dans le cadre d'une union et l'on sait que, dans la plupart des cas, la violence est dirigée contre les femmes. Le terme « violence familiale » n'a pas cette connotation.

Nous devons continuer à fermer l'écart entre les services dont les femmes ont besoin et les mesures et programmes qui leur sont offerts, un concept que nous appelons « l'écart des réalités ». Ces lacunes dans les services et programmes sont particulièrement pénibles pour certains groupes de femmes, notamment les femmes à faible revenu, les femmes en milieu rural, les Autochtones, les

immigrantes, les membres des minorités visibles et les femmes handicapées.

Dans notre société, ce sont souvent les femmes qui ont réduit les écarts en créant des services et des programmes adaptés aux réalités de leur vie, en l'occurrence des centres de détresse ou des maisons de transition, des cliniques à l'intention des femmes ou des réseaux d'éducation en matière de santé. À mesure que les femmes

s'affirment, elles trouvent de nouveaux moyens de réduire les écarts. La société, pour sa part, doit veiller à ce que les revendications et les expériences des femmes soient prises en considération dans l'élaboration des mesures et des programmes.

Nous devons lutter sans cesse pour que soit reconnue la réalité des femmes et, pour y arriver, nous savons que nous devons exercer une constante

vigilance et suivre de près les nouvelles tendances. La condition féminine ne marquera des progrès véritables et durables que dans la mesure où prendra forme un nouveau partenariat axé sur l'égalité, c'est-à-dire sur la pleine intégration des femmes au processus décisionnel. C'est en travaillant ensemble que nous réussirons à fermer l'écart des réalités. ■



L'honorable Monique Vézina, ministre d'État à l'Emploi et à l'Immigration, en compagnie de la présidente du CCCSF Sylvia Gold, au cours d'une réception à l'intention des déléguées présidée par l'honorable Monique Landry, ministre des Relations extérieures et du Développement international, au nom de l'honorable Barbara McDougall, ministre responsable de la Condition féminine.

CONVERGENCE MÉRITE NOS REMERCIEMENTS LES PLUS SINCÈRES

Le Conseil désire adresser à Convergence et plus particulièrement à Janice McLean, Rachel Gaudreau et Susan Ferner, ses plus sincères remerciements pour l'excellente organisation et le bon fonctionnement du colloque. Pour la quatrième année consécutive, en collaboration avec les membres et le personnel du Conseil, le groupe Convergence a choisi les divers sujets de discussion, aidé à dresser la liste des conférencières et des groupes invités à Ottawa et veillé à ce que les participantes reflètent la diversité géo-

graphique, linguistique, culturelle et ethnique du Canada. Chaque année, Convergence s'occupe de l'aspect logistique du colloque, coordonnant les conférences et les ateliers et exerçant les mille et une fonctions reliées à un événement semblable, toujours avec un professionnalisme et une bonne humeur à toute épreuve. Nous leur disons notre profonde reconnaissance pour leur inlassable dévouement à la condition féminine et leur analyse judicieuse des dossiers d'intérêt.

Sylvia Gold

Les femmes et leur mieux-être

par l'honorable Monique Bégin

Afin d'analyser les progrès accomplis pas les femmes dans le domaine de la santé et de proposer aux participantes certaines perspectives du mieux-être, le CCCSF a invité l'honorable Monique Bégin à prononcer l'allocution d'ouverture. Madame Bégin est ex-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et titulaire de la chaire conjointe en études des femmes à l'Université d'Ottawa et à l'Université Carleton.

Madame Bégin a passé en revue une liste d'ouvrages publiés dans les pays industrialisés sur la santé des femmes. Elle a ensuite analysé, dans une optique générale, les questions actuelles à ce sujet et donné son point de vue sur les mesures nécessaires au cours des prochaines années.
(extraits)

Les obstacles au mieux-être des Canadiennes sont les suivants : le manque de sensibilité en général, la non-reconnaissance de l'expérience des patientes, la médicalisation de problèmes sociaux, et la perception que l'homme représente la norme et la femme la déviance. Le manque d'intérêt médical pour la prévention, l'absence de pratiques dites alternatives et de soins et services de santé non traditionnels, l'accent mis sur la technologie médicale en matière de recherche et de traitement en sont d'autres.

Les femmes veulent une démedicalisation à divers moments de la vie, tout particulièrement de la grossesse et de l'accouchement. Donner la vie n'est pas une maladie et n'a pas à se passer en hôpital, sauf cas exceptionnels et rares. Et à l'hôpital, rien ne démontre le bien-fondé de l'abus de technologies médicales comme l'échographie et le monitoring foetal.

L'éventail des choix et la possibilité pour chaque femme de décider pour elle-même devraient donc être la base des mesures publiques en matière de santé. De plus, les femmes ayant des handicaps, les femmes victimes de violence et les femmes âgées devraient bénéficier d'approches non médicales



L'honorable Monique Bégin souligne les lacunes du système de soins de santé et insiste sur la nécessité d'offrir des choix aux femmes en matière de services.

là où, en ce moment, leur unique point de chute est le système hospitalier. Deux autres aspects de la démedicalisation attaquent de front la pratique moderne de la médecine. Il s'agit de dénoncer ici les opérations non nécessaires pratiquées sur les femmes et la surprescription de médicaments d'ordonnance, spécialement de tranquillisants.

Les femmes demandent, de façon urgente, un effort de recherche médicale et pharmaceutique pour comprendre et traiter certains de leurs problèmes de santé. Comme s'ils n'apporteraient aucun prestige aux chercheurs qui s'en préoccuperaient, les moments de la vie reproductive des femmes n'ont pas été approfondis et leur ignorance est une des causes des opérations et des drogues non nécessaires imposées aux patientes. Syndrome prémenstruel, douleurs menstruelles, pré-ménopause et ménopause n'en sont que quelques exemples, qui toucheront la vie de chaque femme. De même, les causes de la stérilité, de l'endométriose et autres, ne sont pas priorisées dans la recherche, où tout l'argent va aux nouvelles techniques de la reproduction (NTR).

En matière de contraception, on n'a que trop le sentiment que depuis la commercialisation de la pilule anti-conceptionnelle, en 1968 au Canada, la recherche dort sur ses deux oreilles et les compagnies pharmaceutiques encaissent simplement les bénéfices sur leurs investissements passés. De la même manière non glorieuse, les maladies chroniques (avant et pendant le vieillissement) ne semblent guère intéresser les chercheurs.

Les femmes ont souvent demandé, depuis 15 ou 20 ans, des réformes dans l'organisation du système et dans la livraison des soins. Il est difficile de donner en résumé la liste ou la description des services que les femmes veulent voir s'instaurer, pour la raison très simple que la composante locale ou régionale en est une caractéristique intrinsèque et que la liste est longue! Autrement dit, elles ne demandent pas un réseau canadien, d'un océan à l'autre, de services bâtis à partir d'un seul modèle. Elles veulent développer, au contraire, ce que chacune de leur communauté pense être une bonne approche de leurs réalités quotidiennes. Elles veulent avoir des services de soins de santé conçus par et pour les femmes, tant à l'intérieur du monde hospitalier qu'à l'extérieur, dans des centres de femmes ou des cliniques de quartiers. Elles veulent que soit repensée l'organisation occupationnelle dans le monde des soins de santé. Pourquoi ne faisons-nous pas appel aux infirmières cliniciennes pour nombre de consultations qui ont lieu uniquement dans les cabinets médicaux, par exemple?

Les femmes, premières responsables de la santé au Canada (tant dans les familles que dans le système de soins), ont dénoncé à maintes reprises le gaspillage de talents (et l'exploitation) des travailleuses de la santé non médecins, de même que la dangereuse fragmentation des soins. Enfin, les femmes souhaitent l'élargissement à des pratiques de médecines douces de notre système de soins de santé public et prépayé. Cette piste de réformes implique aussi un effort d'approche globale, visant à considérer la personne

entière et son environnement. Elle s'ouvre sur les champs de pratique d'autosanté et de groupe d'aide mutuelle. Elle s'ouvre aussi sur l'intervention féministe, bien que cette dernière ne soit pas exclue de la pratique de la médecine scientifique du modèle biomédical.

Les femmes veulent voir des changements d'attitudes et de comportements dans le monde médical, tout spécialement chez les médecins et les spécialistes (gynécologie et obstétrique en priorité) ainsi que chez certain-e-s autres professionnel-le-s de la santé. (Elles n'acceptent pas, en passant, que l'État s'immisce dans la question de l'avortement, décision personnelle s'il en est, sinon pour les règlements de bonne pratique médicale communs à toute autre intervention.) De plus, les attitudes autoritaires et paternalistes des médecins et de certains autres professionnels de la santé rebutent de plus en plus les patientes et en arrêtent un bon nombre de consulter quand elles le devraient.

Dans une autre dimension, on ne peut pas parler du mieux-être des femmes de chez nous sans être confronté à l'absence de réforme radicale de la condition féminine. Nous avons, comme société, accompli un grand nombre de réformes depuis vingt ans, mais nous n'arrivons pas à harmoniser travail payé et responsabilités familiales. Nous continuons de spolier les travailleuses d'un tiers de leurs salaires collectifs par rapport à ceux des hommes. Nous ne développons pas les infrastructures nécessaires aux différents âges de la garde des enfants. Les femmes ne sont pas, en pratique et malgré la rhétorique officielle, des partenaires égales aux hommes dans aucune structure de pouvoir de la sphère publique – politique, économique ou autre – c'est-à-dire qu'elles sont absentes des instances décisionnelles.

Les résultats sont prévisibles : la pauvreté, l'isolement social, le sentiment d'impuissance et le stress n'ont jamais engendré la santé. J'ai choisi pour cette conférence d'ouverture de souligner l'injustice faite aux femmes, les profondes contradictions qu'on leur fait vivre et le prix qu'elles payent de leur santé. Ce n'est pas un hasard si les problèmes de santé des femmes ne

sont pas dramatiques en apparence et s'ils relèvent du quotidien et de la grisaille. Ce n'est pas un hasard si la recherche médicale n'y prête guère d'importance et si les chercheurs n'y trouvent pas de prestige. Les femmes se doivent de continuer à être des agentes de changement social et à laisser savoir aux autorités qu'il est nécessaire de nous donner accès à un éventail de services de santé. Si chaque association féminine, si chaque composante du mouvement des femmes du Canada, si chaque club de

l'âge d'or où les femmes sont en grande majorité, décidait d'ajouter à son programme annuel et aux priorités de ses membres les questions de leur santé, à travers quelque projet d'étude que ce soit, les choses seraient forcées de commencer à bouger.

Et une chose est certaine : en ce faisant, les femmes peuvent être assurées de travailler au mieux-être non seulement de leur propre santé mais de celle des enfants et des hommes. ■

L'équation du mieux-être

par l'honorable Barbara McDougall

Madame Barbara McDougall, ministre responsable de la Condition féminine et ministre de l'Emploi et de l'Immigration, a examiné certaines dimensions du mieux-être et insisté pour que le concept soit perçu d'une façon globale. La santé, la forme physique et la prospérité économique sont d'importants facteurs qui contribuent au mieux-être. Madame McDougall a poursuivi en présentant d'autres composantes de l'équation du mieux-être.
(extraits)

Le terme « mieux-être » évoque l'idée de santé, tant physique que mentale. Il est évident que les femmes doivent avoir une bonne santé physique et mentale pour s'acquitter de leurs multiples rôles essentiels dans la société. En ce sens, l'état de santé de la femme détermine en grande partie sa capacité de réaliser toutes ses potentialités.

