

Quatre femmes, quatre cultures

**Le planning des
naissances au Québec:
bilan pour l'action!**

**Le 25 mars 1994 à 19h00
Maison de la culture du Plateau Mont-Royal**

Dépôt légal 1^{er} trimestre 1997

ISBN 2-9802393-2-1

© FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous les pays.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| QUATRE FEMMES, QUATRE CULTURE - LE PLANNING DES NAISSANCES AU QUÉBEC: BILAN POUR L'ACTION! | ◆ 5 |
| OBJECTIFS DE LA SOIRÉE | ◆ 6 |
| PROGRAMME DE LA SOIRÉE | ◆ 6 |
| MOT D'OUVERTURE | ◆ 7 |
| VÉRONIQUE THUSKY | ◆ 9 |
| MELA SARKAR | ◆ 10 |
| MARIE-JOSÉ ANTOINE | ◆ 11 |
| FRANCE TARDIF | ◆ 21 |
| SYNTHÈSE | ◆ 32 |
| LA FQPN C'EST... | ◆ 33 |
| COMITÉ ORGANISATEUR | ◆ 34 |
| SOUTIEN TECHNIQUE | ◆ 34 |
| COMMANDITAIRES | ◆ 35 |

Quatre femmes, quatre cultures

Le planning des naissances au Québec: bilan pour l'action!

1994 marque l'Année internationale de la famille. De plus, au Canada 1994 correspond au **25^e anniversaire de la décriminalisation de la contraception**. La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) veut souligner ces deux événements. Cette soirée est unique car elle donne la parole aux femmes sur un sujet qui les concerne directement.

Attente, désir, fatalité, plaisir, pression, choix ... comment les femmes se sentent-elles face à la maternité? Les méthodes contraceptives disponibles sont-elles une aide ou un emmerdement dans leurs choix sexuels et reproductifs?

Dans le contexte du Québec actuel et de son système de santé, quelle importance les femmes peuvent-elles accorder à leur plaisir, à leur santé reproductive?

Les femmes originaires d'autres peuples (autochtones, immigrantes) arrivent-elles à concilier les valeurs propres à leur culture avec les valeurs sociales du Québec en ce qui concerne la sexualité, la contraception, la vie de couple et la maternité?

Qu'est-ce qui serait souhaitable au Québec, à court et à moyen terme, pour un réel choix face à la maternité? Si les femmes avaient à définir une priorité d'avenir, quelle serait-elle?

♀♀♀♀

OBJECTIFS DE LA SOIRÉE

- ✧ Permettre à des femmes de culture autochtone, haïtienne, indienne et québécoise de présenter leur réalité face au planning des naissances (choix de maternité, contraception, sexualité, santé reproductive).
- ✧ Permettre aux participantes et participants de débattre collectivement des pistes d'action pour améliorer le travail à réaliser en planning des naissances.
- ✧ Permettre à la FQPN de ramasser des fonds pour conserver la qualité et la quantité des services qu'elle offre.

♀♀♀♀

PROGRAMME DE LA SOIRÉE

Madame Dominique Payette, journaliste, anime la soirée.

Mot d'ouverture: **Micheline Boucher**, présidente de la FQPN.

Les **conférencières** invitées vous entretiennent de la réalité des femmes de leur origine face au planning des naissances:

Madame Véronique Thusky, d'origine algonquine, intervenante au Centre d'Amitié autochtone.

Madame Mela Sarkar, d'origine indienne, secrétaire aux relations publiques au Centre communautaire des femmes sud-asiatique.

Madame Marie José Antoine, d'origine haïtienne, infirmière en périnatalité.

Madame France Tardif, d'origine québécoise, agente d'information à la FQPN.

Synthèse: **Micheline Boucher**, présidente de la FQPN.

♀♀♀♀

MOT D'OUVERTURE

Un gros merci à toutes celles et à tous ceux qui ont eu la gentillesse de se déplacer ce soir, un vendredi soir. La Fédération du Québec pour le planning des naissances, appelée entre nous FQPN, organise une conférence-bénéfice. Pourquoi une conférence, ... bénéfice?

Commençons par le "bénéfice". À la FQPN, comme pour la majorité des individus et une grande partie des groupes communautaires, les revenus sont stables ou à la baisse et les dépenses augmentent. Il faut donc autofinancer par divers moyens une partie de plus en plus grande de notre fonctionnement. De plus, à chaque année nous essayons de mettre sur pied une activité de ressourcement au niveau du contenu. Et, cette année, plutôt que d'organiser deux activités différentes, nous avons pensé qu'il serait intéressant de les jumeler.

Mais pourquoi une conférence sur le planning des naissances au Québec?

Premièrement, pour dire, pour manifester que la Fédération du Québec pour le planning des naissances n'est pas morte, mais bien vivante. La FQPN est un regroupement féministe de groupes autonomes de femmes et d'individues. Nous comptons présentement quatre groupes membres affiliés, onze groupes membres de soutien et une cinquantaine de membres individuelles. Notre objectif est de favoriser l'autonomie individuelle et collective des femmes quant à leur santé, leur sexualité et leurs choix face à la maternité.

La FQPN est un organisme à but non lucratif créé en 1972. À cette époque la FQPN et ses associations régionales offraient des services de consultation, d'information et de formation sur la contraception et l'éducation sexuelle. Lorsque ces services ont été pris en main par le réseau public, la FQPN s'est redéfinie comme un groupe féministe travaillant à promouvoir les droits des femmes, surtout en santé reproductive et en sexualité. Au fur et à mesure des années s'est ajouté un rôle de vigilance, de chien de garde auprès des gouvernements, des compagnies pharmaceutiques, des médecins et des chercheur-se-s. Et, tel qu'indiqué sur le programme, «Pour un choix éclairé», voilà la maxime qui nous résume bien.

Quant à notre avenir, plusieurs projets sont en cours: rédaction et publication d'un document vulgarisé sur les nouvelles technologies de reproduction, production d'une brochure sur l'infertilité et les milieux de travail, mais surtout, actualisation et diffusion de nouveaux outils sur la contraception. Ce projet nous amène au deuxième objectif d'une conférence sur le planning des naissances.

Ces dernières années nous avons beaucoup développé le volet fertilité-infertilité. Nous avons voulu participer aux remises en question suscitées par les nouvelles technologies de la reproduction humaine et à la redéfinition des concepts même de maternité et de paternité. Le travail lié à la contraception, a un peu souffert. Nos dépliants sur les méthodes contraceptives ont besoin d'une

mise à jour. De plus, de nouvelles méthodes, peu connues, peu scrutées, se sont développées et s'installent progressivement ici: Norplant, Depo-Provera, "vaccin" contraceptif, etc. Cet aspect de nos activités a besoin d'actualisation.

La troisième raison pour laquelle nous avons décidé de faire cette conférence-bénéfice, est notre implication au Comité québécois femmes et développement et à différents comités et forums nationaux et internationaux. Ces rencontres nous ont permis d'approfondir notre compréhension de la situation des pays en voie de développement. Les liens entre le contrôle des populations, un développement durable et le planning des naissances nous incitent à nous ouvrir de plus en plus aux femmes de culture différente et à mieux connaître leurs valeurs et leurs besoins.

Finalement, une autre raison pour organiser une conférence-bénéfice sur le planning des naissances au Québec provient de la diminution des services offerts par le réseau public de santé. Certains CLSC s'apprentent à éliminer leurs services d'avortement. De plus, après deux consultations, nous attendons depuis plusieurs années le texte final des orientations gouvernementales en planning des naissances.

Donc, pour augmenter notre visibilité, pour remettre à jour notre dossier contraception, pour contrer un désengagement de l'État face au planning des naissances et pour ouvrir notre vision et notre mandat à des femmes d'autres cultures ici et ailleurs dans le monde, nous avons décidé de tenir cette conférence-bénéfice.

Concrètement, les objectifs que nous poursuivons ce soir sont de

- 1) donner la parole à des femmes car on n'entend que trop souvent la seule voix du monde médical et scientifique dans les médias;
- 2) élargir notre compréhension des différentes cultures présentes au Québec et surtout,
- 3) dégager des pistes d'action pour l'avenir.

En terminant, soyez assuré-e-s que nous donnerons suite au contenu de ce soir, sous quelque forme que ce soit, si vous et plusieurs autres continuez à nous soutenir financièrement.

Avant de laisser la parole à l'animatrice, je dois souligner que Madame Michaëlle Jean s'excuse auprès de vous. À cause d'obligations reliées à son travail, elle regrette de ne pouvoir animer cette soirée. Par chance, Madame Dominique Payette, de retour d'un voyage mouvementé en Afrique du Sud, a accepté de remplacer Madame Jean. Nous la remercions et lui confions le reste de la soirée.

Micheline Boucher
Présidente de la FQPN

LES FEMMES AUTOCHTONES (résumé)

Véronique Thusky,
Intervenante, Centre d'Amitié autochtone.

En 1986, selon les statistiques la moyenne d'âge de la population autochtone était de moins de 18 ans; on peut tout de suite déduire un haut taux de natalité dans les communautés autochtones.

Malgré l'accessibilité de la pilule contraceptive, il y a plusieurs raisons, multiples et interreliés, qui prédisposent à ce haut taux de natalité; on peut en nommer quelques exemples: la timidité qui fait partie du caractère des Autochtones, la pauvreté, le concept de la famille élargie, le changement de statut d'une jeune fille qui devient mère, le fait aussi que les aînés préconisaient l'allaitement comme moyen de contraception, le problème d'alcoolisme chez les Autochtones ainsi que le manque d'information sur la sexualité.

