



DANS CE NUMÉRO

FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS

- 4 Un sujet médical discrédité dans les politiques et les pratiques en matière de santé : les femmes carrier des Premières nations en Colombie-Britannique

- 8 Analyse comparative entre les sexes du stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq

LA MARGINALISATION : UN OBSTACLE À LA SANTÉ

- 12 Violence et actes autodestructeurs chez les femmes en conflit avec la loi

- 16 Le véritable nom de son état

ÉTUDE DE LA DIVERSITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

- 19 Recherche sur la santé des homosexuelles : questions méthodologiques

- 23 Recherche effectuée par les pairs sur le travail du sexe

- 26 Au-delà de l'inclusion

Des voix dans la communauté

Éditorial rédigé en collaboration spéciale

par Yvonne Atwell, analyste en matière de politiques

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

LES RÉDAC-TEUR-TRICE-S DU *Bulletin de recherche* DES CENTRES D'EXCELLENCE pour la santé des femmes m'ont invitée à commenter les articles du présent numéro consacré à l'écoute des «voix dans la communauté». La recherche présentée ici examine les expériences de femmes qui ont été marginalisées dans et par la société, y compris des immigrantes, des Autochtones, des travailleuses du sexe, des femmes vivant dans la pauvreté, des lesbiennes, des femmes en conflit avec la loi et des femmes qui ont subi de la violence et d'autres formes de mauvais traitements. Ces articles décrivent les nombreux et insurmontables obstacles à la santé et au mieux-être qui s'élèvent devant ces femmes défavorisées—qu'elles essaient de se frayer un chemin dans le système juridique, le système des soins de santé, les services sociaux ou leurs tâches quotidiennes.

Les études appuyées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes représentent une contribution modeste mais vitale à l'énorme quantité de travail qu'il reste à accomplir pour améliorer la santé et le bien-être des femmes vulnérables et marginalisées dans notre société. En donnant la parole aux femmes qui sont d'habitude réduites au silence, ces articles confirment l'existence d'une crise dans la recherche, la politique et la pratique en matière de santé. Bien que des centaines de milliers de femmes au pays vivent dans des conditions de profonde insécurité personnelle, sociale et économique, bien des chercheu-r-se-s et organismes de financement de la recherche, beaucoup de ceux-elles qui élaborent et mettent en œuvre les politiques municipales, provinciales et fédérales, et beaucoup de ceux-elles qui offrent des services sociaux, de logement, de revenu et de santé ne tiennent pas compte de leur réalité. En se concentrant sur certaines populations de femmes, en examinant la santé du point de vue de l'analyse comparative entre les sexes, cette recherche confirme aussi les répercussions différentes des facteurs économiques, sociaux, politiques et culturels sur divers groupes de femmes, ainsi qu'entre les femmes et les hommes. À titre d'exemple, en rencontrant des jeunes Mi'kmaq vivant dans une réserve, Lynn McIntyre et ses collègues de Nouvelle-Écosse ont découvert que les jeunes femmes étaient

SUITE À LA PAGE 3

LE PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la Colombie-Britannique

Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique

BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 - 4500, rue Oak
Vancouver
(Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies

56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télé. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

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

C.P. 3070
Halifax (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/acewh
Tél. : (902) 420-6725
Numéro sans frais :
1 888 658-1112
Télé. : (902) 420-6752
acewh@dal.ca



© 2003 Centres d'excellence pour la santé des femmes
ISSN 1496-3612 Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes
Numéro de convention : 40036219

LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) sont financés par Santé Canada (Programme de contribution pour la santé des femmes) et administrés par le Bureau pour la santé des femmes. Ce programme est un volet important de la Stratégie pour la santé des femmes. Chacun des quatre centres, situés à Halifax, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du CESF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.

Centres d'excellence pour la santé des femmes Bureau pour la santé des femmes Santé Canada

Localisateur postal 1903C
3^e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9
Tél. : (613) 952-0795
Télé. : (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/femmes



centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES
centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer des numéros antérieurs ou d'autres exemplaires du présent numéro auprès du RCSF.

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham,
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télé. : (204) 989-2355
Numéro sans frais :
1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca



Le Réseau canadien pour
la santé des femmes
Canadian Women's
Health Network

Vous désirez vous abonner?

Le Bulletin de recherche est envoyé gratuitement aux personnes et aux organismes à travers le Canada qui ont un intérêt pour la recherche en santé des femmes. Si vous désirez vous abonner, veuillez communiquer avec le RCSF. (Si vous désirez mettre fin à votre abonnement, faites-le-nous savoir également.)

PRODUCTION

Rédactrice	Ann Pederson
Rédactrice adjointe	Leslie Grant Timmins
Responsable de la production	Susan White
Traduction française	Le Groupe de traduction Masha Krupp limitée
Correction	Doreen MacLean, Vivianne Roy Mazerolle
Conception	Folio Design
Impression	Winnipeg Sun Printing Services

Tous les idées dans ce bulletin, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada ou des Centres d'excellence pour la santé des femmes.

s u i t e

deux fois plus susceptibles que les jeunes hommes de se dire tristes, déprimés ou souffrant d'un stress extrême. Les mauvais traitements, le manque d'éducation, la pauvreté et la discrimination pèsent tous plus souvent et plus lourdement sur les femmes que sur les hommes, ce qui aggrave les désavantages ressentis par des groupes de femmes particuliers.

Par ailleurs, ces études soulignent qu'il est impératif de passer de la recherche à l'action. Nous savons par exemple depuis longtemps que les immigrantes courent un risque élevé de troubles dépressifs, y compris le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Beaucoup ont enduré des expériences traumatiques dans leurs pays d'origine pour subir ensuite le stress de l'immigration proprement dite. L'étude du Centre des Prairies confirme que le SSPT est exacerbé par le «combat quotidien pour s'adapter à un nouvel environnement, souvent sans aptitude de langage ni soutien communautaire ou familial» [trad.]. Pourtant, un grand nombre de nos politiques et pratiques demeure insensible aux besoins des nouveaux résidents et futurs citoyens du Canada. Des études menées auprès de femmes autochtones, de femmes de couleur et de femmes vivant dans la pauvreté ou dans des situations de violence, mènent à des conclusions semblables. Ces femmes ont besoin d'une société plus équitable et englobante. Elles ont besoin de savoir que les dirigeants du Canada approuveront de nouvelles politiques et pratiques qui assureront à tous et à toutes des soins convenables et corrects. Elles ont besoin de savoir que les prestataires de services respecteront la diversité culturelle, ainsi que les différences sociales et économiques. Elles ont besoin de ressources suffisantes et de la volonté politique nécessaire pour créer une société juste et à caractère humain.

Une partie de la recherche mise en relief dans le présent numéro se veut décidément stimulante et orientée vers l'action. Wanda Thomas Bernard, qui a mené des études de recherche sur la santé auprès de Noires néo-écossaises, conclut ce qui suit : «La démarche consiste en un partage du pouvoir individuel et collectif dans la recherche sur la santé, de même qu'en l'utilisation du pouvoir et des privilèges pour apporter des changements.» [trad.] La recherche de Frances Shaver auprès de travailleu-r-se-s du sexe insiste aussi sur l'importance d'«apporter quelque chose à la communauté» [trad.] et d'habiliter les femmes privées de droits. Toutefois,

certaines études évitent encore de traiter explicitement des effets de la discrimination systémique. Annette Browne et Jo-Anne Fiske sont parmi les rares enquêteu-r-se-s qui s'attaquent directement aux conséquences du racisme, du sexisme et d'autres formes de préjudice dans notre société. Elles reconnaissent que ce sont les «intérêts des groupes dominants [qui] flottent à la surface, tout comme le langage qui favorise ces intérêts» [trad.].

Par ailleurs, la recherche présentée ici s'attache aux conditions déplorables qui caractérisent la vie de nombreuses femmes défavorisées au Canada, mais passe en grande partie sous silence certaines dimensions positives et stratégies d'adaptation efficaces. L'une des interprétations possibles est qu'il existe une norme de mieux-être et de santé essentiellement blanche, bourgeoise et urbaine. Les vies qui ne s'apparentent pas à cette norme semblent misérables, malsaines et tout à fait désagréables, plutôt qu'inutilement difficiles. De plus en plus attentifs à la nécessité d'analyser davantage et plus profondément l'incidence de la discrimination systémique sur la santé des femmes, les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont commencé à investir dans la recherche et les politiques liées à des thèmes pertinents, dont le «racisme en tant que déterminant de la santé». Nous attendons impatiemment les fruits de ces travaux inédits.

En dernière analyse, la recherche que soutiennent les Centres d'excellence souligne notre responsabilité envers les femmes et les hommes vulnérables et marginalisé-e-s, à la fois en tant que chercheu-r-se-s et citoyen-ne-s d'une société civile. Lorsque des gens nous accueillent dans leur vie au nom de la recherche, il faut être prêt-e-s à leur rendre la pareille avec de l'information, des compétences et des possibilités pouvant mener à des changements véritables et durables. En allant aux urnes, en rencontrant les politicien-ne-s et les décideu-r-se-s, il faut être prêt-e-s à préconiser une société plus équitable et englobante.



Un sujet médical discrédité dans les politiques et les pratiques en matière de santé : les femmes carrier des Premières nations en Colombie-Britannique

Annette Browne, professeure adjointe, School of Nursing, University of British Columbia, et Jo-Anne Fiske, professeure agrégée, First Nations Studies and Women's/Gender Studies, University of Northern British Columbia, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique. Les auteures ont rencontré Leslie Grant Timmins, du *Bulletin de recherche*.

Bulletin de recherche : Dans le cadre de la première étape de votre étude de recherche, vous avez examiné des rencontres entre des femmes carrier des Premières nations et des prestataires de services de santé dans le Nord-Intérieur de la Colombie-Britannique. Vous décrivez les rapports de pouvoir inégaux de ces rencontres et leur effet négatif sur les femmes. En quoi consiste la seconde étape de votre étude?

Jo-Anne Fiske : Nous nous sommes penchées de nouveau sur les témoignages des femmes en appliquant certaines perspectives théoriques. En effectuant des entrevues avec des femmes, nous avons été en mesure de faire ressortir des recommandations explicites et implicites visant la modification des politiques. En analysant la réforme des politiques provinciale et fédérale en matière de santé, nous avons constaté que, très souvent, la participation des femmes des Premières nations à la réforme ne donne pas les résultats qu'elles espèrent.

Annette Browne : Les femmes interrogées décrivaient les différentes façons dont les intervenant-e-s en matière de santé projetaient involontairement une attitude d'indifférence et donnaient aux femmes l'impression d'être des sujets médicaux non valables. Les méthodes de la réforme des politiques en matière de santé et de la consultation connexe ainsi que les politiques en matière de santé actuelle ont aussi tendance à présenter les femmes autochtones comme des sujets médicaux «non crédibles».