C'est la raison pour laquelle la santé des femmes a été retenue comme dossier d'intervention important au cours des deux dernières conférences des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la Condition féminine. À la suite de nos discussions à la dernière conférence, par exemple, un groupe de travail composé de fonctionnaires a été créé pour étudier de près les questions liées à la santé reproductive. Au cours de sa première année de travail, ce groupe



L'honorable Barbara McDougall, ministre responsable de la Condition féminine, affirme qu'on ne peut parler du mieux-être des femmes sans creuser les causes profondes des inégalités sociales et économiques.

accordera une attention particulière aux nouvelles techniques de reproduction.

Un document publié par Santé et Bien-être social Canada, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, accorde une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux adolescents, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Le programme préconise une redéfinition des cadres du système canadien de la santé, l'élément central du bien-être social. Le document constitue l'une des plus marquantes initiatives

des récentes années dans le domaine de la santé et nous espérons qu'il donnera lieu à des changements positifs au régime canadien de soins de santé.

Autant la santé est primordiale pour toutes les femmes du Canada, autant certains facteurs peuvent être nuisibles à la santé de groupes de femmes particulièrement vulnérables. Les troubles de la santé chez les immigrantes, par exemple, sont souvent liés de près au fait qu'elles sont isolées sur les plans linguistique, culturel, social et économique. Heureusement, on assiste à une prise de conscience de leurs besoins particuliers et on reconnaît que les intervenant-e-s de la santé qui connaissent plusieurs langues et qui sont sensibles aux différences culturelles peuvent faciliter grandement l'accès aux services.

Conscient des besoins particuliers des immigrantes, notre gouvernement a annoncé l'année dernière un certain nombre d'initiatives : création du programme *Femmes en détresse* destiné à venir en aide aux femmes réfugiées, expansion du programme de cours de langue à l'intention des immigrantes retenues à la maison par les responsabilités familiales, et programme de 25 millions de dollars annoncé en octobre 1988 afin de multiplier les cours

d'orientation, de formation linguistique et de formation professionnelle destinés aux immigrantes.

Considérons maintenant la situation des femmes handicapées, dont les besoins sont exacerbés par les défis qu'elles doivent relever. Toute discussion sur le mieux-être des femmes doit leur accorder pleine considération aux chapitres des droits à la reproduction, des abus et des agressions sexuelles. En outre, le vieillissement et l'isolement social peuvent avoir des conséquences plus sérieuses pour les femmes physiquement handicapées. Une attitude répréhensible de la part des professionnels de la santé et l'insécurité financière contribuent également à mettre en péril leur santé mentale.

À mon avis, on ne peut aborder le mieux-être des femmes sans tenter de comprendre les facteurs sous-jacents aux inégalités économiques et sociales dont elles sont victimes. Notre gouvernement est sensible à l'interaction de ces facteurs inhérents à la vie des femmes du Canada. C'est pourquoi nous nous sommes attaqués, sur une grande échelle, aux dossiers touchant la condition féminine, de manière à veiller à ce que les femmes jouissent de l'égalité dans tous les aspects de leur vie.

J'aimerais mentionner également notre loi sur l'équité en matière d'emploi, le programme national des services de garde, nos programmes visant la violence familiale, les abus sexuels et l'exploitation des enfants, notre réforme des régimes de pensions, les mesures que nous avons prises pour faire respecter l'ordonnance des pensions alimentaires, nos initiatives visant à encourager les femmes à participer aux programmes de formation en milieu de travail.

Toutes les femmes du Canada doivent faire preuve de confiance et de courage, se montrer fières de leur contribution à la société canadienne et fières du pouvoir qu'elles ont de contribuer encore davantage. Nous devrions intensifier et accroître notre mieux-être en exerçant notre pouvoir de façon concrète.

Les femmes doivent étendre sans cesse leur participation aux processus décisionnels, que ce soit dans les sciences, la vie communautaire ou la politique. Ainsi sera rehaussé le mieux-être des femmes et des hommes du Canada, à mesure que se manifesteront les nouvelles perceptions et interactions féministes dans ces domaines. ■

La recherche du mieux-être

par Rosemary Brown



Rosemary Brown, première femme candidate à la direction d'un parti politique fédéral (NPD 1975), a résumé le colloque en affirmant que le mieux-être se mesure à l'empirisme que l'on a sur sa propre vie.

Nulle n'était mieux choisie que l'auteure et féministe Rosemary Brown pour clore le colloque. Plusieurs décennies consacrées à la cause des femmes et à celle des droits de la personne l'ont éclairée sur la nature du mieux-être et des luttes que doivent mener les femmes du monde entier pour arriver à se prendre en main et à mener leur vie.

Madame Brown est directrice du Centre MATCH international, un organisme voué à l'éducation des femmes dans les pays en voie de développement. Pendant quatorze ans elle a été députée à l'assemblée nationale de la Colombie-Britannique, jusqu'à sa retraite en 1986. Elle a été candidate à la direction du Nouveau Parti démocratique fédéral

en 1975, où elle a été défaite au quatrième tour de scrutin avec 42 % des votes. Madame Brown se consacre actuellement à la rédaction d'un livre sur ses expériences en politique. (extraits)

Au cours des deux derniers jours, ce colloque nous a permis d'examiner les questions portant sur la violence, la pauvreté, le pouvoir et les chances d'avancement des femmes. Nous avons pu constater que l'état de mieux-être est directement lié au degré de maîtrise que nous exerçons sur notre vie. Nous en avons conclu que le bonheur et la satisfaction sont étrangers au sentiment d'être ballotées ou dominées par des forces sur lesquelles nous n'avons aucun ascendant. On ne peut donc parler de mieux-être sans parler du pouvoir et de la maîtrise.

Ce n'est pas un jeu du hasard si les femmes pauvres, les femmes battues et les femmes victimes de discrimination à cause de leur race ou de leur origine ethnique ont en commun un sentiment d'impuissance, celui de n'avoir pas les moyens de mener leur vie, ou à tout le moins d'en modifier les circonstances qui leur causent souffrances et malheurs. Ce n'est pas non plus un jeu du hasard si l'expression « mieux-être » ne figure pas au dictionnaire féministe.

Pour moi, la recherche du mieux-être ne doit pas être un cheminement personnel mais politique. Si on accordait des prix aux infortunés, les femmes seraient certes les gagnantes! La société offre moins de choix aux femmes qu'aux hommes en ce qui a trait aux styles de vie et aux avenues ouvrant sur le succès et l'expression de soi. Pour comble de malheur, les femmes ont hérité de la responsabilité morale et physique de l'éducation des enfants, si bien qu'elles n'ont même pas le loisir d'imaginer s'échapper du milieu familial, à plus forte raison pour prendre des vacances pourtant bien méritées.

Dans notre recherche du mieux-être, nous devrions cesser de nous analyser, de sonder et de fouiller notre psyché

pour y trouver des raisons à nos sautes d'humeur, et nous attarder plutôt aux facteurs qui nuisent à la pleine réalisation de notre potentiel et à ceux qui nous permettraient de mener notre vie. Notre cheminement doit être politique et nous devrions nous évertuer à résoudre les problèmes relatifs à la pauvreté, à la discrimination, à l'inégalité des chances, à la violence, au racisme et à l'injustice sous toutes ses formes.

Pour moi, le mieux-être est un appel à l'action. Et action signifie prendre les moyens pour acquérir et garder la maîtrise sur mes choix en matière de reproduction; exiger d'être rémunérée en fonction de mon travail; être libérée de la violence tant au foyer qu'à l'extérieur. Cela signifie l'application de lois sur le viol qui reconnaissent que je suis la victime et que l'homme qui m'a violée est un criminel, qu'en conséquence mon passé m'appartient et qu'il n'a pas à être exposé au grand public sous prétexte qu'on m'a agressée.

Cela signifie également qu'aux chapitres de l'emploi, du logement ou des promotions, je dois être jugée uniquement sur mes compétences et jamais en fonction de ma couleur, de mon sexe, de ma situation sociale, de

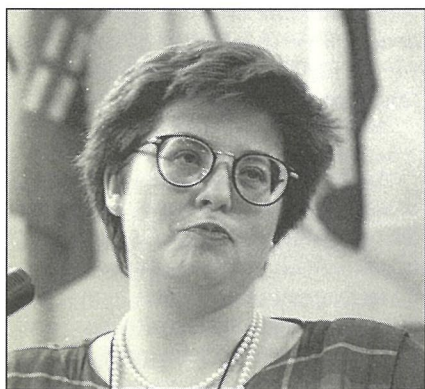
mes tendances sexuelles, de mes allégeances religieuses ou politiques, de mes handicaps ou de tout autre facteur non pertinent. Cela signifie être débarrassée de l'image dégradante des femmes dans la pornographie et même dans la publicité qui s'en sert pour vendre toutes sortes de produits. Cela signifie que j'ai droit à une égale représentation dans le processus décisionnel de ce pays et que les droits à l'égalité et les autres droits acquis ne doivent jamais être troqués.

Enfin, cela signifie que je suis en droit de m'attendre à ce que mon pays aspire à la paix mondiale et qu'il ne se compromette pas dans des traités militaires douteux avec d'autres nations, sous prétexte que c'est par la guerre que s'obtient la paix. Cela signifie que la couche d'ozone qui recouvre notre planète va survivre bien au-delà de ma génération et de ma descendance, ainsi que l'eau pure, les vertes forêts, les mers poissonneuses et l'air pur.

La réalisation de ces objectifs sera la garantie de mon mieux-être et de celui de mes filles, de mes petites-filles et des générations à venir.

ÊTRE : qualité de ce qui est;
MIEUX-ÊTRE : amélioration de ce qui est. ■

Tribune sur les femmes et le mieux-être



Marie Vallée, Fédération du Québec pour le planning des naissances



Harriet Simand, DES Action-Canada



Wendy Manson, membre du conseil de la division des femmes, Syndicat national des cultivateurs

Le CCCSF a invité trois spécialistes à participer à une tribune sur la promotion du mieux-être chez les femmes. Marie Vallée de la Fédération du Québec pour le planning des naissances, Wendy Manson du Syndicat national des cultivateurs et Harriet Simand de DES Action-Canada, ont étudié sous divers angles la santé des femmes, le manque d'information sur la contraception, les moyens à prendre pour provoquer le changement et la conscientisation aux préoccupations des femmes en agriculture. Voici en bref leurs propos.

Marie Vallée

Fédération du Québec pour le planning des naissances

Combien d'entre nous savent que jusqu'en 1969, il y a à peine 20 ans, la diffusion de renseignements sur la contraception était illégale au Canada? Marie Vallée estime que les femmes ont depuis acquis beaucoup de liberté en matière de contraception : affranchies des grossesses non désirées, elles peuvent maintenant choisir combien d'enfants elles veulent et quand elles les auront.