En ce moment dans les communautés (réserves) autochtones, l'âge où la plupart des jeunes filles ont des enfants est aux alentours de 14-15 ans. À ce rythme une famille autochtone peut avoir de 3 à 5 enfants avant que les parents aient 25 ans. La jeune fille qui devient mère change de statut, ce qui est intéressant pour elle et pour la communauté: elle devient responsable. Cela vient de la conception du rôle des femmes qui sont procréatrices, nourricières, enseignantes et guérisseuses. L'autre cause mentionnée, qui est la timidité chez les Autochtones, est encore plus accentuée chez les jeunes; donc ils n'oseront pas demander soit des condoms ou des pilules contraceptives. Dans l'enseignement des aînés chez la plupart des communautés autochtones, l'avortement est considéré comme contre nature; ceci a donc un impact sur la décision des jeunes filles.

Il est sûr aussi que le concept de la famille élargie encore très présent dans la plupart des communautés. Une famille élargie saine facilite beaucoup la responsabilisation d'un enfant car elle agit comme support à la jeune mère. La famille immédiate jusqu'aux cousins font partie de cette famille élargie; leurs rôles peuvent être soit gardiens d'enfants ou faire participer les enfants à des activités, comme par exemple le piégeage et le perlage. Donc cela a aussi un impact décisionnel sur les adolescentes.

Somme toute, dans la plupart des communautés il est difficile de travailler à cette problématique. Ce qui se fait en ce moment ce sont des sessions d'information sur la sexualité pour les adolescent-e-s. Le problème c'est que ces sessions ne sont pas adaptées à leur culture. La plupart des intervenant-e-s sont plus direct-e-s dans leurs interventions, car il-elle-s distribuent directement des condoms aux jeunes et aux femmes. Le futur seulement dira quelle sera le résultat de cette action.

♀♀♀♀

LA FEMME SUD-ASIATIQUE À MONTRÉAL FACE À LA MATERNITÉ

Mela Sarkar,

Secrétaire aux relations publiques, Centre communautaire des femmes sud-asiatique de Montréal.

Notre Centre

Le Centre communautaire des femmes sud-asiatique de Montréal a été fondé en 1981 par un petit groupe de femmes sud-asiatiques qui s'inquiétaient de l'état d'isolement dans lequel vivaient la majorité des femmes d'origine sud-asiatique. Coupées de leur famille et de leur culture, ces femmes ressentaient un grand besoin de s'intégrer à une communauté. Elles avaient aussi besoin d'aide en ce qui concerne l'accès aux services de santé et aux autres services gouvernementaux, aux cours de langue, à la traduction, à l'initiation au marché du travail et ainsi de suite. Le Centre est toujours en état de croissance et le besoin de services est plus grand que jamais. On fait régulièrement appel à nos services de médiation dans les bureaux du gouvernement, les écoles, les CLSC, les maisons pour femmes en difficultés, etc. Depuis son commencement modeste, le Centre communautaire des femmes sud-asiatique est devenu une ressource importante dans la région montréalaise pour un grand nombre d'immigrants et d'immigrantes sud-asiatiques, aussi bien que pour les institutions de la société d'accueil qui ont affaire à cette clientèle.

Introduction

Quand on parle de la femme sud-asiatique, il faut d'abord préciser qui est cette femme. Au Québec on n'est souvent pas au courant de la réalité sud-asiatique qui a formé les immigrantes originaires de cette partie du monde; j'aimerais donc commencer par une brève mise en contexte.

L'Asie du Sud comprend l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, le Sri-Lanka, le Népal et le Bhutan. La population de l'Inde dépasse 850 millions; la région sud-asiatique compte en tout bien au-delà d'un milliard d'habitants. C'est évidemment une région très diverse en matière de langues, de religions et de cultures; on pourrait facilement, de ce point de vue, la comparer avec l'Europe, sauf que cette comparaison nous ferait encore sous-estimer la diversité culturelle en Asie du Sud. Le Pakistan et le Bangladesh sont des pays musulmans; l'Inde n'a pas de religion officielle, mais 80% de la population est hindoue, avec des minorités importantes qui sont musulmanes, sikhes, chrétiennes, parsies ou jain. Au Sri-Lanka deux communautés ethnolinguistiques sont présentement en conflit: les bouddhistes, de langue singhalaise, et les hindous, de langue tamoule. C'est à cause de cette guerre civile qu'on retrouve maintenant une si grande communauté de réfugié-e-s sri-lankais à Montréal. On reçoit aussi beaucoup de réfugié-e-s du Pakistan et du Bangladesh à cause de l'intolérance religieuse et des conditions économiques difficiles. Plus de cinq cents langues sont parlées dans la région sud-asiatique, dont seulement une vingtaine sont reconnues comme

langues officielles dans un des pays en question; on ne s'étonnera pas qu'une grande majorité des immigrant-e-s sud-asiatiques soient bilingues ou trilingues dès un très jeune âge. En Asie du Sud la multiplicité des langues et des cultures est un simple fait que tout le monde accepte; cela ne veut pas dire que l'intolérance ne pose pas quelquefois des problèmes de co-existence, parfois insurmontables. Cet état de choses peut pousser les gens à quitter leur pays s'ils ont la possibilité de se faire une nouvelle vie ailleurs.

La place de la famille en Asie du Sud

Vous verrez que lorsqu'on parle de "la femme sud-asiatique", c'est un peu un non-sens; on ne peut parler que de généralités très larges, un peu comme on ferait peut-être en parlant de "la femme européenne". En général, cependant, la famille occupe une place dominante dans la vie d'une femme sud-asiatique. Les familles en Asie du Sud sont patriarcales, quelle qu'en soit la religion. C'est le père qui détient tout le pouvoir décisionnel au sein de la famille; si la femme réussit à partager ce pouvoir, c'est parce que son mari l'a bien voulu. Il faut voir la famille nucléaire dans un contexte beaucoup plus grand; la famille élargie est toujours l'unité familiale de base, même si tous les membres n'habitent pas nécessairement ensemble. En Asie du Sud, 80 à 95% de la population est encore rurale, donc très peu urbanisée, et la tradition est encore très forte. Dans une famille traditionnelle les mariages sont arrangés; il peut arriver que les jeunes époux se rencontrent pour la première fois le jour du mariage, quoique dans les familles traditionnelles plus progressistes on donnera une chance aux deux partenaires de s'évaluer mutuellement une ou deux fois avant de prendre une décision définitive. Il faut dire que les immigrant-e-s sud-asiatiques à Montréal viennent plutôt des parties plus urbanisées; cependant la majorité des mariages sont arrangés, même parmi les citadins, et dans les familles immigrantes on oblige souvent les jeunes nés ici à se marier selon les désirs des parents et des grands-parents; on ira souvent jusqu'au point d'aller chercher un époux ou une épouse dans le pays d'origine. Il faut pourtant comprendre que les mariages arrangés sont de vraies unions qui n'ont pas moins de chances de "réussir" qu'un mariage romantique à l'occidentale. Ces mariages ne sont pas nécessairement moins heureux ou moins stables que ceux en Occident (quoique, si on pense à la situation de crise de la famille actuellement en Occident, ce n'est peut-être pas beaucoup dire). Le contexte particulier qui entoure le mariage sud-asiatique va évidemment avoir un impact spécifique sur le statut et sur les émotions de la jeune mariée, qu'elle soit dans son pays d'origine ou ailleurs.

Il faut comprendre aussi que l'organisation patriarcale et centrée sur la famille qui caractérise la société sud-asiatique va conditionner toute femme sud-asiatique à désirer des enfants. Comme la valeur d'une femme, même dans les familles les plus émancipées, est jugée partiellement ou entièrement selon sa capacité reproductive, une femme sentira une très grande pression intérieure et extérieure qui la poussera vers la maternité. Le choix de ne pas faire des enfants si on en est biologiquement capable n'existe pas pour une femme traditionnelle sud-asiatique, ce qui la différencie beaucoup de sa voisine québécoise "de souche" de la même génération. De plus, il y a une forte pression sur la femme sud-asiatique qui l'oblige presque à vouloir des garçons. Même si pour elle un garçon ou une fille c'est pareil, pourvu que ça soit un bébé en santé, il y aura tout

de même des membres de sa belle-famille pour qui ce n'est pas pareil. Ce sont les garçons qui sont valorisés dans une famille sud-asiatique, puisque seuls les garçons appartiennent à la famille proprement dite; les filles, en se mariant, deviennent la propriété de la famille du mari. Dans une société traditionnelle où les services sociaux qu'on connaît ici au Québec n'existent pas ou peu, c'est seulement en donnant la vie à plusieurs garçons qu'une famille pauvre peut assurer la survie de ses membres.

Pour ne dire que quelques mots sur le planning des naissances dans les pays d'origine des immigrant-e-s sud-asiatiques, il faut se rappeler que la contraception est légale et activement promulguée par le gouvernement, partout sauf au Pakistan. Dans les dernières trente années le taux de fertilité a donc baissé de 50% à peu près, d'environ 6 ou 7 enfants par famille à 3 ou 4 en moyenne. C'est évidemment encore beaucoup, étant donné que les conditions de vie dans les pays sud-asiatiques sont de beaucoup inférieures à celles au Québec pour une grande majorité de la population. Toutefois, il faut comprendre que les enfants sont perçus comme une grande richesse et parfois comme la seule richesse d'une famille. Le gouvernement indien a investi beaucoup de temps et d'efforts dans des campagnes de planning familial, au point parfois d'imposer des opérations à des villageois ignorants. L'immigrant ou l'immigrante sud-asiatique à Montréal sera en général très au courant des moyens de contraception disponibles dans une technologie moderne.

La famille sud-asiatique à Montréal

Quand une famille sud-asiatique immigré en Occident, en général elle s'ajuste très rapidement en ce qui a trait à ses attentes et ses capacités économiques dans la nouvelle société. Au lieu de viser 3 ou 4 enfants, la famille sud-asiatique ici n'en visera que 2 ou 3, dont au moins un garçon. Il faut souligner que cette généralisation ne s'applique pas dans le cas des familles traditionnelles musulmanes, du Pakistan par exemple, où la contraception est interdite pour des raisons religieuses, tout comme dans le catholicisme et le judaïsme orthodoxe ici.