BR : Qu'entendez-vous par «non crédibles»?

AB : Discrédités, difficiles à croire. Je pense à la politique de

la clinique locale d'imposer une pénalité de 20 \$ pour tout rendez-vous manqué ou pour les retards. Ce genre de politique peut être nécessaire à la viabilité financière de la clinique, mais finit par pénaliser les femmes autochtones et les faire passer pour incompetentes. La politique présente les femmes comme «non crédibles» en renforçant la notion, une notion populaire, que les femmes autochtones sont irresponsables parce qu'elles ne peuvent pas répondre aux exigences de gestion de la clinique.

JF : Les femmes n'ont pas 20 \$ pour payer la pénalité et n'ont pas d'auto. Le trajet de 20 kilomètres de la réserve à la clinique n'est pas facile à organiser. Elle quittent donc la clinique et traversent le stationnement jusqu'aux soins d'urgence à l'hôpital. Cela coûte beaucoup plus cher au système de soins de santé, mais elles n'ont pas le choix. En raison de cette politique, on insiste sur l'image négative des femmes parce qu'elles n'ont pas respecté les exigences de la clinique. La politique crée des conditions qui renforcent les stéréotypes, la différence et la distance sociale.

BR : Voulez-vous dire que la réforme du système de soins de santé et la consultation font la même chose?

AB : À l'intérieur des discours sur la citoyenneté dans les politiques en matière de santé (par exemple l'appel aux citoyens pour répondre à la réforme du système de soins de santé par l'intermédiaire de la Commission Romanow et de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), qui a consisté en un processus de consultation intensif d'une durée de cinq ans), il existe un paradoxe. Il y a un appel à la «citoyenneté», aux droits et aux obligations de diriger les politiques en matière

de santé grâce à la participation au gouvernement. Cependant, en réalité, ces discours sapent le peuple autochtone et le représentent comme manquant de pouvoir.

BR : Manquant de pouvoir dans quel sens?

JF : Au début du processus, certains intérêts des groupes dominants ressortent, tout comme le langage qui favorise ces intérêts, et ce, parfois inconsciemment. Lors de notre étude, par exemple, des femmes autochtones ont exprimé le besoin d'avoir plus de défenseurs (personnel de liaison avec les Premières nations) dans les hôpitaux locaux et régionaux, non seulement dans le secteur des soins actifs, mais aussi dans ceux des soins primaires et des soins de santé communautaire.

AB : Les femmes veulent ce personnel de liaison en raison des attitudes méprisantes qu'on leur témoigne souvent dans ces secteurs. Par leurs attitudes, bien que ce soit souvent involontaire, des travailleu-r-se-s ont dénigré le rôle des femmes comme mères responsables, leur ont fait part du ressentiment qu'ils-elles avaient à leur égard en jugeant qu'elles étaient des bénéficiaires indignes de l'aide «gratuite» du gouvernement et ont fait preuve d'absence de sensibilité ou de compréhension envers leur comportement (la timidité, par exemple) au cours d'examen médicaux évoquant des abus sexuels dont elles ont été victimes dans des pensionnats.

La clinique de santé locale ne compte aucun-e travailleu-r-se des Premières nations, et il n'y a toujours qu'un-e seul-e

employé-e de liaison à l'hôpital régional. Les femmes voulaient que plus de membres du personnel de liaison deviennent des défenseurs du bien public, pour parler des choses qu'il faut changer.

JF : Les demandes de changements de politique grâce à la présence de travailleu-r-se-s autochtones peuvent être positives, mais ne le sont pas nécessairement. Trop souvent, les décideu-r-se-s acceptent les recommandations, mais les interprètent et les remanient d'une façon qui appuie les structures de pouvoir en place. C'est ce qui semble être arrivé au poste de liaison : la recommandation des femmes concernant la défense des droits, comme moyen d'apporter des changements et de traiter des problèmes structurels, est interprétée, par exemple, comme un besoin d'augmenter le nombre de travailleu-r-se-s socia-ux-les, qui donneront encore d'autres directives sur la façon dont *les femmes* devraient changer leur vie. C'est une autre approche de contrôleur-r-se à l'égard du «mode de vie» des femmes. Les termes même que les femmes voulaient contester servent à formuler les politiques, et la structure de pouvoir reste la même.

AB : En décrivant les rencontres inhibitrices vécues par des femmes autochtones dans une clinique, notre rapport sur la première étape de la recherche a avivé le débat sur l'augmentation des heures de travail du poste de travailleu-r-se de liaison autochtone à l'hôpital et du financement pour le développer. Le médecin hygiéniste a accepté les conclusions de notre rapport mais à ce jour, il n'y a encore qu'un-e seul-e travailleu-r-se-s de liaison autochtone.

■ Les points de vue et les connaissances de certains groupes sont privilégiés par rapport à d'autres. La culture dominante finit par être la force motrice dans les soins de santé et la réforme du système de santé.

■ Pour offrir des services sûrs, le-la professionnel-le des soins de santé doit être sensibilisé-e aux forces politiques et historiques qui façonnent la dynamique des interactions avec le peuple autochtone liées aux soins de santé.

BR : Vous recommandez la «sûreté culturelle» plutôt que la «sensibilisation aux réalités culturelles» dans la formation des professionnel-le-s de la santé pour traiter des problèmes au niveau des services. Quelle est la différence entre «sensibilisation» et «sûreté»?

AB : Il existe un mouvement visant à rendre les politiques en matière de santé et les services connexes plus sensibles aux réalités culturelles. Les politiques demeurent fondées sur des notions de différence culturelle : en apprenant quelles sont vos différences culturelles, je peux comprendre votre comportement «différent». Cela stigmatise, en plus de rejeter la responsabilité des «différences culturelles» (lesquelles peuvent être structurellement modérées) sur les personnes et d'en dégager les relations et les structures de pouvoir.

JF : La sûreté culturelle va au-delà des différences culturelles. Elle se préoccupe de changer les attitudes, mais dépasse toute compréhension superficielle pour responsabiliser les membres de la société dominante afin qu'ils tiennent compte du pouvoir et des privilèges de leur propre situation sociale. Pour offrir des services professionnels sûrs, le-la professionnel-le doit être sensibilisé-e aux forces politiques et historiques qui façonnent la dynamique des interactions avec le peuple autochtone dans les soins de santé. Ainsi, les médecins peuvent agir sur les *structures* qui encadrent leur travail au lieu d'essayer d'expliquer ou de critiquer le comportement d'une personne.

AB : C'est un concept relativement nouveau. Il trouve son origine chez des infirmi-er-ère-s chefs maori-e-s de Nouvelle-Zélande qui ont participé à la réforme du système de soins

de santé. Tou-s-tes les infirmi-er-ère-s de là-bas doivent maintenant étudier l'histoire coloniale et passer l'examen traitant de ce sujet. Il ne suffit plus d'apprendre le bon usage superficiel concernant une culture. C'est très efficace à petite échelle, lors de rencontres quotidiennes entre patients et prestataires de soins de santé. La façon de mobiliser cela au niveau de la politique à grande échelle doit être étudiée plus en profondeur.

JF : Ce que nous essayons de faire valoir dans le rapport que nous préparons en ce moment est que les points de vue et les connaissances de certains groupes sont privilégiés par rapport à d'autres et que la culture dominante finit par être la force motrice dans les domaines des soins de santé et de la réforme du système de soins de santé.

BR : La sensibilisation au privilège et du pouvoir suffit-elle vraiment à provoquer un changement considérable?

AB : Non, mais la sensibilisation constitue un progrès. Et nous n'essayons pas de critiquer des prestataires particuliers et ne tombons pas dans le piège d'étiqueter des personnes comme racistes. Cela détourne aussi l'attention des structures de pouvoir. Parlons donc du racisme tel qu'il est ancré dans la structure de la société.

BR : Comment des pratiques sûres au point de vue culturel peuvent-elles changer les attitudes péjoratives à la clinique?

AB : Celle-ci doivent être des pratiques et des politiques qui respectent les rôles principaux des femmes autochtones comme contrôleuses du système des soins de santé et des

dirigeants communautaires, qui tiennent compte de la pauvreté et des forces sociales et historiques que sous-tend la pauvreté. Et ce qui est tout aussi important, ces pratiques et ces politiques doivent assurer la participation *significative* des femmes autochtones au processus décisionnel à l'échelle de la santé locale.

JF : Quant à l'orientation nationale et régionale, au lieu de continuer à inviter les Autochtones à rendre les politiques en matière de santé plus «sensibles aux réalités culturelles», on peut trouver des moyens d'aborder les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, quand on examine les politiques sur la santé des Autochtones, on remarque la mise en relief de certaines maladies et un rapport au «mode de vie». Le VIH, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, par exemple. Cet étiquetage caractérise les femmes autochtones comme des sujets médicaux discrédités et renforce cette représentation.

AB : Et on ferme ainsi les yeux sur les causes sous-jacentes de l'incidence élevée de ces maladies et problèmes. On n'accorde pas assez d'importance aux déterminants sociaux tels que la marginalisation économique, le colonialisme social, les taux de pauvreté extrêmes chez les femmes et les enfants à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, ainsi que le sous-développement régional, qui ont un effet plus marqué sur l'état de santé.

BR : Le peuple autochtone du Canada connaît une incidence élevée de diabète. De quelle façon le diabète cadre-t-il dans l'interprétation de la maladie et de «mode de vie»?

AB : Cela peut fonctionner de deux façons : il est parfois interprété comme une maladie «neutre» et parfois comme le résultat de l'irresponsabilité, mais dans ce dernier cas, il faut s'interroger sur l'alimentation des personnes défavorisées sur le plan économique.

JF : Les politiques en matière de santé adhèrent à la très forte croyance nord-américaine que la maladie est un problème de mode de vie. Si c'est un mode de vie, c'est facile à régler. Cela intéresse tous les ordres de l'administration sanitaire. «Cessez de manger telle chose.» Cependant, les politiques n'analysent pas la *raison* pour laquelle certains aliments sont disponibles et d'autres non. D'autres maladies invalidantes n'étant pas indiquées comme faisant partie de «l'épidémie du

mode de vie», telles que l'arthrite, peuvent aussi recevoir moins d'attention.