Or les femmes examinent d'un oeil de plus en plus critique notre engagement collectif face à la liberté en matière de fécondité. Tout compte fait, il n'existe toujours aucune méthode contraceptive qui soit entièrement efficace et sans danger, et encore aujourd'hui, les effets secondaires des contraceptifs minent à court et à long terme la santé et le mieux-être de nombreuses femmes. Qui plus est, les méthodes contraceptives employées dans plusieurs pays font toujours fi du vécu des femmes; par exemple, l'exportation de certains contraceptifs dans les pays en voie de développement témoigne du mépris total pour les us et coutumes propres à ces sociétés.

Au Canada, on croit à tort que toutes les femmes profitent de services égaux en matière de contraception. En fait, bien des groupes, surtout les jeunes femmes et celles qui sont éloignées des villes, doivent composer avec des services fragmentaires en matière d'hygiène de la reproduction; ce sont surtout les services d'information, de consultation et de contraception qui se font rares.

Les gouvernements, les médecins et les grandes compagnies pharmaceutiques ont jusqu'à ce jour fait la sourde oreille aux revendications des femmes pour un plus vaste choix de programmes et de services, et pour des fonds de recherche. Il faut donc que les femmes se demandent quels sont au juste les motifs des parties intéressées à la contraception. Une multinationale pharmaceutique à but lucratif peut-elle réellement avoir à coeur la santé et le mieux-être des femmes? Il est grand temps que l'on soit à l'écoute de l'avis et de l'expérience des femmes, conclut madame Vallée.

Wendy Manson

Membre du conseil de la division des femmes, Syndicat national des cultivateurs

Il est grand temps, nous dit Wendy Manson, de modifier notre perception du milieu rural afin que les agricultrices puissent déterminer elles-mêmes leurs priorités et cesser de réagir à celles des autres. À la grandeur du pays, les agricultrices soulèvent de plus en plus de questions touchant leurs milieux et leurs familles. La santé est certes un sujet d'inquiétude : nombre d'agricultrices font une triple journée de travail, vaquant aux tâches ménagères, participant à l'exploitation agricole et occupant un emploi rémunéré pour arrondir les fins de mois dans 40 % des cas (par opposition à 21 % dans les années 70). Qui plus est, comme une grande part de leurs emplois à l'extérieur relèvent du secteur tertiaire, elles s'inquiètent beaucoup du libre-échange.

Selon madame Manson, les femmes en agriculture doivent avoir voix au chapitre quant à l'élaboration des programmes et des mesures étatiques dans les milieux ruraux, notamment en ce qui a trait au vieillissement de la population agricole. Chaque année, des gens quittent leurs fermes pour des motifs pécuniaires et la relève se fait rare, les jeunes n'ayant pas les moyens de payer le prix élevé des terres. En outre, les services aux personnes âgées sont inadéquats dans bien des collectivités rurales, ce qui oblige de plus en plus de femmes à prendre soin de leurs parents âgés.

Les agricultrices tentent par ailleurs de trouver des solutions à la pénurie de maisons de transition et de garderies. Alors que dans les villes les femmes réussissent à mettre sur pied ces services essentiels en y travaillant bénévolement, en faisant du lobbying auprès du conseil municipal et en recueillant les fonds nécessaires, les agricultrices n'ont pas l'énergie de faire un tel travail une fois leur triple journée terminée. Elles sont donc contraintes d'aller chercher dans les villes les services essentiels toujours inexistants chez elles.

Enfin, tant à la ville qu'en régions rurales les femmes s'inquiètent de la qualité et de la pureté des aliments, mais les agricultrices ont une préoccu-

pation supplémentaire : l'usage répandu des pesticides met leurs enfants quotidiennement en présence de produits chimiques dont on ne connaît pas encore les effets à long terme.

Harriet Simand

DES Action-Canada

La vigilance est toujours de rigueur pour les femmes, mais s'il y a un aspect de leur vie où il leur faut veiller au grain, c'est bien l'accouchement, la fécondité et la contraception. Ce sont là les propos de Harriet Simand, de DES Action-Canada, un groupe national mis sur pied en 1983 pour offrir information et appui aux victimes du diéthylstilbestrol (DES) et pour sensibiliser la population à leur sort.

Le DES est une version synthétique de l'hormone femelle estrogène qui fut prescrite aux femmes sous quelque 30 marques de commerce différentes, entre 1941 et 1971, dans le but de prévenir les fausses couches. Dans certains cas, les filles des femmes qui ont pris le DES ont maintenant une forme rare de cancer du vagin, et tant leurs filles que leurs fils sont plus susceptibles de souffrir d'anomalies des organes reproducteurs.

Puisque les traitements contre l'infécondité gagnent en importance au Canada, il faut que les femmes se renseignent sur les effets à court et à long terme des médicaments et des hormones qu'on leur prescrit, qu'elles obtiennent toujours l'avis d'un autre médecin et qu'elles se documentent. Madame Simand constate que les enfants des femmes traitées au DES ont aujourd'hui des difficultés en matière de reproduction, et nombreuses sont les jeunes femmes qui s'en remettent aux cliniques de fertilité, où on leur prescrit de nouvelles hormones.

Il revient aux gouvernements et aux médecins de bien renseigner les femmes afin qu'elles puissent faire des choix éclairés. Madame Simand rappelle que quand les premières séquelles du DES se sont manifestées, les médecins étaient peu disposés à révéler qui avait pris cette hormone; quant au gouvernement et aux compagnies pharmaceutiques, ils étaient aussi avares de renseignements sur le DES. ■

ATELIERS DU COLLOQUE

Première journée

Pendant les deux jours du colloque, les participantes ont eu le choix de dix ateliers tous consacrés à divers aspects du mieux-être des femmes. Les ateliers de la première journée portaient sur la santé sexuelle, l'image de soi et l'estime de soi, la violence faite aux femmes, la prévention du stress et de l'épuisement professionnel et la technologie de la reproduction. Voici un sommaire de chacun de ces ateliers.



Sylvie Pinsonneault (au centre), sexologue de Montréal, a incité les femmes à parler de sexualité et à s'ouvrir entre elles, au cours de l'atelier sur la santé sexuelle des femmes.

La santé sexuelle des femmes

Il ressort de cet atelier que les femmes doivent veiller à ce que notre société adopte une attitude saine envers la sexualité, la contraception, l'accouchement et la ménopause. Elles doivent être solidaires les unes des autres et revendiquer l'accès à l'information, aussi bien que des programmes de soins axés sur leurs besoins précis.

Sylvie Pinsonneault, sexologue à l'Université du Québec à Montréal, s'occupe de plusieurs organismes de femmes et travaille en clinique auprès des femmes et des jeunes. Forte de son expérience personnelle et de ses recherches, madame Pinsonneault explique que la société attribue aux femmes des catégories et des étiquettes qui ne tiennent aucunement compte des cycles réels de leur vie.

Elle donne à titre d'exemple le vocabulaire médical et scientifique, qui use couramment de termes négatifs pour décrire la fécondité et la sexualité de la femme, la contraception et les maladies transmissibles sexuellement (MTS). Dans cette optique, la femme est « fertile » pendant 40 ans de sa vie, perspective pour le moins décourageante. Elle n'est considérée comme une « adulte » que pendant une période de cinq ans, soit de l'âge de 30 à 35 ans, avant et après quoi elle est étiquetée selon l'étape à laquelle elle se trouve dans les cycles de sa vie. Ainsi, elle est « postadolescente » jusqu'à l'âge de 30 ans, elle est « vieillissante » après 35 ans, pour bientôt devenir « préretraîtée » puis « retraitée ».

La société tend par ailleurs à médicaliser les cycles de la vie des femmes et ainsi à vouloir gérer et discipliner la contraception et la fécondité. Rarement fait-on le rapport entre la

fécondité d'une femme, sa sexualité et ses besoins de contraceptifs.

Selon madame Pinsonneault, les femmes n'ont pas la tradition de parler sexualité et elles doivent commencer à échanger entre elles librement. On ne saurait par ailleurs assez insister sur l'importance de l'éducation sexuelle dans les écoles pour nous débarrasser de l'image négative associée à la santé sexuelle. Ainsi, nous dit madame Pinsonneault, un programme sain d'information sur la sexualité, la grossesse, la sensualité de l'accouchement et sur toutes les étapes de la sexualité s'impose dans nos écoles.

En outre, les femmes doivent définir ce qui est normal et sain pour elles et en parler avec d'autres femmes par l'entremise de services taillés expressément à leurs besoins et à leurs préoccupations. Le dialogue est surtout important au chapitre des MTS, si répandues et pourtant si secrètes.

La deuxième conférencière, Janine O'Leary Cobb, a fondé à Montréal le premier bulletin à tirage national sur la ménopause, *Une véritable amie*, dont elle assure toujours la publication. À propos de la santé physique, psychique et sexuelle des femmes âgées entre 40 et 60 ans, madame Cobb insiste sur le fait que la ménopause est un processus normal de la vie d'une femme, qui commence bien avant l'âge de 40 ans.

Une approche féministe de la ménopause est donc essentielle; il faut cesser de vouloir la traiter et la guérir et commencer à la voir comme l'étape préalable à la fougue de la deuxième jeunesse. Madame Cobb s'inquiète de la surmédicalisation de la ménopause; elle estime que les femmes ne devraient s'en remettre à leurs médecins que pour comprendre les symptômes physiques qui se manifestent et devraient résister à l'abus de médicaments qu'on leur prescrit de plus en plus pour traiter ce processus normal.

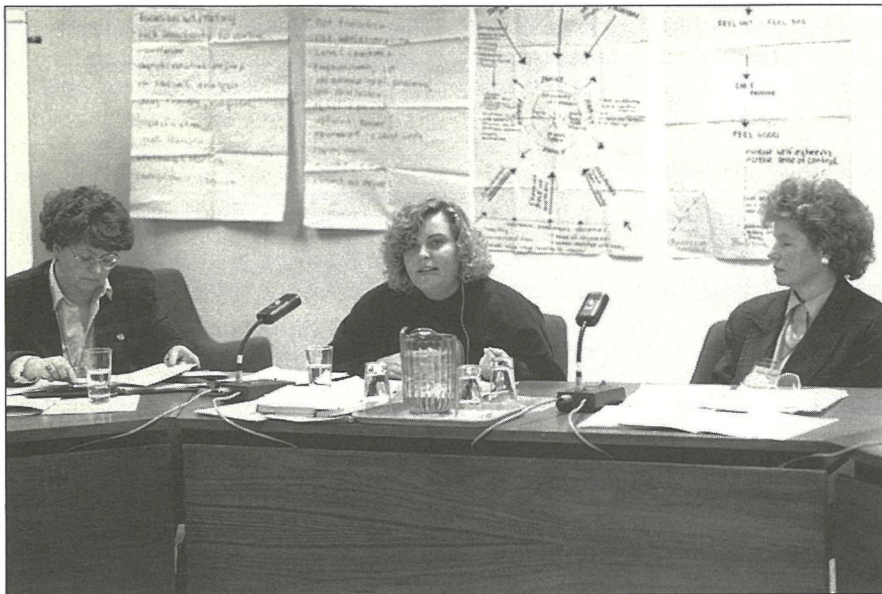
Madame Cobb renchérit par ailleurs sur les propos de madame Pinsonneault, affirmant que l'une des meilleures façons pour les femmes de valoriser leurs sentiments et de surmonter la colère et l'anxiété est de rechercher l'appui et l'amitié d'autres femmes. Des organismes comme le réseau des femmes âgées mis sur pied à Toronto peuvent contribuer au mieux-être psychique de la femme

pendant et après la ménopause.