Une famille sud-asiatique à Montréal va en général donner priorité aux enfants dans la vie du jeune couple et ce n'est qu'après la naissance du nombre d'enfants jugé approprié qu'une famille pensera à des moyens contraceptifs. La méthode préférée est une ligature des trompes pour la femme. Cependant, les recommandations du médecin agiront pour beaucoup dans les choix contraceptifs que prendra le couple. Ici il faut souligner que, dans la majorité des cas, les femmes sud-asiatiques sont accompagnées de leur mari lors de la visite chez le médecin. Souvent c'est la barrière linguistique qui empêche la femme de parler au médecin elle-même et c'est son mari qui parlera pour elle. Même quand elle possède une connaissance suffisante du français ou de l'anglais, la gêne et la pression des moeurs peuvent faire en sorte qu'elle n'oserait pas demander des conseils ou prendre des décisions en matière de contraception sans la présence et les opinions de son mari.

Souvenez-vous pourtant du fait qu'une majorité des mariages sont arrangés. La plupart des femmes sud-asiatiques n'auront jamais parlé avec leur mari de choses intimes. La sexualité est une chose dont on ne discute pas entre homme et femme. Une femme va en parler seulement dans son réseau de liens féminins - ses soeurs, ses copines - et seulement quand elle se sent très à l'aise avec celles-ci. La répression sexuelle, qui constitue la norme pour une femme sud-asiatique traditionnelle, va faire en sorte qu'elle peut facilement ne jamais connaître un orgasme de sa vie; elle ne pourra évidemment pas parler de sa sexualité avec son mari. La situation peut être très difficile pour une immigrante qui croit avoir des problèmes physiques ou émotifs, car elle a été retirée de son réseau naturel et ne saura pas avec qui parler. S'il y a vraiment un problème de santé lié à la reproduction, elle hésitera longtemps à en parler avec son mari, jusqu'au point où un problème mineur peut devenir problème majeur. Il faudrait mentionner aussi que les hommes sud-asiatiques refusent de porter un condom; ça ne va pas du tout avec leur image d'eux-mêmes. Donc, un homme qui est sexuellement actif en dehors de son mariage ou qui l'a été avant la mariage (chose assez fréquente) peut exposer sa femme à un danger de maladie transmise sexuellement (MTS) sans que celle-ci n'en soit avertie. Elle sera en général mal informée au sujet des MTS et sera surtout très gênée d'en parler. L'une des préoccupations de notre Centre est de faire en sorte que les femmes sud-asiatiques puissent avoir accès à un réseau d'information sur tout ce qui concerne les femmes et la santé.

La réconciliation des valeurs

Tout ce que j'ai dit jusqu'ici s'applique de façon très générale à des femmes qui arrivent ici à l'âge adulte. Pour la deuxième génération, la question se présente tout autrement. Les jeunes sud-asiatiques, nés ici ou arrivés très petits, vont s'intégrer facilement à la vie québécoise. Chez eux on voit ce qu'on pourrait appeler une réconciliation des valeurs. Ils et elles voudront en général être comme leurs copains et leurs copines de l'école, ce qui voudra souvent dire qu'ils et elles voudront commencer une vie sexuelle active dès l'adolescence. En fonction du milieu scolaire, une jeune femme de la deuxième génération pourra être aussi bien informée que ses copines non sud-asiatiques en matière de contraception. Là où il peut y avoir des conflits sérieux, c'est lorsque les valeurs nord-américaines des jeunes se heurtent aux valeurs traditionnelles de leurs aîné-e-s, qui sont, eux, les vrais immigrant-e-s. Les parents immigrants vont souvent trouver que les filles québécoises ont trop de libertés et qu'elles courent le risque de se faire exploiter par les garçons ou les hommes. Pour protéger leurs filles, les parents vont alors leur imposer des règles de vie qu'elles trouveront déraisonnables, en comparaison de la vie de leurs copines; comme tous les jeunes ici, les jeunes sud-asiatiques de la deuxième génération n'aiment pas qu'on prenne des décisions pour eux.

Dans la génération des mères de ces jeunes filles, on verra alors toute une gamme de réactions face à la nord-américanisation inévitable de leurs familles et de leurs enfants. Certaines vont facilement s'adapter à la nouvelle culture et la verront même comme une façon de se libérer des attentes et des pressions familiales qui les ont toujours entourées; ces femmes-là peuvent vivre une sorte d'épanouissement quand elles quittent leur pays d'origine, quoique leurs maris ne seront

pas nécessairement d'accord avec ces changements. Par contre, une femme immigrante peut réagir en rejetant complètement les nouvelles moeurs et en essayant de donner à ses filles les avantages supposés d'une éducation traditionnelle. Ces femmes peuvent devenir encore plus conservatrices qu'elles l'étaient avant d'immigrer. Entre ces deux extrêmes, l'expérience vécue et l'attitude d'une femme sud-asiatique peuvent varier énormément.

La femme sud-asiatique et les services de santé au Québec

Étant donné la réalité complexe de la femme sud-asiatique qui se réinstalle au Québec, quels seraient les conseils à donner à des professionnel-le-s dans le domaine de la santé qui auront affaire à cette clientèle?

Premièrement, on souhaiterait que, non seulement pour les femmes sud-asiatiques, mais pour toutes les femmes, quelle que soit leur origine, les programmes de planification des naissances et les services associés soient surtout centrés sur les besoins et les désirs de la femme individuelle qui va y être impliquée. On doit donner de la place aux femmes pour qu'elles puissent exprimer leurs propres préférences. Si, par exemple, une femme vient d'une culture où elle serait normalement accompagnée de sa mère et de plusieurs autres femmes lors de l'accouchement, son médecin devrait être sensibilisé à cette préférence. Souvenez-vous qu'en Asie du Sud, l'accouchement est encore un événement domestique et non médicalisé, sauf dans les familles urbanisées de la classe moyenne. Dans ces familles-là, par contre, la surmédicalisation de la périnatalité est très avancée, un peu comme en Occident il y a 30 ou 40 ans. On a enseigné aux femmes de la classe moyenne à ne pas allaiter leurs bébés, tout comme on a fait à la génération de vos mères ici. Il faudrait alors faire la promotion active de l'allaitement maternel auprès d'une femme sud-asiatique de la classe moyenne.

En conclusion, la meilleure solution à la diversité ethnique actuelle quand on oeuvre dans le domaine du planning des naissances, serait de donner à toute femme la liberté de nous expliquer sa situation personnelle et culturelle et de l'encourager à nous dire ce à quoi elle s'attend face à sa fertilité, sa maternité et sa sexualité. On devrait viser une atmosphère confortable et accueillante pour toutes les femmes, quelles que soient leurs cultures d'origine. La première étape, cependant, serait de s'informer autant que possible des autres réalités culturelles, pour essayer de raccourcir un peu le long travail d'explication auquel les immigrantes sont confrontées. Je vous remercie infiniment de l'occasion que vous m'avez donnée de venir vous aider dans cette tâche, compliquée mais fascinante.

♀♀♀♀

LES FEMMES HAÏTIENNES

Marie-José Antoine,
Infirmière en périnatalité, CLSC des Seigneuries à Boucherville.

Si on fait un parallèle entre la vie sexuelle d'une Haïtienne en Haïti et la vie sexuelle d'une Haïtienne au Québec, on constate une grande différence: la femme haïtienne au Québec a pris conscience de son apport socio-économique dans l'assiette familiale. Ceci lui permet de dire son mot et par surcroît de prendre des décisions.

La femme haïtienne en Haïti est la chose de son homme. C'est l'homme qui décide de tout, elle n'est qu'une exécutante. Un mari se donne le droit d'avoir plusieurs femmes et une kyrielle d'enfants hors de son foyer. Malgré leurs grandes contributions dans la société haïtienne comme mère, épouse, collaboratrice, médecin, enseignante, cuisinière, infirmière, travailleuse sociale, commerçante, gardienne, femme de ménage, domestique, prostituée, etc. on demeure ingrat envers elles. Jusqu'à la constitution haïtienne qui ne lui reconnaît que des droits mitigés.

Au Québec, la femme est reconnue comme une personne à part entière avec des droits et des devoirs. Toutefois des améliorations s'imposent dans le vécu et la perception du quotidien. Elle doit être vigilante tout en surveillant les acquis et s'engager dans les luttes sociales. Voir au planning des naissances devrait être la préoccupation de toutes les femmes.

Regardons de près la réalité des femmes haïtiennes au Québec à ce sujet.

Cinquante femmes haïtiennes au Québec de 18 à 45 ans ont été consultées dans un minisondage. Elles sont cégepiennes, universitaires, infirmières, femmes médecins, enseignantes, couturières, prestataires d'aide sociale, chômeuses.

Elles ont toutes une chose en commun, elles sont actives sexuellement.

- ✧ Elles connaissent le thème planning des naissances, qui est une façon d'avoir des enfants quand on veut, selon quelques-unes, et d'assurer son avenir avant d'avoir des enfants, selon d'autres. Quant à la FQPN, 50% ne la connaissent pas.
- ✧ Un faible pourcentage est familier avec toutes les méthodes contraceptives, mais elles utilisent le plus souvent soit la pilule, le condom ou le coït interrompu.
- ✧ Elles sont unanimes à dire que la contraception est une aide et un emmerdement. Une aide dans la prévention des grossesses et dans la qualité de vie de couple. Un emmerdement, quelle que soit la méthode, elle n'est pas d'une tranquillité absolue.