AB : Ce que nous voyons et tentons de rendre explicite est qu'il existe une idéologie continue d'individualisme ayant un effet intense sur la santé du peuple autochtone et les sortes de solutions qui lui sont offertes. À l'échelle des offices régionaux de la santé, lorsqu'il y a un problème de VIH ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues, l'injection de fonds «éphémères» pour un projet de courte durée dans la collectivité est jugée comme une solution. Pour le lancement d'un programme de consultation, par exemple, comme si un programme de trois semaines pouvait régler le problème. A priori, on dirait que l'office régional de la santé octroie beaucoup d'argent aux collectivités autochtones, mais c'est trompeur. C'est en réalité un très petit montant d'argent pour de très gros problèmes communautaires qui est réparti sur un grand territoire.

AB : Quand les politiques en matière de santé et les pratiques connexes représentent les femmes autochtones comme responsables de leurs maux, comme des sujets discrédités et «non crédibles» dans les services de santé, elles élèvent un obstacle considérable à la santé des femmes.

JF : La lutte pour se dégager de l'héritage colonial et obtenir ce qu'on veut grâce aux réformes des politiques est considérable. On risque toujours de recréer les mêmes structures de pouvoir d'où découlent ces problèmes.

On peut télécharger la première étape du rapport d'étude intitulé *First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems* (2000) au www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdf.htm ou en commander un exemplaire en communiquant avec :



Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la Colombie-Britannique

Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la
Colombie-Britannique
E311 - 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télec. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

Analyse comparative entre les sexes du stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq

Lynn McIntyre, professeure, Faculty of Health Professions, Dalhousie University, Frederic Wien, professeur, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sharon Rudderham, ancienne directrice de la santé, Union of Nova Scotia Indians, Loraine Etter, directrice de la santé, Confederacy of Mainland Mi'kmaq, Carla Moore, analyste des politiques de la santé, Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs, Nancy MacDonald, professeure adjointe, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sally Johnson, directrice intérimaire de la santé, Union of Nova Scotia Indians, Ann Gottschall, coordonnatrice de l'étude. La présente étude a été financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de l'Atlantique.

En 1997, le Groupe de recherche sur la santé des Mi'kmaq, constitué de coordonnat-eur-ric-e-s de la santé de trois organismes des Premières nations et d'universitaires de la Dalhousie University, a mené un sondage sur la santé des Mi'kmaq¹. La constatation la plus marquante de cette étude concerne le stress vécu par les jeunes femmes vivant dans les réserves. Trente pour cent des jeunes femmes mi'kmaq par rapport à 7 p. 100 des jeunes hommes mi'kmaq se disaient «passablement ou extrêmement stressé-e-s». Quarante-sept pour cent des jeunes femmes contre 21 p. 100 des jeunes hommes disaient se sentir «tristes ou déprimé-e-s pendant deux semaines et plus». En outre, les jeunes hommes mi'kmaq paraissaient beaucoup plus susceptibles de répondre «Je m'aime comme je suis» (84 p. 100) que les jeunes femmes (57 p. 100).

Les conclusions du sondage sur la santé, notre premier projet de recherche, nous ont conduit à l'étude des adolescentes mi'kmaq (de 12 à 18 ans). L'étude *An Exploration of the Stress Experience of Mi'kmaq On-reserve Female Youth in Nova Scotia* (2001) porte sur les facteurs stressants physiques (p. ex. l'embonpoint), les facteurs stressants mentaux (p. ex. la dépression, l'estime de soi et la santé émotionnelle) et les facteurs stressants liés aux rapports sociaux.

L'objectif général de l'étude était de déterminer des politiques et des programmes pouvant être efficaces pour réduire le stress négatif chez les jeunes femmes mi'kmaq. Le second objectif consistait à acquérir des aptitudes de recherche concernant les organismes et les collectivités des

Premières nations. Pour refléter les différences et les ressemblances entre les sexes, nous avons comparé le stress vécu par les femmes mi'kmaq à celui que vivent les jeunes hommes habitant dans la réserve. Nous avons également demandé les points de vue de professionnel-le-s des services à la jeunesse et les avons comparés à ceux des groupes de jeunes hommes et de jeunes femmes. Les membres du groupe consultatif sur la jeunesse, formé exclusivement de femmes vivant dans la réserve, ont examiné la méthode de recherche, nous ont conseillé sur le contenu des entrevues et ont contribué à définir les facteurs stressants chez leurs pairs.

Analyse documentaire

Pour mieux comprendre le stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq, il est nécessaire de saisir en premier lieu le contexte historique. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) déclarait que «Bon nombre d'Autochtones souffrent non seulement de maladies et de problèmes sociaux déterminés, mais aussi d'un état d'esprit dépressif dû à plus de deux siècles d'atteintes à leur culture, à leur langue, à leur identité et à leur dignité»². Les Autochtones ont été atteints de maladies provenant de la population européenne ainsi qu'ils ont été lésés par des «pratiques sociales traumatisantes»³ [trad.] qu'entraînait la colonisation. Les séquelles laissées par l'expérience des pensionnats et par d'autres politiques et pratiques du gouvernement ont créé, sur les plans de la société et de la santé, un traumatisme qui se poursuit à ce jour, ainsi que beaucoup d'injustices encore flagrantes liées à l'état de santé et l'accès aux services de santé des Autochtones. On remarque

pourtant certains signes de changement : les taux d'obtention de diplômes d'études secondaires et postsecondaires se sont nettement améliorés par rapport à ceux d'il y a deux ou trois décennies, bien qu'ils restent inférieurs à la moyenne canadienne, et les Premières nations tirent parti des traités et des dispositions sur les droits des Autochtones pour retrouver l'accès aux ressources, à des territoires plus grands et à des fonds pour l'investissement économique. Les peuples autochtones reprennent peu à peu la maîtrise des conditions touchant leur santé et les politiques de la santé, et de nouvelles données sur la santé des Autochtones sont disponibles.

Le stress que vivent les femmes mi'kmaq est déterminé en partie par des facteurs historiques, socio-économiques et sanitaires, mais aussi par les différences entre les sexes et par les perspectives de leurs enfants. Parmi les principaux indicateurs de la santé, notons le fait de donner naissance à des enfants à un âge plus jeune que le reste de la population, le changement de la structure familiale se traduisant par l'augmentation du nombre des familles monoparentales, les taux plus élevés de mortalité juvénile, les taux plus élevés de pauvreté que ceux des hommes autochtones et un degré élevé de violence envers les femmes. Afin de mieux comprendre ce que sous-tend le stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq d'aujourd'hui, nous avons procédé à une analyse d'égalité des sexes de la documentation publiée. Les études sur la dépression révèlent que l'incidence de ce trouble chez les jeunes Canadiennes est considérablement plus élevée que chez les jeunes hommes⁴. En ce qui concerne les différences raciales ou ethniques, Roberts et les collaborateurs constatent que même si ces différences dans la dépression semblent présentes, c'est en fait la

situation socio-économique du groupe qui favorise ou freine la dépression⁵. Les jeunes autochtones présentent un des taux de dépression les plus élevés parce que leurs situations socio-économiques demeurent parmi les plus médiocres comparées à d'autres groupes. Dans l'ensemble, on remarque une plus grande prévalence de la dépression chez les femmes autochtones en raison notamment de leurs conditions de vie pitoyables⁶.

D'autres ouvrages de documentation laissent également supposer que les difficultés d'apprentissage représentent un trouble de santé considérable chez les jeunes autochtones et contribuent à faire augmenter le taux de fin de scolarité précoce parmi les enfants autochtones⁷. L'incompréhension des enseignants et autres concernant les différences culturelles est un facteur qui pourrait contribuer à ce mauvais rendement scolaire⁸.

Groupes de discussion et entrevues

Nous avons mené 21 entrevues individuelles semi-structurées et huit discussions de groupe avec des jeunes femmes mi'kmaq. Afin d'assurer le contraste entre les sexes, nous avons également dirigé cinq entrevues individuelles et deux groupes de discussion avec des jeunes hommes vivant dans des réserves. De plus, nous avons demandé aux jeunes de suggérer des politiques et des programmes susceptibles de réduire leur stress. Une fois l'étude achevée, nous en avons présenté les conclusions aux membres du groupe consultatif sur la jeunesse en vue d'en obtenir des commentaires et de favoriser la discussion.

Enfin, des entrevues ont été menées auprès de conseiller-ère-s et de travailleur-se-s de la santé au service des jeunes pour connaître

■ Les jeunes femmes mi'kmaq quittaient l'école en raison d'une grossesse et les jeunes hommes, en raison de la difficulté du travail scolaire.

leurs points de vue sur le stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq ainsi que sur des politiques et des programmes qui pourraient selon eux-elles aider les jeunes femmes.

Conclusions de la recherche

Lors des groupes de discussion, les jeunes femmes mi'kmaq ont parlé du stress surtout comme d'une réaction émotionnelle *intérieure*. Par exemple, l'énervernement émotionnel a été mentionné 13 fois (y compris l'irritabilité, la frustration et l'anxiété), la mélancolie ou la tristesse a été signalée 11 fois et la colère neuf fois. Les femmes ont affirmé qu'elles soulageaient leur stress en parlant de leurs sentiments avec les autres. Nous avons observé la facilité avec laquelle les femmes du groupe de discussion communiquaient entre elles, l'un des groupes précisant même que l'exercice de collecte des renseignements était thérapeutique en lui-même.

Lors des entrevues individuelles, cependant, les jeunes femmes ont parlé du stress en termes d'*extériorisation*, en signalant notamment de la colère ou de la frustration (17 et 13 mentions respectivement), ainsi que des comportements de passage à l'acte incluant les actes autodestructeurs (12 mentions). Cette dernière étant habituellement considérée comme un phénomène masculin, cela donne l'alerte quant au fait que des femmes pourraient aussi y être vulnérables.

À l'opposé des jeunes hommes et des comptes rendus des professionnel-le-s au service des jeunes, les jeunes femmes ont désigné un large éventail de facteurs stressants. Le fait que les jeunes femmes de la réserve réagissent à des facteurs stressants multiples doit être tenu en compte dans tout cadre stratégique de réduction du stress. Quelqu'un a souligné que les jeunes hommes ne vivaient pas un «stress constant», laissant entendre que c'était le cas des jeunes femmes.

On a remarqué un recoupement considérable dans les principaux facteurs stressants énumérés par les répondant-e-s des trois groupes, et les membres du groupe consultatif sur la jeunesse étaient d'accord avec cette liste. Les trois groupes ont reconnu les problèmes familiaux (p. ex. l'absence d'un parent, la drogue ou l'alcool) comme une source importante de stress. Les jeunes femmes accordaient une plus grande importance au stress lié à l'école que les jeunes hommes. Les deux groupes de jeunes ont désigné les problèmes de

relations, y compris les petits amis et petites amies, comme une source considérable de stress. Seules les jeunes femmes ont mentionné la violence et les mauvais traitements, et seuls les jeunes hommes ont parlé de la consommation de drogue et d'alcool.