Des recherches féministes s'imposent dans le domaine de la santé sexuelle. Par exemple, le piétinement de la recherche sur de nouvelles méthodes de contraception oblige les femmes à choisir parmi une gamme de contraceptifs médiocres. Les participantes ont souligné les efforts des femmes pour tenter de suppléer au vide dans la recherche en mettant sur

pied des centres de traitement gérés par des femmes et en partageant renseignements et connaissances. Elles ont toutes convenu qu'il faut réviser les priorités qui sous-tendent le financement des programmes et services en matière de reproduction afin de les faire porter sur les questions que les femmes jugent importantes, et plusieurs ont souligné le besoin criant de nouvelles méthodes contraceptives. ■

Image de soi et estime de soi



Catrina Brown (au centre) et Gaétane Payeur (à gauche), à l'atelier « Image de soi et estime de soi », ont invité les femmes à se libérer de l'image peu réaliste que la société leur impose et à miser sur la santé plutôt que sur l'apparence afin de raffermir leur estime de soi.

Dans notre société, la valeur d'une femme tient à son apparence, surtout à sa minceur. Pour s'affranchir d'une conception si étroite, les femmes doivent trouver réponse aux questions suivantes :

- Comment modifier la perception que nous avons de nous-mêmes?
- Quel est l'effet de cette perception sur les jeunes femmes, les femmes âgées et les femmes handicapées?
- Comment dissocier estime de soi et apparence physique afin d'éviter des maladies comme la boulimie et l'anorexie?
- Comment donner de l'assurance aux femmes et accroître leur estime de soi?

Conférencières et participantes ont discuté de ces questions et se sont

entendues sur la nécessité d'y répondre selon une perspective féministe axée sur un plan d'action unanime.

Catrina Brown, qui a fondé le programme des femmes préoccupées de leur poids à la clinique de santé pour femmes de Winnipeg, s'occupe activement de l'Association pour la boulimie et l'anorexie du Canada. Selon elle, tous les troubles reliés au poids, y compris les comportements excessifs que sont la boulimie et l'anorexie, tiennent d'une société en proie à une idée fixe, la minceur. Madame Brown insiste sur la nécessité de situer cette obsession dans un cadre politique et social. Elle avance que la boulimie et l'anorexie, deux maladies très graves, témoignent des efforts faits par les femmes pour se prendre en main : aux

prises avec les pressions contradictoires de la famille, du milieu de travail et de la société, qui leur dictent le rôle et l'apparence de mise, les femmes s'acharnent sur les quelques aspects de leur vie qu'elles estiment pouvoir maîtriser, notamment leur poids.

Madame Brown énumère ensuite les moyens mis en oeuvre dans notre société pour imposer une image de soi. Il y a d'abord la publicité, qui transmet des messages lourds de sens sur l'apparence idéale d'une femme : pour être attirante et féminine, il faut être mince; pour bien paraître, il faut être en forme (les bienfaits de l'exercice pour la santé étant ainsi jugés accessoires). Viennent ensuite les milieux du sport et de la médecine, où font rage les idées préconçues sur la taille et le poids convenables, qui font fi de l'individualité. Il y a enfin la mode, qui perpétue les stéréotypes de l'apparence : les vêtements ne sont offerts que dans des tailles limitées, et les femmes fortes ou enceintes trouvent difficilement à se vêtir.

Rien d'étonnant à ce que l'image qu'une femme a d'elle-même soit tributaire de son apparence; accablée par l'exigence omniprésente d'être mince, la femme perd l'estime de soi. Selon madame Brown, ce n'est qu'en s'acceptant pleinement telles qu'elles sont que les femmes gagneront de l'assurance; mais elles devront auparavant prendre conscience des facteurs qui conditionnent l'image de soi.

Gaétane Payeur, sociologue féministe qui enseigne depuis dix ans à l'Université du Québec à Hull, renchérit sur ces propos. Selon elle, notre culture impose aux femmes une image peu réaliste axée sur la beauté, la douceur et l'attrait sexuel. Il en résulte

que maintes femmes ont le sentiment que leur corps ne leur appartient pas, qu'elles en sont dépossédées et qu'elles doivent lui nier toute existence. C'est leur estime de soi qui en souffre.

Menant une lutte à finir avec leur corps, leur poids, leur peau, leurs cheveux, elles en viennent à considérer leur corps comme leur pire ennemi. Leur énergie créatrice ne tarde pas alors à se dissiper et leur individualité s'estompe d'autant.

Pour redonner l'estime de soi aux femmes, madame Payeur propose de décoder les messages subtils que nous renvoie la société. Ce n'est qu'en comprenant la nature et l'étendue de ces messages que les femmes arriveront à s'en défaire. Il faut donc les encourager à placer la santé au-dessus de

l'esthétique et à se mettre à l'écoute de leur corps et de ses rythmes, à s'accepter telles qu'elles sont et à valoriser les qualités intérieures plutôt que les attraits extérieurs.

Madame Payeur estime que les groupes de femmes ont un rôle à jouer pour aider les femmes à repenser leur image et leur estime de soi. Le besoin se fait pressant de diffuser l'information sur les approches globales du mieux-être. Il faut par ailleurs sensibiliser les jeunes filles et les adolescentes, aussi bien que les femmes, à la force qu'elles nourrissent en elles.

Les participantes ont jugé elles aussi que notre société est en proie à cette idée fixe que la minceur correspond à la santé. Plusieurs ont fait

remarquer que les émissions de télévision mettent rarement en valeur des femmes âgées et qu'il faudrait sensibiliser producteurs et réalisateurs au fait que les femmes ont envie de voir des images positives de femmes immigrantes ou membres des minorités visibles, de lesbiennes et de femmes handicapées.

Finalement, les participantes ont laissé entendre que les femmes devaient être solidaires et s'encourager à miser sur la santé plutôt que sur la beauté. En s'épaulant, les femmes gagneront de l'assurance, elles prendront en charge leur identité, protégeront leur individualité et celle d'autrui, célébreront leurs différences et apprendront à vivre avec leur corps. ■

La violence faite aux femmes

Les femmes doivent veiller à ce que la question de la violence à leur endroit demeure au premier plan des préoccupations sociales. Elles doivent revendiquer de meilleurs programmes de prévention et un plus grand nombre de services taillés aux besoins de toutes les femmes.

Voilà en gros le consensus qui s'est dégagé d'un débat complexe sur la violence faite aux femmes, alimenté par les exposés de deux invitées : Trudy Don, intervenante auprès des femmes battues et défenseure de leur cause depuis les années 70, présidente du comité directeur d'une association nationale de refuges et de maisons de transition et coordonnatrice de l'Association ontarienne de refuges et de maisons de transition, et Aoura Bizzarri, coordonnatrice du Collectif des femmes immigrantes du Québec.

Madame Don estime que la société ne pourra jamais favoriser le mieux-être des femmes tant qu'on ne comprendra pas à quel point la violence y fait échec. Sa définition de la violence comprend la violence physique et économique, ainsi que la violence faite aux femmes âgées, souvent les plus démunies de notre société parce que souvent les plus pauvres.

Les femmes doivent individuellement et collectivement protester con-



À l'atelier sur « La violence faite aux femmes », il est ressorti que la définition de la violence doit englober la violence physique, sexuelle, économique et émotionnelle.

tre la terminologie employée pour décrire la violence qui leur est faite. Par exemple, bien que le terme « violence familiale » ait des adeptes, il occulte et la gravité de la violence, et le fait que le plus souvent, la violence est effectivement faite aux femmes. En outre, il faut faire des liens entre viol, inceste, pornographie, harcèlement sexuel et violence conjugale.

Malgré tous les efforts des dix dernières années pour prévenir la violence faite aux femmes, le travail des femmes et des groupes de femmes se heurte aujourd'hui à un manque de

fonds. Nombreux sont les groupes découragés de devoir toujours recommencer le lobbying et les campagnes de sensibilisation auprès de tous les ordres de gouvernement. Le besoin se fait pressant de coordonner le travail de tous les intéressés, de financer à long terme la charge salariale des refuges et de prévoir des fonds destinés exclusivement aux programmes de sensibilisation et de prévention. De nombreux centres et groupes de femmes déplorent que même si des fonds sont prévus à l'échelle fédérale par l'entremise de la Société cana-

diennne d'hypothèques et de logement pour créer des places, certains gouvernements provinciaux refusent d'affecter des fonds à l'exploitation des refuges et à l'embauche du personnel nécessaire.

Les maisons de transition et les associations de femmes soulignent par ailleurs qu'elles en ont assez de devoir se faire concurrence entre elles pour obtenir leur part des maigres ressources affectées au dossier de la violence faite aux femmes. Pour décrocher quelques sous, elles en sont réduites à réaménager leurs priorités et à s'attaquer à des questions qu'elles n'avaient pas prévues dans l'espoir d'obtenir à long terme un financement stable.

Bon nombre de participantes étaient d'avis que le gouvernement doit consulter les intervenantes avant de mettre sur pied des programmes et des services. D'autres estimaient qu'un regroupement national des maisons de transition et des refuges serait tout indiqué pour faire le lobbying nécessaire à l'obtention des fonds indispensables.

Des craintes existent toutefois à l'égard des nouvelles questions soulevées devant les tribunaux. Les regroupements pour les droits des pères, les lois sur le divorce par consentement mutuel, la garde partagée imposée et la médiation obligatoire, sont autant de tendances qui distraient du dossier de la violence et de la nécessité de créer des programmes de sensibilisation. Les lois doivent être repensées et les juges sensibilisés davantage à la violence faite aux femmes.

Une bonne partie de l'atelier a porté sur les besoins particuliers des immigrantes. Aoura Bizzarri souligne l'urgence d'une révision des principes de l'État en matière d'immigration. À l'heure actuelle, de nombreuses immigrantes arrivent en sol canadien sous le parrainage de leur conjoint; or selon les modalités du parrainage, elles doivent demeurer à la charge de leur conjoint pour une période allant jusqu'à dix ans, période pendant laquelle elles n'ont droit ni à l'aide juridique, ni à l'assistance sociale.

Les employées de maison, pour leur part, sont souvent dans des situations qui favorisent la violence : travaillant

parfois trois ou quatre ans chez la même personne, elles sont isolées de la société et de la collectivité et, de peur d'être expulsées, elles hésitent à se plaindre, ignorant souvent leurs droits fondamentaux et ne sachant où aller pour obtenir des conseils ou de l'aide.