- ✧ En cas d'échec du moyen contraceptif, un faible pourcentage choisirait l'avortement.
- ✧ Au premier abord, elles répondent toutes qu'elles ont le choix de leur maternité, que ce sont elles qui portent l'embryon et peuvent finalement décider de le garder ou non.

Je ne suis pas sûre que ce soit un choix réel, libre et réfléchi. En envisageant avec elles leurs attentes, leurs désirs, elles finissent par réaliser que ce n'est pas toujours leur choix "la maternité". Les pressions sont multiples: la culture, le conjoint, le budget familial, la peur, etc. Leur désir serait d'être heureuse en famille.

- ✧ Les répondantes ont de 0 à 5 enfants des deux sexes. Ce qu'elles trouvent fatal, c'est le poids de la responsabilité de la famille, le non-engagement du conjoint. Ce sont elles qui deviennent enceintes, qui accouchent, qui gardent les enfants, les élèvent et portent le fardeau.
- ✧ Les jeunes adultes relatent la pression sociale d'avoir un enfant. L'arrivée du premier enfant donne à la mère la latitude d'adulte. Quand on n'a pas d'enfant, on est considéré adolescent même si on a 25 ou 35 ans. Les parents ont tendance à tout contrôler et à dire quoi faire, comment et quand. Pour les filles-mères c'est le prétexte de laisser la maison. Même si elles y restent encore, elles sont adultes à part entière. Pour elles c'est une façon de sortir de l'emprise des parents.
- ✧ Un fort pourcentage a essayé la pilule, qu'elles ont fini par laisser tomber pour diverses raisons, telles que manque d'argent et malaises divers.
- ✧ Elles utilisent parfois des condoms, fournis le plus souvent par le partenaire. En général, les femmes utilisent une méthode de façon sporadique et seulement après avoir eu un bébé.

Quand les filles sont actives sexuellement elles n'utilisent pas nécessairement un moyen contraceptif. En général, elles vont passer un test vers 10 à 12 semaines suivant la dernière menstruation. S'il est positif, une ambivalence de 4 à 6 semaines se solde par la poursuite de la grossesse. Ceci s'observe le plus souvent chez celles qui n'ont aucun objectif d'avenir bien défini.

- ✧ Au niveau des valeurs, les femmes plus âgées acceptent difficilement le rejet de leurs propres valeurs et l'engouement des jeunes pour les valeurs acquises qui prennent le dessus et influencent beaucoup la sexualité, la contraception, la maternité et la vie de couple.

Elles se demandent: est-ce mieux le choix des jeunes? Elles ne se marient pas en aussi grand nombre que leurs aînées, par contre elles acceptent d'avoir un enfant pour changer de statut social. Ces jeunes-là ont la sensation d'être libres et se vantent de choisir leur maternité alors que la charge des enfants leur incombe. Je trouve fatale cette situation.

- ✧ Elles vivent mal le choc culturel. Elles reconnaissent unanimement qu'elles sont prises en sandwich entre la culture québécoise d'un côté et la culture haïtienne de l'autre. Le désir des plus jeunes est de vivre dans l'harmonie, la joie, l'entente. Tandis que les femmes de ma génération ont pour vision première le bien-être de la famille. Pour y arriver, elles travaillent à temps plein à l'extérieur, étudient pour avoir un meilleur salaire et un statut social plus élevé, tout en s'occupant des divers besoins du ménage.

Avec un tel emploi du temps, il ne reste plus de place pour le loisir. Quant à la notion du plaisir, elle est tabou. Elles n'ont vraiment pas eu d'information sur la sexualité; une bribe par ci, une bribe par là. Elles craignent de perdre le contrôle sur la vie familiale, tout ce qui sort des normes est un échec.

Les filles disent qu'elles ne feront pas comme leurs mères et auront deux enfants ou plus. La maternité représente pour la femme haïtienne au Québec un rôle important, tant au niveau social qu'économique. Elle lui confère une sorte d'autonomie. Ce que je déplore dans tout cela: elles ne la vivent ni pleinement, ni librement. La maternité l'habite, la possède, tout au long de sa vie. C'est son principal rôle. Elle est en retard de 20 ans sur la femme québécoise qui choisit délibérément la maternité.

Quand une Haïtienne au Québec demande le divorce à son conjoint, celui-ci est tout étonné, même perturbé. C'est une insulte «Elle a osé. Le mari maudit les lois du Québec qui donnent trop de pouvoir aux femmes». Il est atteint dans son amour propre, car à lui seul revient le droit de formuler une telle demande.

Réflexions

Dans le milieu haïtien au Québec, une réflexion critique directe s'impose. Elle aurait pour objectif d'inciter les jeunes à confronter les images reçues avec la réalité. Il est urgent que la nouvelle génération apporte un changement dans l'émergence de la famille. La situation des jeunes Haïtiennes au Québec est cruciale à tous égards. Qu'est-ce qui doit être fait? Elles sont arrivées très jeunes dans le pays, à trois ans, deux ans, un an. Elles sont nées dans les hôpitaux québécois, elles fréquentent les mêmes garderies, les mêmes écoles, les mêmes lieux de loisirs que les autres enfants. La culture québécoise les imprègne, elles sont déchirées. Qu'est-ce que notre société leur offre comme aide? Allons-nous rester figés en spectateur-trice-s hébétés ou surpris? C'est à nous de les aider à voir clair afin de faire un bon choix. Les parents sont laissés pour compte. Ils n'ont aucun support ni à l'école, ni dans les rues. Les enfants connaissent une chose: leurs droits. Quand les notions de devoirs leur seront-elles inculquées? Il ne faut pas oublier que l'un ne marche pas sans l'autre.

Les valeurs transmises s'effritent, elles ont besoin d'être orientées avec discernement et recevoir des informations précises sur leur condition sociale au Québec.

La population cible demeure, quant à moi, les adolescentes et les jeunes adultes. Elles dissocient "pratique sexuelle" et "contraception". La majorité d'entre elles, nous révèle le sondage, utilisent un moyen contraceptif seulement après avoir eu un enfant.

La sexualité est intellectuelle et morale, nous dit Elisabeth Blackwell, première femme médecin aux États-Unis (1821-1910). Elle établit une politique d'éducation sexuelle à cette époque. Alexandra Kollontai (1872-1952), première féministe: d'après elle, l'homme et la femme sont égaux en tout. Leur vécu sexuel se base sur la sociologie, la politique et l'économie; elle condamne la domination de l'homme sur la femme dans la famille. Elle prône l'union libre en commençant par libérer les femmes économiquement et aussi changer la conception de l'amour. René Gagnon (1816-1956) remet en question les normes occidentales et propose une idéologie nouvelle: pour lui, il y a une différence entre sexualité/reproduction et sexualité/amour. Il établit des règles assez ouvertes à une pratique sexuelle libre basée sur le bonheur. Les Haïtiennes tant au Québec qu'en Haïti ont un retard énorme en fait de planning des naissances.

Comment voulez-vous que des parents ignorants en matière de sexualité puissent élever leurs enfants? Et c'est dans la famille d'abord que l'éducation sexuelle devrait commencer. Une information qui vient de tout côté n'est pas toujours claire. Elle est parfois semée de contradictions. Nous vivons un conflit de générations. Les femmes de 35 à 50 ans qui sont arrivées au Québec âgées de 15 à 30 ans vivent un dilemme.

Leurs enfants rejettent certaines valeurs haïtiennes transmises de génération en génération. Les filles ne font plus comme leurs mères. Font-elles mieux...? Les parents ont besoin de formation pour apprendre à vivre et à laisser vivre.

Dilemme entre les deux générations

Mère

- ✧ Surtout ne tombe pas en amour, ça va nuire à tes études.
- ✧ Méfie-toi, les garçons pensent juste à ça; quand ils ont eu ce qu'ils veulent ils s'en trouvent une autre.
- ✧ C'est mieux d'attendre, on ne se prépare pas une vie heureuse en commençant trop jeune.
- ✧ Quand on s'aime vraiment, on peut attendre d'être mariées.

Fille

- ✧ Je me sens bien avec un tel, je devrais me décider.
- ✧ Je sais qu'il m'aime et moi aussi je l'aime, il ne voit pas d'autres filles.
- ✧ Qu'est-ce que je ferais sans lui?
- ✧ Après tout, bien des gens de mon âge l'ont fait.
- ✧ Je ne peux pas lui refuser; il va me laisser si je n'accepte pas.

Dès l'adolescence, les mères font des mises en garde, voulant protéger la sexualité de leurs filles tout en étant absentes de leur vie affective. Les garçons eux, qui s'en occupe? Ont-ils une éducation sexuelle? N'oublions pas que ces mères, il n'y a pas si longtemps, étaient réprimées, brimées, étouffées par l'éducation reçue, à un moment où la maturité biologique suivait son évolution normale, avec sa capacité sexuelle réelle, mais officiellement non exercée. Cette situation est déterminante dans la non-reconnaissance de la spontanéité des débuts de la vie sexuelle des jeunes par leurs parents.

Quand pourra-t-elle être autre chose en plus d'être mère? Car c'est à elle qu'incombe la responsabilité des naissances. L'homme, lui, en est complètement dégagé.

Ce n'est pas seulement la femme qui doit être informée, l'homme aussi car l'amour se fait à deux et la famille se compose du père, de la mère et de leur progéniture. Les hommes doivent connaître les différents moyens contraceptifs, leur mode d'emploi, les avantages et les désavantages, afin de faire un bon choix de couple. Ils devraient avoir accès aux méthodes contraceptives aussi bien que les femmes.

Le médecin de famille a un rôle primordial à jouer dans l'éducation populaire. Le couple n'a pas toujours les moyens financiers lui permettant d'accéder aux différents contraceptifs.

Beaucoup de femmes ont recours à la ligature des trompes après 3 enfants environ, alors qu'il est impensable pour les hommes d'envisager la vasectomie.