Le fait que les jeunes hommes et les jeunes femmes s'identifiaient comme Mi'kmaq et ont parlé de leurs antécédents avec une fierté considérable, est un des résultats positifs inattendus dans le cadre de la présente étude. Ce sentiment d'identité positif, qui constitue un avantage remarquable et précieux dans ce groupe de jeunes vivant dans la réserve, devrait être préservé et mis en valeur pour favoriser un cheminement de vie fructueux vers l'âge adulte. Par contre, plusieurs professionnel-le-s au service des jeunes ont cité le manque d'identité comme stress intrapersonnel.

Les impressions liées à la vie dans la réserve selon les sexes ont révélé des définitions de rôle assez rigides pour les hommes et les femmes. Les jeunes hommes donnaient aussi l'impression qu'ils avaient moins de chances d'être pardonnés pour leurs erreurs (comportement bagarreur, par exemple) que les jeunes femmes, chez qui la grossesse (souvent perçue comme une erreur par les jeunes et les adultes) est courante. Les deux groupes s'accordaient pour dire que des facteurs économiques tels que les femmes assumant la responsabilité du principal soutien de famille pourraient atténuer la dominance masculine. Les deux groupes reconnaissaient aussi que les femmes étaient perçues comme responsables de la famille. Quelques professionnel-le-s au service des jeunes ont précisé que certaines jeunes filles parlaient de la contrainte à prendre soin d'autres enfants de la famille.

L'école demeure un important facteur stressant chez les jeunes, et on remarque une certaine homogénéité dans les groupes de répondant-e-s concernant les raisons qu'ont les jeunes de quitter l'école. Pour les jeunes hommes, c'est souvent la difficulté du travail scolaire, ce qu'ils se reprochent, et chez les jeunes femmes, c'est souvent la grossesse. La plupart des femmes du groupe de discussion ont nuancé cette réponse en ajoutant que les jeunes mères ne disposent d'aucun service de garde d'enfants, ce qui ne leur laisse pas d'autre choix que de quitter l'école. La grossesse est indiscutablement la raison pour laquelle les étudiantes

mi'kmaq cessent leurs études. Certains professionnel-le-s au service des jeunes étaient d'avis que la grossesse chez les adolescentes était inévitable et ne faisaient aucune distinction entre les grossesses planifiées, non planifiées, désirées et non désirées.

Interventions en matière de politiques et de programmes

Tous les groupes rencontrés recommandaient une éducation plus pertinente culturellement pour aider les jeunes femmes mi'kmaq à réduire leur stress, à se remettre d'événements stressants et à améliorer leur vie en général. Un meilleur milieu scolaire (décrit comme un milieu où il y aurait moins de racisme, moins d'intimidation et plus de sensibilité chez les enseignants) pourrait également être créé en aménageant des écoles dans les réserves. Des consultations et de l'aide à l'apprentissage étaient également considérées comme

nécessaires. Seules les jeunes femmes ont mentionné la nécessité pour les jeunes mères d'avoir accès à un service de garde pour poursuivre leurs études. Commencer les classes à 10 h pourrait être vu comme une stratégie pour assurer la persévérance scolaire, étant donné les habitudes de vie nocturnes et les troubles généraux du sommeil des jeunes⁹. Les membres du groupe consultatif sur la jeunesse étaient d'accord pour faire commencer les classes plus tard et ont déclaré que le mi'kmaq, et non le français, devrait être la deuxième langue enseignée à l'école.

La plupart des propositions étaient sans distinction de sexe et très peu de jeunes ont parlé d'emploi ou d'encadrement pédagogique. Bien qu'on ait suggéré peu de stratégies socio-économiques à long terme ou de stratégies touchant les grands déterminants de la santé, les membres de l'équipe de recherche recommandent une telle approche.

NOTES

1. Groupe de recherche sur la santé des Mi'kmaq (L. Etter, C. Moore, L. McIntyre, S. Rudderham et F. Wien), *The Health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population*, Sydney, Union of Nova Scotia Indians, 1999.
2. Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, volume 3, Vers un ressourcement*, Ottawa, Groupe canadien des communications, 1996, p. 109.
3. C. Levitt, M. Doyle-Maclsaac, I. Grava-Gubins, G. Ramsay et W. Rosser, «Investissons dans l'avenir : protégeons nos enfants. Partie 7 : Enfants autochtones», *Le Médecin de famille canadien* 1998, vol. 44, p. 358-362.
4. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada, 1998. Gros plan sur les jeunes*, Ottawa, 1998.
5. R. E. Roberts, C. R. Roberts et R. Y. Chen, «Ethnocultural differences in the prevalence of adolescent depression», *American Journal of Community Psychology*, 1997, vol. 25, n° 1, p. 95-110.
6. Isabel den Heyer et Fred Wien, avec la collaboration de Jean Knockwood et Virick Francis, *Mi'kmaq Students with Special Education Needs in Nova Scotia*. Sydney : Mi'kmaq Kina'matnewey, 2001; Conseil en éducation des Premières Nations, *Special Education Report*, Conseil en éducation des Premières Nations. Québec, 1992; First Nations Education Steering Committee/First Nations Schools Association, *None Left Behind—Addressing Special Needs Education in First Nation Schools: A Proposal for Action*. Vancouver nord : First Nations Education Steering Committee, 1997.
7. M. Beiser, W. Sack, S. M. Manson, R. Redshirt et R. Dion, «Mental health and academic performance of First Nations and majority-culture children», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, vol. 68, n° 3, p. 455-467.
8. R. Minde et K. Minde, «Socio-cultural determinants of psychiatric symptomology in James Bay Cree», *Revue canadienne de psychiatrie*, 1995, vol. 40, n° 6, p. 304-312.
9. L. Laberge, D. Petit, C. Simard, F. Vitaro, R. E. Tremblay et J. Montplaisir, «Development of sleep patterns in early adolescence», *Journal of Sleep Research*, 2001, vol. 10, n° 1, p. 59-67.

Violence et actes autodestructeurs chez les femmes en conflit avec la loi

Cathy Fillmore, Colleen Anne Dell, Elizabeth Fry Society of Manitoba, financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies

Le nombre de femmes en conflit avec la loi qui se livrent à des actes autodestructeurs connaît une hausse alarmante. Selon une étude menée en 1995, 59 p. 100 des femmes condamnées pour infraction à une loi fédérale au Canada commettent des actes destructeurs¹. Dans notre étude intitulée *Prairie Women, Violence and Self-Harm [Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs]*, parue en 2000, nous avons examiné les liens existant entre les femmes qui commettent des actes autodestructeurs, certains événements cruciaux qui se sont déroulés au cours de l'enfance et de la vie adulte des femmes lesquels précèdent l'adoption de comportements d'autodestruction, ainsi que leur situation dans la structure sociale en général. Même si le lien qui existe entre les actes autodestructeurs et les situations d'abus et de violence vécues au cours de l'enfance est généralement reconnu, les rapports entre les actes autodestructeurs et les situations d'abus et de violence vécues à l'âge adulte ainsi que la position sociale sont fréquemment oubliés dans la documentation de recherche².

Notre étude a permis de constater que les situations d'abus et de violence à l'âge adulte, en particulier la violence conjugale, restaient courantes chez les femmes. Le fait que certaines femmes associent la violence de leur conjoint à des comportements d'autodestruction et considèrent cette violence comme un facteur de risque demeure une conclusion importante. La plupart des femmes avaient aussi en commun une enfance passée au sein de familles très instables et n'offrant aucun soutien, ainsi qu'une grande pauvreté, tant matérielle que sociale. Une autre conclusion importante de l'étude consiste à ce que des femmes autochtones et non autochtones ont affirmé tirer un avantage des traditions de la culture autochtone et y attacher beaucoup d'importance, en précisant que ces enseignements devraient être incorporés dans des programmes portant sur les actes autodestructeurs.

Sources de données

Nous avons interrogé 46 femmes présentant des antécédents de conflit avec la loi, certaines vivant dans la collectivité et d'autres, en établissement correctionnel. Les femmes autochtones comptaient pour 64 p. 100 de l'échantillon. (Le reste des femmes s'identifiaient comme Caucasiennes (32 p. 100) et autres (3 p. 100). Nous avons organisé un groupe de discussion avec six femmes incarcérées et rencontré neuf employé-e-s d'organismes communautaires et correctionnels. Outre le sondage mené auprès du personnel correctionnel, nous avons passé en revue plusieurs des politiques et des pratiques du service communautaire et d'établissements correctionnels au sujet des actes autodestructeurs.

En ce qui concerne l'analyse des données, les témoignages des femmes de la collectivité et des établissements correctionnels ont été réunis parce que toutes les femmes avaient été en conflit avec la loi, la majorité d'entre elles ayant été incarcérées. Les renseignements obtenus auprès des employé-e-s communautaires et correctionnel-le-s ont aussi été réunis en raison du nombre limité d'employé-e-s répondant-e-s et du recoupement des réponses dans les deux groupes.

En nous appuyant sur les témoignages de femmes, sur les récits du personnel et sur l'étude de documents interdisciplinaires, nous avons défini les actes autodestructeurs comme suit : tout acte physique émotionnel, social ou spirituel qu'une femme peut poser avec l'intention de se blesser de façon volontaire. Un tel geste constitue une façon de composer avec une souffrance et une détresse émotives et de survivre à une telle souffrance, laquelle est le reflet d'expériences traumatisantes vécues lors de situations d'abus et de violence perpétrées au cours de l'enfance et à l'âge adulte.

Conclusions de la recherche

En général, nous avons constaté que les répondant-e-s présentaient un profil semblable à celui des femmes en conflit avec la loi dans la région des Prairies canadiennes³. L'âge moyen des femmes était de 31 ans et le niveau commun de scolarité correspondait à la 10^e année. La plupart avait reçu des prestations d'aide sociale à un moment quelconque de leur vie. Beaucoup d'entre elles avaient été placées dans divers foyers de groupe et foyers d'accueil pendant leur jeunesse. La plupart des femmes faisaient état de types de relations très instables et transitoires. Elles avaient en moyenne deux enfants, la majorité d'entre eux vivant en famille d'accueil ou en foyer collectif, ou ayant été adoptés.

La plus grande probabilité d'actes autodestructeurs survenait lorsque les femmes avaient vécu dans des familles très instables et n'offrant aucun soutien et vivaient des relations adultes de même nature. De telles familles se caractérisaient par de nombreux déménagements et des placements intermittents ou permanents en foyer d'accueil et en foyer de groupe, par des liens absents, faibles ou traumatisants avec les adultes qui en étaient responsables (notamment la mère), par des besoins émotifs et sociaux non satisfaits et par des antécédents d'abus et de violence vécus au cours de l'enfance (violence sexuelle, émotionnelle, physique et négligence). Dans les relations adultes des femmes, les situations d'abus et de violence, principalement perpétrées par un conjoint, restaient des expériences communes.