Quant aux immigrantes victimes de violence, les barrières linguistiques et culturelles, la peur de l'expulsion et la dépendance vis-à-vis du conjoint les privent souvent de toute aide. Tous les ordres de gouvernements doivent sans délai mettre à la disposition de ces femmes des services et des maisons de transition adaptés à leur culture. Et les femmes immigrantes ont besoin non seulement de refuges supplémentaires, mais de formation linguistique et d'information.

Il y a en outre urgence à mettre sur pied dans de nombreuses régions des programmes et des centres adaptés aux besoins des Autochtones. Nombreuses sont les femmes autochtones violentées qui hésitent à se rendre aux refuges parce qu'elles craignent le racisme, tout comme les femmes immigrantes et les membres des minorités visibles. Les femmes autochtones sont en train de réapprendre aux hommes de leur communauté la culture autochtone traditionnelle, où la violence conjugale n'avait pas sa place.

La discussion a également porté sur les besoins des femmes qui quittent un

foyer où sévit la violence. La pénurie de logements intermédiaires touche tous les coins du pays. Dans certaines régions, une femme qui réussit à trouver un logement intermédiaire n'est pas au bout de ses peines, car elle n'aura vraisemblablement jamais les moyens d'offrir à sa famille un logement abordable et adéquat à plus long terme.

La prévention de la violence faite aux femmes ne sera possible qu'une fois que les mentalités auront sérieusement évolué dans toutes les couches de la société. Il faut reconnaître une fois pour toutes que cette violence est un fléau social et non pas une simple question de femmes. Les enfants doivent comprendre très tôt que la violence contre les femmes est inacceptable, et on doit leur apprendre des moyens pacifiques de régler les différends, de surmonter la jalousie et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Le besoin se fait par ailleurs urgent de sensibiliser l'appareil judiciaire et pénal, ainsi que les gouvernements.

Les participantes en sont venues à la conclusion qu'il faut être à l'écoute du vécu et du point de vue des femmes. Les mesures et les programmes élaborés au sein des gouvernements et de l'appareil judiciaire doivent être au diapason des besoins des femmes violentées, des intervenantes, des bénévoles, des immigrantes et des Autochtones. ■

Prévention du stress et de l'épuisement professionnel

Le stress et l'épuisement professionnel, couramment appelé « burnout », font rage dans notre société et il faut apprendre à les reconnaître et à les maîtriser. Voilà en gros les propos des deux conférencières et des participantes à cet atelier.

Anne Flynn, professeure de danse à l'Université de Calgary, explique que le terme « burnout » a été adopté assez récemment pour décrire un ensemble de comportements résultant de notre style de vie ici en Amérique du Nord.

Selon madame Flynn, les femmes sont aux prises avec un stress particulièrement aigu causé par la double journée de travail qu'elles accomplissent dans l'ombre, leur salaire inférieur à celui des hommes, le harcèlement sexuel et le sentiment de culpabilité par surcroît. C'est surtout au travail que les femmes vivent le stress : les lieux de travail sont dans l'ensemble créés par les hommes pour les hommes, et les femmes s'y sentent rarement à l'aise.

Madame Flynn suggère de nombreuses façons de surmonter le stress et le burnout. À son avis, même si le terme « stress » est péjoratif, il existe aussi du stress bénéfique et les femmes ont besoin d'une certaine dose de stress salutaire, comme l'exercice.



Anne Flynn (à gauche) et Roxane Simard, à l'atelier « Prévention du stress et de l'épuisement professionnel », ont expliqué que le surmenage dû à la double tâche et le trop grand souci de perfection empêchent les femmes de voir leurs besoins.

Le stress négatif, quant à lui, se produit quand les femmes sont surchargées, physiquement ou émotionnellement.

Savoir maîtriser le stress, c'est connaître ses limites. Madame Flynn précise qu'il n'y a pas de recette, les limites de chacune étant différentes; il faut donc être à l'écoute de ses besoins physiques, émotionnels et spirituels. Pour elle, surmonter le stress et le burnout, c'est un peu comme cultiver le corps d'une danseuse. Dans les deux cas, la « souplesse » est de rigueur : elle permet de se mouvoir gracieusement, de s'adapter au changement, d'affronter l'adversité et de réduire le stress au minimum, voire de le prévenir.

Les femmes doivent en outre faire l'essai de nouveaux modes de travail convenant à leur réalité. Madame Flynn insiste sur la nécessité d'une plus grande souplesse en milieu de travail : horaires variables, travail à domicile et pauses-exercices. Les travailleuses amplifient souvent les pressions exercées sur elles en voulant tout faire à la perfection, allant jusqu'à croire que si elles s'absentent du bureau, tout s'y écroulera. C'est, selon madame Flynn, une surestimation de sa valeur qui peut miner le mieux-être d'une femme.

Madame Flynn fait remarquer pour terminer que notre culture nord-améri-

caine néglige l'importance du jeu. Seuls les enfants et les hommes ont le droit de jouer, les femmes n'étant pas encouragées à le faire. À preuve, les femmes participent beaucoup moins que les hommes aux sports d'équipe.

Roxane Simard examine elle aussi les questions du stress et du burnout. Madame Simard, qui a rédigé en collaboration le livre bien connu *Va te faire soigner, t'es malade*, fait oeuvre de pionnière en thérapie féministe. Selon elle, les femmes sont épuisées parce qu'elles essaient d'être parfaites « 24 heures sur 24 », ne se ménageant aucun temps pour les loisirs et le ressourcement.

La recherche menée par madame Simard l'amène à la conclusion que si les femmes souffrent tant de stress et de burnout, c'est qu'on leur apprend depuis l'enfance à être dociles, discrètes, dévouées, réservées, inférieures, dépendantes et craintives. On ne dit pas aux femmes qu'elles ont une profession – cela impliquerait un choix – mais plutôt qu'elles ont une vocation, c'est-à-dire un devoir. On s'attend à ce que les femmes remplissent leur devoir maternel, sexuel et affectif, bref, qu'elles soient de service à plein temps. Bien qu'il soit assez facile de quitter une profession, cela tient de la haute trahison que de vouloir abandonner sa vocation.

La plupart de la recherche sur le stress et le burnout ne tient pas suffisamment compte de la situation des femmes. On voit le stress et le burnout comme des troubles « d'hommes » touchant surtout les p.d.g. Les femmes, quant à elles, ne sont pas stressées, elles sont déprimées. On ne reconnaît pas le burnout des femmes qui travaillent au foyer, même si elles ont souvent la charge des enfants, des parents âgés et des membres handicapés de la famille, même si elles ont l'énorme responsabilité de la santé et du bonheur d'autrui.

Pour surmonter le burnout, les femmes doivent décrocher et apprendre à dire « non ». Madame Simard estime que les femmes doivent lutter collectivement contre le stress et le burnout; il s'agit d'un long processus pour lequel il n'y a pas de raccourci.

Au cours des discussions qui ont suivi les exposés de mesdames Flynn et Simard, des participantes ont fait allusion à la nécessité de voir le burnout comme une question sociale, qui suppose le réaménagement des lieux de travail et la remise en cause des principes qui sous-tendent le travail. D'autres y sont allées de quelques conseils pratiques pour éviter le stress et le burnout : l'entraide entre femmes, la délégation des tâches et l'abandon de la culpabilité face à ses besoins légitimes.

À long terme, le stress et le burnout ne seront éliminés que dans la mesure où seront redressées les inégalités qu'ont à subir les femmes dans notre société. Des salaires plus élevés, des garderies, des pensions, des logements et des soins de santé adéquats, voilà autant de moyens pour prévenir le stress et le burnout et favoriser le mieux-être de toutes les femmes. ■



La technologie de la reproduction

Les femmes doivent se documenter sur les nouvelles techniques de la reproduction et prendre part au débat actuel sur la question, car il importe de décider maintenant qui a, et surtout qui devrait, avoir autorité en la matière.

Linda Williams, professeure de sociologie à l'Université Trent de Peterborough, a consacré sa thèse de doctorat à ces questions. Sa conférence a surtout porté sur la fécondation in vitro (FIV), l'insémination artificielle (IA), la maternité de substitution et les techniques de sexage.

En passant en revue le débat public sur les aspects moraux, religieux, juridiques et financiers des nouvelles techniques de la reproduction, madame Williams signale qu'à ce jour, personne n'a demandé qui sont les bénéficiaires de la nouvelle technologie et quelles en sont les répercussions sur les femmes.

En fait, sa recherche l'amène à la conclusion que les femmes ne sont pas les bénéficiaires des nouvelles techniques, souvent mises au point uniquement pour prouver une théorie scientifique. Prenons la fécondation in vitro (FIV), par exemple. D'abord, il est très difficile d'être admise au programme. Si une femme y arrive, elle est soumise à un processus coûteux, douloureux et contraignant, qui suppose la prise d'hormones et qui n'est pas visé par la plupart des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Et en définitive, ses succès sont négligeables.

Comme pour la FIV, ce sont les médecins qui tiennent les ficelles du processus de l'insémination artificielle (IA). L'IA est à la base de la maternité de substitution; or puisque la plupart des mères porteuses occupent des emplois peu rémunérés ou sont sans travail, on peut se demander si elles ne font pas l'objet d'exploitation de la part des plus fortuné-e-s. Quant aux techniques de sexage, qui peuvent être employées avant ou après la conception, elles sont répandues un peu partout au monde, bien que leur taux de « réussite » varie. Dans les pays où l'un des sexes est nettement privilégié, on se préoccupe maintenant du



Louise Vandelac (à gauche), sociologue de l'Université du Québec à Montréal, et Linda Williams, professeure de sociologie à l'Université Trent, ont laissé entendre, à l'atelier sur les techniques de la reproduction, que celles-ci pourraient bien être un autre moyen utilisé par les élites médicales et scientifiques pour exercer un pouvoir sur les femmes.

déséquilibre entre les sexes dans la population.

Madame Williams se demande si les sommes considérables consacrées à la procréatique ne pourraient pas mieux servir pour assurer à toutes les femmes un accès égal aux soins essentiels de maternité. Elle souligne que les femmes doivent se renseigner sur les avantages et les effets des nouvelles techniques de reproduction, qu'elles doivent comprendre les principes qui les sous-tendent et revendiquer des pratiques axées davantage sur leurs besoins.

Louise Vandelac, chercheuse à l'Université du Québec à Montréal, est essentiellement du même avis. Elle vient de terminer une recherche sur la procréatique pour le Conseil du statut de la femme du Québec et publiera incessamment un livre sur la question.

Madame Vandelac souligne elle aussi que les femmes doivent se renseigner davantage sur tout ce que suppose la procréatique et que, faute d'information, elles ne peuvent s'en remettre qu'aux médias, qui généralement font mousser les cas de réussite. Rarement parle-t-on des risques que présentent toujours nombre de ces techniques, des effets secondaires qui demeurent pour la plupart inconnus, des troubles à court et à long terme, des coûts élevés (de 40 000 \$ ou plus par enfant, en raison des multiples tentatives souvent nécessaires) et du faible taux de réussite, qui s'échelonne à peine de 0 à 7 %.

Madame Vandelac estime que les femmes doivent consacrer plus de temps et plus d'argent au dépistage et à la prévention de l'infécondité. Aux États-Unis, par exemple, 30 millions

de nouveaux cas de MTS sont diagnostiqués chaque année; et même si les MTS mènent souvent à la stérilité, seulement un quart des fonds nécessaires sont affectés à leur prévention.