La stérilisation masculine est tellement plus simple et se pratique avec moins de conséquences. Cependant, c'est encore la femme et toujours la femme qui est traquée. L'éducation sexuelle avec sa triple dimension, bio-psycho-sociologique, est urgente dans le milieu haïtien au Québec. Cela permettrait aux femmes de vraiment choisir librement la maternité, de jouir d'une santé reproductive et de prendre plaisir à la vie de couple. Ainsi, il y aura de meilleures relations hommes-femmes et par le fait même celles des parents-enfants seront améliorées.

Recommandations

Que la Fédération du Québec pour le planning des naissances auprès de la communauté haïtienne au Québec:

- ✧ Mène une campagne de sensibilisation face à la planification des naissances en informant les femmes de façon précise et directe.
- ✧ Élabore un mécanisme facilitant l'utilisation de leur service.
- ✧ Se fasse connaître par différentes formes de publicité.

- ✧ Participe à l'éducation populaire.
- ✧ Soit présente dans les cliniques médicales.
- ✧ Tienne des statistiques afin de faciliter l'évaluation des services fournis.
- ✧ Rende les documents audio-visuels accessibles.
- ✧ Puisse aider de façon pratique les femmes qui ne peuvent pas se payer les moyens contraceptifs.

Conclusion

La femme haïtienne au Québec aura besoin d'aide de la Fédération du Québec pour le planning des naissances pour développer un comportement sexuel épanoui et revaloriser les points suivants:

- ✧ Façonner la réalité en vue d'objectifs positifs.
- ✧ Entrer en contact avec les autres en confiance.
- ✧ Être attentive à ses besoins personnels.
- ✧ Acquérir un style de vie sain et le maintenir avec souplesse et adaptation.
- ✧ Avoir son propre but.

Je termine avec ces quelques mots de Xavier Lacroix, Directeur de l'Institut de la famille à Lynx.

«La sexualité est constituée de gestes et de tendresse qui ont une très grande signification. Tendresse rime avec caresse qui est la célébration du corps de l'autre. Nous avons une responsabilité réciproque car chacun se livre dans sa faiblesse et sa vulnérabilité.»

♀♀♀♀

MAIS QU'EST-CE QU'ELLES VEULENT? OU L'ILLUSION DU CHOIX

France Tardif,
Agente d'information, Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)

Situons d'abord la question en citant Annick Bréniel (1990, p. 7), membre individuelle de la FQPN: «Ma grand-mère a dû abandonner l'enseignement pour ses propres enfants. Ma mère a utilisé la contraception, du thermomètre aux pilules. Elle accouchait à l'hôpital, s'en trouvait rassurée. Mes soeurs et moi avons toujours eu accès à des moyens contraceptifs. Nous considérons cela comme un plus même si ce n'est pas toujours facile à assumer. Au Québec des femmes se sont battu et luttent encore pour des services de santé, de contraception, d'avortement et d'accouchement respectueux de leurs besoins et de leurs aspirations. Nos fragiles acquis menacent les autorités gouvernementales, médicales et morales. Peut-on laisser les femmes, des femmes ordinaires, décider de leur vie, de leurs maternités, des familles, du taux de natalité sans plus de contrôle?».

En 1969, il y a seulement 25 ans, le Canada abolit les articles du Code criminel qui interdisent la diffusion d'information sur les produits contraceptifs, de même que la publicité et la vente de ces produits. Dans le même souffle, le gouvernement canadien autorise les avortements dits thérapeutiques (article 251 du Code criminel).

Pourtant, malgré les interdits de l'État et de l'Église catholique, les femmes du Québec n'ont pas attendu 1969 pour échanger de l'information sur les moyens contraceptifs. En 1955, Gilles et Rita Breault reçoivent des couples chez eux afin de les initier à la méthode sympto-thermique, action qui mène à la fondation de SERÉNA en 1962. À partir de 1960, les revues et journaux s'intéressent de plus en plus à la contraception. En 1964 s'ouvre l'Association de planning des naissances de Montréal et en 1967 le Centre de planification familiale du Québec. Vers la fin des années 1960, les Québécoises discutent ouvertement de contraception même si l'encyclique «*Humanae Vitae*» condamne en 1968 l'utilisation de la contraception.

Au cours de la même période, plusieurs femmes se regroupent en diverses associations de lutte politique et/ou d'information/références. À titre d'exemples: la Fédération des femmes du Québec (1965), l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (1966), le Montreal Women's Liberation Movement et le Front de libération des femmes du Québec (1969), le Centre des femmes de Montréal (1972), etc. Tous ces groupes publient des manifestes, dossiers, revues dont le «Manifeste pour une politique de planification des naissances», signé par plusieurs groupes en 1972. Les décennies 1960 et 1970 constituent une période de bouillonnements, de diffusion d'information, de discussions, de manifestations, de scissions, de formation de nouvelles associations, etc. Bref, «Les groupes de femmes intègrent les théories du féminisme radical...

L'émancipation des femmes n'est pas l'égalité sur la base du modèle masculin mais une transformation profonde de la société» (A. St-Cerny, 1991, p. 22). De plus, quelques médecins sont arrêtés et poursuivis pour pratique illégale d'avortements. En 1976, le Parti québécois nouvellement élu laisse tomber les poursuites contre le Dr Henry Morgentaler, accusé de pratique illégale d'avortement.

Autre fait marquant des années 1970: le gouvernement québécois met sur pied des équipes de planning en CLSC, avec budget protégé, et des cliniques de planning des naissances en milieu hospitalier (couramment appelées cliniques Lazure, nom du ministre de la santé de l'époque).

La décennie 1980 est marquée surtout par la consolidation des services autonomes pour femmes qui ont vu le jour dans les années précédentes. Le mouvement d'humanisation des naissances se solidifie. En 1981, 3 centres de santé des femmes et 5 CLSC décident de défier la loi canadienne et d'offrir des services d'avortement. «En 1982, la pratique d'avortement des 10 CLSC et des 4 centres de santé des femmes est rendue publique dans les médias. Le gouvernement québécois ne réagit pas» (A. St-Cerny, 1991, p. 30). En 1988, la Cour suprême déclare inconstitutionnels les articles du Code criminel sur l'avortement thérapeutique. En 1989 dans l'affaire Chantal Daigle, la Cour supérieure du Québec reconnaît des droits au fœtus. L'année suivante, la Cour suprême déclare qu'aux yeux de la loi le fœtus n'est pas une personne et ne peut donc être l'objet de droits. En 1990, après avoir tenté en vain de recriminaliser l'avortement, le gouvernement fédéral décide de ne pas présenter de nouveau projet de loi.

Ce bref tableau peut nous donner à penser que nous avons vécu une révolution sexuelle depuis les trente dernières années. Certes, à son arrivée sur le marché, la pilule a symbolisé pour les femmes la libération sexuelle. La grossesse et la maternité étaient souvent perçues alors comme un fardeau et un frein aux aspirations des femmes. La contraception a permis de dissocier sexualité et reproduction, favorisant ainsi la réappropriation d'un plaisir jusque-là nié aux femmes (S. Pinsonneault, 1992): pour elles, la contraception était synonyme d'autonomie face à son corps et à sa sexualité. Ainsi, des milliers de femmes ont eu la possibilité de choisir de mettre au monde le nombre d'enfants qu'elles voulaient, au moment qui leur convenait. Elles ont fait des choix d'activités plus diversifiés, sinon plus satisfaisants, que ceux de leur mère et de leur grand-mère.

Cependant, contre toute attente, l'avènement de la contraception "dure et invisible" (pilule, stérilet) a aussi entraîné une perte de pouvoir pour les femmes sur leur corps et leur sexualité. La contraception invisible cache le pouvoir procréateur de la relation sexuelle et masque l'inégalité des rapports hommes-femmes, favorisant le maintien de la sexualité dans le modèle de la «pénétration-pénienne-éjaculation-vaginale-en-tout-temps» (L. Vandelac, 1986). Les femmes peuvent ainsi se retrouver dans un état de disponibilité totale envers les hommes. S'il n'y a pas risque de grossesse, il n'y a pas de raison de refuser la pénétration n'est-ce pas?

Loin de moi l'idée de prôner l'abolition de la contraception pour autant. Les femmes ont bien accueilli l'arrivée de contraceptifs plus efficaces, car il valait mieux - et c'est toujours vrai - pallier au pire: les femmes qui n'ont pas de pouvoir de négociation dans la relation sexuelle, peuvent au moins empêcher une grossesse non désirée. Toutefois, d'un point de vue politique et collectif, il ressort que, pour seulement quelques heures de fertilité potentielle par mois, les moyens contraceptifs invisibles ont amené les femmes à calquer leur sexualité sur le modèle sexuel masculin - basé sur la pénétration vaginale - et à prendre des risques pour leur santé, risques appelés effets secondaires des contraceptifs. D'ailleurs, la plupart des hommes prennent pour acquis que toutes les femmes utilisent un contraceptif. Par conséquent, ils ne posent aucune question là-dessus avant une relation sexuelle et ne se posent pas à eux-mêmes la question de leur propre fertilité.

Il existe actuellement plusieurs méthodes contraceptives, mais le choix est conditionné par divers éléments sur lesquels les femmes ont peu ou pas de contrôle. Pour avoir accès aux moyens plus efficaces, il faut passer par le médecin car l'efficacité apporte avec elle plus de risques et d'effets dits secondaires pour la santé et la fertilité des femmes. Par conséquent, la médicalisation de la contraception, associée à celle de plus en plus marquée de la grossesse et de l'accouchement, est venue consacrer la nécessité de la science médicale dans la vie des femmes. Le discours médical ainsi que la pratique médicale, particulièrement au Québec, sont orientés sur la notion de risque, ce qui entraîne d'une part une dévalorisation des intervenant-e-s autres que médecins en contraception. D'autre part, cette notion de risque justifie une attitude interventionniste chez les médecins et amène un sentiment d'incompétence chez les femmes, d'où une perte de pouvoir sur leur corps.