Les femmes vivant dans la collectivité ont désigné la violence conjugale, la perte de leurs enfants et la séparation d'avec eux, l'isolement et la solitude comme les principaux facteurs de risque des actes autodestructeurs. Les femmes incarcérées ont déterminé des facteurs de risque semblables, tout en insistant davantage sur des souvenirs traumatisants de situations de violence vécues au cours de leur enfance en tant que facteur de risque crucial qui est déclenché en prison.

Le rôle de la violence conjugale n'est pas généralement reconnu dans la documentation de recherche et dans les réponses du personnel du milieu communautaire ou institutionnel concernant les actes autodestructeurs chez les femmes. Pourtant, toutes les femmes de l'étude (à l'exception d'une seule) avaient vécu des situations de violence et d'abus à l'âge adulte, principalement de la part de leur conjoint. «Avec son conjoint, on a parfois trop peur [pour se défendre], affirmait l'une d'elles. On t'a fait du mal tellement de fois, pourquoi ne pas te faire de mal à toi-même? "Tiens, je l'ai fait, content?"» La relation existant entre les actes autodestructeurs des femmes et la violence conjugale est un domaine important qui nécessite une recherche plus approfondie.

Par leurs actes autodestructeurs, les femmes expriment plusieurs messages qui leur permettent de composer avec leur douleur insupportable liée à la souffrance et à la détresse émotives, tout en leur permettant de survivre. Ces messages

■ Le fait que certaines femmes associent la violence de leur conjoint à des comportements d'autodestruction demeure une conclusion importante.

■ Les actes autodestructeurs chez les femmes ne peuvent pas être retranchés des structures et des contextes sociaux.

comprenaient notamment les actes autodestructeurs comme moyen de réagir face à un conjoint violent. Cependant, plusieurs autres messages importants sont ressortis : le besoin d'attention et d'appui moral, l'autopunition et le blâme de soi, composer avec l'isolement et la solitude, éviter et détourner la souffrance émotionnelle, libérer et purifier la souffrance émotionnelle, sentir la réalité ou y revenir, exprimer ou communiquer des expériences de vie douloureuses et exercer une maîtrise ou un pouvoir sur soi-même.

La plupart des messages liés aux actes autodestructeurs énumérés par le personnel des organismes communautaires et correctionnels correspondaient d'assez près aux réponses des femmes. Deux différences principales devraient cependant être mentionnées. D'une part, le personnel minimisait l'importance de certains messages désignés par les femmes, tels que de combler des besoins d'attention et d'appui moral, ainsi que de composer avec l'isolement et la solitude. D'autre part, le personnel interprétait les actes autodestructeurs chez les femmes comme une forme de manipulation et un moyen d'obliger le personnel à les prendre en main.

Les femmes ont signalé le besoin d'avoir plus d'occasions d'exprimer leur souffrance et leur détresse émotives, et d'en discuter. En particulier, elles voulaient que les situations d'abus et de violence qu'elles avaient vécues soient davantage reconnues, à la fois dans des programmes particuliers et lors

des interactions avec le personnel. Les femmes ressentaient également un grand besoin de mieux comprendre leurs comportements d'autodestruction et d'acquiescer des mécanismes d'adaptation plus sains et plus stimulants.

Les femmes ont déclaré que les approches autochtones visant le ressourcement étaient utiles et qu'elles seraient un élément efficace de tout programme sur les actes d'autodestruction. Le personnel partageait ce point de vue. Les programmes autochtones traditionnels étaient généralement considérés comme offrant une approche équilibrée et significative d'autoguérison pour les femmes.

Les femmes ont également souligné qu'une approche de réduction des préjugés et de planification de la protection constituerait une réaction plus réaliste et efficace aux actes autodestructeurs. Elles estimaient qu'un bon nombre de pratiques courantes visant à prévenir les actes autodestructeurs sont inadéquates. En fait, la recherche a montré que les femmes sont plus sujettes à commettre des actes autodestructeurs lorsque des mesures préventives telles que l'isolement sont mises en application⁴. Les mesures punitives comme le matériel de contrainte et l'isolement peuvent aussi traumatiser de nouveau des femmes qui ont vécu des situations d'abus et de violence au cours de leur enfance et à l'âge adulte.

Il importe de signaler que les femmes de l'étude faisaient également preuve d'initiative personnelle et d'aptitudes

créatives pour trouver des solutions de rechange aux comportements d'autodestruction. Elles tenaient un journal intime et pratiquaient des activités physiques vigoureuses. Le port quotidien des peintures traditionnelles (brûler de la sauge comme rituel de purification) servait à combler des besoins spirituels. Les femmes s'adressaient aussi à leurs amis et conjoints et avaient recours à la consultation individuelle, à la thérapie de groupe, aux programmes communautaires et au soutien d'organismes communautaires. Le bénévolat, la garde d'enfants et d'autres activités offrant un sentiment d'utilité aux femmes constituaient autant de réponses ingénieuses.

Manifestement, une approche holistique et centrée sur les femmes se révèle nécessaire en ce qui concerne les politiques et les pratiques liées aux actes autodestructeurs. Pour cela, il faut non seulement connaître l'histoire et la biographie personnelles des femmes, mais aussi comprendre les antécédents sociaux des actes autodestructeurs qui trouvent leur origine dans les situations de violence et d'abus vécues au cours de l'enfance et à l'âge adulte. Ce qui est plus

important encore c'est que les actes autodestructeurs chez les femmes ne peuvent pas être retranchés des structures et des contextes sociaux dans lesquels elles vivent.

À la suite de la présente étude, la Elizabeth Fry Society of Manitoba a élaboré une brochure proposant des comportements d'adaptation aux femmes qui envisagent commettre les actes autodestructeurs. Voir les coordonnées ci-dessous⁵. On peut télécharger le rapport complet, intitulé *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, à l'adresse suivante : www.pwhce.ca/pdf/self-harm.pdf ou en commander un exemplaire en communiquant avec :



Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télec. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

NOTES

1. Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, *Fiche d'information : Solutions de rechange à l'incarcération*, Ottawa, 1995.
2. Une exception importante à noter : G. Babiker et L. Arnold, *The Language of Injury. Comprehending Self-Mutilation*, Leicester, British Psychological Society, 1997.
3. E. Adelburg et C. Currie (éd.), *In Conflict with the Law. Women and the Canadian Justice System*. Vancouver : Press Gang Publishers, 1993, p. 50-75; Elizabeth Fry Society of Manitoba, *Attending to the Needs of Manitoba Women in Conflict with the Law*, Déclaration de principe, Winnipeg, 2000.
4. R. E. Dobash, R. Dobash et S. Gutteridge, *The Imprisonment of Women*, New York, Blackwell, 1986. Cité dans Joanne Martel, *Solitude and Cold Storage*, Edmonton, Elizabeth Fry Society, 1999; A. Kershaw et M. Masovich, *Rock-A-Bye-Baby, A Death Behind Bars*, Toronto, Oxford Press, 1996.
5. Elizabeth Fry Society of Manitoba, 773, avenue Selkirk, Winnipeg (Manitoba) R2W 2N5, tél. : (204) 589-7335 et téléc. : (204) 589-7338.

Le véritable nom de son état

Le présent article contient les faits saillants d'une étude menée par Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc., financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies.

La personne traumatisée est souvent soulagée simplement par le fait d'apprendre le véritable nom de son état. En constatant le diagnostic, elle entame le processus de maîtrise de la situation. [trad.]

~ Judith Lewis Herman¹

De 1991 à 1996, plus de 4 000 femmes ont immigré en Saskatchewan². Parmi elles se trouvaient des femmes venant de pays déchirés par la guerre ou de pays présentant un risque élevé d'exposition à des traumatismes extrêmes, des violences sexuelles et des sinistres comme des tremblements de terre, des inondations et la sécheresse. Ces expériences en elles-mêmes suffiraient à déclencher un trouble appelé « syndrome de stress post-traumatique (SSPT) », mais les recherches montrent que le processus de migration et l'expérience liée au fait de s'installer au Canada ajoutent à l'angoisse et au traumatisme³. Notre étude du syndrome de stress post-traumatique font ressortir certains des obstacles que rencontrent les immigrantes, les réfugiées et les femmes des minorités visibles en Saskatchewan pour reconnaître elles-mêmes le SSPT ou en recevoir le diagnostic et s'en remettre⁴.

Fait révélateur, nous avons constaté qu'un ensemble complexe d'obstacles empêchait de reconnaître le SSPT chez les femmes qui en souffraient. En raison d'une maîtrise insuffisante de la langue anglaise et de l'ignorance du SSPT, les 20 femmes du groupe d'étude ignoraient pour la plupart « le véritable nom de

leur état ». Certaines femmes signalaient une exacerbation de leurs symptômes en raison d'une discrimination raciale, d'une révocation de l'accréditation professionnelle et d'autres conséquences de leur arrivée au Canada. Parmi les femmes qui avaient eu recours aux services d'un médecin, certaines faisaient état de rencontres au cours desquelles leurs symptômes avaient été négligés ou banalisés. Même s'il semblait y avoir de solides connaissances théoriques sur le SSPT chez les quatre psychiatres et l'omnipraticien que nous avons rencontrés, ceux-ci disaient avoir travaillé avec peu d'immigrantes ou de réfugiées dans la province.

Vu que l'un des objectifs de la recherche était de recueillir de l'information sur les expériences de femmes autochtones atteintes du SSPT afin d'établir un parallèle avec les immigrantes et les réfugiées et former ainsi des partenariats, nous avons aussi interrogé des femmes autochtones. Seulement deux d'entre elles, cependant, ont cependant participé à l'étude. Au cours des entrevues que nous avons menées avec des professionnel-le-s de la santé mentale et des prestataires de services, nous avons découvert l'existence de liens puissants entre les femmes autochtones, les immigrantes, les réfugiées et le SSPT. Cette conclusion justifie une recherche plus poussée.

Qu'est-ce que le SSPT?

Avant que le-la psychiatre ou le-la psychologue ne diagnostique le SSPT (selon la description donnée par le

■ Un ensemble complexe d'obstacles empêchait de reconnaître le SSPT chez les femmes qui en souffraient.

■ «[Le docteur] m'a regardée en disant "Eh bien, je ne comprends pas pourquoi vous n'avez pas surmonté cela... vous devriez voir les gens qui sont arrivés ici du Salvador."»