Ces deux conférences ont alimenté un débat sur les possibilités qu'ont les femmes de prendre en main la procréatique. Les participantes étaient nombreuses à demander pourquoi une femme accepterait de s'exposer à de si grands risques pour avoir un enfant. Tant madame Williams que madame Vandelac estiment qu'il faut voir l'infécondité non pas comme une question médicale mais bien comme une question sociale, et qu'il faut repenser notre définition de la famille. Peut-être serait-il plus profitable d'offrir un service de consultation aux femmes infécondes que d'essayer de les traiter. Les femmes doivent par ailleurs inciter les médecins à leur fournir plus d'information, à expliquer, par exemple, qu'il peut falloir huit ou neuf ans avant de devenir enceinte selon la méthode contraceptive qu'on a employée.

Finalement, il s'est dégagé que la recherche sur les effets des nouvelles techniques de reproduction ainsi que sur les causes et les moyens de prévention de l'infécondité, doit être au premier plan des priorités des groupes de femmes, incluant le CCCSF. En outre, les résultats de la recherche doivent jouir d'une vaste diffusion car ce n'est que bien renseignées que les femmes réussiront à prendre leur sort en main, qu'elles pourront prendre des décisions éclairées sur des pratiques qui auront une incidence sur leur vie et sur celle de leur famille. ■

Deuxième journée

Au cours de la deuxième journée, cinq ateliers étaient offerts, portant sur les questions suivantes : le mieux-être des moins jeunes, les soins de santé, la femme et la santé mentale, les conditions de vie et de travail, et de meilleurs programmes et services. Voici un sommaire de chacun de ces ateliers.



À l'atelier « Le mieux-être des moins jeunes », Leah Cohen et Michèle Côté ont fait ressortir qu'il faut tenir compte de l'opinion et de l'expérience des femmes dans l'élaboration des programmes et services prévus pour répondre à leurs besoins.

Le mieux-être des moins jeunes

Il ne fait aucun doute que dans les années à venir, le pouvoir des femmes âgées ira croissant. Il faut donc que la société leur prévoie une place dans l'élaboration des programmes et des services destinés à contrer la pauvreté, la violence, la surmédication et le logement. Voilà le message lourd de conséquences qui s'est dégagé d'un atelier sur le mieux-être des moins jeunes.

La conférencière Leah Cohen, politicologue de Toronto, se consacre depuis 12 ans à la recherche, à la rédaction et aux conférences sur les dossiers préoccupant les femmes. Son dernier livre, *Small Expectations*, est le fruit d'entrevues menées auprès de Canadiennes à la grandeur du pays. Il montre que la société a trahi les femmes âgées.

Madame Cohen a en effet découvert que collectivement, les femmes âgées se sentent seules et mises à l'écart de

la société. Elles craignent de devenir inutiles et appréhendent la pauvreté en raison de l'insuffisance des pensions et des logements. Madame Cohen a recueilli les propos de nombreuses femmes qui voient leur dignité et leur estime de soi s'effriter; certaines disent se sentir comme des citoyennes de second ordre, exclues de divers aspects de la vie et devant lutter quotidiennement contre un nombre ahurissant de mythes et de stéréotypes. Il n'est donc pas étonnant, conclut madame Cohen, que maintes femmes âgées souffrent de stress aigu.

Les gouvernements et les groupes touchés ne sont pas du tout préparés à l'explosion démographique des femmes âgées; pourtant, d'ici l'an 2020, 20 % de la population canadienne sera âgée de plus de 65 ans, et les femmes formeront la majorité de cette population. Madame Cohen estime que le vieillissement n'est pas considéré comme une étape viable dans notre société et c'est pourquoi on ne recherche pas l'apport des personnes âgées dans l'élaboration et la mise au

point des programmes et des mesures qui leur sont destinés.

Voilà pourquoi les personnes âgées, celles qui voient l'urgence de leur situation, se sont mobilisées pour provoquer le changement. Madame Cohen donne à titre d'exemple le réseau des femmes âgées de Toronto; ces femmes se sont regroupées pour se renseigner sur les dossiers qui les préoccupent et pour apprendre comment organiser une campagne, rédiger des mémoires, aborder les gens politiques et mettre au point des plans d'action basés sur leurs expériences. Grâce au succès du lobby des personnes âgées contre la désindexation de leurs pensions, les femmes âgées ont compris le pouvoir qu'elles détiennent en tant qu'électorat.

Madame Cohen demande aux groupes de femmes d'être disposés à partager leur pouvoir avec les femmes âgées et à les soutenir dans leurs démarches pour provoquer le changement. Elle encourage les femmes à se lier d'amitié avec les femmes âgées pour leur donner l'affection et l'amitié que la société leur refuse trop souvent. Une alliance entre organisations et femmes âgées pourrait multiplier l'influence et le pouvoir de part et d'autre, à un point encore insoupçonné.

Par ailleurs, l'image des femmes âgées dans notre société, qui prise toujours la jeunesse au détriment de l'épanouissement intellectuel, social et spirituel, a de quoi inquiéter. Il faut trouver des moyens de véhiculer et de promouvoir une image positive du vieillissement, conclut madame Cohen.

La deuxième conférencière, Michèle Côté, est professeure en sciences de la santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières et auteure du livre *Demain, la vieille, c'est moi...* Elle aussi insiste sur les moyens de sensibiliser le public à la situation des femmes âgées car, selon elle, les quelques images que l'on voit maintenant ne reflètent aucunement la réalité des femmes âgées, souvent pauvres et solitaires.

Parce que la société ne considère pas la vieillesse comme une étape

naturelle de la vie, les personnes âgées sont souvent exclues des discussions sur leur sort. Madame Côté souligne que l'on pourrait redonner aux femmes âgées le pouvoir qu'elles ont perdu en leur taillant une place dans la prise des décisions touchant notamment leur santé et leur désir de ne pas vivre en établissement.

Toute optique de la vie des femmes ne doit pas exclure les femmes âgées. En songeant à remédier à la pauvreté, par exemple, il faut penser que de meilleures pensions sont nécessaires pour permettre aux femmes âgées de vivre en toute dignité. Selon madame Côté, en prenant conscience du vocabulaire utilisé pour décrire le vieillissement, nous pourrions favoriser une

attitude plus respectueuse envers les femmes âgées.

Les conférences de mesdames Cohen et Côté ont suscité un débat animé. Plusieurs personnes ont souligné la nécessité de se lier très jeunes avec d'autres femmes et de nourrir ces amitiés à vie. Une intervenante a fait allusion à l'importance accordée aux femmes âgées dans la société noire. Une autre a fait remarquer que notre régime scolaire pourrait jouer un rôle clef dans la valorisation du vieillissement en soulignant l'apport des personnes âgées à la société et en encourageant les échanges entre générations. Les mesures publiques, notamment l'aménagement de loge-

ments pour l'avenir, en profiteraient grandement.

Finalement, les participantes ont exhorté les gouvernements et les groupes intéressés à la condition féminine à tout mettre en oeuvre pour que se concrétise rapidement le mieux-être des femmes âgées. L'autonomie pécuniaire serait certes un point de départ, ce qui implique une hausse immédiate des pensions. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sur les causes de la pauvreté et sur les solutions à y apporter s'imposent, recherches qui devraient être menées de concert avec les femmes âgées, c'est-à-dire en les écoutant et en profitant de leur expérience. ■

Les soins de santé

Notre régime de santé traditionnel doit être plus facile d'accès; les femmes veulent en savoir plus sur des solutions de rechange éprouvées, elles veulent des soins de santé communautaires et elles souhaitent apprendre de leurs consœurs autochtones. Voilà en gros ce qui est ressorti de l'atelier sur les soins de santé.

Caroline Basile est une infirmière montagnaise et elle offre seule des

soins de santé 24 heures par jour dans une clinique de Mingan, petite collectivité de 300 personnes sur la Côte-Nord du Québec. Elle relate son expérience personnelle auprès de sa tribu et traite de la situation des communautés autochtones en général.

Les femmes étant considérées comme le noyau de la communauté autochtone, leur santé et celle de leurs enfants revêtent une grande importance. La formation qu'a reçue madame Basile en médecine tradition-

nelle et en médecine autochtone lui permet d'offrir des soins personnalisés aux familles autochtones, grâce à des programmes d'éducation et à des visites à domicile. Le fait qu'elle puisse communiquer avec ses patient-e-s dans leur langue lui permet de leur confier plus de responsabilités vis-à-vis de leur mieux-être; elle peut leur expliquer par exemple comment prendre les médicaments prescrits.

La qualité du service que peut donner madame Basile n'est pas monnaie courante dans les collectivités autochtones, qui reçoivent souvent leurs soins de santé de non-Autochtones. La barrière linguistique est dans certains cas insurmontable, les interprètes étant considérés comme des intrus plutôt que comme des intermédiaires. Il en résulte énormément de frustration de part et d'autre et une baisse de la qualité des soins offerts.

Qui plus est, la demande d'infirmières autochtones est de loin supérieure à l'offre, même si l'équilibre tend à se rétablir peu à peu. La discrimination envers les infirmières autochtones par leurs collègues et leurs patient-e-s non autochtones pourrait en être une cause. Madame Basile raconte que quand elle était étudiante, le nombre de patient-e-s à sa charge était moins élevé que la moyenne car certaines personnes refusaient ses soins. Cette discrimination avait pourtant un bon côté, dit-elle, car elle lui permettait de consacrer plus de temps à ses patient-e-s.



Caroline Basile et Carolyn DeMarco, à l'atelier « Les soins de santé », ont insisté sur des approches nouvelles et plus discrètes. Caroline Basile a surtout parlé des soins de santé dans les communautés autochtones.

Carolyn DeMarco est de son côté médecin et chroniqueuse dans *Today's Health*. Les approches nouvelles et discrètes sont à l'honneur dans sa pratique, et elle favorise les accouchements par sages-femmes et à domicile depuis très longtemps. Madame DeMarco montre, exemples à l'appui, que le régime de santé n'est pas au diapason des besoins des femmes.

Par exemple, bien que les femmes disent souffrir d'épuisement dans une proportion de 20 à 40 %, les médecins songent rarement à leur poser des questions sur le stress et le surmenage, présumant toujours d'office que leurs troubles sont psychosomatiques.

Les infections à champignons répétées sont un autre trouble important de la santé chez les femmes. La recherche nous laisse croire que l'usage prolongé des contraceptifs oraux et des antibiotiques (largement prescrits) affaiblit l'immunité des femmes, les rendant plus vulnérables aux infections virales prolongées et récurrentes, dont les infections à champignons. Or encore aujourd'hui, nombre de médecins prennent ces infections à la légère.

Par ailleurs, presque 40 % des femmes souffriraient du syndrome prémenstruel (SPM), dont les symptômes sont souvent douloureux et perturbants. La plupart des médecins commencent à peine à en reconnaître l'existence, et il y a peu de recherche féministe en ce domaine.