Quelle information les médecins donnent-ils sur la contraception? L'information qu'ils connaissent, c'est-à-dire celle qu'ils ont reçue au cours de leurs études, celle qu'ils reçoivent des représentant-e-s des compagnies pharmaceutiques et celle qu'ils ont le temps, le goût et la conscience professionnelle d'aller chercher par eux-mêmes et elles-mêmes. Malheureusement, les médecins qui s'intéressent à la contraception au point de faire des lectures, d'assister à des colloques et de suivre des sessions de formation continue (souvent subventionnées par l'industrie pharmaceutique) sont peu nombreux. Et, vous l'aurez peut-être deviné, l'information qui est la plus organisée, la plus soutenue et la plus accessible aux médecins est celle des compagnies pharmaceutiques. C'est pourquoi le plus souvent, les médecins connaissent et prescrivent uniquement quelques sortes de pilules et un seul type de stérilet. Très peu donnent l'information sur les méthodes dites douces ou visibles: le diaphragme, la cape cervicale, le condom (comme contraceptif) et sur les méthodes de repérage de l'ovulation (appelées souvent méthodes naturelles ou biologiques).

Les choix des femmes face aux contraceptifs sont en partie le reflet de l'information la plus disponible. En 1984 (L. Motard et C. Tardieu, 1990), 74,6% des Québécoises de 20 à 24 ans qui utilisent un contraceptif avaient opté pour la pilule. À partir de 25 ans, les femmes varient leur choix: 45% utilisent la pilule, 12% le stérilet et environ 18% misent pour le condom allié aux spermicides. La trentaine amorcée, la ligature des trompes s'ajoute aux choix dans une proportion qui atteint plus de 52%.

En somme, d'un côté les médecins sont peu ou mal informés des techniques disponibles et, d'un autre côté, ils sont également peu ou mal informés des aspects psycho-sociaux de la contraception. Ceux-ci englobent, dans un premier temps, l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans le choix contraceptif et, dans un deuxième temps, l'impact du choix d'un contraceptif sur son efficacité même, sur son utilisation adéquate et sur la persévérance de la personne dans l'usage qu'elle en fait. Un choix imposé influence l'utilisation de la méthode et la persévérance de l'utilisatrice ou de l'utilisateur: on ne se sert pas longtemps d'un contraceptif qui nous écoeure ou qui nous dérange.

Trop peu de médecins se donnent la peine - pour eux ça semble souvent une peine - de fournir une information qui permette un choix éclairé. Et ceux qui le font en subissent parfois les conséquences personnellement. Par exemple, une femme médecin me disait récemment: «Parce que je prends le temps d'expliquer les différentes méthodes aux femmes, je manque de temps, je saute mon dîner. Je me sens jugée par les autres intervenant-e-s, qui considèrent que je ne fonctionne pas» (A. Bréniel et F. Tardif, 1992, p. 8).

Un-e médecin, un-e travailleur-se social-e, un-e enseignant-e, un-e infirmier-ère qui ne donne pas toute l'information choisit à la place de la femme qui vient consulter, exerçant ainsi un contrôle sur la vie reproductive de cette femme.

On le voit, toutes les femmes n'ont pas eu et n'ont pas encore aujourd'hui un accès égal à la contraception. D'une part, le diaphragme et la cape cervicale sont peu disponibles dans les grandes villes et encore moins dans les régions éloignées des grands centres. D'autre part, les femmes assistées sociales n'ont pas le choix de leur moyen contraceptif. Seule la pilule est remboursée automatiquement; quant au stérilet, il faut une lettre du médecin avant son installation pour qu'il soit remboursé. Ces contraceptifs sont les plus efficaces - il faut peut-être que les femmes les plus pauvres fassent moins d'enfants - mais ils sont également parmi ceux qui comportent le plus de risques pour la santé et la fertilité. Pourquoi ne rembourser que ceux-là? Pourquoi pas les condoms? Pourquoi ne pas permettre aux personnes assistées sociales de choisir leur méthode contraceptive?

L'accessibilité aux moyens contraceptifs est un outil pour les gouvernements dans l'exécution de leurs politiques de population. Au Québec actuellement, c'est connu, on manque d'argent et d'enfants. Le gouvernement tient un discours nataliste tout en réduisant les services en planning des naissances. Jusqu'à la fin des années 1970, l'information en contraception était assumée principalement par des groupes comme SERÉNA, les associations de planning des naissances et la FQPN, les centres de santé des femmes, etc. Puis, le gouvernement a mis en place les cliniques de planning dans son réseau de services (cliniques Lazure). Aujourd'hui, dans les années 1990, les subventions gouvernementales de SERÉNA sont coupées, les services de planning des naissances et d'avortement ont beaucoup diminué sauf pour les jeunes, clientèle jugée "à risques" par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Même si l'avortement n'est plus un acte criminel au Canada, l'universalité, la gratuité et l'accessibilité des services ne sont pas pour autant assurées. Plusieurs régions n'ont pas de services, d'autres très peu. Plusieurs médecins refusent de pratiquer des avortements, à tel point qu'on redoute une pénurie dans un avenir assez proche. Les équipes médicales contrôlent entièrement les conditions dans lesquelles les femmes subissent l'avortement: anesthésie locale, générale ou pas d'anesthésie; antibiotiques de routine ou non; utilisation de tiges laminaires ou non, etc. Certaines techniques lourdes facilitent la tâche du médecin, mais représentent des risques additionnels pour les femmes (A. Bréniel et L. Harnois, 1989). Par conséquent, dépendant de la région où elle habite, une femme subira un avortement accompagné de techniques plus ou moins lourdes et souvent non nécessaires, selon la décision de l'équipe médicale, car seul ce type d'intervention sera disponible. Depuis quelques semaines toutefois, la situation est plus grave: les services d'avortements offerts actuellement dans les CLSC sont tous très fortement menacés.

Doit-on croire que, sauf pour les jeunes, seul le service d'avortement par RU 486/prostaglandines sera disponible à l'avenir? Vous avez sans doute déjà entendu parler du RU 486/prostaglandines qu'on appelle souvent, de façon erronée d'ailleurs, la pilule abortive. Il s'agit d'une hormone synthétique qui, administrée avec de la prostaglandine entre 5 à 7 semaines de grossesse, peut provoquer l'expulsion de l'embryon. Cette méthode d'avortement chimique est utilisée en France et certains groupes féministes, ainsi que certains médecins, réclament du gouvernement l'expérimentation de la méthode ici afin de la rendre disponible aux Québécoises.

La Fédération du Québec pour le planning des naissances et le Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec ont pris position contre l'entrée de cette méthode au Québec. Je peux résumer les raisons de cette position ainsi: «Parler de "pilule abortive", c'est délibérément induire les femmes en erreur sur la nature du **COCKTAIL CHIMIQUE** administré. Parler d'avortement "sécuritaire et sans danger" c'est délibérément taire aux femmes l'absence de connaissances scientifiques quant aux **EFFETS à moyen et long termes de ce cocktail**. De toute évidence, et pour l'instant l'avortement chimique est loin d'être au point et **ne peut, en toute sécurité, être substitué positivement à l'AVORTEMENT CONVENTIONNEL** pratiqué en début de grossesse» («RU 486: on l'avale la pilule ou pas?», 1992).

L'accessibilité aux moyens contraceptifs, aux services d'information et de santé est certes un facteur très important dans la notion de choix. Par conséquent, les étapes qui précèdent la mise en marché d'un produit sont décisives. Je parle ici de la recherche en contraception, de l'expérimentation clinique des contraceptifs, de l'autorisation de mise en marché d'un produit, de la publicité et de l'information disponible. L'histoire des contraceptifs depuis la pilule jusqu'à maintenant est très instructive pour l'avenir. Il est maintenant reconnu que la pilule anticonceptionnelle n'avait pas subi une expérimentation suffisante avant d'être mise en marché. Les stérilets ont eu aussi leur part de controverses. Le Dalkon Shield, mis en vente aux États-Unis en 1971, faisait déjà l'objet de rapports négatifs au début de 1972: infections pelviennes, septicémies, grossesses tubaires. En 1974, 17 décès lui étaient attribués. Le Dalkon Shield a été retiré du marché aux États-Unis en 1975. Au Québec à la fin des années 1970 on recommandait

les stérilets au cuivre aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Cinq ans plus tard, ils sont contre-indiqués pour ces mêmes femmes, car ils causent trop d'infections et ne sont pas assez efficaces. Enfin en 1986, le CU-7 est retiré du marché aux États-Unis.

Les autorités gouvernementales, l'industrie et le milieu de la recherche ont-ils tenu compte de ces leçons? Il semble que non. En 1992, le Food and Drug Administration (FDA) a autorisé le Depo-Provera comme contraceptif aux États-Unis. Pourtant, des doutes persistent sur les liens entre le Depo-Provera et les cancers du sein et du col, de même que l'ostéoporose (Ms, Editors, 1993) et les troubles de fertilité. De plus, l'administration d'un contraceptif par injection augmente les possibilités d'usage coercitif et inapproprié. Au Canada, par exemple, un médecin peut prescrire un médicament non approuvé par le ministère de la Santé et du Bien-être s'il estime que les avantages sont plus grands que les risques qu'il représente pour ses client-e-s. Ainsi, même s'il n'est pas autorisé comme contraceptif au Canada, des médecins canadiens administrent le Depo-Provera à dose contraceptive à des femmes déficientes mentales, à des adolescentes que le médecin considère "à risque", à des femmes autochtones et à des femmes à qui aucun autre contraceptif ne conviendrait («Dossier d'information sur le Depo-Provera», 1986). L'effet contraceptif d'une injection de Depo-Provera, de même que ses effets dits secondaires, durent 3 mois. La femme n'a aucun moyen d'arrêter l'utilisation de ce contraceptif si elle a des problèmes.