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)), la malade doit présenter au moins l'un des symptômes suivants⁵ :

- Des souvenirs stressants récurrents et envahissants de l'événement
- Des rêves stressants et récurrents
- Des épisodes de dissociation (retours en arrière)
- Une détresse psychologique intense en cas d'exposition à des événements qui symbolisent l'événement traumatisant ou lui ressemblent.

Il importe de noter que le SSPT n'équivaut pas à une maladie mentale. « Le problème n'émane pas de la personnalité, mais plutôt d'un événement externe qui a créé des symptômes ou des réactions durables mais non incurables⁶. » [trad.]

Celles qui cherchent un traitement au SSPT font souvent l'objet d'erreurs de diagnostic. Il arrive en effet que les thérapeutes se concentrent sur des problèmes énoncés, comme des troubles de l'alimentation, la dépression et la consommation d'alcool et de drogues.

Conclusions de la recherche

Bien que le SSPT puisse avoir une incidence dévastatrice sur la vie des victimes, beaucoup évitent tout traitement, ce qu'ont confirmé les immigrantes et les réfugiées de notre étude. Elles signalaient que dans leur pays d'origine et leur communauté culturelle, la honte associée à la violence sexuelle réduit les victimes au silence. Il y a aussi la honte associée aux troubles

mentaux et à l'utilisation des services liés à ces troubles.

Le SSPT avait été diagnostiqué par un-e professionnel-le chez seulement cinq femmes parmi les vingt qui ont participé à l'étude. Ces femmes, ainsi que d'autres ayant entendu parler du SSPT d'autres manières, ont décrit le soulagement ressenti en apprenant l'existence du syndrome. L'une d'elles a parlé d'un «sentiment de délivrance». «En fait, je pensais que je devenais folle...», précise une autre. Quand j'ai commencé à voir la conseillère, elle m'a donné un livre à lire... cela m'a aidée.» La connaissance du SSPT a joué un rôle important dans le cheminement des femmes vers la guérison, mais seules celles qui connaissaient le mieux l'anglais ont pu se servir des moyens et des services qui leur fournissaient l'information nécessaire. Ce point a été soulevé par presque toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'étude : la difficulté à communiquer en anglais pose un obstacle sérieux à la capacité des immigrantes et des réfugiées de cerner et de traiter leurs problèmes.

Les femmes ont décrit divers événements traumatisants et symptômes du SSPT. Il était courant d'être témoins de violence, de tortures, de catastrophes, ou de vivre dans des situations d'extrême violence. Les expériences liées au SSPT comprenaient la peur, les crises de panique, les cauchemars, les pertes de mémoire, les retours en arrière, la tristesse, la solitude, la dépression et les idées de suicide. Trois femmes ont également exprimé de la crainte pour leurs enfants qui avaient été traumatisés par la guerre et par le processus de migration et d'installation. «Chaque nuit. Elle rêve encore

■ Certaines femmes signalaient une exacerbation de leurs symptômes en raison de discrimination raciale, d'une révocation de l'accréditation professionnelle et d'autres conséquences de leur installation au Canada.

du Kosovo, de la guerre au Kosovo», disait une femme en parlant de sa fille de onze ans.

Chez certaines femmes, les symptômes de traumatisme se mêlent au combat quotidien pour s'adapter à un nouveau milieu, souvent sans aptitudes langagières ni soutien communautaire ou familial. Quatre femmes ont décrit des expériences de racisme et de discrimination au Canada. L'une avait perdu son emploi à cause d'une connaissance insuffisante de la langue, une autre racontait que les gens la taquinaient au sujet de sa façon de parler, tandis qu'une autre encore disait avoir été victime de violence verbale, y compris des «remarques sur la race». Certaines femmes ne pouvaient trouver d'emploi parce que leur accréditation professionnelle n'était pas reconnue au Canada. Pour elles, vivre en Saskatchewan, c'était dire adieu à leur statut, à leur travail et à leur carrière.

Parmi les femmes qui avaient demandé de l'aide, quatre ont observé que leur médecin n'avait été d'aucun secours. «J'ai lu quelque chose au sujet d'un médecin, racontait l'une d'elles. Je suis allée le voir et lui ai dit (vous savez, c'était comme un acte de désespoir), je lui ai dit "Je ne vais pas bien. Je voudrais savoir si vous pouvez m'aider..." Il m'a regardée en disant "Eh bien, je ne comprends pas pourquoi vous n'avez pas surmonté cela... vous devriez voir ces gens qui sont arrivés ici du Salvador. Ils étaient mutilés et tout..." Je me sentais accablée parce que cela augmentait mon sentiment de culpabilité et... que c'était le sentiment qui me préoccupait le plus, vous savez, la culpabilité de devoir survivre.»

Les rapports avec les prestataires de services d'organismes communautaires se sont traduits par des expériences plus

positives. Des femmes ayant utilisé ces services appréciaient particulièrement les programmes d'aide avec d'autres immigrantes et réfugiées. Le fait de savoir que d'autres femmes réagissaient de la même façon aux événements traumatisants leur était d'un grand réconfort.

Les psychiatres que nous avons rencontré-e-s ont manifesté une grande empathie et une grande ouverture d'esprit à l'idée de travailler avec la population immigrante, mais ont précisé qu'ils-elles en avaient peu l'occasion parce que peu de membres de cette population avaient recours aux services de santé mentale.

Les prestataires de services ont aussi souligné qu'ils-elles apprenaient beaucoup sur le SSPT dans le cadre de l'interaction avec des femmes autochtones. Ils-elles remarquaient un nombre élevé de femmes autochtones qui les consultaient et avaient subi, selon l'observation d'un-e infirmier-ère psychiatrique, «tous les types de violence» «pendant toute leur vie». Selon eux-elles, cet apprentissage pourrait être utile pour le traitement de questions semblables chez les immigrantes et les réfugiées.

La guérison du SSPT sera facilitée lorsque les services de santé et les programmes visant à servir les immigrantes et les réfugiées intégreront la sensibilisation au SSPT dans la formation du personnel et les programmes de services. Nous recommandons aussi que des fonds suffisants soient accordés aux programmes de CALS destinés aux immigrant-e-s et aux réfugié-e-s qui arrivent en Saskatchewan. Enfin, des recherches plus approfondies s'imposent pour connaître les liens et les différences entre les immigrantes, les réfugiées et

les femmes autochtones souffrant de SSPT, afin de créer des partenariats, des programmes et des services mieux adaptés à leurs besoins.

On peut télécharger le rapport complet intitulé *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women* (2001) au www.pwhce.ca/research.htm#immig, ou en commander un exemplaire en communiquant avec :



Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télec. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

NOTES

1. J. Lewis Herman, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1996, p. 158.
2. Statistique Canada. Recensement du Canada, 1996. Série : Le Pays. Immigration et Citoyenneté. Population des immigrants selon le statut de citoyenneté (8) et le sexe (3) par période d'immigration pour le Canada, Ottawa, 1996.
3. Bien que la migration ne menace peut-être pas à elle seule la santé mentale, d'autres facteurs de risque connexes, y compris les attitudes négatives du public, influencent la santé des immigrants. Voir le Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, *Puis la porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1988.
4. Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc., *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women*, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, 2001.
5. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3^e édition), Washington, 1980.
6. D. Miller, *Women Who Hurt Themselves. A Book of Hope and Healing*, New York, Basic Books, 1994, p. 172.

ÉTUDE DE LA DIVERSITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

Recherche sur la santé des homosexuelles : questions méthodologiques

Jacquelyne Luce, chercheuse au niveau postdoctoral au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, à l'Institute for Women's Studies et au Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster (Angleterre), Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique¹

Vers la fin des années 90, des images de lesbiennes, de bisexuelles et d'homosexuelles² enceintes et élevant des enfants apparaissaient de plus en plus dans l'actualité, les rubriques de conseils, les bandes dessinées, les comédies de situation télévisées et les longs métrages. Pourtant, en tant qu'étudiante diplômée en anthropologie, passionnée de la recherche sur la santé génésique et homosexuelle aspirant à

devenir parent, je m'interrogeais sur les expériences des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles qui essaient de tomber enceintes ou de devenir parents. De mars 1999 à octobre 2000, j'ai mené des travaux ethnographiques sur le terrain, principalement en Colombie-Britannique, sur les expériences de lesbiennes, de bisexuelles et d'homosexuelles qui ont essayé de tomber enceintes ou de devenir parents au

■ J'étais surprise par l'absence d'expériences liées à l'homophobie dans les rapports écrits des chercheu-r-se-s. Pourtant, je me suis retrouvée en train d'éliminer diverses rencontres, refusant d'inclure ces expériences dans le champ de mon analyse.

cours des 20 dernières années. J'ai participé à des événements et à des activités dans le cadre de «collectivités» du milieu homosexuel et des services de santé liés à la santé génésique, au rôle parental et à la loi sur les droits des homosexuel-le-s. Au cours de mes voyages dans diverses villes, municipalités et régions rurales de la Colombie-Britannique, j'ai interrogé 80 lesbiennes, bisexuelles et homosexuelles au sujet du choix des donneurs, de la vente par correspondance de sperme provenant de banques de sperme américaines, de l'utilisation d'inducteurs d'ovulation, des fausses couches, de la conception et des difficultés de conception. Certaines de mes expériences et conclusions fondées sur la recherche que j'ai menée dans des collectivités plus petites ont été publiées dans *Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health* (2002). Dans ce rapport, j'ai intégré une partie de mes réflexions sur le terrain et les témoignages de femmes interrogées en entrevue. J'en réexamine ici trois initialement publiés dans ce rapport pour étudier certaines des questions méthodologiques soulevées au cours de la recherche sur la santé des homosexuelles.