Selon madame DeMarco, c'est dans le domaine de la contraception que le régime de santé néglige le plus les femmes. Celles-ci revendiquent depuis longtemps des contraceptifs plus sûrs, comme la cape cervicale, mais les recherches portent plutôt sur les causes de l'infécondité, et ce, même si l'infécondité à la hausse chez les femmes serait attribuable à l'usage prolongé de contraceptifs oraux. Des recherches sont par ailleurs nécessaires pour connaître l'effet à long terme d'un usage prolongé de contraceptifs oraux allié au traitement hormonal pendant la ménopause.

Madame DeMarco souligne de plus que les Canadiennes ne jouissent pas d'un accès égal aux soins de santé. Les femmes éloignées des villes, par exemple, recevraient des soins médiocres, subiraient un plus grand

nombre de césariennes et d'hystérectomies et se verraient prescrire plus de calmants que les femmes des villes.

Les lacunes de notre régime de santé ont incité maintes femmes à rechercher des approches nouvelles. L'homéopathie, par exemple, met en valeur les pouvoirs de guérison innés du corps humain et s'attaque aux causes premières d'un malaise plutôt que d'en traiter les symptômes.

Madame DeMarco invite à se fier à son instinct en matière de soins de santé non traditionnels. Si un traitement est bénéfique et ne produit pas d'effets secondaires, il ne faut pas hésiter à l'employer. Souvent, nos amies et connaissances peuvent nous aider à trouver une soignante qui prendra au sérieux nos préoccupations. Bref, il faut choisir les soins de santé nouveaux comme on choisirait tout autre service dont on a besoin.

La discussion, à cet atelier, a surtout porté sur la discrimination que subissent les femmes autochtones et les

membres des minorités visibles aux mains du régime de soins de santé, parfois à cause des barrières linguistiques ou culturelles. On a également revendiqué le droit et la liberté de choisir des traitements répandus dans d'autres parties du monde.

En tant que gardiennes de la santé de leurs familles, les participantes ont soulevé de nombreuses questions d'intérêt, dont le droit des sages-femmes à exercer leur métier, la mise au point et le financement d'approches féministes en santé, le partage de l'expérience des femmes autochtones ainsi que la réduction de l'importante quantité d'additifs, d'hormones, de pesticides et de sucre que nous consommons.

Une importante documentation a été mise à la disposition des participantes, dont *La ménopause*, *Le contrôle des naissances* et *Les maladies transmises sexuellement*, tous publiés par les Presses de la santé de Montréal, et *A Woman's Health Bill of Rights*, préparé par Carolyn DeMarco. ■

La femme et la santé mentale



Zubeida Ali, de l'Association des sages-femmes du Québec, explique comment les membres de sa profession peuvent contribuer au mieux-être des femmes.

Pour favoriser la santé mentale des femmes, les intervenant-e-s doivent apprendre à tenir compte du vécu particulier des femmes, et ces dernières devraient partager leurs connaissances sur les diverses formes de thérapies. Voilà deux des propositions qui se

dégagent de l'atelier sur la femme et la santé mentale.

La première conférencière, Suzanne Lamarre, est psychiatre à l'hôpital Douglas de Verdun, près de Montréal. Elle fut nommée Femme de l'année au Québec en reconnaissance de son

apport important au domaine de la santé mentale des femmes.

Madame Lamarre explique que les services médicaux et sociaux ne sont pas taillés aux besoins des femmes. Par exemple, elle cite une étude selon laquelle 5 % des hommes âgés entre 18 et 24 ans sont toxicomanes; bien que la proportion des femmes soit presque aussi importante, se situant à 3 ou 4 %, les services axés sur la situation particulière des femmes toxicomanes se font rares.

Selon madame Lamarre, la psychiatrie favorise le traitement de la maladie plutôt que de la personne. À son avis, les psychiatres ont depuis trop longtemps la main haute sur les comportements humains, ne laissant à leurs patient-e-s qu'une mince marge de manoeuvre pour réorganiser leur vie. L'idéal serait que les médecins, en consultation avec les psychiatres, amènent leurs patient-e-s à examiner leurs difficultés et à y trouver une solution.

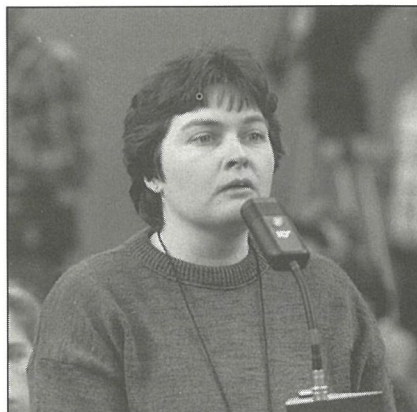
Parce qu'elle met l'accent sur la patiente et retire ainsi des pouvoirs aux psychiatres, et parce qu'elle répond aux besoins des femmes, la thérapeutique féministe se rallie de plus en plus d'adeptes. Grâce à cette nouvelle approche, les femmes peuvent prendre leur vie en main et lutter pour leurs droits et pour l'égalité. C'est ainsi qu'elles évitent de devenir les victimes d'un système qui tend à les dominer.

La deuxième conférencière, Janet Stoppard, enseigne au département de psychologie et au programme d'études des femmes de l'Université du Nouveau-Brunswick à Fredericton. Formée à la psychologie clinique, madame Stoppard s'est plutôt concentrée depuis quelques années sur les façons d'allier l'approche féministe et l'enseignement, la recherche, la pratique et l'élaboration des principes directeurs dans le domaine de la santé mentale.

Madame Stoppard explique que, jusqu'à tout récemment, la santé mentale d'une femme était mesurée à l'aune des comportements et des rôles jugés de mise pour une femme dans la société, c'est-à-dire selon qu'elle se mariait, avait des enfants, s'occupait des autres, était un pilier émotif, se préoccupait d'abord et avant tout des autres et surtout de sa famille et ne manifestait ouvertement aucun com-

portement agressif ou arriviste. Dans cette optique, la thérapie visait à assurer la conformité de la patiente avec ces rôles traditionnels; les thérapeutes enseignaient par exemple aux femmes comment se vêtir et agir de façon plus « féminine ».

Bien que la situation ait évolué, madame Stoppard souligne qu'un grand nombre de professionnel-le-s prennent encore aujourd'hui à la légère toute recherche menée sur les préoccupations des femmes en matière de santé. À preuve, de 5 à 15 % des femmes, soit deux fois plus que les hommes, souffrent de symptômes de dépression, et la recherche menée récemment montre que de 10 à 30 %



Diane Goodine, du groupe Action des femmes handicapées (DAWN), parle des femmes handicapées et des moyens qui s'offrent à elles pour atteindre le mieux-être.

des jeunes femmes souffrent de troubles de l'alimentation, dont l'anorexie et la boulimie.

Grâce aux analyses féministes, qui font une grande place au vécu des femmes, les troubles de la santé mentale s'expliquent mieux. On comprend maintenant les effets de la dévalorisation et de la mésestimation du travail des femmes. On voit aussi que les femmes sont défavorisées dans notre société sur le plan économique et qu'elles ne détiennent pas l'autorité nécessaire pour prendre leur situation en main.

Madame Stoppard souligne toutefois qu'il ne faut jamais généraliser les résultats d'une recherche précise, car les femmes ne forment pas un groupe homogène. Les circonstances de vie et les expériences d'une femme blanche, hétérosexuelle et de classe moyenne

ne seront en effet pas du tout les mêmes que celles d'une femme blanche, les-bienne et de classe ouvrière, que celles d'une femme noire, ou d'une femme immigrante. Pour comprendre les troubles de la santé mentale dont souffrent les femmes, les chercheuses et les chercheurs doivent tenir compte et des différences, et des ressemblances entre les femmes.

Madame Stoppard brosse un tableau de ce qui, dans notre société, nuit à la santé mentale des femmes, selon les résultats de la nouvelle recherche féministe non sexiste :

- la formation inadéquate des professionnel-le-s de la santé mentale, le manque de connaissances et d'information sur les questions touchant la santé mentale des femmes et la formation insuffisante dans les approches féministes de la thérapie;
- la répartition inéquitable des ressources au sein du réseau des soins de santé mentale, qui mène à l'insuffisance et au sous-financement des programmes et des services destinés aux femmes;
- les déséquilibres structurels et la discrimination systémique;
- les soins non rémunérés et la sous-estimation du travail qu'accomplissent les femmes auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des parents malades;
- les effets de la violence physique et sexuelle sur les enfants.

Les participantes ont été d'avis que les femmes doivent avoir accès à des thérapies féministes et non sexistes pour suppléer au manque de thérapeutes compatissant-e-s. Nombre d'entre elles ont estimé que c'est le régime de soins de santé dans son ensemble qu'il faudrait repenser, pour y tailler une place importante aux approches globales. Certaines ont avancé que les femmes devraient tenir les ficelles des soins de santé mentale offerts aux femmes.

Finalement, pour parvenir à l'universalité des soins de santé axés sur la vie des femmes, les participantes ont soutenu que les femmes et les groupes communautaires doivent s'informer réciproquement sur les options offertes et miser sur l'action collective pour provoquer le changement. ■

Les conditions de vie et de travail

Il faut multiplier les efforts pour créer des milieux de vie et de travail taillés aux besoins des femmes, notamment des immigrantes et des membres des minorités visibles, car les femmes sont toujours contraintes de composer avec des lieux de travail mal pensés.

Marjorie Villefranche est coordonnatrice du Centre d'Animation pour Femmes Haïtiennes à Montréal, où l'on facilite l'intégration des femmes haïtiennes à la société canadienne. Elle explique que les femmes haïtiennes qui tentent de s'adapter à la vie du Canada, tout en essayant de comprendre les lois de l'immigration fort complexes et de faciliter la transition de leur famille vers une nouvelle vie, subissent une discrimination en quatre temps :

- elles doivent assumer l'entière responsabilité du ménage, du bien-être du conjoint et des enfants, sans reconnaissance aucune pour le travail qu'elles accomplissent au foyer;
- elles doivent composer avec le racisme répandu d'une société où la discrimination est inhérente contre les non-blancs, surtout en matière de logement;
- les femmes qui travaillent à l'extérieur sont aux prises avec l'exploitation, le harcèlement sexuel, la discrimination fondée sur la race et l'intimidation;
- elles doivent surmonter le préjugé répandu selon lequel les immigrantes enlèvent des emplois à la population canadienne.

La discrimination et le racisme ne seront chose du passé et les conditions de vie et de travail ne s'amélioreront, pour les femmes membres des minorités visibles, que lorsqu'elles auront pleinement accès à la formation linguistique. Au Québec, celles qui y ont droit ne reçoivent souvent que sept mois de cours de français, ce qui est bien peu pour maîtriser une nouvelle langue.

Par ailleurs, la non-reconnaissance des aptitudes et des diplômes des femmes immigrantes provoque chez



La présidente du CCCSF, Sylvia Gold, s'entretient avec Marjorie Villefranche (à gauche) qui a expliqué, à l'atelier sur « les conditions de vie et de travail », les difficultés que doivent surmonter les femmes haïtiennes pour s'adapter à la vie d'ici.

elles un stress aigu et les met encore plus à l'écart de la société canadienne. Bien qu'elles soient nombreuses à arriver au Canada munies de diplômes d'études supérieures et fortes d'une expérience professionnelle considérable, les femmes immigrantes sont souvent en chômage ou sous-employées. La formation linguistique minimale qu'elles reçoivent ne leur permet pas toujours de trouver un poste à la mesure de leurs compétences. Madame Villefranche souligne l'urgence de rectifier cette situation et propose entre autres que les examens élaborés par les diverses associations et corporations professionnelles tiennent davantage compte de la réalité des femmes immigrantes.