Le ministère de la Santé du Canada a autorisé l'implant Norplant au début de 1994. Pourtant, selon nous le Norplant n'apporte qu'un seul avantage: durant 5 ans, les femmes n'ont pas à penser à utiliser un contraceptif avant ou pendant leur relation sexuelle avec pénétration. Il comporte toutefois plusieurs contre-indications et effets sur la santé qui n'en font pas du tout la méthode «révolutionnaire» annoncée lors de son arrivée sur le marché. De plus, les expérimentations cliniques ont manqué de rigueur et illustré, par le fait même, les problèmes auxquels les femmes font face lorsqu'elles utilisent un contraceptif sur lequel elles n'ont pas elles-mêmes le contrôle («Dossier d'information et de réflexion sur le Norplant», 1994).

L'orientation privilégiée dans le développement de la contraception par les milieux de la recherche et de l'industrie mène à la production de technologies qui ont une longue durée, un bas taux d'échec, qui permettent un contrôle de masse des taux de naissances et qui interfèrent avec les mécanismes délicats et complexes du corps humain. De plus, ce sont des moyens sur lesquels l'utilisatrice n'a pas de contrôle. La recherche actuellement consacrée à un "vaccin" contraceptif en est une autre illustration (dossier d'information disponible à la FQPN).

En fait, une compagnie pharmaceutique qui oriente ses recherches et sa publicité vers des produits chimiques plutôt que vers des méthodes de barrière oriente, restreint et, à la limite, contrôle le choix contraceptif individuel. Le premier objectif de l'industrie pharmaceutique c'est le profit et non la santé. La cape cervicale est moins intéressante à fabriquer, car elle ne rapporte pas beaucoup: on ne la change pas souvent et elle nécessite très peu, souvent pas du tout, de spermicide. Il est plus intéressant pour une industrie de développer des produits contraceptifs chimiques, car la chaîne des réactions et des effets dits secondaires est sans fin et très lucrative; l'industrie des

biotechnologies fonctionne comme un engrenage: à partir de contraceptifs, de médicaments et d'interventions qui peuvent diminuer la fertilité, en passant par des supposés traitements de l'infertilité, tout s'enchaîne pour créer la nécessité d'y revenir.

Si la contraception a permis le plaisir sexuel sans risque de procréation, la fécondation artificielle consacrera peut-être bientôt la procréation sans risque de plaisir sexuel! Peut-on parler de planning des naissances, de choix face à la maternité sans parler d'infertilité et des nouvelles techniques de reproduction? Un fait demeure: la fréquentation des cliniques de fertilité a augmenté. Quelles sont les causes de cette augmentation?

Depuis quelques années, les médias contribuent à l'escalade des demandes. On y reprend en effet le discours dominant: inquiétude concernant les taux de naissance et optimisme face aux progrès scientifiques. On y mélange souvent, un peu moins maintenant il faut le dire, stérilité (impossibilité de procréer) et infertilité (difficulté à procréer). Les médias ont ainsi contribué à créer des espoirs très grands chez les couples qui éprouvent des difficultés à concevoir. Cependant, ils ont très peu rapporté les risques de ces nouvelles techniques pour la santé et la qualité de vie des femmes («Présentation de la Fédération du Québec pour le planning des naissances aux auditions de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine», 1990).

Un autre facteur d'augmentation des demandes est certainement la définition médicale de l'infertilité: au Canada, avant 1968, on exigeait deux ans d'essai de procréation sans contraceptif pour être admis aux tests de fertilité; maintenant, on demande un an d'essai seulement. Par conséquent, de plus en plus de personnes sont considérées infertiles par les spécialistes (M. Rochon, 1986). Pourtant, selon la méthode contraceptive utilisée auparavant, plusieurs mettront plus d'un an à concevoir. En outre, les causes d'infertilité sont multiples, mais elles sont souvent exprimées en termes physiologiques et médicaux, telles que baisse du nombre de spermatozoïdes, trompes obstruées, etc. C'est pourquoi on pense à des solutions médicales. Cependant, ces troubles physiologiques originent de conditions diverses reliées, par exemple, à des produits toxiques, des chirurgies, des médicaments, etc. De ce point de vue, il serait possible de varier les solutions et d'opter pour la prévention.

Dans la plupart des cliniques, les NTR sont présentées comme des techniques valables, même si une grossesse à terme n'est pas garantie. Cependant, nos recherches nous amènent à constater que la fécondation in vitro et certaines hormones utilisées pour provoquer une superovulation n'ont pas subi une évaluation scientifique rigoureuse. Actuellement, dans les cliniques de fertilité on recourt à des interventions lourdes et risquées qui multiplient les risques d'atteinte à l'intégrité physique et mentale des femmes («Mémoire de la Fédération du Québec pour le planning des naissances aux auditions de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine», 1990) . C'est le seul moyen qu'on ait trouvé de pallier le peu d'efficacité et le coût très élevé des techniques. Tout ceci nous permet de douter de la sollicitude de la science concernant la douleur des couples (I. Brabant, 1989). Les intérêts autres qu'humanitaires sont nombreux: intérêts commerciaux de la part des compagnies pharmaceutiques et des fabricants

d'équipement médical, intérêts de prestige et de reconnaissance pour les chercheur-se-s. Dans ce contexte, l'infertilité sert plutôt de prétexte et les couples désespérés sont la matière première la plus extraordinaire pour les chercheur-se-s. Pourquoi ne pas opter plutôt pour la prévention, pour la protection de la fertilité?

Certes, la médecine a permis d'améliorer plusieurs aspects de la conception et de la contraception. Cependant, elle est en train de prendre toute la place. Nous retrouvons d'ailleurs le même phénomène quand il s'agit de la grossesse. Porter un enfant aujourd'hui n'est plus défini comme une expérience normale, mais bien comme une expérience «à risques», «porteuse de dangers» éventuels pour le fœtus ou le nouveau-né (A. Quéniart, 1990). Cette culture du risque est véhiculée, non seulement par la littérature de vulgarisation, mais aussi par la politique québécoise de périnatalité, tant en 1973 qu'en 1992, où toutes les grossesses sont considérées comme étant à risques (A. Quéniart, 1990). Nous nous retrouvons ainsi devant une utilisation exagérée des techniques et des interventions obstétricales. On a vu, par exemple, des médecins refuser un suivi pré-natal à des femmes parce qu'elles ne voulaient pas d'échographie; il semble qu'à leurs yeux la technique révèle plus que le toucher lors de l'examen médical. Cette normalisation technicienne et interventionniste vient consacrer l'incompétence des femmes et la supériorité de la technique en matière de reproduction (M. De Koninck, 1990).

Une grossesse à risques, menée par des femmes incompetentes exige une surmédicalisation qui alimente deux fausses croyances malheureusement de plus en plus installées: que l'utérus est un milieu dangereux pour le fœtus et qu'il y a conflit d'intérêts entre une femme enceinte et le fœtus qu'elle porte, qu'elle nourrit, qu'elle fait vivre.

Somme toute, le choix face à la maternité est encore bien limité. À partir des décisions dans le développement des contraceptifs et des profits qui y sont rattachés, en passant par les lois et les politiques gouvernementales, les services sociaux et de santé, l'accessibilité aux moyens contraceptifs et à l'information complète et critique, la qualité des rapports hommes-femmes, sans parler de l'accueil social face aux enfants, des congés parentaux et des services de gardes, ...

J'entends des voix exaspérées poser une question maintes fois entendues: «Mais qu'est-ce qu'elles veulent?». «Êtes-vous contre les techniques, contre la science?».

Qu'est-ce qu'on veut? **LE RESPECT**. La maternité est au coeur de la vie des femmes, même quand une femme ne veut pas d'enfant. Prenons simplement l'exemple de la contraception. Le choix d'une méthode contraceptive dépend de plusieurs facteurs: la vie sexuelle de la personne (partenaires, relations sexuelles), ses conditions de vie, son aisance par rapport à son corps, son état de santé, les avantages, inconvénients ainsi que les risques et effets secondaires reliés à chaque moyen contraceptif, les conséquences probables d'un échec du contraceptif, son désir ou non d'avoir des enfants plus tard, la disponibilité des moyens selon la région, la distance entre chez elle et le service de santé, etc. On le voit, une bonne consultation peut durer une heure, parfois

plus. Il peut être d'ailleurs plus profitable de la tenir en deux temps, de sorte que la personne puisse y penser et poser de nouvelles questions lors de la deuxième rencontre avant de fixer son choix. D'ailleurs, des intervenant-e-s autres que médecins pourraient très bien faire la consultation en planning.

Peut-être pensez-vous que cette façon de voir est idéaliste, que ce n'est pas réaliste de vouloir un tel service. Réaliste pour qui? Pour le médecin, pour le système de services sociaux et de santé, pour le système d'éducation, pour la femme qui consulte? Je pense au contraire que c'est tout à fait réaliste, car une telle consultation tient compte de la complexité de l'être humain et de ses rapports sociaux et favorise un choix contraceptif éclairé et responsable. D'ailleurs, tout le monde souhaite un choix éclairé et responsable; mais qu'est-ce qu'un choix éclairé et responsable? Il y a diverses réponses à cette question et chacune reflète des valeurs différentes. Pour notre part, nous croyons qu'une personne est toujours responsable dans ses choix; elle prend ses décisions en s'appuyant sur ses conditions de vie, sur la disponibilité des méthodes et sur l'information dont elle dispose sur les choix possibles. C'est à la personne concernée de décider quel poids donner à chacun des facteurs qui entre en jeu dans sa décision, et non au médecin ou à toute autre personne. Par exemple, une femme de 35 ans qui fume peut décider de prendre la pilule, car il serait catastrophique pour elle de devenir enceinte, soit parce qu'il n'y a aucun service d'avortement dans sa région, soit parce qu'elle sait qu'elle ne voudrait pas d'un avortement. Cette femme, à nos yeux, fait un choix responsable et éclairé.

Loin de tout régler, la technique médicale et contraceptive a donné lieu à de nouvelles situations et de nouvelles questions. La contraception est-elle une aide, un emmerdement, une nuisance pour la santé et la fertilité ultérieure? Le choix au risque de sa santé est-il acceptable? La technique aide-t-elle à améliorer les rapports hommes-femmes? Est-il plus facile que par le passé de parler de sexualité à l'intérieur du couple, avec d'autres femmes? Sommes-nous passées du droit à la contraception au devoir de contraception?

La technique médicale devait être un moyen au service de la santé, elle est en train de déposséder les femmes de leurs compétences et de leurs sentis. Si nous ne voulons pas que les femmes soient éliminées du champ de la reproduction, il est urgent de réaffirmer leur capacité de porter des enfants et de les mettre au monde (M. De Koninck, 1990). Il est aussi primordial de repenser la logique de l'encadrement de l'expérience maternelle et des soins offerts (M. De Koninck, 1990) en fonction des aspirations et des valeurs des femmes (A. Quéniart, 1990).

Si la contraception sert à empêcher des grossesses, elle aide aussi à faire ses choix face à la maternité. Le choix contraceptif, qu'il soit visible ou invisible, implique pour les femmes un pouvoir nouveau sur leur propre corps, sur leur sexualité et sur leur santé. Au niveau social, la contraception pose en réalité la question de la conception de soi, du désir d'enfant, des rapports hommes-femmes. En ce sens, elle devrait protéger la fertilité ultérieure et la santé au lieu de les menacer.

Réaffirmons nos capacités et nos besoins de base, élargissons nos échanges, reparlons du plaisir, de la sexualité, de notre fertilité comme richesse et comme pouvoir.

BIBLIOGRAPHIE

- BRABANT, Isabelle. «Jamais de la vie!», dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 65-68.
- BRÉNIEL, Annick. «Femmes sous surveillance ... médicale», dans L'Ardoise, vol. 8, no 3, été 1990, p. 7-8.
- BRÉNIEL, Annick et HARNOIS, Luce. «Entre le législatif et le médical: où s'en va le pouvoir des femmes face à l'avortement?», dans Cahier Femmes et sexualité, no 9, août 1989, p. 2-5.
- BRÉNIEL, Annick et TARDIF, France. «Réflexion sur contraception et autonomie reproductive: une belle journée!», dans Cahier Femmes et sexualité, no 11, mai 1992, p.3-13.
- DE KONINCK, Maria. «Enfantement et changement social», dans De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation. Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS. Montréal, Université du Québec à Montréal, 1990. p. 275-285.
- MOTARD, Louise et TARDIEU, Camille. Les femmes ça compte. Québec, Publications du Québec, 1990, 263 p.
- PINSONNEAULT, Sylvie. «Réflexions sur la question de l'autonomie reproductive», dans Cahier Femmes et sexualité, no 11, mai 1992, p. 4-6.
- QUÉNIART, Anne. «Maternité et prise en charge médicale: l'expérience de la solitude», dans De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation. Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS. Montréal, Université du Québec à Montréal, 1990. p.263-273.
- ROCHON, Madeleine. Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1986, 36 p.
- ST-CERNY, Anne. «Histoire du mouvement de santé des femmes au Québec», dans À notre santé! Bilan et perspectives du mouvement de santé des femmes au Québec. Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1991, p. 17-41.
- SEABROOKE, Karen. «The Practices of Pharmaceutical Companies in Canada and the Third World», dans Who's in Control? Legal Implications of Reproductive Technology, Rapport de la Sixième conférence biennale, Association nationale de la femme et le droit, Ottawa, 21-24 février 1985, p. 51-60.
- VANDELAC, Louise. «L'enceinte de la maternité: sexes et sexualités», dans Maternité en mouvement, A.-M. DE VILAINE, L. GAVARINI ET M. LE COADIC (dir). Éd. Saint-Martin et Presses universitaires de Grenoble, 1986, p. 220-235.

Dossier d'information et de réflexion sur le Norplant, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, mars 1994, 8 p.

Dossier d'information sur le Depo-Provera, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1986.

Editors. «Is depo Provera Safe?», dans Ms., janvier-février 1993, p. 72-73.

Présentation de la Fédération du Québec pour le planning des naissances aux auditions de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1990, 10 p.

RU 486: on l'avale la pilule ou pas?. Montréal, Centre de santé des femmes de Montréal et Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1993, 2 p.

♀ ♀ ♀ ♀

SYNTHÈSE

On m'avait confié le rôle de faire une synthèse de ce que l'on entendrait ce soir. Je dois vous avouer que la tâche est très difficile. Difficile, parce que l'on constate, au niveau même des cultures, une très grande diversité des concepts fondamentaux qui guident, qui définissent la vie.

Pour les gens qui viennent d'ailleurs ou qui ne font pas partie de la culture québécoise dominante les concepts mêmes de famille, de relations homme-femme, de mariage sont si différents. On pense à la famille amérindienne ou autochtone, ou à la famille élargie indienne, très vaste et très présente dans la vie de chacun de ses membres. On pense aux concepts de mariage; d'un côté, le mariage arrangé où les jeunes ne se rencontraient qu'au moment du mariage et, à l'opposé, les traditionnels camps d'été où garçons et filles se rencontraient et pouvaient avoir jusqu'à six mois, un an ou deux ans pour se connaître avant de s'accepter et d'avoir une relation sexuelle.

C'est peut-être dans la maternité que l'on retrouve le plus grand consensus: dans plusieurs cultures la maternité constitue une façon de s'assumer comme femme, de devenir socialement valorisée, admise, supportée.

Au Québec le bouleversement récent des valeurs touchant famille, mariage, maternité, contraception s'est étalé sur peu de générations. Notre société est encore en redéfinition, ce qui rend peut-être plus difficile l'intégration de nouveaux-lles arrivant-e-s. Je retiens cependant que cette diversité au niveau des valeurs ou de ce qui définit nos vies contient un potentiel extraordinaire.

En terminant, je tiens encore à remercier tous ceux et celles qui nous ont encouragé-e-s par leur présence et leur amitié. Alors, merci à nos conférencières, Madame Véronique Thusky, Madame Mela Sarkar, Madame Marie José Antoine, Madame France Tardif, merci à notre animatrice, Madame Dominique Payette, à la vidéaste qui a filmé toute la soirée, Madame Diane Chénier.

Un merci aussi, du fond du coeur, au comité organisateur de cette conférence-bénéfice, Annick, France, Francine, Hélène, Lorraine, Margot et, spécialement, la coordonnatrice du comité, Anne St-Cerny. Merci aussi à tous nos commanditaires et bénévoles dont la générosité a permis la tenue de cet événement.

En terminant, je vous invite à partager le verre de la solidarité et à échanger entre nous et avec les conférencières.

Micheline Boucher
Présidente de la FQPN

♀♀♀♀

LA FQPN C'EST...

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) c'est... un regroupement féministe de groupes autonomes de femmes et d'individues qui travaille dans le domaine de la santé des femmes, en mettant un accent particulier sur la santé reproductive et la sexualité.

La FQPN, par l'entremise de ses membres, collaboratrices et collaborateurs, s'adresse à toutes les femmes en âge de procréer quel que soit leur statut socio-économique. La FQPN vise l'autonomie individuelle et collective des femmes face à leur santé, leur reproduction et leur sexualité.

À partir de dossiers de travail tels que fertilité, contraception, techniques de procréation artificielle, avortement, éducation sexuelle, politique familiale, population et développement, la FQPN veille à promouvoir:

- ✧ la liberté de choix dans les décisions concernant la maternité;
- ✧ des services accessibles de façon à ce que chaque personne puisse se prévaloir de l'information, des connaissances et des compétences qui l'aideront à prendre des décisions éclairées et à assumer la responsabilité de sa santé sexuelle et de sa planification des naissances.

Depuis 1972, la FQPN est à l'écoute des besoins des femmes et des hommes qui désirent planifier leur projet familial.

♀♀♀

COMITÉ ORGANISATEUR

Micheline Boucher

Annick Bréniel

Lorraine Dagenais

Margot Frenette

Hélène Goupil

Francine Mailloux

Anne St-Cerny, coordonnatrice du comité

France Tardif

♀♀♀♀

SOUTIEN TECHNIQUE

Nicole Beaudet

Michel Boucher

Jean-Claude Laberge

Hélène Lagacé

Micheline Lamarre

René Lortie

Ghislaine Mailloux

Joane Mailloux

Michel Sauvé

Ville de Montréal, Service des loisirs, des parcs et du développement communautaire

♀♀♀♀

COMMANDITAIRES

Carole Crevier, Psychosociologue

Centrale de l'Enseignement du Québec

Clinique Médicale de l'Alternative

Clinique médicale Fémina

Clinique Morgentaler Clinic

Comité Condition Féminine, Confédération des Syndicats Nationaux

Johanne du Temple, comptables agréées

Isabelle Gendron, Docteur en Chiropratique

Graphitexte

Imprimerie Pierre Alix inc.

Naissance-Renaissance

Proscénium

Diane Raymond, agente en immobilier

Secteur Condition féminine, Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec

Le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'UQAM

Lucie Tétreault, physiothérapeute

Violette Trépanier, ministre de la Sécurité du revenu et ministre déléguée à la Condition féminine et à la Famille, Gouvernement du Québec

Xhignesse fleuriste

♀♀♀♀