Mars 1999, Vancouver : *Le chauffeur de taxi est passé me prendre devant mon immeuble sur Commercial Drive. Je me dirige vers Prince George pour commencer le travail sur le terrain. En remontant l'allée Commercial et ensuite la rue Victoria, le chauffeur fait des remarques sur le changement opéré dans le voisinage. «Autrefois, dit-il, on ne se serait pas fait prendre dans ce coin à moins d'être une tapette.»*

Un ensemble considérable de recherches sur la «santé des lesbiennes» est apparu depuis deux décennies. La majeure partie de ces recherches portent sur les rencontres de lesbiennes avec des professionnel-le-s de la santé dans un contexte institutionnel de

soins de santé et désignent régulièrement l'homophobie, l'hétérosexisme et l'invisibilité comme des obstacles à l'accès aux soins de santé³ chez les lesbiennes. Dans le cadre de mon étude, je souhaitais examiner les expériences vécues au quotidien par des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles concernant la procréation médicalement assistée et la santé génésique. De quelle façon les femmes s'en sortaient-elles quant aux significations de la santé, aux choix de donneurs et aux perceptions du risque relativement à ce qu'elles vivaient en tant que lesbiennes, bisexuelles et homosexuelles habitant de grands centres urbains, des petites collectivités rurales et des villes nordiques? Le processus de la recherche a soulevé pour moi de nouvelles questions méthodologiques concernant le sens de la création de frontières entre les expériences personnelles et professionnelles. «Lorsqu'on est sur le terrain, il s'agit davantage de regarder et d'écouter suivant des méthodes anthropologiques particulières que de se trouver dans des genres d'endroits particuliers»⁴ [trad.], observe Margaret MacDonald dans ses écrits concernant la recherche sur la profession de sage-femme en Ontario. L'anthropologie est donc un point de vue, un objectif à travers lequel on regarde le monde. Le terrain peut être partout, devenir n'importe quoi. C'est cependant en m'exerçant à porter sur toute chose un objectif anthropologique et ethnographique que je me suis rendue compte qu'il y avait des expériences dont je ne voulais ni m'occuper ni faire l'analyse. Avant de commencer mon travail sur le terrain, j'étais surprise par l'absence d'expériences liées à l'homophobie dans les rapports écrits des chercheu-r-se-s. Pourtant, je me suis retrouvée en train d'éliminer diverses rencontres, comme celle susmentionnée avec le chauffeur de taxi, refusant d'inclure ces expériences dans le champ de mon analyse.

Septembre 1999. Journée de la fierté, Prince George : *Je tiens dans mes bras la petite fille d'un an de Samantha. Je*

vois un certain nombre de personnes que je reconnais depuis mon excursion d'étude précédente... Samantha jette un coup d'œil sur la foule peu nombreuse. «J'espère vraiment qu'il viendra plus de gens, dit-elle. Ça peut vraiment devenir effrayant.»... Les trottoirs désertés me surprennent. De temps à autre, quelques personnes s'arrêtent pour regarder. Quelques-unes applaudissent.

Dans "Agendas for Lesbian Health," Jennifer Terry nous rappelle l'énergie qu'il faut pour choisir des questions telles que la santé des lesbiennes comme sujets d'étude⁵. Ses observations insistent sur le fait que les chercheur-se-s sur la santé des lesbiennes doivent reconnaître comment les rencontres avec l'homophobie et l'hétérosexisme dans les témoignages des participant-e-s à la recherche, dans l'exercice quotidien de la recherche et dans notre propre vie de tous les jours influencent notre propre santé et notre propre bien-être. Quand je suis arrivée à Prince George, un autre anthropologue m'a fait la remarque que la recherche comme la nôtre commençait peut-être dès qu'on franchissait la porte pour sortir. Peut-être. En tant que chercheuse, il m'était bien plus facile de parler des interprétations de l'homosexualité et de la discrimination par rapport à des femmes que j'avais interrogées et en faisant appel aux expériences que nous avions en commun. Je pouvais prendre à partie la discrimination envers les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles en racontant *leurs* histoires. Cependant, les expériences d'homophobie et de discrimination que j'ai connues au cours de mon travail sur le terrain ont été reléguées à la périphérie de mon étude et marginalisées en tant que «données».

Septembre 2000, Duncan : *Une femme debout devant un salon de coiffure me regarde poser une affiche sur mon projet*

au tableau d'affichage communautaire. Je traverse la rue pour voir si elle connaît quelqu'un qui voudrait raconter son histoire. En lisant l'affiche, la femme fait oui de la tête. «Je connais des personnes qui pourraient connaître quelqu'un.» «Excellent. Pouvez-vous passer la brochure?» La femme secoue la tête. «Non. Dans mon métier, je ne peux tout simplement pas faire ça.» Je sais que je suis censée faire un signe de tête compréhensif. Mais je ne le fais pas.

Je voulais questionner des femmes qui avaient accès aux services, mais ne s'adressaient pas aux prestataires, des femmes qui étaient tombées enceintes par autoinsémination ou par insémination assistée par un médecin, des femmes qui avaient eu des rapports sexuels avec des hommes pour tomber enceintes et des femmes qui n'avaient pas pu concevoir. Dans ce but, je devais informer le plus de gens possible de mon projet. Il me fallait souvent demander la permission à des étrangers de laisser des brochures sur mon étude dans des endroits publics comme des épiceries, des bibliothèques, des bureaux de dentiste et des cafés. Il fallait placer mes affiches à côté de celles qui annonçaient la «journée de fierté des hétérosexuels». Et quand on me demandait «Que faites-vous dans la vie?», je parlais de mon projet. Je me retrouvais souvent en train de répondre aux questions de gens «hétéro» au sujet des lesbiennes et d'écouter des points de vue homophobes vis-à-vis des lesbiennes dans le rôle de parents. Certaines personnes, comme la femme susmentionnée, insinuaient qu'elles répugnaient à distribuer l'affiche pour se protéger elles-mêmes, tandis que beaucoup d'autres disaient ne pas vouloir offenser des femmes pouvant être disposées à donner une entrevue en diffusant de l'information sur un projet touchant les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles. À bien des égards, la recherche sur la santé des lesbiennes est

■ «Lorsqu'on est sur le terrain, il s'agit davantage de regarder et d'écouter suivant des méthodes anthropologiques particulières que de se trouver dans des genres d'endroits particuliers.»

entravée par des pratiques qui maintiennent la prétendue invisibilité des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles au nom de la protection. Mon refus de rendre les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles invisibles dans l'information de l'affiche, les descriptions de ma recherche et les propositions pour le financement, tout ça est devenu ma façon à moi de contrer l'attente normative selon laquelle la sexualité ou l'identification sexuelle est une affaire personnelle.

Tout comme l'homophobie, l'hétérosexisme et l'invisibilité peuvent empêcher les lesbiennes d'accéder aux soins de santé, elles peuvent aussi freiner la recherche sur les problèmes de santé des homosexuelles. Des femmes que j'ai interrogées employaient toute une gamme de stratégies pour se tenir en bonne santé malgré une hétéronormativité de tous les jours. Ma propre reformulation stratégique de la recherche et de ce qui compte comme donnée me fournit aussi le moyen de maintenir ma propre santé. En réincorporant dans le cadre de l'analyse des expériences telles que celles qui sont décrites ci-dessus, j'espère établir une base pour examiner en détail certaines des questions méthodologiques qui se posent aux chercheurs en matière de santé des homosexuelles et pour créer des initiatives en vue

d'appuyer la recherche sur la santé des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles.

Pour lire le compte rendu intégral de la présente étude, voir Luce, Jacquelyne, *Queer Conceptions: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Reproduction and the Politics of Kinship* (thèse doctorale non publiée), département d'anthropologie des sociétés, Université York, Toronto, 2002.

On peut télécharger le rapport intitulé *Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health (2002)* à l'adresse suivante : www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist2.htm ou en commander un exemplaire en communiquant avec :



Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la Colombie-Britannique

Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la
Colombie-Britannique
E311 - 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télec. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

NOTES

1. Le présent projet a été financé par le Gay and Lesbian Medical Association Lesbian Health Fund, l'Agency for Healthcare Research and Quality (R03HS11266-01), le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et l'Université York.
2. En utilisant l'expression «lesbienne, bisexuelle et homosexuelle» dans l'ensemble du présent article, je souhaite perturber les sens parfois statiques des mots «lesbienne», «bisexuelle» ou «homosexuelle». De nombreuses femmes qui ont pris part à mon étude ont refusé diverses étiquettes, utilisaient «identification» de façon interchangeable ou réservaient certains mots à des endroits et des milieux particuliers.
3. P. Stevens, «Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990», *Health Care for Women International* 1992, vol. 13, p. 91-120; A. Solarz (éd.), *Lesbian Health: Current Assessment and Directions for the Future*, Washington, National Academy Press, 1999.
4. M. MacDonald, *Expectations: The cultural construction of nature in midwifery discourse in Ontario* [thèse de doctorat non publiée], Toronto, Université York, 1999, p. 20.
5. J. Terry, «Agendas for Lesbian Health: Countering the Ills of Homophobia», dans A. Clarke et V. Oleson (éd.), *Revisioning Women, Health and Healing: Feminist, Cultural, and Technoscience Perspectives*, New York, Routledge, 1999.

Recherche effectuée par les pairs sur le travail du sexe

De quelle façon les politiques publiques influencent-elles la santé et la sécurité des travailleu-r-se-s du sexe? Frances Shaver de l'Université Concordia ainsi que Jacqueline Lewis et Eleanor Maticka-Tyndale de la University of Windsor ont obtenu des fonds du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour étudier cette question. Avec l'appui du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, elles ont animé des ateliers et élaboré le Cahier d'atelier de Défense du travail du sexe et projet de recherche pour former des travailleu-r-se-s du sexe comme adjoint-e-s à la recherche dans le cadre de l'étude.

Frances Shaver s'est entretenue avec Leslie Grant Timmins, du Bulletin de recherche.

À court terme, et même à long terme, le statu quo et la loi sur le travail du sexe ne changeront pas. Nous n'allons pas entreprendre de décriminalisation, par exemple. Pour l'instant, étant donné l'état du droit, que pouvons-nous faire pour assurer la sécurité et le bien-être des femmes, des hommes et des personnes transgenres qui prennent part au travail du sexe? Voilà le point central de la présente étude. Nous nous intéressons à la mesure dans laquelle les travailleu-r-se-s du sexe ont accès aux services de santé, aux services sociaux, aux services de recyclage professionnel, à l'éducation, éléments que ceux-celles d'entre nous qui sont moins marginalisé-e-s et stigmatisé-e-s tiennent pour acquis.

Les travailleu-r-se-s du sexe sont privé-e-s de droits : ils-elles profitent rarement des avantages et des mesures de protection offerts aux autres travailleu-r-se-s en vertu de la loi sur le travail. Dans notre étude, certaines questions portent sur les problèmes du travail. Nous demandons aux travailleu-r-se-s du sexe des recommandations sur ce qu'ils-elles pourraient faire pour rendre leur travail moins dangereux et sur ce que les autres pourraient faire dans ce même but.

L'échantillon de l'étude comprend des femmes, des hommes et des personnes transgenres qui travaillent comme danseu-r-se-s exotiques, escortes et dans la prostitution de la rue. Nous tentons d'examiner la diversité des emplois de l'industrie du sexe et de recueillir des données sur la diversité

des travailleu-r-se-s plutôt que de renforcer un seul portrait. Le stéréotype correspond à la prostituée de la rue, pauvre femme ou fille victimisée qui a des antécédents de violence physique ou sexuelle, une forme quelconque de pharmacodépendance et un petit ami ou un proxénète violent. Ce profil ne représente qu'un segment réduit des gens que j'ai rencontrés sur le terrain. Malheureusement, les bonnes données comparatives sur ces différents groupes ou sur la variété des forces qui poussent les gens à la prostitution sont difficiles à trouver. Les renseignements que nous recueillons actuellement visent à dégager les ressemblances et les différences pouvant exister dans l'accès aux services. Certain-e-s travailleu-r-se-s du sexe sont très bien établi-e-s. Ils-elles peuvent même être propriétaires de leur maison et dans ce cas, ont certainement accès aux services de santé. Cependant, ils-elles demeurent sujet-te-s au même stigmatisme concernant leur travail.