De son côté, Colleen Weir, membre du regroupement des femmes pour l'urbanisme à Toronto, explique que les urbanistes n'ont pas du tout à l'esprit la majorité des gens qui seront touchés par leurs mesures, notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Le but du regroupement, mis sur pied en 1985, est d'améliorer la qualité de vie dans le grand Toronto, d'une part en aidant les femmes à influencer les décideurs, d'autre part en sensibilisant les décideurs aux besoins précis des femmes.

Le regroupement a consulté 25 associations de femmes, qui ont toutes déploré le peu d'attention accordé aux besoins des femmes dans la société, ce qui confirme leur sentiment que la société valorise peu la maternité et l'enfance. Fort de cette consultation, le regroupement a fait la liste des priorités en matière de services communau-

taires, selon les expériences et l'opinion des femmes.

Le transport est l'une des premières priorités établies, tant pour les femmes ayant tous leurs moyens physiques que pour les femmes handicapées. Les associations consultées estiment que le coût et la conception des services de transport en commun dressent des obstacles presque insurmontables pour la plupart des femmes, mais surtout pour les femmes à faible revenu, les mères de jeunes enfants, les femmes âgées et les femmes handicapées. Pourquoi les autobus et les métros ne sont-ils pas conçus pour recevoir les poussettes? Le regroupement a par ailleurs constaté que les femmes ont de plus en plus peur d'avoir recours au transport en commun en soirée, mais qu'elles refusent de modifier leurs habitudes pour autant. Les solutions à ces difficultés ne sont pas évidentes, mais il faut au minimum améliorer l'éclairage et accroître la surveillance policière.

Les participantes ont discuté des moyens que devrait se donner la société pour répondre aux besoins des femmes. Un cadre de vie et de travail sain étant indispensable, surtout pour les femmes immigrantes et les membres des minorités visibles, les participantes ont proposé que la recherche et l'éducation s'y attardent tout particulièrement. Certaines ont avancé que la discrimination et le racisme contre les femmes ne disparaîtront que lorsque notre société cessera de priser le pouvoir découlant de la domination et de l'oppression et fera sienne la perspective féministe que le pouvoir par la communauté d'idées est illimité. ■

De meilleurs programmes et services

Les femmes mettent à contribution de nouvelles façons de faire du lobbying et de mener des campagnes de sensibilisation dans le but de modifier l'orientation des mesures étatiques et des programmes qui leur sont destinés mais qui, pourtant, ne tiennent pas compte de leurs besoins. Ce sont là les propos des conférencières et des participantes à l'atelier consacré à l'amélioration des programmes et services.

La première conférencière, Jane Fulton, est professeure de gestion stratégique et de politique de gestion des services de santé à l'Université



Simone Comeau Geddry, à l'atelier « De meilleurs services et programmes », a parlé d'un modèle unique de soins de santé, celui de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick



Diane Lemieux, à gauche, qui a souligné les besoins des victimes d'agressions sexuelles à l'atelier « De meilleurs programmes et services », en compagnie de Louise Vandelac.

d'Ottawa. Elle a consacré son exposé aux moyens que peuvent prendre les groupes de femmes pour influencer sur le cours des mesures publiques et pour bien transmettre leurs idées et leurs solutions au gouvernement.

Les rapports qui se sont tissés entre les groupes d'intérêt et le gouvernement sont complexes. Les femmes, individuellement ou collectivement, font du lobbying dès qu'elles décident de défendre une cause, de présenter une ou plusieurs solutions à l'État et de solliciter l'appui du public. Les dossiers en cause peuvent être universels, particuliers ou techniques; c'est-à-dire qu'ils peuvent toucher toutes les femmes, viser un groupe

précis comme les femmes handicapées, ou encore s'attacher à faire réviser une loi ou un règlement touchant un sujet donné, comme l'exercice du métier de sage-femme.

Madame Fulton suggère de nombreux moyens de proposer des mesures au gouvernement, dont les suivants :

- faire du lobbying direct en tant que membres d'une coalition ou de concert avec des conseillères et conseillers travaillant au nom d'un groupe;
- mener une campagne de publicité engagée, qui consiste à faire valoir des idées plutôt que de vendre des produits ou services;

- s'engager dans le processus politique, en contribuant aux campagnes électorales, en conseillant les candidat-e-s et en sollicitant pour leur compte des votes auprès de la population; les résultats de cette démarche sont par contre souvent incertains;
- participer à des groupes d'intérêt public officiels ou officieux, comme les commissions royales d'enquête, c'est-à-dire leur apporter des idées et des analyses qui auront finalement un effet sur les mesures publiques.

Avant de se porter à la défense d'une cause, il faut décider d'un commun accord de la meilleure façon de procéder. Les membres d'un groupe subventionné par l'État, par exemple, pourraient hésiter à faire du lobbying auprès du gouvernement. Madame Fulton insiste sur l'importance de transmettre un message clair, les gouvernements faisant habituellement la sourde oreille aux groupes divisés.

Un groupe qui a décidé de faire du lobbying doit ensuite déterminer ses cibles. Il peut s'agir des décisionnaires (ministres, législateurs, fonctionnaires), des personnes qui les côtoient (leurs adjoint-e-s et conjoint-e-s), de l'électorat ou d'autres groupes d'intérêt. Toutes ces cibles ont leur importance, et le lobbying auprès de chacune variera selon les circonstances.

Pour mener une bonne campagne, il faut choisir le moment opportun et employer une technique efficace. Madame Fulton recommande l'action plutôt que la réaction et conseille aux groupes d'être à l'affût de tout ce qui peut toucher le dossier à l'étude. La nature de l'intervention dépendra essentiellement de la cible. Par exemple, les gens politiques exigent souvent un contact direct, tandis que les fonctionnaires préféreront une documentation technique étoffée. Quant aux médias, il faut leur fournir un sommaire des questions clefs et le nom des personnes auprès de qui faire le suivi.

La conférencière suivante, Simone Comeau Geddry, explique le fonctionnement d'un régime de soins de santé unique au Canada, qui a vu le jour grâce aux démarches d'un groupe communautaire. Madame Comeau

Geddry est directrice des soins de santé à l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, où l'on offre des services pluridisciplinaires de soins à domicile.

Madame Comeau Geddry explique que 60 % de la population du Nouveau-Brunswick, dans 13 collectivités, profite des services offerts par son établissement. Chaque module est géré par une coordonnatrice ou un coordonnateur qui travaille en étroite collaboration avec les hôpitaux et les organismes sociaux de la région. Les services traitent tant les cas aigus à brève échéance, comme les grossesses difficiles, que les cas de soins prolongés, comme les cancers. Huit mille patient-e-s ont ainsi été traités en 1987-1988, entièrement à domicile dans près de la moitié des cas et en partie à l'hôpital local dans les autres cas.

Une telle approche permet notamment de garder les enfants malades à la maison, ce qui évite à leurs mères d'ajouter des visites à l'hôpital à leurs journées déjà chargées. Les mères reçoivent de plus des services d'appoint, comme l'entretien de la maison, ce qui leur permet de se consacrer à l'enfant malade et à la famille sans risquer l'épuisement.

La troisième conférencière, Diane Lemieux, qui dirige le Regroupement québécois d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, décrit les moyens à prendre pour modifier l'orientation des programmes visés par le régime des services de santé.

Pour illustrer ses propos, elle raconte l'anecdote suivante. Il y a quelques années, le gouvernement du Québec a distribué une trousse médico-légale qui devait servir pour les cas de viols dans les urgences des hôpitaux. La trousse comprenait une grande feuille de papier, sur laquelle devait se tenir la victime pour se déshabiller, afin de ne perdre aucun indice. (Cette feuille de papier était inadmissible en justice, parce que la présence de poils, par exemple, n'est pas une preuve irréfutable qu'un viol a été commis.) Les femmes et les groupes de femmes ont critiqué la trousse, qui faisait subir aux femmes des tests humiliants et discriminatoires les obligeant à prouver qu'elles avaient été violées. La trousse a été modifiée, non pas parce

que les femmes se sont plaintes, mais bien parce que les médecins la trouvaient trop compliquée. La morale de cette histoire? Les femmes doivent parfois se rallier le concours d'autres groupes pour atteindre leurs fins.

Il arrive toutefois souvent que le seul fait qu'un groupe de femmes prenne une cause en charge suffise à provoquer le changement. Par exemple, selon madame Lemieux, les démarches des féministes en ce qui concerne le viol ont ouvert les yeux de la société au fait qu'un violeur n'est pas seulement un étranger rôdant dans des ruelles sombres.

Les débats qui ont suivi ont porté sur la nécessité pour les groupes de femmes de communiquer des concepts clairs et nets au gouvernement et au public, et de travailler en collaboration avec d'autres groupes pour faire modifier les programmes et les mesures étatiques. Les participantes ont posé de nombreuses questions sur les sommes affectées aux services de santé. Les femmes se font souvent dire qu'il n'y a pas de fonds pour mettre sur pied les programmes et les services qu'elles revendiquent et, de l'avis des participantes, il ne s'agit là que d'une tactique pour esquiver le cœur du sujet, soit les priorités en matière de dépenses publiques. La

santé et le bien-être des femmes tiendraient du réel si l'on accordait plus d'importance au financement de l'éducation, des garderies et des services en milieu de travail.

La discussion a également porté sur la difficulté d'offrir des soins de santé dans les collectivités isolées du nord. Au Manitoba, par exemple, des femmes enceintes doivent se rendre à Winnipeg ou à Churchill pour donner naissance, ce qui suppose une séparation de leurs familles pouvant aller jusqu'à trois mois; le stress ainsi imposé à ces femmes et à leurs familles est énorme. Par ailleurs, des services essentiels comme la remise en état de lunettes ou de prothèses dentaires peuvent prendre de six mois à un an, parce qu'il faut les expédier à Whitehorse ou ailleurs.

Les participantes ont enfin souligné que les femmes doivent toujours veiller au grain si elles veulent réussir à modifier les programmes et les services. Il leur faut obtenir et diffuser des renseignements plus concrets sur le lobbying, la défense d'intérêts et les relations avec les médias. Par ailleurs, la recherche féministe devrait se concentrer davantage sur les nouvelles orientations à donner aux programmes et aux mesures étatiques. ■

Pour commander les publications du CCCSF

Le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (CCCSF) mène des recherches sur un éventail de sujets liés à l'amélioration de la condition féminine et en assure la publication sous forme de livres, brochures, documents de référence, mémoires et feuillets documentaires.

Pour obtenir la liste des publications, communiquer avec :

Bureau national du CCCSF
110, rue O'Connor
9^e étage
Case postale 1541, succ. B
Ottawa (Ontario)
K1P 5R5
(613) 992-4976