Nous avons engagé et formé des personnes qui travaillent ou ont travaillé dans le travail du sexe pour recruter et interroger les répondant-e-s. Nous collaborons de près avec nos partenaires de la collectivité, soit la Exotic Dancers' Alliance of Ontario, Stella Montréal et Maggie's Toronto. Pourquoi adopter cette approche? Parce que nous pensions améliorer ainsi la qualité des données. Les partenaires de la collectivité offrent en effet un point de vue différent et l'on intensifie la synergie des idées et des ressources en travaillant de près avec eux. Nous pouvons aussi donner le choix aux

■ On améliore les données et on intensifie la synergie des idées lorsqu'on collabore de près avec des partenaires de la collectivité.

répondant-e-s : voulez-vous être questionné-e par un-e travailleur-se du sexe ou par un autre membre de l'équipe? En particulier dans la recherche touchant le travail du sexe, les gens du milieu demandent «Et qui êtes-vous? Vous débarquez ici et disparaîsez après avoir posé vos questions.» En engageant et en formant des travailleur-se-s du sexe, nous pouvons apporter quelque chose à la collectivité de façon très réelle en ce qui concerne l'expérience de la recherche, une meilleure compréhension du fonctionnement de la recherche et l'emploi.

Le partenariat de recherche universitaire-communautaire présente toujours des défis, pas seulement lorsqu'on collabore avec des travailleur-se-s du sexe. Au point de vue du temps, c'est une manière très coûteuse de faire de la recherche. On passe beaucoup de temps avec les partenaires pour acquérir et conserver leur confiance. On pose des questions sur des éléments que je pourrais tenir pour acquis, tels que la signification de compte rendu, la différence entre un article pour profanes et un article pour universitaires, entre la confidentialité et l'anonymat. Il existe aussi des tensions éthiques quant à savoir si une personne peut être à la fois un sujet et un-e chercheur-se. L'adjoint-e à la recherche connaît-il-elle la personne interrogée? Toute entrevue menée auprès d'un-e ami-e comporte un risque lié à l'exactitude de l'information obtenue. Nous abordons ce point dans le cadre de la formation. Une entrevue qui tourne mal peut soulever un autre problème. Je considère cela

passionnant, du moins intellectuellement, car je pense que nous apprenons autant de l'échec que de la réussite, mais aux yeux des partenaires de la collectivité et des adjoint-e-s à la recherche, cela peut sembler menaçant.

À Montréal, nous avons pu trouver dans l'industrie plusieurs adjoint-e-s à la recherche et les former pour qu'ils-elles travaillent avec nous. À Toronto, nous avons eu moins de succès, et j'ignore pourquoi exactement. Peut-être parce qu'à Toronto, beaucoup des gens qui venaient à l'atelier pour recevoir la formation étaient aussi des activistes importants dans leurs organismes communautaires. La majorité de ceux-celles qui assistaient à l'atelier de Montréal ne participaient pas aux activités régulières de l'organisme communautaire qu'ils-elles représentaient.

J'aimerais que les adjoint-e-s à la recherche de la collectivité prennent part à l'analyse des données, mais il y a très peu de fonds pour payer des non-étudiant-e-s. Je veux les faire participer, car ils-elles peuvent contribuer à nous montrer nos erreurs d'interprétation ou de conclusion, et même nous indiquer si le langage employé est susceptible de typer ou de marginaliser les répondant-e-s. Leur participation pourrait également créer des tensions, afin que les données révèlent autre chose que ce que leur propre expérience leur a montré. Cet aspect accroît la synergie et devient un autre élément de la formation continue. Je suis persuadée que les travailleur-se-s du sexe de notre partenaire de la collectivité, Stella, à

Montréal voudront examiner les données, contribuer à leur analyse et participer à la préparation des rapports finaux.

Par ailleurs, mes collègues universitaires, de même que les médias, posent d'autres obstacles lorsque je présente des conclusions sur les travailleu-r-se-s du sexe. Les gens appellent à une émission de radio, par exemple, et affirment «*Ils ne vont pas vous dire la vérité. Ils ne répondront pas honnêtement au sujet des drogues, des activités illégales et des proxénètes*». Il me faut toujours fournir une somme de travail immense pour assurer que personne ne puisse contester la validité des données. Cela vient de ce que les faits suffisent médiocrement à effacer le bagage émotionnel qui est lié au profil stéréotypé du-de la «prostitué-e» et sont souvent la première facette mise en doute dans l'étude.

Le manuel de formation des adjoint-e-s à la recherche serait-il différent si le groupe d'étude était constitué de secrétaires? Probablement pas. Ce qu'il faut inclure dans ce projet est un moyen d'habituer les gens à ce milieu de recherche particulier. Habituer les étudiant-e-s qui collaborent à l'étude, qui n'ont jamais mis les pieds dans une boîte de danseu-r-ses et qui doivent apprendre la façon d'y entrer et d'obtenir la permission du propriétaire ou du gérant pour poser des affiches de recrutement. Habituer les gens à se débarrasser des stéréotypes concernant leur opinion sur les travailleu-r-se-s du sexe. Les travailleu-r-se-s du sexe qui viennent recevoir la formation doivent apprendre en quoi consiste la recherche, ce que signifient les budgets, la façon

de négocier dans un milieu universitaire inconnu. Tou-s-tes doivent apprendre à recruter des participant-e-s et à mener des entrevues auprès d'une population occulte.

Le sujet et la méthode de collaboration soulèvent encore d'autres points. Ainsi, les travailleu-r-se-s du sexe qui dirigent une entrevue savent déjà toutes ces choses et ont tendance à ne pas pousser l'enquête pour obtenir de plus amples renseignements. Les étudiant-e-s n'approfondissent pas non plus, mais c'est par timidité ou par crainte de manquer de respect. L'approfondissement reste donc une aptitude que nous abordons dans les séances de formation continue.

Le partenariat de collaboration universitaire-communautaire demeure passionnant, mais prend aussi beaucoup, beaucoup de temps. Les bailleurs de fonds accordent une grande importance au partenariat communautaire, mais ce dernier, manque en même temps, de financement. Il faut éduquer les intervenant-e-s. Il faut assurer qu'il y ait des fonds pour payer la participation des partenaires de la collectivité. Il faut que les institutions reconnaissent les travaux pratiques que nous accomplissons (en rédigeant par exemple des rapports pour les profanes). Nous ne tirons présentement que peu de prestige de ces rapports dans le milieu universitaire et ils ne comptent pas pour nous procurer de l'avancement. En outre, les partenaires communautaires nous demandent parfois de les aider à préparer un communiqué de presse, à concevoir un court sondage, à écrire une lettre à un rédacteur, à répondre à

■ Les bailleurs de fonds accordent une grande importance au partenariat communautaire, mais ce dernier manque, en même temps, de financement.

Au-delà de l'inclusion

par Wanda Thomas Bernard

Selon les recherches sur la santé des femmes, aller au-delà de l'inclusion signifie établir des programmes de recherche qui s'intéressent particulièrement à la diversité et intégrer une analyse de l'incidence de celle-ci sur tout point précis à l'étude. J'utilise le terme «diversité» pour désigner les différences culturelles, raciales et sociales qui distinguent les opprimé-e-s ou les marginalisé-e-s comme par exemple, les pauvres, les Autochtones, les gens de couleur, les personnes handicapées, les gays, les lesbiennes, les bisexuel-le-s, les personnes transgenres et les femmes. Ce terme renvoie aussi à la diversité au sein de ces groupes. Pour comprendre la diversité, on doit dépasser la sensibilisation à la dynamique de l'oppression et de la marginalisation et de son analyse, pour se diriger vers une démarche et un changement sociaux pertinents.

La démarche consiste en un partage du pouvoir individuel et collectif dans les domaines de la recherche sur la santé et des soins de santé, ainsi qu'en l'utilisation du pouvoir et des privilèges pour apporter des changements. Cela exige un important changement de paradigme dans la façon dont nous percevons la diversité, pour ne plus seulement «augmenter» cette dernière, mais pour en faire un élément central de notre travail.

Les chercheu-r-se-s en santé des femmes et les défenseurs des droits de celles-ci doivent poser des questions difficiles quant à leurs organismes : quelles collectivités servent-ils? Les programmes, les services, les politiques et les méthodes des organismes reflètent-ils la diversité? Qui est assis à la table avec nous, qui ne l'est pas et que pouvons-nous faire pour susciter l'intérêt de ceux qui en sont absents?

Wanda Thomas Bernard est directrice de la School of Social Work de la Dalhousie University et membre du Black Women's Health Network. On peut lire la version intégrale de «Au-delà de l'inclusion» ("Beyond Inclusion") dans *Race, Ethnicity and Women's Health* (2002). Pour en obtenir un exemplaire, il suffit d'en faire la demande en communiquant avec :



Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région de l'Atlantique
C.P. 3070 Halifax (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/acewh
Tél. : (902) 420-6725
Numéro sans frais : 1 888 658-1112
Télé. : (902) 420-6752
acewh@dal.ca

un rapport du gouvernement, à participer à tout ce qu'ils font pour promouvoir leurs intérêts. Ces activités demeurent essentielles et si elles prolongent le processus de la recherche, elles comptent rarement aux yeux des institutions. Ceux et celles qui participent aux partenariats communautaires-universitaires acquièrent un type de connaissances différent (nous perfectionnons tous nos aptitudes), mais nous avons besoin de fonds suffisants et de délais plus réalistes pour pouvoir continuer à exceller dans ce genre de recherche.

La présente étude prévoit la production de brochures papier et dans Internet à l'intention des travailleu-r-se-s du sexe pour améliorer la sécurité et la santé au travail. On produira également des rapports destinés aux décideu-r-se-s et aux organismes de première ligne sur la façon dont les organismes peuvent influencer sur la sécurité et la santé des travailleu-r-se-s du sexe et sur les améliorations qu'on peut y apporter. Pour télécharger ou commander un exemplaire du *Cahier d'atelier de Défense du travail du sexe et projet de recherche*, il suffit de consulter le site à l'adresse suivante : www.yorku.ca/nnewh/.



Réseau pancanadien
sur la santé des femmes
et le milieu

Réseau pancanadien sur la
santé des femmes et le milieu

Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca