

Actes du colloque

Santé de la reproduction et maternité :
autonomie des femmes ou
illusion du choix?

25 et 26 avril 2003



Fédération du Québec pour le planning des naissances

Coordination et révision : **Martine David** et **Nathalie Parent**

Rédaction : **Geneviève Albert**

Révision linguistique et graphisme : **Louise-Andrée Lauzière**

Page couverture : **Tutti Frutti**

La rédaction des actes de ce colloque a été rendue possible grâce au soutien financier de la Fondation Solstice et de l'ex-ministre de l'Éducation, monsieur François Legault.

D É P Ô T L É G A L

Bibliothèque nationale du Québec, 3^e trimestre 2003

Bibliothèque nationale du Canada, 3^e trimestre 2003

ISBN 2-9802393-7-2

© FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

La reproduction de parties de ce document est possible à condition d'en citer la source.

D I S T R I B U T I O N

Fédération du Québec pour le planning des naissances

110, rue Sainte-Thérèse, bureau 405

Montréal (Québec)

H2Y 1E6

(514) 866-3721

www.fqpn.qc.ca

Remerciements



Nous tenons à remercier nos partenaires financiers, qui ont rendu possible la tenue

de ce colloque : l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur François Legault, l'Alliance de recherche IREF-Relais-femmes (ARIR), la Fondation Solstice, l'ex-ministre responsable de la Condition féminine, madame Linda Goupil, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et le Syndicat des professionnelles et professionnels de la santé.

NOTE

LA LANGUE FRANÇAISE DONNE BIEN DES MAUX DE TÊTE AUX PERSONNES QUI TRAVAILLENT POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES. AFIN DE NE PAS PRIVILÉGIER LE MASCULIN SUR LE FÉMININ OU L'INVERSE, NOUS AVONS OPTÉ POUR LA RÈGLE DE LA MAJORITÉ, C'EST-À-DIRE QUI TIEN T COMPTE DU GROUPE SEXUEL MAJORITAIRE QUI COMPOSE LA PROFESSION.

PAR EXEMPLE, NOUS EMPLOYONS UN MÉDECIN PUISQUE CE SONT EN MAJORITÉ DES HOMMES QUI OCCUPENT CETTE FONCTION ET UNE INFIRMIÈRE PUISQUE CE SONT LES FEMMES QUI SONT LES PLUS NOMBREUSES DANS CETTE PROFESSION. DE MÊME, NOUS AVONS CHOISI D'UTILISER PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ PUISQUE CE SONT MAJORITAIREMENT DES FEMMES QUI OCCUPENT LES EMPLOIS DE CE SECTEUR.

Nous voulons aussi remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du colloque, tant au niveau de son contenu que de son organisation. Nous souhaitons, entre autres, souligner l'apport précieux de l'ARIR et de notre comité d'encadrement composé d'Abby Lippman, professeure à l'Université McGill; Francine Descarries, professeure à l'UQAM; Louise Morin et Louise Charbonneau, respectivement infirmière et médecin au CLSC des Faubourgs; et Lorraine Fontaine, du Regroupement Naissance-Renaissance. Mentionnons aussi le travail exceptionnel de Francine Mailloux et de Lorraine Dagenais à la logistique, la collaboration du Regroupement Naissance-Renaissance et la créativité du comité qui a organisé un 5 à 7 le vendredi pour célébrer, avec les participantes et les militantes et militants de longue date, le 30^e anniversaire de la FQPN.

Enfin, nous tenons à remercier les conférencières, les personnes-ressources, les secrétaires, les animatrices en atelier, les membres du conseil d'administration de la FQPN, Anne St-Cerny et Isabelle Brabant, qui ont très bien réussi à faire ressortir les points saillants des deux journées, Geneviève Albert, qui a prêté une oreille attentive tout au long des deux journées pour la rédaction des actes de ce colloque. Un merci tout spécial à notre animatrice, Ariane Émond, qui a su nous guider dans le plaisir tout au long de ces deux journées. Enfin, nous voulons souligner la présence active et engagée des participantes et participants qui ont fait de ce colloque un haut lieu de ressourcement et de mobilisation.

Table des matières

AVANT-PROPOS	VII
------------------------	-----

25 AVRIL — PREMIÈRE JOURNÉE

MOT DE BIENVENUE — Martine David et Nathalie Parent	1
---	---

CONFÉRENCES D'OUVERTURE : GAINS ET RECULS DANS LES 30 DERNIÈRES ANNÉES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET EN PÉRINATALITÉ

Évolution des politiques en matière de planification des naissances au Québec, ANNE ST-CERNY	5
L'accouchement : a-t-on répondu aux demandes des femmes?, HÉLÈNE VADEBONCOEUR	13
Débat et discussion	19

OBSTACLES SOCIAUX AU LIBRE CHOIX EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET DE MATERNITÉ

Reconnaissance du droit en santé de la reproduction : un point de vue international, JOHANNE FILION	23
Vie sexuelle et amoureuse des jeunes, ALLISON-JOY FLYNN	33
Désir ou non-désir d'enfant : a-t-on vraiment le choix?, LOUISE DESMARAIS	37
Débat et discussion	41

LA MÉDICALISATION DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET DE LA MATERNITÉ : UN PORTRAIT DE LA SITUATION

La néo-médicalisation de la santé reproductive, ABBY LIPPMAN	45
L'humanisation de la naissance : un pas en avant, deux pas en arrière?, ISABELLE BRABANT	49
Les nouvelles technologies de reproduction ou l'infertilité contournée, LOUISE VANDELAC	55
Débat et discussion	67

SYNTHÈSES DES ATELIERS DE DISCUSSION

L'omniprésence des compagnies pharmaceutiques dans la vie reproductive : plus de choix ou plus de risques?	71
La peur de l'accouchement : construction d'une technique annoncée	73
Les nouvelles technologies de la reproduction : exploitation du désir d'enfant?	75

26 AVRIL — DEUXIÈME JOURNÉE

PORTRAIT DES SERVICES EN MATIÈRE DE PLANNING DES NAISSANCES ET D'ÉDUCATION SEXUELLE AU QUÉBEC

L'accès aux services de planning des naissances : un bilan mitigé, NATHALIE PARENT	81
Débat et discussion	89

L'éducation sexuelle à l'école : mal nécessaire ou privilège?, MARIE-ANDRÉE BOSSÉ	91
Débat et discussion	95

SYNTHÈSES DES ATELIERS DE DISCUSSION

Accessibilité universelle et gratuité des services de planning des naissances : une utopie?	99
Parler de sexualité : des pistes pour rejoindre les jeunes	101
Les nouvelles technologies de la reproduction humaine : le temps d'agir?	103
Le pouvoir au quotidien : donner un sens à la naissance	105

MOT DE CLÔTURE

Bilan du colloque La santé de la reproduction et la maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix?	111
---	-----

ANNEXES

Annexe 1 : Petite histoire de la FQPN	117
Annexe 2 : Programme du colloque	123
Annexe 3 : Tableau — conférence d'Anne St-Cerny	125
Annexe 4 : Tableaux — conférence de Nathalie Parent	129
Annexe 5 : Liste des participantes	133

Avant-propos



C'est dans le cadre de son 30^e anniversaire que la Fédération du Québec pour le planning des naissances a convié les actrices et les acteurs de différents milieux autour des enjeux actuels en matière de planning des naissances et de périnatalité. Trente années de réflexions et de luttes pour la promotion des choix et des droits des femmes en santé de la reproduction méritaient une célébration!

Cent vingt-sept participantes et participants, dont des infirmières, des travailleuses sociales, des médecins, des professeures, des étudiantes, des sages-femmes, des accompagnantes à la naissance, des représentantes de ministères et de syndicats, des jeunes mamans, des intervenantes de groupes de femmes se sont rassemblées pendant deux jours pour réfléchir et discuter en plénière et en ateliers, et pour apporter des pistes de solution et des pistes d'action collective. La richesse de cette variété d'actrices et d'acteurs était donc une promesse de beaux échanges.

L'ensemble des thèmes abordés pendant ces deux journées nous a menées vers la réponse à la question thème de ce colloque : les femmes sont-elles autonomes ou ont-elles l'illusion d'avoir des choix en ce qui a trait à leur vie reproductive?

La tenue de ce colloque a permis de resserrer les liens entre les femmes travaillant autour de la périnatalité et celles s'occupant des services de planning, rapprochement qui ne pourra être que bénéfique pour l'avancement des dossiers chers à ces deux secteurs.

Si le colloque s'est déroulé dans une atmosphère à la fois de travail et de plaisir, c'est entre autres grâce à Ariane Émond, animatrice et maîtresse du temps de la rencontre. Comme elle l'a dit au tout début du colloque : « Ce n'est pas parce que c'est sérieux que ça a besoin d'être plate! ».

La présentation des actes du colloque respecte la chronologie du calendrier des deux journées de rencontre. Vous pourrez donc y retrouver les textes remaniés des conférences en plénière, suivis des discussions et débats avec les participan-

tes ainsi que les synthèses de chacun des ateliers de discussion qui visaient à approfondir les thèmes présentés en plénière.

Place aux conférences, aux ateliers, aux discussions et aux débats!

Bonne lecture!

L'ÉQUIPE DE LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

Ce qu'elles en ont dit...

Dans leur évaluation du colloque, les participantes ont soulevé la richesse des échanges en compagnie de personnes de milieux divers. Elles ont souligné l'importance de créer des liens entre le milieu du planning des naissances et celui de la périnatalité et de maintenir ces liens au-delà du colloque pour agir collectivement.

« Ça faisait longtemps qu'on n'avait pu se retrouver autour de ces sujets. Il était temps d'arrêter de morceler la santé reproductive des femmes! »

« C'était une expérience enrichissante sur le plan humain et intellectuel. La réunion de toutes ces personnes au même événement était une merveilleuse idée. »

« Je ressors mieux informée, estomaquée, avec le goût d'agir. »

Suites du colloque...

*« Il va falloir
recommencer
à être des
somp tueuses
rebelles! »*

Tout au long du colloque, les participantes ont exprimé le désir de poursuivre ensemble la réflexion, l'échange et l'action collective au-delà de cet événement.

Deux semaines après la fin du colloque, une campagne de courriels a été lancée pour encourager les députés fédéraux à voter en faveur du projet de loi C-13 sur la procréation assistée. Cette action découlait directement d'une proposition qui avait été lancée par les participantes à l'atelier du samedi 26 avril sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine. L'ensemble des participantes au colloque, et plus largement le mouvement des femmes au Québec, a répondu à l'appel de façon active. De nombreux députés nous ont également répondu pour confirmer leur intention de voter en faveur du projet de loi. Au moment d'écrire ces lignes, l'adoption du projet de loi est menacée et la campagne se poursuit toujours.

De plus, lors de l'Assemblée générale annuelle de la FQPN du mois de mai 2003, les membres ont entériné la proposition à l'effet que la FQPN assure les suites du colloque comme dossier prioritaire de son plan de travail 2003-2004. Ceci impliquait donc la mise en place d'une coalition (ou d'un réseau) multisectorielle qui aurait pour objectif de créer un lieu d'échange, de réflexion et de mobilisation autour des enjeux communs à la périnatalité et au planning des naissances. Cette proposition donnait suite au désir profond des participantes de trouver des moyens concrets pour garder contact, se concerter et agir collectivement sur des dossiers qui nous tiennent toutes à cœur.



25 AVRIL – Première journée

La première journée se voulait principalement un moment de réflexion, d'échange et de mise à jour sur les gains et reculs des 30 dernières années en matière de planning des naissances et de périnatalité et sur les enjeux actuels liés au choix, au droit et à la médicalisation de la santé reproductive des femmes.



Isabelle Brabant et Abby Lippman



Johanne Filion, Ariane Émond, Allison-Joy Flynn et Louise Desmarais



Johanne B. de Passillé et Nathalie Parent
au 5 à 7 festif célébrant les 30 ans de la FQPND

Mot de bienvenue

Martine David
et Nathalie Parent,
coordonnatrices à la FQPN



La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) souligne en 2003

son 30^e anniversaire. Ces trente ans ont été ponctués de luttes, d'actions, d'éducation populaire et de défense des droits des femmes sur des questions telles que la contraception, l'avortement, les nouvelles technologies de reproduction humaine (NTRH), la fertilité, l'éducation sexuelle, les services de planning des naissances, le contrôle des naissances, etc.

Ainsi, pendant 30 ans, la FQPN a été à la fois une actrice importante et un témoin de plusieurs avancées majeures en matière de santé reproductive et sexuelle. Soulignons, entre autres, la décriminalisation de l'avortement en 1988 et, plus récemment, l'injection de nouveaux fonds afin de consolider les services d'avortement partout à travers le Québec, l'accès accru à la contraception, une plus grande ouverture face à la sexualité, la reconnaissance internationale des droits reproductifs et sexuels des femmes lors de la conférence du Caire en 1994, la reconnaissance et la légalisation de la pratique sage-femme ainsi que l'instauration de quelques maisons des naissances.

Malgré ces gains importants, les années 2000 amènent leur lot de nouveaux enjeux qui menacent les droits des femmes et leur autonomie en santé reproductive et sexuelle. Les femmes font dorénavant face à une médicalisation accrue des interventions en santé reproductive et en périnatalité, à l'omniprésence des compagnies pharmaceutiques qui leur proposent des produits de la puberté à la ménopause, au développement rapide des NTRH qui s'est réalisé sans cadre législatif et qui comporte toute une série d'enjeux collectifs, au démantèlement des program-

mes d'éducation sexuelle dans les écoles et aux multiples transformations du réseau public de santé qui n'ont pas été sans conséquences pour les services de planning des naissances.

Dans ce contexte, la FQPN a jugé que la célébration de ses 30 ans d'existence était un moment propice pour faire le point sur les gains et les reculs en matière de santé reproductive et sexuelle et pour réfléchir sur les enjeux actuels et ceux qui nous guettent dans les années à venir.

C'est donc avec un grand enthousiasme que la FQPN a accueilli près de 130 personnes actives dans le domaine du planning des naissances et de la maternité à son colloque intitulé Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix? L'objectif de cette rencontre était de convier toutes ces actrices à réfléchir et à débattre autour de cette question afin d'identifier les enjeux actuels en matière de santé reproductive et de maternité, de proposer des pistes d'action et des solutions et, par la même occasion, de réfléchir au rôle de la FQPN dans la promotion des droits et des choix des femmes en ce domaine. Comme la FQPN ne se penche pas directement sur les enjeux liés à la période périnatale, l'organisation de ce colloque s'est réalisée en étroite collaboration avec le Regroupement Naissance-Renaissance, qui travaille plus spécifiquement sur ces dossiers.

Toutes les revendications et les réflexions qui ont été soulevées par les participantes lors du colloque guideront la FQPN ainsi que le Regroupement Naissance-Renaissance dans la définition de leurs priorités pour les années à venir et dans l'élaboration de revendications et d'actions à l'image des préoccupations des femmes afin de faire du choix des femmes non pas une illusion, mais une réalité.

« Que toute l'information passionnante qui a circulé ici depuis deux jours sorte et se ramifie et devienne une force politique agissante! »

Conférences d'ouverture

Gains et reculs

dans les 30 dernières années

en santé de la reproduction et en périnatalité

Évolution des politiques en matière de planification des naissances au Québec

Conférence d'**Anne St-Cerny**, sexologue

*coordonnatrice de Relais-femmes,
pendant 20 ans à la FQPN*



Il est fondamental de se rappeler

que la lutte pour les services de planning des naissances n'a pas débuté avec les années 1970. Plusieurs réalités ont

influencé et influencent encore la vie des femmes et des hommes en matière de santé reproductive : les découvertes scientifiques, les lois, l'accès à l'éducation, la classe sociale, la religion, le financement de certains services, etc. Par exemple, des milliers de personnes ont enfreint les lois canadiennes adoptées en 1869 et en 1892 qui rendaient illégaux l'avortement ainsi que toute diffusion d'information sur la contraception et la vente de produits contraceptifs et abortifs. Ainsi, l'information liée à la contraception et aux méthodes contraceptives était diffusée à travers un réseau informel. Au Québec, avant l'implication de Rita et Gilles Brault dans l'organisation d'assemblées de cuisine sur le cycle menstruel et la méthode sympto-thermique, c'est surtout le milieu anglophone qui rendait accessible certaines méthodes contraceptives comme la « capote anglaise ». Il ne faut pas oublier que les francophones étaient sous l'influence de l'Église catholique, qui ne voyait qu'une utilité à la vie sexuelle active des couples mariés : faire des enfants (car hors du mariage, point de sexualité).

De même, la loi de 1869 n'a pas empêché les femmes d'avoir recours à des avortements clandestins. D'ailleurs, en 1962, selon le Bureau fédéral de la statistique, 57 617 admissions hospitalières étaient dues aux complications liées à un avortement. En 1966, c'était la principale cause d'hospitalisation des femmes au Canada. Le scandale des avortements clandestins a été une des raisons qui a amené le gouvernement canadien à adopter, en mai 1969, le projet de loi C-150 (Bill Omnibus). À partir de ce moment, l'information sur la contraception et la

vente de contraceptifs sont légalisées et l'avortement est permis s'il est pratiqué dans un hôpital accrédité sous l'autorité d'un comité d'avortement thérapeutique composé de trois médecins. Pour accorder l'avortement, le comité doit démontrer que la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la mère. Le projet de loi permet aussi les rapports sexuels hétérosexuels entre adultes consentants à partir de 16 ans et homosexuels à partir de 18 ans. Malgré ses limites, le Bill Omnibus demeure une grande victoire pour le milieu progressiste canadien et québécois.

Cependant, les femmes demeurent insatisfaites sur la question de l'avortement. C'est le début d'une longue lutte juridique et politique qui mobilise de plus en plus de groupes de femmes. Le 9 mai 1970, des centaines de femmes se réunissent à Ottawa, point culminant de la Caravane pour l'avortement qui avait auparavant sillonné le Canada. Le lendemain, plusieurs Québécoises ajoutent leurs voix à celles des Canadiennes en manifestant à Montréal. Suite à ces manifestations, les docteurs Morgentaler et Machabée se font accuser d'avoir pratiqué des avortements illégaux par le ministère de la Justice en 1973. Le docteur Morgentaler traversera trois procès à l'issue desquels il se fera à chaque fois acquitter.

L'adoption d'une loi ne garantit toutefois pas la mise en place de services. Au début des années 1970, l'Église catholique est encore très influente au Québec. Malgré l'arrivée de la « pilule » sur le marché québécois, il demeure très difficile de trouver un médecin qui accepte de la prescrire. Les catholiques dénoncent cette méthode et font diverses pressions pour empêcher sa distribution. C'est grâce aux convictions et à la détermination de femmes et d'hommes que de l'information a été diffusée à la population et que certains services ont été mis sur pied. Ainsi le Front de libération des femmes (FLF) traduit le document Pour un contrôle des naissances et le Centre de planning familial du Québec, fondé en 1967, met en branle un programme de formation qui permettra à 2 000 travailleurs et travailleuses de la santé d'acquérir des connaissances et des compétences en matière de planning. Lorsque ce centre et le FLF se dissolvent en 1972, c'est la FQPN et ses associations qui reprennent les rênes.

En 1972, le gouvernement du Québec adopte sa Politique de planification familiale. Cette politique prévoit une injection de fonds pour la mise sur pied de services de planning dans les CLSC et de services plus spécialisés dans les centres hospitaliers ainsi que la création d'un programme de prévention en matière de sexualité dans les écoles aux niveaux secondaire, collégial et universitaire. En 1976, le Parti québécois renforce cette politique avec la création des cliniques Lazure et avec l'attribution de budgets protégés pour le développement de services de planning. Au même moment, il ordonne aussi l'arrêt des poursuites juridiques contre le docteur Morgentaler.

Au début des années 1970, l'Église catholique est encore très influente au Québec. Malgré l'arrivée de la « pilule » sur le marché québécois, il demeure très difficile de trouver un médecin qui accepte de la prescrire.

À la fin des années 1970, malgré la résistance rencontrée par les groupes de femmes et les groupes progressistes, la lutte pour la contraception fait son chemin : des méthodes contraceptives sont utilisées par la majorité des femmes québécoises. De plus, l'arrivée du contraceptif oral, plus communément appelé la pilule, révolutionne la contraception au Québec. Les femmes ont dès lors accès à un contraceptif qui leur permet de vivre leur sexualité sans risque de grossesse. Si la pilule représentait un gain certain, elle a aussi suscité plusieurs débats entre féministes sur les risques pour la santé et sur la primauté de la sexualité par pénétration-éjaculation que la pilule permettait. Les questionnements sur l'emprise du corps médical et des compagnies pharmaceutiques ont également commencé à prendre forme autour de cette période.

Les années 1980 débutent avec diverses actions pour l'éducation sexuelle à l'école. En effet, l'Association des parents catholiques veut empêcher l'implantation du programme de formation personnelle et sociale qui comporte un volet éducation sexuelle. La FQPN fait alors circuler une pétition : L'éducation sexuelle : une responsabilité sociale, qui recueille des milliers de signatures. Finalement, en 1985, le programme est implanté dans les écoles primaires et secondaires.

L'avortement constitue un autre champ de bataille qui caractérise les années 1980. À l'aube de cette décennie, la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit effectue pendant deux ans une recherche importante sur les cliniques Lazure pour constater que les 21 cliniques détenant un budget protégé pour faire des avortements n'en faisaient que très peu. En effet, les comités d'avortement thérapeutique n'accordaient que très rarement aux femmes la possibilité de se faire avorter. Face à ce constat et au fait que le Québec ne poursuivait plus les médecins effectuant des avortements, plusieurs médecins ont décidé de pratiquer des avortements dans des CLSC et dans des centres de santé des femmes.

Devant cette plus grande ouverture face à l'avortement, l'Église catholique a fortement réagi et, entre 1980 et 1985, elle s'est opposée publiquement à l'avortement à plusieurs reprises. Heureusement, maints groupes de femmes ont mis beaucoup d'énergie à contrecarrer les positions de l'Église qui nuisaient aux droits des femmes en matière de santé reproductive.

Parallèlement, le docteur Morgentaler a aussi décidé d'offrir des services d'avortement dans d'autres provinces du Canada, qui ont rapidement entamé des poursuites contre lui. Le docteur Morgentaler, avec l'appui de l'Association canadienne pour le droit à l'avortement, a décidé de se rendre en Cour suprême pour faire déclarer anti-constitutionnels les articles 251 et 252 du Code criminel sur l'avortement. En

« Il y a toujours des méthodes contraceptives alternatives qui se transmettent dans la culture populaire. Et dans certains pays dans le monde, les femmes ont même mis sur pied leur propres industries pour produire des diaphragmes à des coûts réduits. »

décembre 1988, la Cour suprême a retiré ces articles du Code criminel en reconnaissant qu'ils allaient à l'encontre des droits des femmes inscrits dans la constitution. Ce gain a été grandement fêté par les femmes et les hommes qui se sont battus pour le droit à l'avortement.

Cependant, en 1989, l'affaire Chantale Daigle et Jean-Guy Tremblay ramène la question de l'avortement, des droits du père et du fœtus devant la Cour suprême. En effet, Jean-Guy Tremblay obtient de la Cour supérieure du Québec une injonction qui interdit à Madame Daigle d'avoir recours à l'avortement. Deux jours après ce jugement, en plein mois de juillet, 10 000 personnes manifestent dans les rues de Montréal pour dénoncer cette décision. Le 8 août 1989, la Cour suprême renverse la décision de la Cour supérieure en déclarant que la femme enceinte et son fœtus ne sont qu'une seule personne et que les droits du père et ceux du fœtus n'existent pas.

Quelques mois plus tard, le gouvernement canadien tente de recriminaliser l'avortement (loi C-43). Les Québécoises et les Canadiennes se mobilisent donc encore une fois pour freiner cette loi. Bien que le projet de loi soit accepté par le gouvernement fédéral, il est rejeté par le Sénat suite à une égalité des votes (43 pour, 43 contre). C'est à cette occasion que les Québécoises ont « découvert » le Sénat!

Parallèlement à ce travail sur la décriminalisation de l'avortement, les femmes et les intervenantes ont poursuivi le travail d'éducation populaire sur la contraception. Elles se sont mobilisées à travers différentes actions. Par exemple, face à la découverte qu'un bon nombre de médecins vendaient le stérilet plusieurs fois le prix coûtant, le Centre des femmes de Victoriaville et la FQPN ont interpellé la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Malheureusement, bien que la RAMQ ait intenté des poursuites contre certains médecins, elle a perdu le procès parce qu'elle n'avait pas utilisé le bon règlement pour défendre sa position. Suite à cette poursuite, la RAMQ a diffusé une notice pour exiger des médecins qu'ils chargent le coût réel du stérilet. Les groupes de femmes ont, quant à eux, entrepris une action afin d'informer les femmes sur leur droit de payer un stérilet au prix coûtant et d'être informées des coûts avant la pose.

Au milieu des années 1980, le gouvernement québécois a débuté sa remise en question du système de la santé et des services sociaux. Ainsi, à partir de 1985, le gouvernement a cessé d'octroyer des budgets protégés aux services de planning et a décidé de revoir sa politique de planning des naissances afin de l'adapter aux nouveaux besoins de la population.

**À partir de 1985, le
gouvernement a
cessé d'octroyer des
budgets protégés
aux services de
planning et a décidé
de revoir sa politique
de planning des
naissances.**

Toujours dans les années 1980, les nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH) font leur apparition. En 1987, un premier bébé-éprouvette voit le jour au Québec. Cet événement provoque un grand bouleversement au sein de la population. Certes, les NTRH permettent à quelques couples infertiles d'avoir des enfants, mais, en même temps, elles ne règlent pas le problème de l'infertilité : elles ne font que le contourner. De plus, les risques que peuvent engendrer ces nouvelles méthodes sur la santé des femmes ne sont pas bien connus. Plusieurs groupes de femmes, dont la FQPN, se penchent alors sur la question. Le Conseil du statut de la femme organise un colloque international en 1989 pour aborder ces questions. Le gouvernement canadien, quant à lui, met sur pied une Commission royale d'enquête sur les NTRH. Cette commission siégera de 1989 à 1993 et remettra son rapport, intitulé *Un virage à prendre en douceur*, en 1993.

Les années 1990 ont été marquées par des actions pour maintenir les services de planning des naissances dans le réseau public de la santé, pour contrer le mouvement anti-choix, pour se positionner sur les NTRH et pour faire reconnaître dans les chartes internationales les droits reproductifs et sexuels.

Les années 1990 débutent avec la grande réforme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans un contexte de redressement financier. Les régies régionales, la nouvelle politique de santé et bien-être, le virage ambulatoire et le déficit zéro ont des impacts énormes sur les services de planning des naissances dans le réseau public. Au début des années 1990, le gouvernement du Québec entreprend une révision de l'organisation de ces services dans la province pour adopter en 1995 les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances. Ces orientations visent la réalisation de trois projets prioritaires avec une maigre injection de fonds, ce qui démontre à quel point le dossier des services de planning n'est plus prioritaire aux yeux du gouvernement. La recherche-action *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*, publiée par la FQPN en 2002, vient d'ailleurs démontrer l'effritement et le manque d'accès aux services de planning des naissances.

Finalement, en mai 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux réinjecte de nouveaux fonds pour la consolidation des services d'avortement au Québec, une décision qui est grandement applaudie par les groupes de femmes bien que ces fonds ne permettent pas de combler tous les besoins, dont la pénurie de personnel pratiquant l'avortement.

Le mouvement anti-choix a aussi été très actif durant les années 1990. En 1995, Human Life International organise un congrès international à Montréal. Une forte

mobilisation des groupes de femmes et des groupes progressistes s'organise pour dénoncer sa présence au Québec et rappeler que nous vivons dans une société où les droits des femmes sont reconnus. Le mouvement anti-choix canadien, quant à lui, essaie de se présenter en Cour suprême pour faire reconnaître les droits du fœtus, mais la Cour refuse d'entendre cette cause en confirmant qu'on acquiert le statut de personne à la naissance, que la femme enceinte et le fœtus ne forment qu'une personne et que d'imposer des comportements aux femmes enceintes allait à l'encontre de leur intégrité physique.

En ce qui a trait aux NTRH, le gouvernement fédéral dépose en 1996 et en 1997 des avant-projets de loi pour encadrer certaines pratiques, mais ces projets ne sont pas adoptés. Le Canada est donc l'un des seuls pays occidentaux à ne pas encadrer les NTRH. Le projet de loi déposé en 2001 changera peut-être cette situation.

Finalement, deux conférences internationales reconnaissent les droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle : la Conférence onusienne sur la population et le développement (1994) au Caire et la Conférence internationale sur la situation des femmes (1995) à Beijing. Cependant, cinq ans plus tard, les conférences internationales de suivi, nommément le Caire+5 et Beijing+5, sont envahies par le mouvement anti-choix qui fait des pressions pour modifier ces déclarations et bloquer leur mise en œuvre.

Si les femmes ont obtenu certains droits et certains gains au cours des 30 dernières années en matière de santé reproductive et sexuelle, l'an 2003 et les années à venir présentent leur lot d'enjeux. Il y a donc lieu de s'interroger face :

- au maintien et au développement des services de planning des naissances dans le réseau public;
- à la question de la dénatalité conduisant le gouvernement québécois à réfléchir à une politique de natalité;
- au nivellement par le bas de notre système de santé et de services sociaux dans le contexte plus global de la lutte au déficit qui diminue les budgets alloués aux services de planning et d'avortement;
- au développement des contraceptifs hormonaux de longue durée;
- à l'emprise du corps médical et des compagnies pharmaceutiques sur les femmes;

Si les femmes ont obtenu certains droits et certains gains au cours des 30 dernières années en matière de santé reproductive et sexuelle, l'an 2003 et les années à venir présentent leur lot d'enjeux.

- à l'absence d'éducation sexuelle pour les jeunes, mais aussi pour les adultes;
- à la recrudescence du mouvement anti-choix au Québec dont les représentants s'immiscent, entre autres, dans les organisations démocratiques où sont discutées les questions d'avortement, de contraception et de droits des femmes en santé reproductive, etc.

Il importe aussi de se questionner sur l'engagement des Québécoises et des Québécois face à leurs revendications, face à la lutte en matière de santé reproductive et de maternité. Durant les dernières années, beaucoup de temps et d'énergie ont été investis dans des causes comme la lutte contre la pauvreté des femmes et contre la violence faite aux femmes. À l'aube des années 2000, ne faudrait-il pas que la santé reproductive et la maternité redeviennent aussi une priorité? Car si nous avons des acquis législatifs dans ce domaine, les acquis réels dans la vie de tous les jours sont de plus en plus fragilisés. Ne sommes-nous pas à l'heure actuelle en train de perdre du terrain?

L'accouchement : a-t-on répondu aux demandes des femmes?

Conférence d'**Hélène Vadeboncoeur**, chercheure en périnatalité
et auteure de « *Une autre césarienne? Non merci* »



Il y a 30 ans, on parlait de loin en matière d'accouchement. Certes, tout n'a pas débuté dans les années 1970 : des femmes ont porté des revendications en matière d'accouchement avant cette époque. Voici un portrait de l'évolution de la pratique de l'accouchement au Québec au cours des trois dernières décennies et des différents acteurs qui ont joué un rôle dans le domaine, soit les femmes et les organismes non-gouvernementaux, les sages-femmes, les médecins et les infirmières ainsi que le gouvernement. Cette conférence porte donc principalement sur l'accouchement, qui a toujours été au cœur des revendications en ce qui a trait à l'humanisation des soins hospitaliers.

Les années 1970

Dans les années 1960 et 1970, les accouchements se déroulaient de façon très routinière : à leur arrivée dans la salle de travail de l'hôpital, les femmes se faisaient systématiquement raser le périnée, recevaient un lavement, étaient branchées sur des moniteurs, étaient perfusées, etc. Plusieurs transferts de salle s'effectuaient à chaque étape de l'accouchement, déplacements qui s'accompagnaient d'une rotation du personnel. De plus, les différentes sections des départements d'obstétrique étaient souvent assez éloignées l'une de l'autre. Le personnel médical ne favorisait pas non plus un contact immédiat entre la mère et le bébé. Dès la naissance, la mère était séparée de son enfant et l'allaitement n'était pas encouragé. À partir des années 1970, on remarque aussi une hausse importante de certains taux d'interventions, telles que la césarienne.

Ce portrait peu reluisant a favorisé le début d'une remise en question des pratiques liées à l'accouchement dans les années 1970. Dans le cadre du mouvement de la contre-culture, des femmes ont commencé à accoucher de nouveau à la maison. Cette « nouvelle » réalité était plutôt un retour aux pratiques d'antan, car jusqu'aux années 1950 et peut-être même 1960, des femmes accouchaient encore régulièrement à la maison. Dans les premiers jalons de la lutte, un collectif de Matane en faveur de la « réhabilitation » des sages-femmes a publié un manifeste. Un an après, en 1978, le colloque Avoir un enfant sans violence et sans risque était organisé par l'Association pour la santé publique du Québec, un des premiers organismes à promouvoir l'humanisation de la naissance.

Du côté des professionnelles de la santé, des femmes qui n'avaient pas encore le titre de sage-femme aidaient d'autres femmes à accoucher à domicile. Certains médecins acceptaient aussi d'offrir des services d'accouchement différents en se déplaçant à domicile ou en modifiant leurs pratiques au sein des centres hospitaliers. Certaines infirmières, particulièrement dans les CLSC, remettaient aussi en question les pratiques obstétricales.

Pour sa part, le gouvernement du Québec a mis sur pied, en 1973, la première politique de périnatalité dont les objectifs relevaient surtout de la santé publique. On visait, entre autres, une baisse du taux de mortalité maternelle et périnatale, une réduction du taux de prématurité et une régionalisation des services obstétricaux et néonataux de façon à ce que les femmes puissent aller à l'endroit qui correspondait à ce qu'on appelait leur niveau de risque. S'il y a effectivement eu une diminution du taux de mortalité, les deux derniers objectifs n'ont malheureusement pas été atteints.

Toujours au niveau gouvernemental, le Conseil du statut de la femme et d'autres acteurs et actrices ont commencé à discuter de la possibilité d'introduire une nouvelle intervenante en obstétrique. Bien que les propositions gravitaient autour de la spécialisation des infirmières plutôt que de l'introduction des sages-femmes dans le domaine, on notait quand même là un langage qui traduisait un début de volonté de changement.

Les années 1980

La décennie des années 80 est considérée comme l'âge d'or du mouvement d'humanisation des pratiques obstétricales. On assiste, entre autres, à la création de Naissance-Renaissance, à la formation d'une coalition pour la légalisation des sages-femmes, à l'élaboration des premiers projets de maisons de naissance ainsi qu'à l'organisation de

**Dans les années
1960 et 1970, les
accouchements se
dérولاient de façon
très routinière : [...]
les femmes se fai-
saient systématique-
ment raser le péri-
née, recevaient un
lavement, étaient
branchées sur des
moniteurs, étaient
perfusées, etc.**

**La décennie des
années 1980
est considérée
comme l'âge d'or
du mouvement
d'humanisation
des pratiques
obstétricales.**

plusieurs colloques portant sur cette problématique. Mentionnons entre autres le colloque *Accoucher ou se faire accoucher?*, qui s'est déroulé simultanément dans plusieurs régions du Québec en 1979 et en 1980 et qui a attiré pas moins de 10 000 personnes. Au cours de cette rencontre des plus marquantes, qui s'est révélée un événement majeur, les participantes ont réclamé, de façon générale, une plus grande autonomie des femmes en périnatalité, l'accès à de nouveaux lieux de naissance, une plus grande disponibilité du personnel médical avant et après l'accouchement, un plus grand respect des droits des femmes, une baisse des interventions et le respect du rythme des femmes en travail. Elles réclamaient aussi la présence d'accompagnantes pendant l'accouchement et la légalisation de la pratique sage-femme. Quelques années plus tard, en 1985, le ministre péquiste de la Santé de l'époque, monsieur Guy Chevrette, annonçait, dans le cadre d'un autre colloque, son intention de légaliser la profession de sage-femme, mais le gouvernement libéral en décida autrement.

Toujours dans les années 1980, on assiste à l'incorporation de deux associations de sages-femmes. L'une regroupait des sages-femmes diplômées qui ne pratiquaient pas sauf exception, et l'autre, des sages-femmes presque toutes autodidactes qui, elles, exerçaient. On assiste aussi à une opposition continue des associations médicales à la légalisation des sages-femmes. Ces associations, très influentes, rendaient la tâche très difficile aux quelques médecins en faveur de la reconnaissance des sages-femmes d'affirmer leur position individuellement. Les associations d'infirmières manifestaient, elles, une ouverture face à l'intégration des sages-femmes, mais souhaitaient que ces dernières soient d'abord infirmières.

Du côté du gouvernement, les années 1980 furent la décennie des études et des rapports. Ces documents allaient dans le même sens que les revendications des femmes et des groupes de femmes, c'est-à-dire qu'ils se montraient favorables à la légalisation de la profession de sage-femme. Les instances médicales se retrouvaient seules dans la dénonciation de la légalisation. Le gouvernement publia aussi cinq avis sur la périnatalité, dont celui sur la pratique des sages-femmes. De plus, des enquêtes du coroner sur les décès de bébés nés à domicile ont probablement joué un rôle dans l'intention du gouvernement d'encadrer la profession de sage-femme. Enfin, le gouvernement amorçait les premières étapes de la révision de la politique sur la périnatalité.

Les années 1990

Les années 1980 ont bien préparé le terrain vers la légalisation de la profession de sage-femme en 1999. Le Comité après loi 4 sur le projet pilote visant la création de maisons

des naissances était en faveur de la légalisation; le Groupe Maman, composé d'usagères et d'usagers des maisons des naissances, s'est constitué; l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a continué à organiser des colloques sur la périnatalité; et le Regroupement Naissance-Renaissance travaillait en faveur de la légalisation de la pratique des sages-femmes. On assiste aussi à la création des premiers centres de ressources périnatales qui divulguent de l'information et offrent du soutien aux femmes.

Dans les années 1990, deux lois ont été adoptées en faveur des sages-femmes. La première a donné le feu vert à l'expérimentation de la pratique avec huit projets pilotes en dehors des centres hospitaliers. En 1993, le gouvernement a présenté une nouvelle politique de périnatalité qui a été très bien accueillie par les femmes et les groupes de femmes. Au milieu de la décennie, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé à publier des statistiques sur les interventions obstétricales qui sont, depuis quelques années, disponibles sur le site Web du ministère (www.msss.gouv.qc.ca).

À partir de 1993, on voit des sages-femmes exercer en toute légalité pour la première fois dans les maisons de naissance. En 1995, une nouvelle association de sages-femmes est formée afin de réunir les deux associations déjà existantes. Ce fut un premier pas vers l'unité des sages-femmes.

L'opposition des associations médicales s'est poursuivie jusqu'en 1998. L'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec, par exemple, a lancé le mot d'ordre de ne pas collaborer avec les sages-femmes lors des projets pilotes. De son côté, en 1996, le Collège des médecins a même essayé de faire modifier la loi médicale en vigueur, avant que les expérimentations ne soient terminées et que les projets pilotes ne soient approuvés, dans le but d'encadrer lui-même la pratique des sages-femmes. Ce faisant, les médecins voulaient avoir notamment le contrôle sur la formation des sages-femmes, projet auquel le gouvernement n'a heureusement pas donné suite. En 1998, le départ du président (qui siégeait depuis au moins 20 ans) du Collège des médecins a changé la donne. En effet, lorsque le ministre Jean Rochon a décidé de légaliser la profession de sage-femme, le Collège ne s'est plus opposé au projet de loi. C'était une première.

Finalement, en 1999, après avoir pris connaissance de l'évaluation positive de la pratique sage-femme en maisons des naissances par un groupe de chercheuses, le gouvernement légalise officiellement la profession de sage-femme, après 20 ans de lutte. Cette loi a donné naissance à l'Ordre des sages-femmes du Québec et au programme de formation de sages-femmes à l'Université du Québec à Trois-Rivières. La première cohorte d'étudiantes sages-femmes a d'ailleurs terminé en avril 2003.

**À partir de 1993,
on voit des
sages-femmes
exercer en toute
légalité pour la
première fois
dans les maisons
de naissance.**

Plus près de nous, dans les années 2000, la lutte se poursuit pour les accouchements à domicile et pour l'expansion des services de sages-femmes. Certes, il y a eu l'élaboration d'un règlement sur l'accouchement à domicile, mais ce règlement n'a pas encore été adopté malgré la légalisation de la profession de sage-femme il y a quatre ans déjà.

Du côté du gouvernement, des démarches ont été entreprises pour que les sages-femmes puissent pratiquer individuellement dans les hôpitaux sans avoir à passer par le même système d'obtention de privilèges obstétricaux que les médecins. Dans le cas des sages-femmes, c'est le CLSC auquel elles seraient rattachées qui négocierait une entente avec l'hôpital. Des pourparlers sont en cours, mais le processus avance à une vitesse d'escargot.

Où en sommes-nous actuellement?

Divers changements, positifs comme négatifs, ont eu lieu. On compte maintenant sept maisons des naissances au Québec et une huitième ouvrira bientôt ses portes à Nicolet. En ce qui a trait à la situation dans les hôpitaux, on remarque une tendance vers « l'humanisation de la médicalisation ». Cependant, les sages-femmes ne peuvent toujours pas exercer dans les hôpitaux. Bien que certaines routines aient diminué, d'autres reviennent en force, notamment avec l'augmentation du nombre de péridurales. Aussi, même si l'on note une baisse des interventions comme l'épisiotomie, il n'en va pas de même pour les césariennes, qui se font plus fréquentes depuis quelques années. Le taux d'accouchement vaginal après césarienne est aussi en baisse. Par ailleurs, les départements d'obstétrique ont subi plusieurs transformations : les chambres de naissance se sont généralisées et beaucoup de départements d'obstétrique ont été rénovés. Les femmes ne se font donc plus transférer de lieu à chaque étape de l'accouchement, sauf parfois après la naissance du bébé.

Heureusement, environ 1 000 femmes par année ont maintenant accès aux services d'une sage-femme. Toutefois, ces nouvelles professionnelles de la santé sont peu nombreuses — on en compte environ 50 au Québec — et le programme de formation n'admet qu'un petit effectif de femmes chaque année. On dénombre quelques nouveaux lieux de naissance qui ne sont accessibles qu'à un nombre limité de femmes et qui ne se retrouvent pas dans l'ensemble des régions du Québec.

La Politique de périnatalité au Québec est un bien beau document dont les dispositions tardent cependant à prendre forme dans la réalité. La politique est très inégalement appliquée selon les régions. Pour ce qui est des accouchements à domicile, on

*« Si les femmes
avaient accès à de
l'information sur tout
ce qui se passe dans
les hôpitaux et les
maisons de naissance
au Québec en termes
d'interventions en
obstétrique, de routine,
de lieux physiques,
ce serait un grand
pas en avant. »*

en compte beaucoup moins qu'avant puisque la pratique n'est pas encore légale et que les sages-femmes travaillent souvent à temps plein dans les maisons des naissances rattachées chacune à un CLSC. Aussi, jusqu'au mois de juin 1999, des CLSC demandaient souvent aux sages-femmes de se tenir loin des accouchements à domicile. Enfin, le mouvement social en faveur de l'humanisation de la naissance n'existe plus. Certes, des groupes de femmes et des coalitions continuent de lutter, mais nous sommes bien loin de l'effervescence des années 1980.

Le gouvernement s'est désintéressé graduellement de l'ensemble du dossier de l'humanisation et des sages-femmes. Les chercheuses ont aussi délaissé leur intérêt pour l'accouchement, comme si cette problématique n'était plus à la mode. Or, tout n'est pas réglé en obstétrique. On n'a pas répondu à toutes les demandes des femmes et, depuis les années 80, de nouveaux besoins se sont ajoutés. Il s'avère donc indispensable de poursuivre la lutte pour l'amélioration des services d'accouchement et de périnatalité en général. On dispose maintenant d'un hôpital Ami des bébés, le Centre hospitalier Brome-Missisquoi, à Cowansville. Mais à quand des hôpitaux amis des femmes?

« Le dépliant pour la promotion des sages-femmes produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas été distribué dans les Laurentides parce qu'il n'y en a pas de services sages-femmes ici et on ne voudrait surtout pas créer la demande. Alors nous avons repris ce dépliant pour le distribuer nous-mêmes et nous y avons inséré une pétition pour avoir ce genre de services dans la région. »

La présidente de
l'organisme La maison
de naissances des
Laurentides — qui n'existe
pas encore...

Débat et discussion

à la suite des conférences d'*Anne St-Cerny*
et d'*Hélène Vadeboncoeur*



Lors du retour sur les deux premières conférences, une infirmière a remis en contexte la position des infirmières dans le débat des sages-femmes. Elle a expliqué qu'à l'époque, une éventuelle insertion des sages-femmes dans le milieu médical touchait directement les infirmières face à leur profession et remettait aussi en question l'ensemble de la culture médicale. Toutefois, bien qu'elles aient été quelque peu réticentes à cette pratique en milieu hospitalier, les infirmières ont d'abord placé le bien-être des femmes devant tout, ce qui les a amenées à prendre position en faveur des sages-femmes.

On a demandé à madame Vadeboncoeur de préciser les revendications qu'elle mettrait de l'avant en matière d'obstétrique. La conférencière a revendiqué l'accès des femmes à de l'information complète face à ce qui se passe dans les centres hospitaliers comme dans les maisons des naissances pour qu'elles soient en mesure de faire un choix éclairé. Madame Vadeboncoeur considère toutefois que le moteur de changement le plus puissant consiste en l'arrivée des sages-femmes, qui permettent aux femmes de vivre leur accouchement autrement.

Une participante a, pour sa part, revendiqué que le système de santé cesse de prendre les femmes pour des consommatrices en les mettant face à un menu à la carte de services entourant la maternité. La maternité se doit d'être citoyenne et les services devraient être développés en fonction des besoins réels des femmes.

On a aussi soulevé la contradiction qui subsiste entre un gouvernement qui a légalisé la profession de sage-femme sans avoir investi parallèlement dans la création de nouvelles maisons des naissances. Pour pouvoir exercer, les sages-femmes ont d'abord et avant tout besoin d'endroits pour travailler.

Une représentante du MSSS, qui s'occupe entre autres du dossier des sages-femmes, a reconnu que le ministère rencontrait des difficultés dans le développement du dos-

sier. La loi prévoit qu'une sage-femme pourra pratiquer dans trois lieux de naissance : à domicile, dans les centres hospitaliers et dans les maisons des naissances. Ce projet de loi n'a pas encore été adopté, mais de réels efforts sont faits pour contribuer au développement de la profession même s'ils ne sont pas encore très visibles. De l'argent a été investi, entre autres, dans la production de dépliants, d'affiches et même d'un document vidéo qui sera télédiffusé afin de faire connaître la profession des sages-femmes auprès de la population et des intervenantes du réseau public de la santé.

Une autre participante a aussi fait mention de la situation des femmes autochtones du Nord du Québec, qui se font souvent transférer dans un centre de santé à l'extérieur de leur communauté deux semaines avant leur accouchement. Cette situation s'explique par le faible nombre de sages-femmes en milieu autochtone et par la rareté des lieux de naissance. Malgré ces difficultés, on peut se réjouir du fait que le Québec est le seul endroit au monde où l'on offre une formation de sage-femme aux femmes autochtones. D'ailleurs, au mois d'avril, la première sage-femme inuit a obtenu son diplôme de sage-femme.

Enfin, en lien avec la conférence de madame St-Cerny, une étudiante en médecine familiale a cherché à savoir quelles étaient les connaissances populaires sur la contraception lorsqu'elle a été criminalisée en 1869. Anne St-Cerny a expliqué que l'on ne dispose que de très peu d'écrits à ce sujet car, à l'époque, les connaissances se transmettaient par la tradition orale. Nous savons toutefois que les contraceptifs consistaient principalement en des potions de racines de plantes et d'animaux, en des éponges insérées dans le vagin et en d'autres méthodes artisanales qui n'ont pas une efficacité de 99 %, mais qui continuent d'être transmises dans certaines communautés.

« La formation d'une sage-femme inuit, en plus de s'occuper de ses six enfants et de son mari, s'échelonne sur de nombreuses années, mais je vous dirais que ce projet de former des sages-femmes inuits est unique au monde et on devrait en être très fières. »

Conférences

Obstacles sociaux

au libre choix en matière de

santé de la reproduction et de maternité

Reconnaissance du droit en santé de la reproduction : un point de vue international

Conférence de **Johanne Filion**

Action Canada pour la population et le développement (ACPD)



Chaque minute, chaque jour, à l'échelle du globe, 380 femmes deviennent enceintes. Pour

190 de ces femmes, cette grossesse n'est pas désirée ou planifiée;

110 de ces femmes connaîtront des complications lors de cette grossesse; 40 de ces femmes auront recours à un avortement non sécuritaire; une de ces femmes mourra des complications imputables à cette grossesse ou à son accouchement. Cela représente au bas mot environ 600 000 décès par année. Pourtant, la plupart de ces décès étaient évitables.

Tout au long de leur vie, les jeunes filles et les femmes d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et de la Caraïbe courent toujours un risque très élevé de mourir de complications liées à la grossesse, l'accouchement ou des suites d'un avortement non sécuritaire. Ce ratio de décès est de 1 femme sur 15 en Afrique, de 1 sur 105 en Asie et 1 sur 150 en Amérique latine et en Caraïbe. À titre de comparaison, au Canada, ce ratio est de l'ordre de 1 femme sur 3 750.

Parmi toutes les statistiques sur la santé que cumule l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est le rapport de la mortalité maternelle qui « gagne » la palme du plus grand écart de développement entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement. Ainsi, ce sont ces complications liées à la maternité qui sont la cause première de décès et d'incapacités chez les femmes de 15 à 49 ans dans les pays en voie de développement. En outre, plusieurs millions de femmes vivent avec des séquelles graves, qu'elles garderont leur vie durant.

Action Canada pour la population et le développement (ACPD) appuie son intervention sur le principe que toutes les femmes doivent être en mesure de prendre

des décisions informées et de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur sexualité et leur santé reproductive. C'est une question de droit humain! L'accès à l'information, à l'éducation, à des services complets et des soins de qualité forment dans leur ensemble la pierre angulaire des droits reproductifs et sexuels.

ACPD, en collaboration avec les titulaires de l'International Programme on Reproductive and Sexual Health Law de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, produit et met à la disposition du public une compilation (disponible sur CD-Rom et à www.acpd.ca) faisant état de l'application par les pays des différents instruments légaux internationaux en matière de santé sexuelle et reproductive. Les traités analysés sont :

- 1) la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants;
- 2) la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes;
- 3) la Convention relative aux droits de l'enfant;
- 4) le Pacte international relatif aux droits civils et politiques;
- 5) le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; et
- 6) la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale.

L'évolution des droits en matière de sexualité et de reproduction

Pour comprendre l'importance de ces droits, il est nécessaire d'en suivre l'évolution au fil des dernières décennies.

Depuis plus de 30 ans, la communauté internationale affirme et étend son engagement envers les questions du droit à la planification familiale et aux services de santé en matière de reproduction, de l'égalité des sexes et du développement durable. Entre autres, les événements suivants ont marqué ce parcours.

1968 — La Conférence internationale sur les droits de l'homme à Téhéran a déclaré que les parents ont le droit humain fondamental de déterminer librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances.

Ce sont [des] complications liées à la maternité qui sont la cause première de décès et d'incapacités chez les femmes de 15 à 49 ans dans les pays en voie de développement.

- 1974 — La Conférence sur la population mondiale de Bucarest** a apporté une modification importante aux termes utilisés en remplaçant « parents » par « couples et individus ».
- 1975 — La Première conférence mondiale sur les femmes à Mexico** est allée plus loin en déclarant que le droit à la planification familiale est essentiel pour l'égalité entre les sexes.
- 1984 — La Conférence internationale sur la population**, qui s'est elle aussi tenue à Mexico, a suggéré des manières de garantir le droit de tout couple et individu à la planification familiale — en garantissant l'accès à l'échelon communautaire et par des organisations non gouvernementales innovatrices, y compris des associations de femmes.
- 1992 — Le Sommet de la Terre (Rio)** a établi les liens entre la dégradation de l'environnement et la population, dressant ainsi la table pour la grande conférence du Caire, devant se produire en 1994.
- 1994 — La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire** a adopté une approche radicalement nouvelle et une façon originale de penser, déplaçant l'accent qui portait jusque-là sur les cibles démographiques conçues pour atteindre un développement durable, pour le placer sur la réponse aux besoins et aux préférences des femmes et des hommes, en tant qu'individus, dans le domaine de la santé reproductive.

La CIPD a établi une définition plus large de la santé reproductive comprenant la planification familiale, la maternité sans risques, la protection contre les infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle.

Le Programme d'action de la CIPD, adopté au Caire, reconnaît les droits des femmes comme aucun accord des Nations unies ne l'a fait auparavant. Cette reconnaissance importante des droits des femmes se base sur la profonde conviction que l'amélioration du statut des femmes est la clef de la réussite pour atteindre les objectifs des programmes de population visant la réduction du nombre de naissances, c'est-à-dire la réduction de la croissance démographique.

En outre, pour la première fois, le rapport de la conférence a estimé les coûts de la mise en œuvre des différents éléments du Programme d'action de la CIPD touchant la santé reproductive. Il a été recommandé que les pays développés contribuent pour un tiers de ces coûts et que les pays en développement en trouvent eux-mêmes les

deux autres tiers. Que les pays représentés lors d'une conférence onusienne établissent de facto l'aide financière à fournir constitue une première mondiale.

Il faut cependant souligner que la performance financière des pays membres de l'OCDE, donc les pays développés, laisse à désirer pour la grande majorité. Pourtant, les pays en voie de développement ont rempli leur part financière du contrat!

En 1995, la 4e Conférence mondiale des Nations unies sur la femme s'est tenue à Beijing. Elle a produit la Déclaration de Beijing et la Plate-forme d'action de Beijing.

Le progrès majeur issu de la conférence de Beijing est la reconnaissance du principe des droits de la femme. Les délégués ont réaffirmé les objectifs du Programme d'action de la CIPD de 1994 et renforcé le langage sur l'avortement. Ils ont reconnu que les avortements dans des conditions dangereuses menaçaient la vie d'un grand nombre de femmes, en particulier des membres les plus pauvres et les plus jeunes de la société. Également, les décès et les lésions pouvaient être évités avec des mesures de soins de santé sûrs et efficaces en matière de reproduction.

La Plate-forme d'action de Beijing a été adoptée, par consensus, par les 189 pays présents.

En 1995, au Sommet mondial de Copenhague sur le développement social, les délégués ont demandé :

- que les gouvernements attribuent, en moyenne, 20 % de l'aide publique au développement et 20 % du budget national, respectivement, aux programmes sociaux de base;
- que les gouvernements œuvrent vers une cible convenue de 0,7 % du produit national brut (PNB) pour l'aide publique au développement dès que possible, et une augmentation de la part de financement consacré aux programmes de développement social.

Pourtant, lors de la dernière décennie, le Canada a réduit sa contribution à l'aide publique au développement de près de la moitié, passant de 0,49 % à 0,25 % de son PNB.

En 1999, à la CIPD+5, lors de la revue des progrès accomplis depuis la Conférence du Caire, un appel à l'action a été lancé.

« Je suis inquiet des reculs qu'il va y avoir sur l'avortement. Ce sont des gens néolibéraux pour qui la santé, et la santé des femmes au premier chef, est un luxe. C'est un bien pour lequel il faudra payer pour y avoir accès. Ce n'est plus un bien commun. C'est pourquoi toute la question de l'humanisation des soins va devenir de moins en moins prioritaire. Et on va couper dans les services de planning et dans les services d'avortement. »

Il a été fortement recommandé aux gouvernements :

- d'intensifier leurs efforts pour mobiliser des fonds pour le Programme d'action de la CIPD, le financement promis à la CIPD n'ayant pas été réalisé;
- de prendre des mesures énergiques pour promouvoir les droits fondamentaux des femmes et des fillettes;
- de renforcer l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité et de garantir que la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida ainsi que les services s'y rattachant deviennent des éléments intégrants des programmes de santé publique;
- d'augmenter les services d'information, d'éducation et de prévention du VIH pour les jeunes de sorte que, d'ici 2005, 90 % des jeunes de 15 à 25 ans puissent être en mesure de réduire leur vulnérabilité face au VIH.

Point tournant

En 2000, à la conférence de Beijing+5, le mouvement des forces progressistes rencontra un mur : la présence et l'action de groupes d'intérêts se mobilisant, entreprenant une campagne solide et structurée, aux efforts soutenus, afin d'entraver ces acquis.

Ce fut une véritable offensive que les organisations non gouvernementales (ONG) canadiennes progressistes œuvrant pour la reconnaissance des droits en matière de reproduction et de sexualité n'avaient pas anticipé. Ainsi, elles ont abordé le processus de révision Beijing+5 ayant à l'esprit deux objectifs très simples, des plus clairs :

- obtenir la reconnaissance explicite et la protection de l'orientation sexuelle;
- s'assurer qu'il n'y aurait pas de perte sur les acquis obtenus à la CIPD au Caire et à la rencontre de Beijing.

La présence nombreuse et concertée de ces groupes d'opinion conservatrice et « pro-vie » a marqué un point tournant : c'était la première fois qu'ils occupaient littéralement le parquet d'une rencontre de l'ONU. Parmi les quelque 1 700 ONG présentes, ils étaient hautement visibles! Pourtant, la vaste majorité des groupes présents aux

rencontres préparatoires et actifs sous la bannière « pro-famille » ne représentent en fait qu'une poignée d'organisations américaines et canadiennes. Cela démontre combien ces groupes sont puissants, très organisés et ont accès à d'importantes ressources financières.

En ce qui a trait aux aspects positifs qui ressortent du processus de Beijing+5, la rencontre a permis de réaffirmer l'appui à la Plate-forme pour l'action. De même qu'elle a permis de faire des gains majeurs sur les questions du VIH/sida, sur les crimes d'ordre sexuel, sur la violence à l'égard des femmes et sur les droits humains des femmes.

Où en sommes-nous maintenant?

À la lumière des développements de la dernière décennie, il est important de se poser les questions suivantes : où en sommes-nous maintenant? Où résident nos forces et quels sont les défis que nous devons surmonter?

Les accomplissements majeurs des conférences des années 1990 sont :

1. que les droits de la femme sont désormais considérés comme des droits humains;
2. que le renforcement des femmes est crucial pour leur permettre de jouir de ces droits, incluant les droits en matière de santé reproductive et sexuelle.

Pourtant, depuis la CIPD et Beijing, la situation est loin d'être rose : **nous sommes en présence de forces concertées cherchant à miner les acquis obtenus auparavant, plus précisément en ce qui a trait aux droits en matière de sexualité et de reproduction.**

C'est que sur l'échiquier politique, nous avons connu lors des trois dernières années des revirements, où des gouvernements clefs, suite à des changements de pouvoir, sont devenus hostiles à la protection de la santé sexuelle et reproductive. Les faits sont les suivants :

- des tentatives répétées de retirer des documents internationaux consensuels toute mention en ce qui a trait à l'avortement et aux besoins de « services » en matière de santé sexuelle et reproductive (la stratégie consiste à omettre le terme « services » et mentionner seulement « soins »);

Annuellement, plus de 75 000 femmes à travers la planète décèdent des suites d'avortements non sécuritaires ou illégaux, ce qui représente environ 1 décès sur 7 dus à la grossesse.

- des efforts pour faire régresser le contenu traitant de santé reproductive pour les adolescentes et adolescents. En mai 2002, lors de la Session spéciale des Nations unies consacrée aux enfants, les États-Unis, non-signataires de la Convention mais tout de même très présents, ont fait des pieds et des mains pour que toute mention de services de santé reproductive et sexuelle soit retirée. Cela a failli faire déraiser la conférence;
- le retrait dans les objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire, laissant les objectifs du VIH/sida, de prévalence contraceptive et de mortalité maternelle comme des items indépendants. Tout récemment encore, nous avons vu une nouvelle tentative alors qu'il a été demandé que les indicateurs de prévalence contraceptive ne soient pas utilisés pour mesurer la performance de l'objectif.

Ceci représente de sérieuses menaces aux accords et engagements pris en 1994 et 1995, et lors des processus de 5 ans après, réalisés en 1999 et 2000. L'opposition légendaire du Saint Siège ainsi que d'un petit nombre d'États a connu un renforcement de taille avec l'arrivée et le leadership exercé par la nouvelle administration Bush et la montée de l'extrême droite.

C'est l'administration Bush qui cause le plus de dommages et laisse présager bien des difficultés pour le futur. Le président Bush, comme premier geste au pouvoir, le 22 janvier 2001, a réinstauré « la règle du bâillon mondial ». Cette règle interdit l'attribution américaine d'aide internationale aux organisations de planification familiale mentionnant ou appuyant l'avortement. Plus d'une douzaine d'agences de planification familiale œuvrant dans les pays en voie de développement, tels le Bangladesh, le Kenya et le Népal, ont été contraintes de diminuer leurs services d'éducation et de cesser toute participation à l'élaboration de politiques nationales liées à l'avortement. Certaines ont même fermé leurs portes.

Les défenseurs des droits des femmes dans presque tous les pays s'activent à prévenir la grande souffrance humaine résultant d'avortements pratiqués dans des conditions non sécuritaires. Annuellement, plus de 75 000 femmes à travers la planète décèdent des suites d'avortements non sécuritaires ou illégaux, ce qui représente environ 1 décès sur 7 dus à la grossesse. Des centaines de milliers d'autres souffrent de troubles ou de complications suite à ces interventions dangereuses.

Dans les faits, des mesures de planification familiale et l'accès à des services complets en matière de santé reproductive préviennent l'avortement. Les preuves établies en Russie et dans les pays d'Europe de l'Est démontrent que le taux d'avortements chute considérablement lorsque des services de planification familiale largement répandus sont offerts à la population.

La décision de l'administration Bush a des conséquences mondiales sans précédent sur les capacités d'offrir des services de santé en matière de reproduction, et non pas seulement sur l'avortement. Cela est grave!

Un autre problème ayant des répercussions à long terme est la ligne de l'abstinence que soutient... l'administration Bush. L'abstinence est au cœur de la stratégie américaine pour endiguer les problèmes associés à la sexualité chez les adolescentes et adolescents, incluant la prévention de grossesses et d'infections transmissibles sexuellement, dont le VIH/sida. C'est une approche dangereuse, une attaque aux droits et à la santé en matière de reproduction et de sexualité qui risque de causer un tort irréparable à toute une génération de jeunes.

Les stratégies internationales ont changé. Récemment encore, le travail des ONG progressistes consistait à défendre et encourager la prise d'actions des gouvernements en faveur du respect des droits humains, de la paix et du développement. La présence croissante des ONG conservatrices d'origine religieuse change la donne.

Il sera de plus en plus difficile de marquer des points lors de conférences mondiales de l'ONU ou encore lors de processus de révision. Les observateurs s'entendent pour dire que la CIPD+10 et Beijing+10 sont en danger. À cet égard, il sera important de faire des changements, d'investir d'autres forums et processus pour promouvoir les droits et la santé sexuelle et reproductive.

Les femmes du Québec et du reste du Canada doivent être informées sur ces questions, mais également prendre part aux discussions, décisions et stratégies adoptées pour contrecarrer les forces négatives en cause.

Les défis que nous aurons à surmonter sont clairs!

**Un autre problème
ayant des répercus-
sions à long terme
est la ligne de
l'abstinence que
soutient l'adminis-
tration Bush.**

Quelques ressources à consulter

Information d'ACPD (et disponible sur Internet à www.acpd.ca) :

- CD-Rom, Compilation — The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health (en anglais seulement);
- série de fiches de la Coalition internationale des droits sexuels et reproductifs (7 fiches au total);
- rapport 2001 sur les enfants et les adolescentes et adolescents : Il est temps de changer le sort d'une génération.

Autres informations :

- fiches d'information sur la santé sexuelle et reproductive de Family Care International (www.familycareintl.org/work/work_global.htm);
- guide Ce qu'il faut savoir des restrictions imposées par la Règle du bâillon mondial (www.populationaction.org);
- trousse de ressources Reproductive Health, Marie Stopes International (www.mariestopes.org.uk).

Vie sexuelle et amoureuse des jeunes

Conférence d'**Allison-Joy Flynn**, éducatrice sexuelle

À deux mains (Head and Hands)



Cette présentation consiste en un portrait de la vie sexuelle et amoureuse des jeunes

femmes entre 12 et 25 ans, dressé à l'aide de recherches et, surtout, étayé de mon expérience auprès des jeunes au sein de l'organisme *À deux mains*. Les différents thèmes concernant la sexualité des jeunes femmes sont ici présentés en sous-catégories d'âge, soit les 12 à 16 ans, les 17 à 19 ans et les 20 à 25 ans.

Le rapport au corps

L'âge d'initiation à la vie sexuelle des jeunes femmes, c'est-à-dire l'âge à laquelle elles consentent à avoir une relation sexuelle, est de 16 ans pour 60 % d'entre elles, de 17 à 18 ans pour 15 %, de 13 ans pour 15 %, et de tout autre âge pour un dernier 10 %.

Une des raisons majeures qui incitent les adolescentes de 12 à 16 ans à avoir leurs premières relations sexuelles est l'influence de leurs pairs. À cet âge, beaucoup de mythes entourent la sexualité. Les jeunes femmes n'ont souvent qu'une connaissance minime de leur corps, de leur système reproductif et, la plupart du temps, ne s'informent qu'auprès de leurs amies pour en savoir plus sur les rapports sexuels. De plus, l'adolescence est une période pendant laquelle les jeunes se sentent souvent invincibles : ni les infections transmises sexuellement (ITS) ni les grossesses non désirées ne peuvent faire partie de leur réalité. Dans ce contexte, il s'avère très important d'offrir à ces jeunes une éducation sexuelle afin de démystifier la sexualité et de leur faire prendre conscience de la nécessité de prendre des précautions.

La période qui s'étend de 17 à 19 ans en est une de transition pour les jeunes femmes. Leur intérêt pour la sexualité augmente et les questions fusent à propos des relations sexuelles et du fonctionnement de leur corps. Comme la plupart d'entre elles ont déjà une vie sexuelle relativement active et qu'elles ont, souvent, déjà été en contact avec des amies qui ont été infectées par des ITS ou qui sont devenues enceintes, elles commencent à véritablement prendre conscience des conséquences de leurs actes. Il existe cependant une différence au niveau des connaissances et des comportements en matière de sexualité entre les jeunes qui continuent d'aller à l'école et ceux et celles qui délaissent leur parcours scolaire. Les jeunes qui demeurent dans des institutions scolaires bénéficient d'un encadrement et de ressources qui leur permettent d'obtenir plus facilement des informations ou d'avoir accès à des services par rapport à leur sexualité.

Pour ce qui est des jeunes femmes âgées de 20 à 25 ans, elles doivent souvent approfondir leurs connaissances autour de leur sexualité et de leur système reproductif. Elles deviennent donc plus responsables face à la contraception. On note cependant une nette différence au niveau des connaissances en sexualité entre les femmes qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas encore eu.

La contraception

Encore aujourd'hui, ce sont très souvent les femmes qui sont responsables de la contraception. Il arrive quelquefois que de jeunes femmes aillent dans les cliniques accompagnées de leur petit ami.

La méthode contraceptive la plus populaire auprès des jeunes est de loin le contraceptif oral, plus communément appelé la pilule. De plus en plus, les jeunes femmes demandent non pas de se faire prescrire la pilule en général, mais réclament spécifiquement Alesse, qui est une marque de pilule figurant sur de grands panneaux publicitaires. Les publicités réalisées par les compagnies pharmaceutiques sur des marques de contraceptifs oraux ont donc réellement une influence sur le choix des jeunes femmes qui constituent leur public cible. Certaines femmes demandent même à prendre la pilule non pas comme contraceptif ou régulateur du cycle menstruel, mais pour contrer leurs problèmes d'acné. Cette demande découle elle aussi des publicités sur les contraceptifs oraux qui sont aussi promus pour combattre l'acné.

Le Depo-Provera jouit également d'une popularité certaine auprès des jeunes femmes. Certes, cette méthode est efficace et pratique, car les femmes n'ont qu'à se faire injecter le produit une fois aux trois mois. Or, ce contraceptif tend à déresponsabiliser

L'éducation sexuelle se limite souvent à la connaissance des risques reliés à la vie sexuelle sans aborder le plaisir et les découvertes que la sexualité implique.

les jeunes vu l'invisibilité de cette méthode, contrairement à la pilule ou au condom, par exemple, qui sont plus visibles, plus palpables. De plus, comme le Depo-Provera fait souvent cesser les menstruations pendant plusieurs mois — ce que les jeunes femmes apprécient — cet arrêt des règles ne fait qu'éloigner les femmes de leur corps.

Le condom demeure populaire chez les jeunes bien qu'il le soit moins que la pilule et le Depo-Provera. Ce contraceptif souffre cependant d'un problème d'accessibilité. Pourtant, les intervenantes de l'organisme À deux mains ont remarqué que plus le condom est accessible, plus les jeunes l'utilisent. Le fait que l'utilisation du condom interrompe la relation sexuelle explique aussi pourquoi beaucoup de jeunes n'optent pas pour cette méthode.

Certaines jeunes femmes très responsables ou qui ont très peur de devenir enceintes ou de contracter des ITS optent pour le « combo », soit l'utilisation de la pilule et du condom. Mais cette option, rarement choisie, est souvent adoptée par les jeunes femmes qui ont entre 20 et 25 ans.

La pilule du lendemain est parfois utilisée comme contraceptif bien que ce soit une méthode d'urgence. Ce sont surtout les jeunes femmes âgées entre 12 et 16 ans qui l'utilisent à titre de contraceptif. Il arrive que certaines filles la demandent plusieurs fois par semaine, ce qui est questionnant.

L'absence de méthode contraceptive est aussi malheureusement pratique courante.

*« Moi, j'ai hâte que
l'accès à toutes les
méthodes de contracep-
tion soit gratuit pour
tous les jeunes sans
qu'on parle seulement
de jeunes sur le Bien-
être ou des jeunes sur
l'assurance des
parents. »*

Pour une nouvelle approche en éducation sexuelle

Selon l'organisme À deux mains, les jeunes femmes et les jeunes hommes se disent tannés de se faire parler de sexualité de façon négative. En effet, l'éducation sexuelle se limite souvent à la connaissance des risques reliés à la vie sexuelle sans aborder le plaisir et les découvertes que la sexualité implique. Certes, il est nécessaire que les jeunes réalisent l'importance de se protéger et de se responsabiliser face à leur sexualité, mais il importe aussi d'adapter les programmes d'éducation sexuelle au désir des jeunes d'entendre parler de sexualité plus positivement, plus globalement.

Le succès de l'éducation sexuelle auprès des jeunes dépend aussi de la personne qui dispense cette éducation. Toute professeure n'est pas toujours à l'aise ou bien formée pour enseigner la sexualité à ses élèves. Inversement, les jeunes ne sont pas toujours confortables de poser des questions sur la sexualité à leur enseignant ou à toute autre personne représentant l'autorité.

Avec le retrait du programme Formation personnelle et sociale dans les écoles, l'éducation sexuelle est plus que menacée. Heureusement, des organismes comme À deux mains offrent des ateliers en éducation sexuelle aux écoles qui accordent de l'importance à ce volet. Or, l'éducation sexuelle ne devrait pas être facultative mais bien obligatoire. Les jeunes ont besoin d'une éducation sexuelle et ils ont besoin qu'elle tienne compte de leur réalité, de leur curiosité et de leur désir d'aborder les notions de plaisir, de sentiment amoureux, d'épanouissement, bref, de la vie.

« Je pense que l'éducation sexuelle axée strictement sur la prévention de la grossesse et des IST révèle notre rapport trouble avec le plaisir et le bonheur. Les enfants se font démontrer comment dérouler des condoms sur des bananes, mais on ne parle pas de comment ça se vit dans l'instant amoureux. Tout ce rapport avec le plaisir, on l'évacue totalement. »

Désir ou non-désir d'enfant :

a-t-on vraiment le choix?

LE 30^E ANNIVERSAIRE DE LA CRÉATION DE LA FQPN EST UNE OCCASION DE FAIRE LEBILANDU CHEMIN PARCOURU ENCEQUI CONCERNE LE DROIT POUR LES FEMMES DE CHOISIR OU NON LA MATERNITÉ. LA CONFÉRENCIÈRE S'EST RÉJOUIE DE L'OPPORTUNITÉ QUI LUI ÉTAIT OFFERTE DE PRÉSENTER UN POINT DE VUE RAREMENT ABORDÉ, VOIRE OCCULTÉ AU SEIN DU MOUVEMENT DES FEMMES, SOIT LE NON-DÉSIR D'ENFANT. ALORS QUE LA TRÈS GRANDE MAJORITÉ DES FEMMES EST CONVAINCUE D'AVOIR LA LIBERTÉ DE CHOIX EN MATIÈRE DE REPRODUCTION, D'AVOIR LIBREMENT CHOISI LA MATERNITÉ, POUR LOUISE DESMARAIS IL NE S'AGIT QUE D'UNE ILLUSION. EN FAIT, APRÈS 30 ANS DE LUTTE, NOUS AVONS GAGNÉ LE DROIT DE DÉCIDER DU NOMBRE ET DU MOMENT DE NOS MATERNITÉS. C'EST TOUT. CE GAIN N'EST PAS INSIGNIFIANT MAIS IL NE FAUDRAIT PAS CROIRE QU'IL ÉQUIVAUT AU DROIT DE REFUSER LA MATERNITÉ.

conférence de **Louise Desmarais**

militante féministe



Sorties de la sphère privée, les femmes ne sont plus confinées au seul rôle de mère et d'épouse

et elles peuvent, du moins en principe, tout faire ou presque. Mais une

femme aura beau diriger une grande entreprise, être astronaute, architecte ou présidente de son pays, si elle n'a pas d'enfant, il lui manque quelque chose. Encore aujourd'hui, l'ultime accomplissement pour une femme réside dans la maternité. La contrainte sociale à la maternité, c'est-à-dire cette obligation d'enfanter parce que femme, existe toujours, mais elle s'exerce de façon plus subtile et sournoise qu'autrefois. Aujourd'hui, cette contrainte se camoufle derrière le « désir d'enfant » qui curieusement a fait son apparition au moment où les femmes pouvaient enfin exercer le contrôle de leur fécondité. Pour Christine Delphy (2002), il s'agit d'un terme sexué qui ne s'emploie pas pour les hommes et qui établit la démarcation entre les hommes et les femmes.

Une personne ou un couple réfléchira pendant des mois avant d'acheter une nouvelle voiture, une maison, changer d'emploi. Mais il ne faut pas trop réfléchir avant de décider d'avoir un enfant car, a-t-on maintes fois répété, ce n'est pas une affaire de tête mais de tripes, et les tripes cela ne se raisonne pas!!! Ainsi, il serait impossible de résister à cet appel de notre ventre qui surgit de nulle part, nous terrasse et nous assaille. Ce désir n'est pas questionnable tellement il est normal et naturel. Il n'est pas nécessaire d'avoir plusieurs enfants, un seul suffit pour devenir une mère et donc une vraie femme, pour avoir une identité. Dans ce contexte, peut-on parler de liberté de choix? Il ne s'agit pas là de s'opposer au mouvement d'humanisation des naissances, à la lutte pour l'intégration des sages-femmes ni aux femmes qui ont des enfants. Mais je refuse d'endosser ce mythe voulant que toute

vraie femme éprouve ce désir d'enfant, que chaque femme est destinée à être mère. C'est ce même désir d'enfant, devenu le droit à l'enfant, qui est largement exploité au travers des nouvelles technologies de reproduction.

Les femmes qui ont choisi de ne pas avoir d'enfant sont de plus en plus nombreuses, mais cette réalité est complètement ignorée. Socialement, ces femmes sont encore aujourd'hui marginalisées, considérées comme suspectes, anormales et égoïstes. Une femme n'a pas le droit de refuser la maternité et, selon certains témoignages, les jeunes femmes qui ont fait ce choix et l'affichent ouvertement subissent beaucoup de pressions de la part de leur entourage et de leur famille. Il est très difficile de se définir en dehors de la maternité. À la limite, décider d'avoir un enfant est peut-être une solution de facilité dans la mesure où elle évite de se demander ce que l'on est et ce que l'on veut faire de sa vie. La non-maternité oblige une femme à se penser, à se définir autrement que par « le manque de... ». Si la société réproouve ce choix, le mouvement des femmes y accorde peu de place dans ses débats tandis que la non-maternité volontaire est très peu étudiée par les chercheuses féministes. Une seule enquête a été réalisée au Québec sur cette question : Ces femmes qui n'en veulent pas (M.Carmel, 1988).

Pourquoi ce silence? Ou plutôt pourquoi continuer, individuellement et collectivement, de véhiculer ce mythe, d'induire les petites filles en erreur sur leur identité? Pourquoi faire semblant que la maternité convient à toutes les femmes alors que nous savons toutes que cela est faux. Pourquoi ne pas dire haut et fort qu'aucune femme n'est obligée de se reproduire? Pourquoi les femmes continuent-elles, jour après jour, de dresser les enfants, les petites filles à la maternité obligatoire? Pourquoi le mouvement des femmes ne propose-t-il pas la non-maternité volontaire comme un choix légitime et normal, pourquoi n'affirme-t-il pas qu'une femme peut être heureuse, comblée, épanouie sans enfant?

C'est à travers la lutte pour le droit à l'avortement, son discours et ses revendications, que le mouvement des femmes a remis en question ouvertement la contrainte sociale à la maternité, la maternité comme seule identité des femmes. La lutte pour le droit à l'avortement incluait, au début des années 1970, non seulement le droit de choisir le nombre et le moment de nos maternités, mais également le droit pour les femmes de refuser la maternité. Chaque fois que le droit à l'avortement est remis en cause, c'est le droit des femmes de contrôler leur vie, de refuser la maternité qui est attaqué.

On comprend que le mouvement des femmes, composé majoritairement de mères, puisse éprouver de la difficulté à questionner la maternité en tant qu'institution et

La véritable autonomie des femmes en matière de reproduction [...] passe par la reconnaissance du droit des femmes de refuser la maternité, la reconnaissance de la légitimité de la non-maternité volontaire.

pièce angulaire du patriarcat. Exigeante et dérangement, cette démarche est pourtant indispensable si nous voulons continuer d'avancer, tant individuellement que collectivement. La véritable autonomie des femmes en matière de reproduction, la réelle liberté de choix des femmes face à la maternité passe par la reconnaissance du droit des femmes de refuser la maternité, la reconnaissance de la légitimité de la non-maternité volontaire. C'est le prochain pas à franchir.

Il y a urgence de le faire car le faible taux de natalité au Québec, insuffisant pour assurer le remplacement des générations, inquiète nos dirigeants, surtout ceux de sexe masculin. Le gouvernement, peu importe qu'il soit péquiste, libéral ou adéquiste, va tenter de convaincre les femmes de se remettre à la procréation, grâce, par exemple, à quelques mesures de conciliation travail-famille, très à la mode actuellement. Habités qu'ils sont à notre grande générosité, à la gratuité de nos services, ils ne voudront pas dépenser beaucoup d'argent, juste ce qu'il faut pour nous inciter à céder à ce fameux et irrésistible désir d'enfant. Aucune femme n'échappe à la contrainte sociale à la maternité, y compris celles qui ont refusé d'enfanter. La société s'attend de toutes les femmes qu'elles se comportent en mères, en prenant soin des autres, parents, conjoint, amies malades, handicapés, etc. Le maintien et l'atteinte du déficit zéro serait impossible sans notre entraînement au dévouement et à l'oubli de soi, qualités toutes maternelles.

« Un des choix qui nous manquent le plus actuellement, c'est le choix de dire non. Non à l'intervention, non à l'hormonothérapie, non aux pilules. Le mot choix est dénué de sa force. »

Ce n'est pas par hasard si le refus de la maternité, le non-désir d'enfant, la contrainte sociale à la maternité sont des sujets tabous et qui font peur. C'est de la véritable dynamite!!!

Débat et discussion

à la suite des conférences de **Johanne Fillion**,
d'**Allison-Joy Flynn** et de **Louise Desmarais**



La conférence d'Allison-Joy Flynn sur l'éducation sexuelle a provoqué beaucoup de réactions chez les participantes présentes au colloque. Avec les coupures des postes d'infirmière en milieu scolaire et la suppression des cours de formation personnelle et sociale au secondaire, une infirmière a fait part de son inquiétude face à l'avenir de l'éducation sexuelle dans les écoles. Comme l'a précisé Allison-Joy Flynn, tant que l'éducation sexuelle demeurera facultative dans les écoles et que des ateliers sur le sujet ne seront donnés qu'à la demande de la direction ou du corps enseignant, aucun progrès ne sera réalisé à cet égard et les jeunes continueront à payer le prix de cette lacune. Comme l'a soulevé Johanne Fillion, l'éducation est la base nécessaire de tout programme de planification des naissances. L'éducation sexuelle est nécessaire pour que les jeunes puissent devenir des citoyennes et citoyens responsables en ce domaine et qu'ils puissent être en mesure de faire des choix éclairés. Elle est à la fois un devoir social et un droit et elle se doit d'être obligatoire.

À cela, une sage-femme a ajouté que cette éducation ne devrait pas se limiter à l'enseignement des infections transmises sexuellement (ITS) ou de diverses techniques, comme la façon de dérouler un condom, mais qu'elle devrait également inclure le rapport au plaisir, au bonheur et à l'épanouissement à travers la sexualité et les relations amoureuses : des dimensions trop rarement abordées dans notre société.

Face à la non-maternité volontaire, une intervenante dans un centre de santé des femmes a mentionné que parmi les femmes qui viennent se faire avorter, très peu justifient leur choix par le fait qu'elles ne veulent tout simplement pas d'enfant. Est-ce encore là une manifestation de cette difficulté qu'ont les femmes à affirmer leur non-désir d'enfant? Chose certaine, cette problématique donne beaucoup à penser.

Un participant, enseignant à l'Université de Montréal, a pour sa part partagé son inquiétude face à l'avenir de l'avortement avec l'arrivée du gouvernement Bush, et de

façon plus globale, face à l'avenir des services de planning et d'avortement avec des gouvernements qui conçoivent la santé, et la santé des femmes au premier chef, comme un luxe, un bien pour lequel nous devons payer. Une vision semblable de la santé des femmes ne peut que mener au désintéressement de l'État face à l'humanisation et au développement des services de santé, et en ce qui nous concerne, aux services de planning et d'avortement. La santé est un bien public.

*« Le prix à payer pour
toutes les coupures en
santé, ça sera celui
d'une génération.
Ce sont les jeunes qui
sont la brebis sur
l'autel du sacrifice.
Une génération va
prouver que ce type
d'intervention est
criminel et non
responsable. »*

Conférences

La médicalisation

de la santé de la reproduction

et de la maternité : un portrait de la situation

La néo-médicalisation de la santé reproductive

Conférence d'**Abby Lippman**, professeure à l'Université McGill
et coprésidente du Réseau canadien pour la santé des femmes

QU'EST-CE QUE LA
MÉDICALISATION?
QU'EST-CE QUE LA NÉO-
MÉDICALISATION? COMMENT
LES FEMMES SONT-ELLES
TOUCHÉES PAR CES
APPROCHES MÉDICALES?
VOILÀ AUTANT DE QUES-
TIONS QU'ABBY LIPPMAN
ABORDE DANS SON EXPOSÉ,
ENNOUS FAISANT VOIR
COMBIEN L'AUTONOMIE ET
LA LIBERTÉ DE CHOIX DES
FEMMES FACE À LEUR SANTÉ
REPRODUCTIVE SONT BEL
ET BIEN ILLUSOIRES.



La médicalisation consiste à trouver des maladies là où il n'y en a pas et à traiter des phénomènes naturels comme des problèmes de santé

qui requièrent des traitements curatifs. Les femmes sont tout particulièrement touchées par la médicalisation, ne serait-ce que parce qu'elles consultent davantage de médecins en lien avec leur vie reproductive. La vie d'une femme est marquée par différentes étapes qui vont de la puberté à la ménopause. Or, le corps médical accorde beaucoup d'importance à tous ces points de passage qui ponctuent la vie des femmes. Pourtant, ces phénomènes naturels ne méritent pas qu'on en parle avec autant d'emphase. Certes, la puberté est un moment important pour les femmes, mais comment se fait-il qu'il n'en soit pas de même pour les hommes? La ménopause représente également un changement considérable dans la vie des femmes, mais elle ne constitue pas un trouble ou un problème. Or, le discours médical hyperbolique participe à faire de ces étapes naturelles de véritables problèmes de santé. Ainsi, pour chaque changement qui survient dans la vie reproductive de la femme, un médicament ou un traitement a été conçu pour régler des « problèmes » ... qui n'existent pas!

Quant à la néo-médicalisation — un concept développé par l'auteure —, elle consiste à voir de façon générale ces phénomènes naturels comme les causes de problèmes de santé à venir. Avec la néo-médicalisation, l'approche du corps médical est plus subtile et les compagnies pharmaceutiques y jouent un rôle. En fait, certains phénomènes naturels sont maintenant identifiés comme étant les causes de diverses maladies devant être évitées à tout prix. Pour ce faire, des médicaments spéciaux sont nécessaires. Par exemple, bien que la ménopause ne soit pas considérée

comme une maladie en soi, on suggère maintenant qu'elle risque d'entraîner l'ostéoporose, des maladies cardiaques, l'Alzheimer et d'autres troubles de santé. Par ailleurs, les menstruations qui se manifestent sur une base mensuelle seraient, pour leur part, une cause potentielle de cancer des ovaires. Pour réduire les risques de ces maladies, l'hormonothérapie est prescrite à des femmes ménopausées et un contraceptif a été inventé pour limiter le nombre de règles à quatre par année. Or, suite à l'arrêt de l'étude de Women's Health Initiative sortie à l'été 2002, on connaît pertinemment les dangers liés à l'hormonothérapie et on ignore toujours quels sont les risques de l'exposition hormonale conduisant à l'élimination des règles chez les jeunes femmes.

La pilule préventive et la création de nouvelles maladies ou comment les compagnies pharmaceutiques vendent leurs produits sous prétexte d'offrir plus de choix

La création de nouvelles maladies est l'une des dimensions les plus alarmantes de la néo-médicalisation. Il s'agit en fait de l'une des stratégies utilisées par les compagnies pharmaceutiques. Cette pratique consiste à inventer de nouvelles maladies pour lesquelles sont prévus de nouveaux médicaments ou d'anciens médicaments auxquels on octroie une nouvelle fonction. En effet, les compagnies pharmaceutiques ont tout intérêt à ce que des chercheurs identifient, créent de nouvelles maladies afin de demeurer prospères. Lorsque les compagnies pharmaceutiques mettent au point un nouveau médicament, elles y apposent un brevet. Quand ce brevet tire à sa fin, il est possible pour les compagnies de le renouveler en trouvant une nouvelle utilité, une nouvelle fonction au médicament. Le Prozac en est un bon exemple. Quand son brevet est arrivé à échéance, il a été recoloré en rose, renommé Sarafem et commercialisé pour « traiter » une supposée nouvelle maladie : désordre dysphorique prémenstruel! Bref, la création de nouvelles maladies représente un véritable moteur économique pour les compagnies pharmaceutiques.

Dans le même sens, la néo-médicalisation crée des risques pour la santé en même temps que des médicaments pour diminuer ces risques, une autre pratique qui s'avère très rentable. On assiste donc à l'heure actuelle à un accroissement de tests de dépistage qui sont supposés fournir des renseignements sur l'état de santé d'une personne en identifiant des signes, des indices de mauvaise santé dont on n'aurait pas soupçonné l'existence autrement. Selon les résultats des tests, la prise de certains médicaments est conseillée afin de diminuer les risques de développer des problèmes de santé qui ne nécessitent pourtant pas toujours de traitement curatif.

Le test de densité des os que l'on propose aux femmes qui approchent l'âge de la ménopause illustre bien l'illogisme de ce type de tests de dépistage. Avant toute

Le Prozac en est un bon exemple. Quand son brevet est arrivé à échéance, il a été recoloré en rose, renommé Sarafem et commercialisé pour « traiter » une supposée nouvelle maladie : désordre dysphorique prémenstruel!

« La médicalisation a pénétré partout. Il y a 15-20 ans, les femmes qui auraient choisi d'avoir une épidurale lors d'un accouchement difficile auraient été questionnées par leurs amies. Maintenant c'est l'absolu contraire, la femme qui veut accoucher sans épidurale doit se justifier devant tout le monde. »

chose, il importe de préciser qu'il est tout à fait normal que la densité des os des femmes diminue après la ménopause. Or, c'est seulement dans certaines circonstances que ce phénomène naturel se traduit par la maladie qu'on appelle l'ostéoporose. Les compagnies pharmaceutiques ont donc non seulement prévu des médicaments qui sont vendus afin de diminuer les risques d'ostéoporose, mais ont elles-mêmes mis au point les tests de dépistage.

Dans plusieurs revues pour femmes, on retrouve aussi des formulaires qui permettent aux femmes d'évaluer leur état de santé par rapport à un aspect en particulier. Si la compilation des réponses du questionnaire donne lieu à un diagnostic négatif, la prise d'un médicament spécifique est proposée. Or, à la fin de chaque formulaire figure le nom d'une compagnie pharmaceutique qui offre un rabais sur le médicament en question si le formulaire est envoyé dûment rempli à la dite compagnie.

La néo-médicalisation va aussi de pair avec les seuils de normalité qui permettent de déterminer à partir de quel moment une situation devient problématique. Or, ces seuils ne sont pas des gages de vérité : ils sont toujours arbitraires et dépendent des caractéristiques et des besoins spécifiques de chaque personne. Cependant, les médecins se basent souvent sur ces seuils pour prescrire des médicaments (comme ceux pour les femmes dont la densité des os est diminuée) qui ne seraient sans doute pas nécessaires dans bien des cas.

À la lumière de ces exemples troublants qui découlent de la néo-médicalisation, il s'avère impératif que l'on libère les femmes de toutes ces pratiques qui ont un impact sur leur santé. Dans un contexte semblable, le choix des femmes face à leur santé reproductive semble bien illusoire. Les options qui leur sont proposées deviennent elles-mêmes des risques, surtout quand ces options détournent l'attention des vraies causes de certains problèmes de santé en suggérant des traitements et des médicaments qui ne répondent pas aux besoins réels des femmes. Dans le but de prévenir certaines maladies ou certaines complications, les médecins n'offrent que trop rarement des alternatives aux médicaments et n'insistent pas assez sur la prévention, se contentant d'administrer des tests et de faire des diagnostics qui mènent trop souvent à la prescription d'un traitement curatif.

Dans la sphère néolibérale, la santé est considérée comme une ressource permettant un développement économique. L'augmentation des choix pour les femmes (nouveaux tests, mesures de dépistage, nouveaux médicaments) est un moyen de stimuler l'économie et de garnir le portefeuille des compagnies pharmaceutiques. Certes, les vraies maladies ont besoin de médicaments. Mais on doit briser le cercle qui consiste

à inventer des maladies pour administrer toujours plus de médicaments aux femmes et à les convaincre, avec différentes publicités, qu'elles ont de fausses maladies, faussement répandues et nécessitant un faux besoin de médicaments.

Aujourd'hui, malheureusement, le mot choix est fréquemment galvaudé : il est devenu l'un des favoris des gouvernements, des compagnies biotechnologiques, des compagnies agroalimentaires, des compagnies fabriquant des produits de tabac, etc. Malheureusement, le mot choix signifie trop souvent danger pour la santé des femmes.

Or, les femmes ont besoin non pas d'une tyrannie de choix, mais d'une augmentation de vrais choix qui leur permettront de devenir réellement autonomes en matière de santé reproductive.

**Les femmes ont
besoin non pas d'une
tyrannie de choix,
mais d'une augmen-
tation de vrais choix
qui leur permettront
de devenir réelle-
ment autonomes.**

L'humanisation de la naissance :

un pas en avant, deux pas en arrière?

Conférence d'**Isabelle Brabant**

sage-femme



C'est en vivant l'expérience de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement que des femmes se sont levées, dans les années 1970 et 1980, et ont lancé le mouvement d'humanisation de la naissance.

Même s'il s'agit d'un moment bien précis de l'existence, la naissance et tout le processus qui l'entoure offrent une métaphore de plusieurs autres événements de la vie en général : dans chaque petit morceau de l'expérience, on retrouve une image de son ensemble. L'accouchement représente un moment tournant pour le bébé qui naît ainsi que pour la mère et le père. Bien que cet événement soit porteur d'un bonheur certain, il est aussi synonyme de douleur, de souffrance et parfois même de mort, bien que par chance cette réalité se fasse de plus en plus rare. Or, nous vivons dans une société qui n'est pas à l'aise avec la maladie, la souffrance, la vieillesse, la mort et avec les transitions en général. Pourtant, une vie de femme, pour ne parler que de celle-là, n'est qu'une suite de transitions, que ce soit la puberté, l'adolescence, la grossesse, la maternité, la ménopause, le vieillissement... Nous aimons l'équilibre et la stabilité alors que la vie est faite de mouvements, de revirements, d'instabilité, de fluctuations. La médicalisation de la maternité a ceci de fascinant qu'elle s'intéresse énormément au bébé comme objet de sollicitude, et assez peu à la mère. Pendant la grossesse et l'accouchement, tous les spécialistes n'en ont que pour le fœtus : la mère n'est que le contenant imparfait de ce bébé jusqu'à ce qu'elle le mette au monde « de façon sécuritaire ». Mais dès qu'elles retournent à la maison, les mères n'ont que très peu ou pas de soutien. L'absence de ressources pour les femmes qui font des fausses couches en est une illustration révélatrice. Malgré ce que la perte d'un bébé représente, les femmes qui font des

fausses couches sont traitées comme tout le monde aux urgences, où les médecins ne font en général que s'assurer qu'elles ne font pas d'hémorragie. Or, de 20 à 25 % des grossesses se terminent par des fausses couches, par une expérience de perte et de deuil qui n'intéresse pas le milieu médical. Certes, il est déjà bien que nous ayons des hôpitaux Amis des bébés, mais ne serait-il pas temps qu'il y ait aussi des hôpitaux amis des mamans et, plus largement, des familles?

Dans les années 1970, bien qu'elle ait débuté avant cette décennie, la médicalisation était palpable et même tellement grossière que pour peu qu'on s'ouvrait les yeux, on ne pouvait la manquer. Les pieds dans les étriers, les salles d'accouchement aseptisées en étaient des exemples frappants. Au fil des années, elle a changé de forme pour devenir encore plus présente mais de façon plus insidieuse, si bien qu'elle est devenue souhaitable pour bien des femmes. La médicalisation a enfermé la grossesse, l'accouchement et le postnatal dans un univers médical à un tel point qu'il est difficile d'en parler ou d'envisager ses multiples dimensions autrement qu'en ces termes-là. La maternité a été confinée dans une logique de risque, un mot qui apparaît partout et à tout moment et qui sert à justifier une panoplie sans cesse grandissante de tests et d'interventions toujours plus envahissants. Or, les plus grands risques que court un enfant à naître sont sans doute la pauvreté et la violence, bien plus que l'hypertension. Les risques et les dangers ne sont pas tous là où la médicalisation nous les pointe et nous y restreint.

Les médecins eux-mêmes ne se rendent souvent pas compte de l'emprise de la médicalisation sur leur discours. Maintenant qu'on doit reconnaître à l'allaitement sa nette supériorité à tous égards, l'argument de « la nature » est d'autant plus incongru dans leur bouche que les femmes ne l'ont jamais entendu de toute la grossesse. Alors que tout au long de la grossesse et pendant l'accouchement, elle entoure les femmes de maintes technologies et de multiples tests sans jamais lui parler du naturel de la chose. La nature a tort tout au long du processus, seuls les technologies et les nombreux tests peuvent assurer le bon déroulement des choses, mais après l'accouchement, la médicalisation donne soudainement raison à la « nature ».

Parmi les nombreuses manifestations de la médicalisation autour de la naissance, deux exemples se démarquent par leur généralisation rapide et leur impact sur l'expérience de la maternité : le diagnostic prénatal et l'épidurale. La plupart des parents avouent ne pas être prêts à avoir un enfant. Mais qui est prêt à avoir un enfant trisomique, autiste, leucémique, hyperactif ou encore un enfant brillant qui, à 15 ans, développera un sévère problème de toxicomanie? Être parent est une entreprise risquée et offrir le diagnostic prénatal avec autant d'insistance, c'est se donner l'illusion qu'on

**De 20 à 25 %
des grossesses se
terminent par des
fausses couches,
par une expérience
de perte et de deuil
qui n'intéresse pas
le milieu médical.**

peut se protéger des difficultés à venir, des hasards et des aléas de la vie, alors que l'important dans les mois qui précèdent la naissance consiste davantage à s'ouvrir à l'inconnu et à se préparer à ce qu'implique l'arrivée d'un enfant dans une vie. Il ne s'agit pas ici de juger de l'usage du diagnostic prénatal par les femmes, mais de son installation systématique dans les soins prénatals, alors qu'il ne soigne rien, n'offre aucun traitement mais seulement l'interruption de la grossesse, c'est-à-dire, l'élimination du bébé « à problème ». L'investissement en ressources matérielles et humaines dans le diagnostic prénatal est inversement proportionnel à l'accessibilité aux ressources pour les enfants qui présentent la panoplie de problèmes qu'on ne peut dépister sur un caryotype et qu'on ne peut éliminer en cours de route. On peut imaginer que dans quelques années les mères d'enfants trisomiques auront eu tort de ne pas avoir utilisé les services de diagnostic prénatal et devront en assumer seules les coûts et les soins.

« Il y a extrêmement peu de ressources pour les femmes qui font des fausses couches. Comme il n'y a plus de fœtus, seulement la mère qui perd du sang, on l'envoie à l'urgence avec tout le monde. Elle est pourtant en train de perdre un bébé, avec ce que ça représente émotionnellement, affectivement, dans toute la complexité de la chose. »

Quant à l'épidurale, elle est maintenant proposée systématiquement aux femmes qui, dans bien des cas, acceptent la proposition avec soulagement. La chose est loin d'être étonnante quand on sait comment se déroule habituellement un accouchement dans un hôpital : chambre à l'ambiance froide, porte généralement grande ouverte, constantes allées et venues du personnel médical qui change tout au long de l'accouchement, beaucoup de technologies mais peu de soutien aux femmes, bref, un contexte qui est loin d'être favorable au processus intime et exigeant qui tente de s'y dérouler. Dans un tel environnement, l'épidurale devient salvatrice pour les femmes. Pourtant, beaucoup d'entre elles aimeraient s'en passer, mais au moment d'accoucher, très peu réussissent à traverser cette épreuve sans recourir à une anesthésie, faute de ressources, de soutien et d'encouragement.

Dans le même ordre d'idées, on assiste à l'émergence d'un mouvement qui effraie même les obstétriciens : la demande des femmes pour une césarienne d'emblée, c'est-à-dire choisie pendant la grossesse, en l'absence de toute raison médicale, à une date déterminée à l'avance. Il est incroyable que la césarienne ou l'épidurale soient devenues des options souhaitables pour les femmes, mais en réalité, ces choix sont tout à fait compréhensibles. Car c'est le « dé-courage » que l'on propose aux femmes lorsqu'elles accouchent plutôt que de les soutenir et de leur inspirer le courage dont elles sont capables et dont elles auront grandement besoin pour les mois ou, plus justement, pour les années suivant la naissance. Certes, l'utilisation ponctuelle de la péridurale est tout à fait correcte et souhaitable : c'est son omniprésence qui pose un réel problème. Il ne s'agit plus d'un usage exceptionnel, mais d'un discours dominant qui dit : « pourquoi avoir mal quand on peut accoucher sans douleur? ». Cette supposée futilité du travail des femmes qui accouchent, couplée avec l'accessibilité, que dire, le

« marketing » de l'épidurale et l'absence de soutien organisé, enlève aux femmes le choix de l'accouchement qu'elles désirent, celui-ci devenant pratiquement impossible.

La recherche d'égalité entre les hommes et les femmes pose un problème certain quand on arrive à la grossesse et l'accouchement. Le mouvement des femmes n'a pas fini de se pencher sur cette question et d'en approfondir les implications. Dans la vie privée, l'absence de réponse simple a donné lieu à une tendance qui veut que l'homme et la femme vivent l'accouchement, et plus largement la maternité, de façon « égale ». Dans cette perspective, la recherche d'égalité a pour effet de niveler l'expérience de la femme par le bas, pour la ramener au niveau de ce que vit son conjoint. L'épidurale, par exemple, permet en quelque sorte au couple d'assister en même temps et de la même façon à la naissance de l'enfant. Les parents deviennent de cette manière tous deux spectateurs alors que normalement, l'une est actrice et l'autre pas, même s'il peut être un participant précieux. La même problématique se fait sentir dans le besoin que ressentent certains pères de se substituer à la mère pour donner un emblématique biberon de lait maternel. Devient-on père en posant les gestes maternels? Chaque parent a un lien singulier avec l'enfant et des fonctions particulières. Niveler l'expérience de la maternité sous prétexte d'égalité ne respecte ni la place unique du père dans l'univers de son enfant ni celle de sa mère. Dès que l'on morcelle l'expérience de la mère en une suite de petits gestes, chacun insignifiant en soi, on se donne le droit de la remplacer par une autre personne, à la limite une machine, qui peut performer « aussi bien » qu'elle, et finalement, probablement mieux! La table est mise pour l'utérus artificiel, le fœtus élevé entièrement en laboratoire, loin de l'humanité de sa mère.

Une certaine image sociale de la maternité veut que cette expérience soit quelque chose de beau, de facile et de branché. Cette image est fortement véhiculée par toutes ces vedettes enceintes qui font la une de nombreux magazines de mode avec leur bedon, un phénomène qu'on pourrait appeler « la glamourisation de la maternité » et qui suggère que le processus de la naissance apporte le bonheur garanti. Or, pour la plupart des femmes, cette expérience est beaucoup plus complexe, avec des moments difficiles. Face à cette image de bonheur assuré, elles auront tendance à se culpabiliser. Peut-être serait-il temps que soit véhiculée l'idée que l'important n'est pas de paraître bien mais de se sentir bien.

En fait, la maternité nous demande de développer des aptitudes qui ne sont pas à la mode de mentionner : une générosité inconditionnelle, un amour extraordinaire, un courage incroyable, une confiance en soi, dans la vie et dans l'enfant qu'on met au monde, un don de soi... Mais pourtant, c'est bien de toutes ces dimensions essentiel-

[...] un phénomène qu'on pourrait appeler « la glamourisation de la maternité » et qui suggère que le processus de la naissance apporte le bonheur garanti.

les dont les femmes, les couples ont besoin pour accueillir un enfant. Dans le monde de gestionnaires dans lequel nous vivons, ces aspects de la vie sont trop rarement abordés et en tant que femme, il est de plus en plus difficile de vivre cette dichotomie entre le monde du travail et la maternité.

La médicalisation sournoise mais bien présente soulève donc la question du choix ou de l'illusion du choix des femmes face à la maternité. Ce tableau est plus décourageant qu'encourageant malgré les nombreuses initiatives qui vont à contre-courant de cette médicalisation. On a besoin, toute la société a besoin que la naissance soit une occasion de solidarité, de tendresse, de reconnaissance du courage et de la force des femmes. Nous devons travailler afin que les femmes qui souhaitent avoir des enfants puissent vivre la naissance et la maternité autrement.

« Ce qui est important, c'est que notre réflexion doit être continue, doit se poursuivre. Pendant longtemps la critique de ce qui se passe dans le monde de l'accouchement est venue presque exclusivement des sages-femmes et de Naissance-Renaissance. La question de l'accouchement touche beaucoup de femmes et la vigilance par rapport à l'accouchement a besoin d'être portée par plus de monde. »

Les nouvelles technologies de reproduction ou l'infertilité contournée

Texte de **Louise Vandelac**, professeure titulaire à l'UQAM
et directrice intérimaire du CINBIOSE, centre collaborateur OMS-OPS

LOUISE VANDELAC
N'A PAS PU PRÉSENTER
SA CONFÉRENCE LORS DU
COLLOQUE MAIS NOUS
JOIGNONSSON TEXTE AUX
PRÉSENTS ACTES.



Nous sommes forcées de faire deux terribles constats : celui de l'échec relatif des analyses critiques en matière de technologies de reproduction depuis 25 ans et

celui de notre incapacité collective à comprendre la profondeur de cette attaque en règle contre l'engendrement, l'enceinte de la maternité et la conception même des êtres dans le double sens d'advenir au monde et à la pensée. Cela nous impose donc l'urgente nécessité de revoir en profondeur nos perspectives, nos stratégies et nos alliances...

Bien que nous soyons confrontées à une fracture anthropologique sans précédent, provoquée par le remodelage radical des paramètres biologiques du vivant et des principaux repères psychiques qui ont marqué l'évolution de l'histoire humaine, nous semblons somnambules, incapables de prendre acte de la gravité de ce qui se joue, et de ce qui se joue de nous sur des airs de prétendus choix et libertés, au risque pourtant de nous mettre hors-jeu.

Depuis 20 ans, nous avons vu, de dérives en dérives, les technologies d'insémination et de fécondation artificielle, conduisant notamment à la production « d'embryons de laboratoire », bouleverser les représentations et les relations d'engendrement jusqu'alors nouées au cœur des différences de sexes et de générations. Ces technologies de conception artificielle, d'abord présentées comme ultime palliatif à la stérilité, alors que les très faibles taux de succès n'autorisaient pas à pavoiser ainsi, ont servi notamment à contourner des difficultés psychogènes, des échecs de programmation, voire des effets de « stérilisation contraceptive » antérieure, en s'intéressant rarement aux facteurs à l'origine des problèmes de stérilité primaire. Comme ces technologies contournent des problèmes de fertilité sans tou-

jours pour autant ni les soigner ni en comprendre l'étiologie, on a vu invoquer de plus en plus, au fil des années, la simple absence de conception d'enfant pour contourner des problèmes qui n'ont rien de médical. Ainsi, certaines célibataires invoquent l'intérêt de l'insémination artificielle pour avoir plus rapidement et moins cher, sans Autre et « sans troubles », un enfant-de-soi-à-soi; des couples lesbiens invoquent le désir d'enfant mais le refus d'avoir un partenaire masculin pour exiger l'insémination artificielle, alors que des homosexuels invoquent des arguments du même ordre pour tenter de justifier le recours à une « mère porteuse ».

À observer l'évolution de ces technologies dans le rétroviseur de l'histoire, nous constatons qu'en moins de 20 ans, nous sommes devenus la première génération à s'autoriser, au nom d'un désir d'enfant transformé en impératif, voire en prétendu droit, à concevoir des enfants à des lieux et à des années de distance (commerce internet et postal de gamètes et d'embryons), voire à scinder l'enfantement entre plusieurs mères (contrats de gestation et d'enfantement). Nous sommes aussi devenus la première génération à multiplier les plus folles acrobaties de la filiation (enfant porté par la grand-mère, par la fille, la sœur ou la belle-sœur, etc.) et à rendre, par le secret et l'anonymat, sanctionnés de surcroît par l'État, les enfants amnésiques de leurs origines, avec un père inconnaisable ou une mère méconnaisable » (Vandelac, 2001).

Nous sommes également la première génération à avoir transformé une partie de la médecine en étonnante « fabrique de vivants », pour créer de nouvelles filières humaines, dont certaines sont destinées à naître et d'autres à n'être qu'objets de laboratoire pour de lucratives lignées cellulaires. À moins que ces embryons soient suspendus dans le temps glacé de l'azote, donnés à un autre couple ou encore triés dans l'œuf via le diagnostic préimplantatoire et alors éliminés ou transférés dans l'utérus. Nous sommes la première génération à tenter de déterminer le sexe de nos enfants, alors que certains rêvent déjà d'en « améliorer » les caractéristiques génétiques, voire l'intelligence (Robertson, 1994; Watson, 2001).

Le cheval de Troie de ces mutations...

S'ouvre ainsi un horizon de pouvoir et d'emprise sur les enfants, allant bien au-delà des pouvoirs parentaux que cette même génération a si radicalement contestés. Ce remodelage des paramètres biologiques de la procréation, marqué par l'érosion du sens du lien et de la limite, effrite les notions mêmes de vie, de mort et de mère (Vandelac, 1990). Or, paradoxalement, ces bouleversements ont littéralement servi de cheval de Troie, depuis 20 ans, à une nouvelle géopolitique de l'ingénierie génétique et

Nous sommes aussi devenus la première génération à multiplier les plus folles acrobaties de la filiation [...] et à rendre, par le secret et l'anonymat, les enfants amnésiques de leurs origines, avec un père inconnaisable ou une mère méconnaisable.

**[...] alors même
qu'on réalise
l'urgence d'adopter
des principes du
développement dura-
ble pour ne pas com-
promettre les fragiles
équilibres écologi-
ques [...], on porte
atteinte comme
jamais aux fragiles
équilibres psychiques
et sociaux de nos
enfants.**

reproductive de l'ensemble du vivant, humain, animal et végétal. Empruntant à l'univers cybernétique les métaphores de l'information et de la rétroaction, le vivant, prétendument réduit à son alphabet génétique, pourrait être remodelé selon les intérêts technoscientifiques et économiques du moment. Ces prétentions de réécrire le vivant à partir de l'alphabet génétique menacent alors non seulement les fragiles équilibres des écosystèmes, mais érodent nos capacités mêmes de symboliser, voire de penser et de se penser (Vandelac, 1994) comme si nous étions à la fois envoûtés et littéralement happés par cette fuite en avant technicienne...

Comment alors s'étonner que de dérives en dérives, cette « instrumentalisation de la chair de notre chair » ait permis à ce nouveau « paon » de la médecine dite « de la reproduction » de s'autoriser à produire et à cloner du vivant embryonnaire à partir d'ovules d'embryons, permettant de créer ainsi de nouveaux viviers de cellules souches, qui, encore pure expérimentation, cherchent à se légitimer en faisant miroiter l'espoir de nouveaux élixirs et de fabuleuses fontaines de jouvence...

Vu l'ampleur et la violence de cette fracture anthropologique, comment expliquer qu'elle ait été emmurée dans un si lourd silence, y compris, sauf rares exceptions, de la part du mouvement des femmes pourtant particulièrement concerné...

Certes, ces questions ont été largement noyées dans la cacophonie médiatique les réduisant à de simples faits divers à caractère sensationnaliste. En outre, en concentrant l'éclairage médiatique sur l'exploit biomédical et sur la douleur des femmes désirant un enfant à tout prix, les médias ont disqualifié d'office tout discours critique portant sur la légitimité de telles expérimentations sur les êtres et les générations, voire sur de telles délinquances biomédicales parfois, comme c'était le cas des transferts dans l'utérus de 4-7-9 embryons à la fois. En centrant le débat sur la « toute-puissance du désir d'enfant », on a du même coup culpabilisé et mis au silence tous ceux et celles qui avaient déjà des enfants, n'en voulaient pas, ou craignaient un jour de ne pouvoir en avoir...

Ce contexte explique d'ailleurs en partie l'ambivalence du mouvement des femmes dans ce dossier. Fidèle à l'écoute de la parole des femmes, comme le veut le slogan « le personnel est politique », il semble parfois avoir réduit le politique au personnel, au point d'osciller constamment entre une position centrée sur la satisfaction de désirs individuels et des enjeux de bien commun. Dans ce contexte, et compte tenu de toutes ses autres urgences et priorités, le mouvement des femmes a rarement réussi à appréhender globalement ces questions et à offrir une lecture critique allant à l'essentiel.

Au mieux, il s'est souvent conforté dans une approche individualiste et consumériste, centrée sur le caractère expérimental de ces technologies, leurs faibles taux de succès et les risques encourus par les femmes et les enfants. Or, paradoxalement, ces critiques invitaient à plus de performance et ont contribué à négliger les déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux à l'origine des problèmes de fertilité, voire de fécondité, ce qui aurait permis de développer une perspective d'intervention globale et intégrée en santé génésique et des alternatives crédibles.

Il est vrai que l'absence d'évaluation scientifique et sociale des NTR, ajoutée au détournement des débats démocratiques et au contournement des dispositifs scientifiques et juridiques opérés par les instances éthiques, le tout amplifié par le laxisme des pouvoirs publics (qui, au Canada, ont dépensé 35 millions \$ en 20 ans pour laisser les faits accomplis faire la loi), a largement contribué à faire l'impasse sur l'étrange avenir que certains nous réservent et réservent à nos enfants. On se retrouve donc dans la situation pour le moins paradoxale où, alors même qu'on réalise l'urgence d'adopter des principes du développement durable pour ne pas compromettre les fragiles équilibres écologiques assurant la régénération des écosystèmes essentiels aux générations futures, on porte atteinte comme jamais aux fragiles équilibres psychiques et sociaux de nos enfants, au risque de compromettre l'avenir de ces générations futures...

Certes, dans la forêt des avancées biomédicales, dont bon nombre sont fort pertinentes, il n'est pas facile de saisir les effets pervers de certaines technologies centrées sur l'expérimentation relative à la conception des êtres et à l'avenir des générations, surtout quand elles sont enrobées de sirupeux discours biomédicaux aux prétentions d'absolue maîtrise. Ainsi, comment comprendre que certaines dérives contreviennent aux principes mêmes du Code de Nuremberg sur l'expérimentation sur l'être humain, pilier de l'éthique biomédicale contemporaine (Vandelac, 1996) et comment saisir à quel point elles constituent une atteinte profonde au féminin maternel, aux alliances entre les sexes et à l'ordre des générations?

Évidemment, personne n'a la naïveté de croire que ces techniques d'insémination, de fécondation et de diagnostic puissent être à court terme radicalement remises en question, mais personne non plus n'a la candeur d'ignorer à quel point elles font glisser l'engendrement dans les eaux troubles de l'expérimentation psychique, physique et sociale, en reportant sur les générations qui suivent les effets pervers de la réalisation des désirs sans limites d'une génération. Question éthique, s'il en est une...

Ainsi, à titre d'exemple, avec l'ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection), et les autres techniques comme ROSI et SESI, permettant de féconder un ovocyte avec un seul

[...] le laxisme des pouvoirs publics qui, au Canada, ont dépensé 35 millions \$ en 20 ans pour laisser les faits accomplis faire la loi.

spermatozoïde, voire avec un spermatite ou un spermatocyte qui en représentent des phases de développement antérieures, on médicalise l'enfantement d'une femme parfaitement fertile au nom de la stérilité de son conjoint, et cela, avec tous les risques et effets secondaires qui y sont liés pour elle et les enfants qui en sont issus. Palliatif à la stérilité d'un homme, qui est non sans risques, notamment risques de stérilité pour ses descendants, cette technique pour laquelle sont pratiquées plus de 50 % des fécondations in vitro en France, a également de nombreux impacts socioculturels.

Ainsi, alors que l'ICSI « biologise » comme jamais la paternité, la maternité est scindée entre plusieurs mères (ovocytaire, utérine, « porteuse », etc.) alors que certains contrats de mères porteuses défont la mère au profit du père en faisant prévaloir sur la femme qui enfante la signature d'un contrat, une canule de sperme et l'argent du « géniteur acheteur », comme s'ils « éventraient » alors la maternité. Bien que l'ICSI ne puisse « défaire la mère » comme le font les contrats d'enfantement et de gestation, cette technique biomédicale contribue à modifier profondément les alliances entre les sexes. Alors que la paternité, jusqu'alors incertaine d'elle-même, se nouait d'abord dans les alliances entre les sexes et s'incarnait dans la parole donnée de la mère (Vandelac, 2002), voilà que l'ICSI, en « biologisant » la paternité, autonomise le géniteur et médicalise ces alliances entre les sexes, alors que les contrats d'enfantement tentent de dénouer la maternité du ventre même de celles qui enfantent...

**Personne n'a la
candeur d'ignorer à
quel point [les NTR]
font glisser l'engen-
drement dans les
eaux troubles de
l'expérimentation
psychique, physique
et sociale.**

Dans les cas de diagnostic préimplantatoire, de congélation et de transferts multiples d'embryons, de réductions embryonnaires et d'utilisation d'ovaires d'embryons pour en fabriquer d'autres pour leurs cellules souches, ce sont nos représentations mêmes de l'être en gestation, symbole de notre commune naissance, qui sont pulvérisées. Ce sont également nos conceptions de la vie, de la mort et du temps, désormais suspendus dans les glaces de l'azote liquide, voire dans l'avant-vie de la vie d'un embryon servant à en créer un autre, qui sont mises à mal. Quant à la transgénése, à la fois technique de laboratoire et puissante métaphore de notre époque, qui effrite les frontières entre les règnes et les espèces pour créer de nouveaux organismes génétiquement modifiés, elle effrite du même coup notre sens du lien et de la limite si essentiel à tout équilibre psychique et social.

Certes, dans l'actuel climat de relativisme, qui trop souvent tient lieu de pensée (« se cloner, pourquoi pas? »), climat englué de scientisme, qui considère normal de faire tout ce qui peut l'être, il est difficile de penser la radicalité des enjeux de cette transformation de la procréation en reproduction de vivant. Pour le faire, il faudrait situer ces mutations dans l'horizon de la technicisation et de la mise en marché généralisée du vivant et les analyser dans le cadre des grands courants de pensée contemporains,

et notamment des enjeux de la cybernétique et de la globalisation qui en ont profondément marqué l'évolution.

Cela permettrait de tisser des alliances avec la recherche critique, avec les mouvements écologistes, citoyens et paysans, qui sont également de plus en plus soucieux des impacts de l'ingénierie génétique et reproductive sur la santé des populations, des écosystèmes et des démocraties. Devant l'accélération sans précédent de ces technologies et de leurs dérives sociales, paradoxalement supportées par nos États dopés par le mythe de croissance infinie, émerge en effet une profonde prise de conscience des enjeux et des risques qu'elles incarnent et des alternatives qu'il importe de développer.

L'art de la fuite en avant...

Pendant ce temps, au plan de la santé génésique, on voit s'amplifier et s'accélérer les effets pervers des nombreux facteurs à l'origine des problèmes de fertilité et de fécondité. Ainsi en est-il des problèmes d'instabilité socio-économique et des politiques lacunaires de soutien à la famille, qui sont en partie responsables du report constant de la première grossesse. Il est vrai que les phénomènes de marginalisation et de pauvreté, liés à la faiblesse du salaire minimum, aux coupures de l'assurance-emploi et de l'aide sociale ainsi qu'à la précarité de l'insertion professionnelle, notamment pour les jeunes, incitent à repousser la venue des premiers enfants, de crainte de ne pouvoir leur assurer des conditions de vie décentes. À cela s'ajoutent, au fil des années, l'amplification des risques de voir les maladies sexuelles transmissibles, souvent encore mal diagnostiquées, ainsi que l'érosion de la fertilité liée à l'âge et les effets des perturbateurs endocriniens miner les possibilités de concevoir.

Dans la mesure où le Québec traverse une crise de fécondité sans précédent, avec l'un des taux de natalité les plus bas au monde, comment expliquer que les pouvoirs publics n'aient manifestement pas encore saisi l'urgence de respecter les équilibres écologiques et socio-économiques essentiels pour assurer la pérennité de la vie et la régénération de cette société?

À titre d'exemple, depuis quelques décennies au Québec, on observe une tendance au report constant de la première naissance et un resserrement des calendriers de grossesse vers l'âge de 25 à 30 ans, qui s'accompagne d'un déclin des taux de fécondité chez les 20-24, déclin partiellement compensé par une légère hausse chez les plus de 30 ans. Ainsi, alors qu'en 1970-1971, seulement 17,1 % de Québécoises de 30 ans étaient sans enfant, ce taux atteignait 42,1 % en 1999-2000 (ISQ et CSF, 2002)...

**Pendant ce temps,
au plan de la santé
génésique, on voit
s'amplifier et s'accé-
léraler les effets per-
vers des nombreux
facteurs à l'origine
des problèmes
de fertilité et de
fécondité.**

**Comment expliquer
que les pouvoirs
publics n'aient mani-
festement pas encore
saisi l'urgence de res-
pecter les équilibres
écologiques et socio-
économiques essen-
tiels pour assurer la
pérennité de la vie et
la régénération de
cette société?**

Or, compte tenu du fléchissement de la fertilité après 35 ans, le report de la première naissance et la contraction du calendrier de grossesse risquent de contribuer à réduire le taux de natalité et d'accroître le recours aux NTR. Dans une société où les relations sexuelles s'amorcent souvent au début de la puberté et généralement avec des partenaires multiples ou du moins successifs, on peut faire l'hypothèse que les risques de voir les effets de maladies sexuellement transmissibles perturber la fertilité et accroître le recours aux NTR augmentent avec l'âge. De même, les risques de voir les effets de perturbation endocrinienne liés à la bioaccumulation et à la synergie de certains polluants persistants (dioxines, furannes, BPC et au moins une quarantaine de pesticides) affecter la fertilité des géniteurs et la santé des enfants à naître méritent d'être analysés (Colborn, 1996; Vandelac et Bacon, 1999). Ajoutons en outre que le report constant d'une première grossesse, en fonction des aléas de la vie amoureuse et professionnelle, conduit un certain nombre de couples à déceler dans tout échec de programmation un éventuel problème de fertilité, les incitant alors à amorcer la spirale anxigène des tests de fertilité et des recours techniques.

Or, intervenir sur ces facteurs, dont les impacts en cascade perturbent souvent les équilibres personnels et sociaux, aiderait à amorcer un débat social large qui, tout en évitant les pièges des politiques natalistes autoritaires, permettrait néanmoins aux gens qui désirent avoir des enfants de le faire dans de meilleures conditions. Du même coup, cela contribuerait à freiner cette part non négligeable du recours aux NTR liée davantage à des facteurs socio-économiques et culturels que biomédicaux et dont les effets iatrogènes sont souvent extrêmement coûteux tant pour les individus que pour la société (grossesses multiples 30 fois plus nombreuses, enfants prématurés de très petit poids dont un certain nombre auront de sérieuses séquelles, etc.), sans parler de leurs effets psychiques et sociaux.

S'il a fallu 10 ans aux pouvoirs publics pour prendre conscience que l'équilibre familial et le renouvellement des générations exigent pour les parents de jeunes enfants des conditions minimales de conciliation (Vandelac et al., 1995), sans doute faut-il maintenant qu'ils saisissent enfin l'importance de permettre aux jeunes adultes qui le désirent de pouvoir enfin commencer à concilier vie professionnelle, sociale et familiale, sans pour autant compromettre leur sécurité et leur avenir. La tâche est d'autant plus urgente que nos gouvernements font souvent la sourde oreille, même aux évidences les plus criantes.

Ainsi, 20 ans après le constat de l'impact des déterminants sociaux de la santé, et notamment des effets majeurs des écarts socio-économiques et de la pauvreté des enfants sur l'état de santé de la population, le gouvernement québécois s'apprête à

nouveau à sabrer dans l'aide aux plus démunis, alors même que près du tiers des enfants vivent dans la pauvreté, hypothéquant ainsi l'avenir de la santé. Il est vrai que nous n'en sommes pas à une contradiction près. Nous sommes parmi les pays les plus généreux et des plus laxistes au monde à l'égard de « l'industrie du vivant », ces transnationales de l'agrochimie et de la biopharmacie travaillant au remodelage génétique et reproductif du vivant, à visées pharmaceutiques, agronomiques et industrielles, mais nos gouvernements invoquent néanmoins des raisons économiques pour négliger la protection des conditions de fertilité et de fécondité permettant le renouvellement des générations.

Dans la mesure où nous assumons collectivement les coûts de ces priorités en matière de politiques publiques, ne serait-il pas indispensable qu'elles fassent au moins l'objet de débats publics dignes de ce nom? Quand on construit un barrage sur une rivière, il va de soi, désormais, qu'un dispositif public soit prévu pour que les citoyens puissent avoir accès à l'information relative au projet et qu'un processus d'évaluation d'impacts et de consultation publique, impliquant débats et contre-expertises, puisse être mis en place. Cela permet soit de contrer certains projets non viables, soit d'en atténuer considérablement les impacts environnementaux négatifs. Or, ce que nous avons appris à faire pour ne pas défigurer nos rivières, pour protéger la beauté de nos cathédrales d'eau ou encore pour assurer la reproduction des saumons, ne serait-il pas plus urgent de le faire pour la conception de nos enfants et pour la protection de l'écologie du vivant?

Le mouvement des femmes des dernières années a fait un travail colossal sur les fronts de la violence physique et socio-économique pour contrer la discrimination et l'exploitation des femmes. Or, n'est-il pas désormais capital qu'il saisisse le caractère tentaculaire de l'instrumentalisation, de l'expérimentation sur les humains et de la mise en marché des gamètes, de la gestation et des corps qui caractérisent l'évolution des technosciences du vivant? N'est-il pas essentiel qu'il saisisse que c'est l'expérience sensible de l'enfantement et de la matrice de liens qui permet aux petits de naître à eux-mêmes qui est menacée?

Certes, devant la folle fuite en avant technicienne dont nous sommes toujours, après 20 ans, quotidiennement choquée, le mouvement des femmes appuie le projet de loi C-13 sur les technologies de reproduction, qui semble être un moindre mal, on en convient. Mais dans la mesure où il propose qu'un organisme de contrôle puisse éventuellement cautionner à peu près tout ce qu'il interdit formellement de faire, il importe de mettre déjà en évidence nos critiques. De même, dans la mesure où ce projet de loi accepte que des femmes deviennent « des servantes écarlates », pour reprendre le

Nous sommes parmi les pays les plus généreux et des plus laxistes au monde à l'égard de « l'industrie du vivant », ces transnationales de l'agrochimie et de la biopharmacie travaillant au remodelage génétique et reproductif du vivant.

titre du roman de Margaret Atwood sur les mères porteuses, il importe de refuser cette inqualifiable violence symbolique réduisant un être à un objet de don ou de troc, glaciale opération enrobée de prétendue générosité guimauve. Si nos objections, nos critiques et nos réserves ne sont pas clairement étayées, comment éviter alors de se faire piéger par ceux qui invoqueront avec cynisme que le mouvement des femmes était pourtant d'accord avec ce projet de loi? Soyons claires, ce projet de loi est un parfait exemple du Choix de Sophie, film célèbre décrivant ce choix déchirant et impossible que des soldats de camp d'extermination nazi forcèrent des femmes à faire entre leurs deux enfants. Bref, devant l'emballement des recherches sur les cellules souches et les dérives eugénistes à l'œuvre, nous n'avons d'autres choix que de tenter de freiner cet emportement, mais sans illusions, sans compromis et sans que certains prétendent acheter ainsi notre silence.

Conclusion

Ces quelques réflexions, ici trop rapidement brossées, devraient nous inciter à réexaminer les fondements mêmes des technologies de reproduction, ces applications particulières de la cyberscience à l'univers de la reproduction des êtres et du vivant, catégories d'ailleurs désormais confondues, ce qui constitue en soi une véritable révolution paradigmatique. D'autant plus que les horizons eugénistes et marchands s'apprêtent à remodeler complètement l'ensemble du vivant, humain y compris, ce qui passe notamment par une reconfiguration des corps de la pensée sur le corps, voire du corps même de la pensée.

Dans ce contexte, on doit prendre la pleine mesure de ce glissement de la procréation vers l'industrie de la reproduction du vivant, véritable cheval de Troie de ces menaçantes mutations sociotechniques et anthropologiques. À la banalisation qui les enrobe, au nom du choix des femmes et de l'infinie plasticité psychique des êtres humains qui en sont issus, il faut opposer la gravité de leurs effets en cascade et de la perte de sens.

De même, il faut comprendre que la prétendue compassion à courte vue, contribuant à tout légitimer au nom d'une conception du désir et du libre choix trop souvent amalgamée avec « l'interdit d'interdire », signe à terme l'abolition de l'Altérité. Autrement dit, comprendre et partager, tenter de saisir les ressorts psychiques utilisés pour inciter certaines femmes à devenir mères porteuses ou à donner leurs ovocytes ou leurs embryons, ne doit pas impliquer de cautionner ces gestes pour autant.

En fait, à examiner l'emportement, voire parfois le délire techniciste qui anime les développements des NTR, nous devons constater qu'au-delà du travail politique qui

« Le système de santé actuel nous considère comme des consommatrices et on développe toute sorte de produits pour nous offrir des soi-disant choix. Il faut que, collectivement, on revendique la maternité et la naissance citoyenne pour avoir des voix dans l'organisation des services visant les femmes. »

s'impose dans le contexte d'une éventuelle législation sur ces questions impliquant la création d'un organisme réglementaire, c'est à une très sérieuse mise au jour et à un profond réexamen de ces dérives sociotechniques, idéologiques et socio-politico-économiques qu'il faut s'atteler. Il est urgent, devant l'enlisement et la banalisation de ce débat, de renouveler les pistes d'analyse et les stratégies d'intervention et de tisser de nouvelles alliances pour développer une perspective globale sachant tirer profit d'approches diversifiées, notamment de l'approche écosystémique de la santé, dans la perspective :

1. de proposer une approche éco-santé de l'engendrement centrée sur une intervention citoyenne, transdisciplinaire et plurielle, en amont ou du moins précoce des problèmes;
2. d'identifier les principaux facteurs sociaux, économiques, environnementaux et culturels, et leurs différents modes d'articulation, influant :
 - a) sur le report et la concentration des calendriers de grossesse;
 - b) sur la fertilité elle-même;
 - c) sur le recours aux NTR au Québec (conditions d'études, d'emploi, d'insertions professionnelles et de conciliation qui influencent le report des calendriers de grossesse; les effets de perturbation endocrinienne de polluants persistants sur la fertilité; le déclin de la fertilité avec l'âge; etc.).

Cette mise en perspective des facteurs sous-jacents à la crise de la fécondité pourra aider à mieux comprendre les tendances à reporter la conception et les effets de cette crise sur le recours aux technologies de reproduction. En outre, la mise au jour de l'état des connaissances des principales techniques de reproduction humaine, de leur évolution et des acteurs clés du domaine s'avère être également essentielle pour développer des outils d'éducation efficaces permettant d'élargir la démocratisation du savoir dans ce domaine. D'ailleurs, pour assurer un suivi attentif de ces développements sans doute faudrait-il créer un observatoire sur les technologies de reproduction, hypothèse que nous comptons explorer au cours des prochains mois, dans le cadre du groupe de recherche Technosciences et sociétés qui fait partie du CINBIOSE.

« On a besoin d'encourager et de participer à un lobby de femmes ou de gens intéressés à une qualité en santé pour faire en sorte que des lois avec des dents soient mises de l'avant pour contrôler les compagnies pharmaceutiques. »

Enfin, il importe d'identifier les principaux enjeux sociaux, éthiques et juridiques que représentent les NTRH pour le mouvement des femmes afin d'agir sur ces questions dans une perspective de bien commun et d'entreprendre une lecture critique des principaux courants de pensée qui, à l'intérieur des sciences sociales comme du mouvement des femmes, cautionnent et accélèrent un tel mouvement de pensée, désormais incarné dans les corps de nos enfants...

Dans la mesure où ces dérives techniciennes nous conduisent littéralement hors de l'espèce humaine et de cette humanité que nous avons connue jusqu'à présent, il est impératif d'élaborer une approche globale, signifiante et mobilisatrice, centrée sur le tissage et le métissage de nouvelles alliances, notamment pour développer une approche écologique de l'engendrement avec les mouvements citoyens préoccupés de démocratie, de santé et d'écologie.

Débat et discussion

à la suite des conférences d'Abby Lippman
et d'Isabelle Brabant

« Il y a une chose qu'on a tendance à oublier, c'est que tous les moyens artificiels qui sont mis autour de l'accouchement, c'est comme toute la médication qui sort actuellement parce qu'on ne peut se permettre de souffrir. La souffrance, la douleur doivent être enlevées de notre société. Et ça devient un style de vie.

Il y a quelque chose d'humain et de normal à souffrir, mais on a tendance à l'évacuer. »



Une infirmière qui travaille dans un centre hospitalier en clinique d'avortement et en salle d'accouchement a

expliqué que l'hôpital où elle travaille a toujours été très ouvert aux méthodes alternatives en périnatalité : le personnel prône des accouchements naturels et les médecins y croient très fort. Mais depuis quelque temps, ce sont les femmes elles-mêmes qui demandent d'entrée de jeu l'épidurale pour éviter toute souffrance. Cela prouve à quel point la médicalisation s'est infiltrée partout et à quel point les femmes y sont conditionnées. Pour reprendre Ariane Émond : « L'idéologie dominante, elle domine! ».

Isabelle Brabant a renchéri en soulignant qu'il y a 20 ans, les femmes accouchaient généralement naturellement, alors l'épidurale était utilisée pour certains cas exceptionnels. Maintenant, le vent a radicalement changé de direction : l'épidurale est devenue la norme et l'accouchement naturel, une décision qui suscite presque l'étonnement et demande des justifications.

Une maman et étudiante sage-femme a fait part de son découragement face à la médicalisation, mais aussi de son espoir, car il est possible de refuser cette médicalisation en sensibilisant les gens autour de nous face aux approches alternatives et naturelles qui existent. Il est intéressant de mentionner que cette jeune maman est parvenue à accoucher à 44 semaines de grossesse malgré les fortes pressions qu'elle subissait pour se faire provoquer. Voilà une preuve de courage et de détermination bien inspirante!

Une militante féministe de longue date a pour sa part fait preuve de moins d'optimisme face à cette médicalisation qui touche la maternité, mais aussi l'ensemble de la santé. Au moindre problème de santé et à la moindre douleur, la prise d'un médicament est conseillée, si bien que l'omniprésence de médication est devenue un style de vie. Pourtant, dans la souffrance et la douleur que la société veut enrayer à tout prix, il y a quelque chose de normal et d'humain que nous avons tout intérêt à accepter.

Synthèses des ateliers de discussion

- L'omniprésence des compagnies pharmaceutiques dans la vie reproductive : plus de choix ou plus de risques?
- La peur de l'accouchement : construction d'une technique annoncée
- Les nouvelles technologies de la reproduction : exploitation du désir d'enfant?

Atelier n° 1



L'omniprésence des compagnies pharmaceutiques dans la vie reproductive : plus de choix ou plus de risques?

Atelier dirigé par **Abby Lippman**

*professeure à l'Université McGill
et coprésidente du Réseau canadien pour la santé des femmes*

Synthèse de l'atelier réalisée par **Nathalie C. Parent**

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

« Il y a tellement de coupures actuellement que les CLSC ne peuvent même plus produire leurs propres dépliants. Ce sont les compagnies pharmaceutiques qui les produisent maintenant, dans leur intérêt. »

La question des compagnies pharmaceutiques a suscité de grands débats parmi les participantes. À l'heure actuelle, les compagnies pharmaceutiques s'immiscent dans plusieurs secteurs allant de la publicité grand public au lobby politique, en passant par le secteur de la recherche et de l'éducation.

Si on regarde la chose de plus près, on constate que les compagnies pharmaceutiques exercent leur influence de plusieurs façons. Elles s'infiltrent entre autres dans la formation continue des professionnelles de la santé en leur donnant des informations qui ne sont pas dépourvues d'intérêt. Ces entreprises abordent aussi directement les médecins en leur fournissant des échantillons de médicaments qui sont toujours sous brevet et qui ne sont donc pas encore disponibles en médicament générique à coût moindre. Cette promotion marketing a pour conséquence de favoriser la création d'habitudes de consommation chez les patientes, ce qui sert bien les intérêts des compagnies pharmaceutiques. Plusieurs s'inquiètent aussi de la puissante influence du lobbying de ces compagnies auprès de différentes instances gouvernementales.

Les publicités sur les médicaments diffusées actuellement, comme celles sur le Viagra ou sur les pilules contraceptives Alesse, ou le médicament contre l'acné

Diane 35, sont un exemple de cette influence. Or, une loi canadienne interdit ce type de publicité. Certes, la nature de ces produits n'est pas mentionnée explicitement sur les publicités, mais la population finit toujours par connaître la fonction de ces médicaments. Ces publicités ont un impact direct majeur sur les consommateurs et les consommatrices.

Il est aussi alarmant de constater l'implication des compagnies pharmaceutiques dans certains secteurs industriels, comme la pétrochimie ou les biotechnologies, alors que la pollution de l'environnement constitue l'une des causes favorisant le développement de certaines maladies, comme l'asthme, qui nécessitent des médicaments.

De plus, les compagnies pharmaceutiques ne s'attaquent pas uniquement aux maladies, mais aussi à la santé en faisant la promotion de médicaments préventifs.

Face à cette situation, quel est notre pouvoir en tant qu'individu et en tant que collectivité? Il est nécessaire de sensibiliser les gens sur les pratiques de ces entreprises et de faire des pressions sur les partis politiques, car seules les lois peuvent vraiment freiner les compagnies pharmaceutiques. Ainsi, les participantes de l'atelier ont suggéré que le gouvernement « mette ses culottes! » et qu'un lobby politique actif soit mis sur pied pour contrôler l'influence des compagnies pharmaceutiques à l'aide de lois.

La création d'un organisme parapluie a aussi été proposée afin de fournir une information indépendante qui serait diffusée aux professionnelles de la santé et à l'ensemble de la population. Cet organisme pourrait être financé par les compagnies pharmaceutiques elles-mêmes, qui donneraient un pourcentage de leurs profits à cette fin. Comme l'a ironisé Abby Lippman : « C'est une façon de récupérer les impôts non payés! »

Finalement, les femmes ont exigé que le principe de précaution soit appliqué afin d'assurer l'innocuité des médicaments à long terme, ce qui n'est pas le cas de plusieurs médicaments en circulation. Bref, comme le but premier des compagnies pharmaceutiques n'est pas la santé de la population mais bien la maximisation de leurs profits, il importe de demeurer toujours vigilantes et critiques à leur égard et de poser des actions pour contrôler leur influence.

Les compagnies pharmaceutiques ne s'attaquent pas uniquement aux maladies, mais aussi à la santé en faisant la promotion de médicaments préventifs.

Atelier n° 2



La peur de l'accouchement : construction d'une technique annoncée

Atelier dirigé par **Isabelle Brabant** , *sage-femme*

Céline Lemay , *sage-femme*

Hélène Rousseau , *médecin de famille*

Synthèse de l'atelier réalisée par **Céline Lemay**

La peur d'accoucher est un sentiment normal qui existe depuis toujours et pour toutes les mères à venir. L'accouchement est un moment difficile et éprouvant, où les femmes sont à la fois fortes et fragiles et lors duquel elles éprouvent une certaine peur. Or, avec le discours médical et social actuel qui présente l'accouchement comme un grand moment de risques pour la femme et pour le bébé, cette peur naturelle s'en trouve forcément hypertrophiée. Il est alors perçu comme un problème demandant d'être traité et des moyens technologiques ont donc été développés pour ce faire.

Si une bonne information peut donner du pouvoir et rassurer les femmes pendant leur grossesse, il existe aussi, en contrepartie, un certain discours et de l'information qui peuvent alimenter la peur. De même, si informer une femme sur l'accouchement consiste en un simple transfert de données scientifiques, neutres et objectives par un expert en la matière, il n'est pas étonnant que la peur d'accoucher s'en trouve grandie. Cette attitude ne favorise pas un dialogue entre la femme et les intervenantes, et elle ne favorise pas le courage. À l'autre extrême, le silence peut aussi nourrir la peur si on ne la nomme pas.

L'épidurale soulève une problématique qui touche aussi à la peur. En anesthésiant la douleur lors de l'accouchement, on fait taire une grande part de la peur des

femmes en leur donnant une impression de contrôle, mais on empêche ainsi la découverte d'autres dimensions comme la fierté, la puissance, le courage, la confiance, etc. Peut-être que les femmes auraient tout avantage à vivre ces expériences que l'on s'efforce actuellement d'occulter.

Dans ce contexte, il s'avère important d'alerter les professionnels en obstétrique sur le pouvoir qu'ils ont de faire croître la peur des femmes si leurs informations sont trop techniques et si l'ouverture au dialogue est ardue. Il faut du même coup les conscientiser à la possibilité d'atténuer cette peur d'accoucher en adoptant une attitude et un langage adéquats et de trouver les moyens pour revitaliser la confiance minée des femmes. Ceci peut se réaliser en présentant l'accouchement autrement que dans une logique de risque : il est navrant de constater que si peu de femmes croient qu'un accouchement puisse bien se dérouler.

On retrouve tout de même beaucoup d'initiatives et de projets très encourageants qui sont mis sur pied pour contrer la médicalisation et qui redonnent espoir aux optimistes fatiguées... ! D'ailleurs, il n'y a pas de grands mouvements sociaux qui n'ont pas débuté avec le partage d'expériences personnelles et l'accomplissement de petites actions.

Isabelle Brabant a voulu renchérir sur l'importance d'un processus de réflexion continue sur la naissance et sur la nécessité que cette réflexion se poursuive en dehors du mouvement des sages-femmes et des groupes comme le Regroupement Naissance-Renaissance. La naissance touche beaucoup de femmes de tous les milieux et ce discours alternatif face à l'accouchement a besoin d'être porté plus largement pour en faire une revendication citoyenne.

« Le moteur qui sera le plus puissant par rapport au changement sera l'arrivée des sages-femmes et ce n'est pas pour rien que ça ne se fait pas rapidement, parce que c'est très menaçant. »

Atelier n° 3



Les nouvelles technologies de la reproduction humaine : exploitation du désir d'enfant?

Atelier dirigé par **Nathalie Parent** , *coordonnatrice à la FQPN*

Bibiane Béland , *agente de recherche*

Marie-Christine Krouack , *avocate et militante féministe*

Synthèse de l'atelier réalisée par **Marie-Christine Krouack**

Le dossier NTR est très déchirant, entre autres, parce qu'il met en opposition les intérêts individuels et collectifs. C'est pourquoi nous devons donner la voix à tout le monde, sans se limiter aux femmes infertiles, car les enjeux sont beaucoup plus larges.

Les femmes qui utilisent ces services ne connaissent pas véritablement les chances de réussite puisque les données diffusées par les cliniques de fertilité ne sont pas calculées de façon standardisée. Il s'avère donc nécessaire pour ces femmes d'obtenir d'abord l'information exacte sur les taux réels d'échec et de réussite en clinique. Aussi, le monde médical est en train de réduire le temps d'essai pour une femme ou un couple qui souhaite concevoir un enfant à un an avant d'avoir recours aux services d'une clinique de fertilité. Pourtant, on suggérerait autrefois aux femmes et aux couples d'attendre deux ans avant de parler d'infertilité.

Pour Louise Vandelac, les technologies de conception artificielle se présentent souvent comme ultimes recours à la stérilité des couples, alors qu'elles contournent en fait ces problèmes sans les soigner. Selon elle, l'infertilité et la stérilité sont la raison première des NTR. La sympathie à l'égard des couples désirant un enfant à tout prix, la culpabilité de ne pas en vouloir ou la crainte de ne pas le pouvoir ont rapidement été utilisés pour disqualifier quiconque de ne pas déjà utiliser les

services d'une clinique de fertilité. On ne parle jamais du processus de deuil relié à l'infertilité, de la possibilité d'envisager de vivre sans enfant.

On ne mentionne jamais non plus les causes de l'infertilité. Or, les problèmes de fertilité et de fécondité sont souvent associés à un ensemble de facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux sur lesquels il est généralement possible d'intervenir en amont. On préfère cependant développer les NTR pour contourner ces problèmes plutôt que d'intervenir sur les facteurs déterminants!

Les NTR soulèvent donc des enjeux éthiques importants et ouvrent la voie au danger de glissements rapides. Entre autres, on mentionne le glissement de la notion du désir d'enfant vers le droit à l'enfant, la possibilité de choisir le sexe d'un enfant (sexage), la possibilité de faire des enfants des objets de consommation.

Par rapport au projet de loi, les participantes à l'atelier se sont interrogées sur les actions à poser et sur les moyens de concertation face à la commercialisation humaine. Abby Lippman a soulevé l'importance de voter en faveur du projet de loi sur la procréation assistée même s'il comporte quelques faiblesses. Il permettra tout de même d'exercer un certain contrôle sur le développement des nouvelles technologies de reproduction. Elle a aussi ajouté que, même si le projet de loi sur la procréation assistée est approuvé, on retrouvera certainement des lacunes quand viendra le temps d'élaborer la réglementation. Il sera donc nécessaire, à ce moment, d'exiger du gouvernement québécois de combler ces lacunes en imposant des règlements plus sévères au niveau québécois.



26 AVRIL – Deuxième journée

La deuxième journée ouvrait sur un portrait des services en matière de planning des naissances et d'éducation sexuelle au Québec pour ensuite faire place à l'identification de pistes d'action collective découlant des réflexions des deux journées.



Lorraine Dagenais, de la FQPN



Une participante au colloque



L'atelier La peur de l'accouchement : construction d'une technique annoncée

Conférences

Portrait des services

en matière de planning des naissances

et d'éducation sexuelle au Québec

L'accès aux services de planning des naissances : un bilan mitigé

Conférence de **Nathalie Parent**

coordonnatrice à la FQPN

LA FQPN A PUBLIÉ, EN MAI 2002, LES RÉSULTATS DE SA RECHERCHE-ACTION INTITULÉE LES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES AU QUÉBEC : PORTRAIT DES SERVICES ET PAROLES DE FEMMES. CETTE RECHERCHE-ACTION PRÉSENTE L'ÉTAT DES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES OFFERTS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN 1999, DRESSE UN PORTRAIT DE LA SATISFACTION ET DES BESOINS DES FEMMES FACE À CES DERNIERS ET SUGGÈRE DES STRATÉGIES D'ACTION COLLECTIVE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES.

LA PRÉSENTATION DE NATHALIE PARENT PORTE DONC SUR LES PRINCIPAUX CONSTATS DÉCOULANT DE CETTE RECHERCHE-ACTION ET DE LA TOURNÉE DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION RÉALISÉE PAR LA FQPN L'AUTOMNE DERNIER DANS CINQ RÉGIONS DU QUÉBEC.



Plusieurs raisons ont poussé la FQPN à entreprendre cette recherche-action.

D'abord, la Fédération recevait de plus en plus de témoignages d'intervenantes en santé et de femmes qui démontraient une certaine diminution des services de planning des naissances. La FQPN voulait être en mesure d'évaluer les impacts des multiples transformations et coupures qu'a subi le réseau public de la santé au cours des dernières années sur les services de planning des naissances. Elle voulait aussi vérifier jusqu'à quel point les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances adoptées en 1996 étaient appliquées. Enfin, elle voulait savoir si les femmes étaient satisfaites des services de planning qu'elles recevaient dans le réseau public et elle souhaitait mieux connaître leurs besoins.

Grâce à un questionnaire distribué dans les centres hospitaliers et les CLSC et dont le taux de réponse a atteint 78 %, la FQPN a pu dresser un portrait des services de planning selon cinq aspects : premièrement, l'organisation des services et deuxièmement, l'étude de quatre volets des services, soit la contraception, les méthodes d'urgence, la stérilisation et l'avortement.

Afin de connaître l'opinion des femmes face à tous ces services, la FQPN a réalisé quatre focus groups dans quatre villes du Québec. Elle a aussi organisé des ateliers de discussion avec des femmes actives ou militantes dans le milieu de la santé afin d'identifier avec elles les obstacles actuels au libre choix et de déterminer les pistes d'action possibles pour faire en sorte que les services de planning répondent vraiment aux besoins des femmes. En tout, 150 femmes ont ainsi participé à la recherche-action.

Avec les résultats de la recherche en main, la FQPN a effectué une tournée dans cinq régions du Québec avec la collaboration de ses groupes membres. En tout, 83 femmes et deux hommes provenant essentiellement du réseau de la santé, des groupes de femmes, du Conseil du statut de la femme, des groupes jeunesse, d'éducation populaire et des groupes luttant contre le sida ont été visités.

Le premier grand constat de cette tournée est que les femmes de 25 ans et plus souffrent d'un manque d'accès aux services de planning puisque 91 % des CLSC qui ont répondu au questionnaire disent réserver leurs services à une clientèle ciblée, soit les jeunes de 18-25 ans. Quant à la pilule du lendemain, elle n'est disponible que dans 30 % des CLSC. Bien que l'accès aux services de planning en centre hospitalier soit meilleur, les femmes ne pensent pas à aller dans les hôpitaux pour demander des informations sur la contraception.

Le second grand constat concerne l'effritement des services. Depuis 1992, les multiples coupures et la course au déficit zéro ont entraîné la fermeture de plusieurs hôpitaux avec, parfois, la fermeture de leur clinique de planning sans que les budgets qui y étaient alloués soient redistribués ou que les équipements soient transférés. Dans les CLSC, on a remarqué une intégration fréquente des services de planning au sein des services courants et une diminution du temps accordé à ces mêmes services alors que les besoins des femmes, eux, n'ont pas diminué. Lors de la réalisation de la tournée, il a parfois été difficile de trouver, au sein des CLSC, les responsables des services de planning, puisque personne n'était attiré à ce service et qu'il n'existe plus de département ou de clinique de planning en tant que tel. À cette réduction des intervenantes en services de planning dans les CLSC, s'ajoutait la réduction du nombre d'infirmières en milieu scolaire.

Le principal mode d'intervention en matière de planning est la rencontre individuelle. Or, par manque de ressources, les intervenantes témoignent avoir de moins en moins de temps à accorder à chaque femme tant elles sont débordées. Les rencontres individuelles sont donc davantage axées sur l'aspect médical, faute de temps pour poser des questions et pour y répondre. Dans un contexte semblable, les intervenantes n'ont d'autre choix que de se concentrer sur les aspects médical et curatif en délaissant les aspects préventif et éducatif, qui sont autant — sinon plus — importants. Pour leur part, les femmes se considèrent « chanceuses » lorsqu'elles parviennent à rencontrer quelqu'un qui prend le temps de répondre à leurs questions.

On a aussi observé que les CLSC n'ont plus de budget pour produire leur propre

Les femmes se considèrent « chanceuses » lorsqu'elles parviennent à rencontrer quelqu'un qui prend le temps de répondre à leurs questions.

documentation, ce qui constitue pourtant un autre mode d'intervention important. L'information qui est distribuée aux femmes provient donc essentiellement des compagnies pharmaceutiques, avec ce que cela comporte comme enjeux.

Si l'accent est mis sur les infirmières, c'est que la recherche-action a révélé que ce sont principalement elles qui dispensent les services de planning des naissances. Les équipes de planning sont composées majoritairement d'infirmières et de médecins, et c'est dans moins d'un tiers des CLSC et moins de 20 % des centres hospitaliers que ces équipes vont être complétées par d'autres professionnelles, telles que des sexologues, des psychologues ou des travailleuses sociales. Pourtant, comme le planning des naissances touche à plusieurs aspects de la vie des femmes, il est fondamental que les équipes soient multidisciplinaires. On est donc très loin de cette approche multidisciplinaire qui était d'ailleurs privilégiée dans les Orientations ministérielles.

Face à l'éducation sexuelle, on s'inquiète de l'abolition des cours de formation personnelle et sociale dans les écoles secondaires, qui assuraient une certaine éducation sexuelle. On s'inquiète de l'évolution de la sexualité dans notre société, qui devient de plus en plus banalisée et souvent présentée hors d'un contexte amoureux. On s'inquiète également de ce que les médias diffusent comme image de la sexualité. Parallèlement, on observe partout une grande méconnaissance et une grande déconnexion des femmes par rapport à leur corps. Bien qu'il soit extrêmement important d'éduquer les jeunes en matière de sexualité, il ne faut pas oublier les femmes adultes à ce chapitre, car tout le monde n'a pas eu accès à une éducation sexuelle et les besoins des femmes changent avec le temps.

« Avant, il y avait des lieux où on allait comme intervenantes où en même temps on défendait des revendications, où il y avait un peu plus qu'un échange professionnel pour se tenir à jour... maintenant, ça devient très compliqué de faire de la politique. On ne peut plus revendiquer. »

En matière de contraception, la recherche-action a révélé que les principales méthodes qui sont présentées dans les établissements sont en premier lieu les méthodes hormonales, soit la pilule et le Depo-Provera. La popularité de cette dernière méthode a d'ailleurs surpris la FQPN, car au moment de l'étude, ce moyen n'avait été approuvé comme contraceptif que depuis deux ans seulement. Le condom jouit aussi d'une grande popularité bien qu'il ne soit pas vraiment utilisé pour sa valeur contraceptive mais plutôt pour sa valeur protectrice contre les ITS. Les intervenantes font, par exemple, la promotion de la double protection, soit l'utilisation à la fois de la pilule et du condom.

Ainsi, on s'aperçoit que les informations sur la contraception sont données de façon très inégale : il y a une forte préférence pour les méthodes hormonales avec un taux d'efficacité élevé au détriment d'autres méthodes telles que le condom féminin, la cape cervicale, le stérilet, etc. Les femmes se sont dites satisfaites des services

offerts en contraception lorsqu'elles ont déjà choisi leur méthode contraceptive. Par contre, lorsqu'elles souhaitent changer de méthode contraceptive ou qu'elles veulent autre chose que la pilule, il leur est difficile d'avoir accès à une information complète sur les différents types de contraceptifs existants.

Pendant la tournée, la critique face à la contraception hormonale a soulevé énormément de débats. D'un côté, on trouve que la pilule et les autres méthodes hormonales améliorent l'autonomie des femmes alors que les autres moyens contraceptifs ne sont ni très attirants ni très efficaces. De l'autre côté, on considère que les femmes devraient être informées de toutes les méthodes disponibles, car en ne sachant pas qu'une méthode contraceptive existe, les femmes ne peuvent la considérer comme une option possible. Chose certaine, le contraceptif idéal n'a pas encore été inventé, soit celui qui n'est pas nocif pour la santé à court et à long terme, dont l'utilisation est sous le contrôle des femmes, qui est abordable, voire gratuit, qui est facile d'utilisation et qui est aussi très efficace. Plus d'une dénoncent aussi que les recherches en matière de contraception se fassent principalement au niveau des méthodes hormonales et de longue durée.

Cette préférence pour les contraceptifs hormonaux et très efficaces, jumelée à une information difficile d'accès sur toute la gamme de méthodes contraceptives et à une diminution de temps et d'argent alloués aux services de planning, restreint la capacité des femmes d'exercer leur libre choix en matière de contraception.

Bien que les contraceptifs ne soient toujours pas gratuits à l'heure actuelle, les échantillons de contraceptifs oraux et parfois de condoms constituent une forme de gratuité. Or, cette gratuité pose problème, car en donnant des échantillons offerts par certaines compagnies, on incite les femmes à adopter une sorte de pilule plutôt qu'une autre. Est-il acceptable de distribuer un échantillon plutôt qu'un autre simplement parce que les compagnies pharmaceutiques en font davantage la promotion? L'acceptabilité de cette pratique est donc remise en cause par certaines femmes, car toutes les méthodes contraceptives devraient être gratuites et ne devraient pas dépendre des stratégies marketing des compagnies pharmaceutiques.

Il est alarmant, aussi, d'apprendre que la formation des professionnelles en santé reproductive ne représente que quelques heures du programme académique : trois heures seulement sont allouées à la contraception en technique infirmière et aucune au baccalauréat. Certes, les sexologues reçoivent une formation de 45 heures sur la contraception, mais elles ne font pas partie des équipes de planning. Les compagnies pharmaceutiques ont une grande influence sur la formation continue des profession-

**Il est alarmant,
aussi, d'apprendre
que la formation des
professionnelles en
santé reproductive
ne représente que
quelques heures
du programme
académique.**

nelles de la santé, car ce sont elles qui ont les moyens — et les intérêts — d'offrir des formations de façon continue.

Le principal problème lié à la pilule du lendemain au moment de la recherche était son manque d'accessibilité dû principalement aux heures d'ouverture des CLSC et aux files d'attente dans les urgences des hôpitaux. Depuis quelque temps, l'adoption d'une nouvelle mesure a permis aux femmes de se procurer la pilule du lendemain dans les pharmacies, qui sont souvent ouvertes 24 h. Cette mesure avait été accueillie chaleureusement jusqu'à ce qu'on apprenne que les femmes devaient déboursier des frais pour une consultation obligatoire avec le pharmacien.

Il serait aussi primordial que les consultations en pharmacie se déroulent de façon confidentielle, ce qui ne semble pas être souvent le cas, et que l'on fasse la promotion de cette nouvelle mesure, car beaucoup de femmes ne sont pas au courant de la disponibilité de la pilule du lendemain en pharmacie.

En ce qui a trait à la stérilisation, il semble que l'accès à la vasectomie et à la ligature des trompes soit relativement limité. Ce manque d'accessibilité touche tout particulièrement la vasectomie, car cette intervention est offerte dans seulement 7 % des CLSC et 54 % des centres hospitaliers. Il en résulte que les personnes désirant se faire stériliser seront souvent contraintes de se diriger vers les cliniques privées. Les services de stérilisation sont aussi difficiles d'accès pour les jeunes femmes de moins de 30 ans, à qui l'on recommande une évaluation psychosociale, ainsi que pour les femmes qui approchent de la ménopause.

« Dernièrement, on manque de médecins à notre clinique privée, les jeunes se font même dire d'aller voir des médecins en clinique privée. À deux jours par semaine, je ne peux pas répondre aux demandes en besoin de contraception. »

En matière d'avortement, le principal problème au moment de l'étude réside au niveau du délai d'attente qui pouvait atteindre de trois à quatre semaines dans certaines régions. Lorsque les services d'avortement sont intégrés aux services courants, les femmes ont plus de risques de rencontrer du personnel qui n'est pas à l'aise avec la question du libre choix face à l'avortement. La FQPN recommande donc fortement que les services d'avortement soient offerts dans des établissements réservés à cette pratique parce que l'atmosphère, l'accueil, l'ouverture sont extrêmement importants pour les femmes quand il s'agit d'avoir recours à ce service. La majorité des femmes qui ont participé à la recherche souhaitent aussi avoir la possibilité d'être accompagnées lors d'un avortement, ce qui n'est possible que dans 43 % des CLSC et dans 61 % des centres hospitaliers.

Le manque de ressources et le manque de médecins qui pratiquent des avortements constituent d'importants obstacles à l'accès à l'avortement. Au Québec, il n'y a

qu'une quarantaine de médecins qui pratiquent l'intervention. Dans des villes comme Montréal, on retrouve beaucoup de points de service, mais dans certaines régions, comme Sept-Îles, les services d'avortement dépendent souvent d'un seul médecin; le départ dudit médecin signifiant donc l'arrêt des services. La pénurie de la relève de médecins qui pratiquent l'avortement est aussi inquiétante. Certes, toutes les régions du Québec présentent des points de service en avortement, mais les femmes qui habitent les régions éloignées des centres urbains doivent parfois voyager pendant deux à trois heures pour se rendre au point de service le plus près, déplacements qui peuvent être fréquents et qui ne sont pas remboursés s'ils n'atteignent pas 250 kilomètres. Pour ce qui est des avortements de 2^e trimestre, qui demandent souvent de rester sur place au moins deux journées, aucun service d'hébergement n'est offert aux femmes qui doivent se déplacer pour l'intervention.

Les services d'avortement comportent différents volets, soit le soutien à la prise de décision, la préparation à l'avortement, l'intervention et le postavortement. Or, seulement 12 % des CLSC offrent l'ensemble de ces services. Ainsi, les femmes doivent souvent se déplacer d'un endroit à un autre pour recevoir la totalité des services en avortement. Lors de sa tournée, la FQPN a constaté un certain manque de coordination entre les établissements offrant les différents services. Par exemple, certaines femmes ont parfois deux rencontres préavortement, l'une au CLSC de leur région et la deuxième dans l'établissement où est pratiqué l'avortement. Des ententes pour des services bien coordonnés entre les différents établissements offrant des services d'avortement seraient donc indispensables pour éviter ce genre de situation.

Depuis mai 2001, de nouveaux fonds ont été injectés pour la consolidation et le développement des services d'avortement. Ces fonds représentent un important gain, même si la somme allouée a été inférieure à ce qu'avaient demandé les médecins et intervenantes. Pour certains, cette injection d'argent a permis d'augmenter les jours de services ou d'offrir des services de 2^e trimestre. Pour d'autres, ces fonds ont permis l'achat de nouveaux équipements sans pour autant permettre l'embauche de personnel supplémentaire qui permettrait d'offrir plus de services. Les retombées de cette injection de fonds sur les délais d'attente et le nombre d'avortements sont donc toujours sous étude.

Pendant la tournée, la FQPN a constaté que les personnes œuvrant dans le domaine du planning des naissances travaillent de façon isolée et sont plus souvent qu'autrement débordées. Les participantes à la tournée ont donc grandement apprécié de pouvoir prendre le temps de rencontrer d'autres groupes de femmes et d'autres

« Les compagnies pharmaceutiques cherchent actuellement à faire un regroupement d'infirmières scolaires en planning. C'est très préoccupant. Ce sont elles qui vont donner l'information sur la contraception. »

intervenantes afin d'échanger et de se ressourcer. D'ailleurs, dans plusieurs régions, les participantes ont décidé de mettre sur pied des tables de concertation ou d'organiser des rencontres annuelles afin de poursuivre les échanges, les réflexions et d'établir des liens plus solides entre les différentes intervenantes en planning.

À la suite de la tournée, la FQPN propose de mettre sur pied une coalition multisectorielle comprenant des intervenantes et des groupes de femmes afin de revendiquer diverses améliorations dans les services de planning, dont le retour des services en planning des naissances dans les CLSC, des services de planning offerts aux femmes de tous âges sans discrimination, la gratuité réelle des méthodes contraceptives pour les jeunes femmes et jeunes hommes de moins de 25 ans, des équipes multidisciplinaires pour dispenser les services, etc.

*« Quand je suis entrée
il y a six ans dans
mon CLSC, je faisais
partie d'une équipe
multidisciplinaire en
planning qui donnait
un service de qualité
aux femmes, un
accompagnement du
début à la fin. Ce
n'est plus le cas depuis
la perte de notre méde-
cin. La présence des
travailleuses sociales
est remise en question
continuellement. »*

Débat et discussion

à la suite de la conférence de **Nathalie Parent**



L'ensemble des femmes qui ont fait des interventions suite à la conférence de Nathalie Parent ont

démontré que le portrait des services de planning dressé par la FQPN correspond effectivement à la réalité. Une infirmière scolaire travaillant dans un CLSC a trouvé la proposition de la coalition très intéressante, mais elle a souligné la difficulté pour les infirmières de se mobiliser pour cette cause, d'abord parce qu'elles sont débordées et ensuite parce que les ambitions revendicatrices des infirmières ne sont guère appréciées par la direction de leur CLSC. Dans un autre ordre d'idées, elle a ajouté que les compagnies pharmaceutiques cherchaient à faire un regroupement d'infirmières en planning. Pour elle, si les infirmières ne se présentent pas aux formations données par les compagnies pharmaceutiques, elles ne disposent d'aucun autre moyen pour acquérir de l'information nouvelle sur la contraception.

« Je pense que la démarche que vous faites ici est excellente, ça me donne beaucoup de motivation à retourner dans mon milieu de travail et dire qu'il faut donner un service de qualité. »

Si la participation de professionnelles cause des problèmes politiques, il est suggéré de faire porter les revendications de la coalition davantage par les groupes de femmes. Cependant, la mobilisation des groupes de femmes sur les questions de santé reproductive est également difficile, car les luttes actuelles des groupes de femmes portent surtout sur la violence, la pauvreté ou la santé mentale.

À la lumière des résultats de la recherche-action, une infirmière en planning a réalisé la chance qu'elle avait de pouvoir offrir des services de planning à temps plein bien que l'avenir de son poste soit très incertain. Il y a six ans, elle faisait partie d'une équipe multidisciplinaire complète, ce qui permettait d'offrir un service de qualité aux femmes avec un accompagnement du début à la fin. Ce n'est plus le cas depuis le départ du médecin. Comme les services de planning reposent beaucoup sur les médecins, il serait pertinent de les conscientiser sur l'importance des services de planning et sur les besoins des femmes à ce chapitre au cours de leur formation.

Heureusement, on retrouve quelques exceptions à la règle, comme par exemple une clinique jeunesse où une équipe de planning composée de quatre infirmières et de quatre médecins offre des services cinq jours par semaine! N'est-il pas aberrant que cette situation, qui devrait être normale, suscite un étonnement tant elle est rare? Une infirmière travaillant dans cette clinique a soulevé le problème du coût de la pilule du lendemain en pharmacie et de la consultation qui s'élève à une quarantaine de dollars, montant que tous les jeunes ne peuvent se procurer. Le prix des contraceptifs oraux pose le même problème, si bien que certaines jeunes filles sont parfois obligées de sauter des mois de pilule faute de ressources monétaires.

Une femme du Regroupement Naissance-Renaissance a suggéré d'aller vérifier dans les codes déontologiques de tous les ordres (médecins, infirmières, etc.) les clauses qui pourraient contrer l'influence des compagnies pharmaceutiques sur les professionnelles de la santé et les conflits d'intérêts possibles.

« On pourrait aller vérifier dans les codes de déontologie si on y fait mention des possibles conflits d'intérêts des professionnels de la santé qui acceptent des faveurs des compagnies pharmaceutiques. »

L'éducation sexuelle à l'école : mal nécessaire ou privilège?

Conférence de **Marie-Andrée Bossé**

sexologue



Pour les parents, le corps enseignant

ou les organismes jeunesse qui ne voient pas l'importance de l'éducation sexuelle auprès des jeunes, mais qui se laissent

convaincre de la nécessité d'en faire, l'éducation est un mal nécessaire. Elle constitue aussi un mal nécessaire pour certaines écoles qui ne donnent des ateliers d'éducation sexuelle que lorsqu'elles sont confrontées à des situations de crise ou à des événements à caractère sexuel chez les jeunes. L'éducation sexuelle devient alors au service de la prévention de certaines catastrophes.

Quand l'éducation sexuelle est imposée dans une structure et que les personnes soudainement impliquées ne sont pas nécessairement intéressées, motivées à faire de l'éducation sexuelle, on peut aussi parler de mal nécessaire. Certaines intervenantes n'ont tout simplement pas envie d'être confrontées à des questions, à des situations embarrassantes, ou elles ne savent pas comment parler aux jeunes ni quelles activités faire ou quels outils utiliser. Pour toutes ces personnes, l'éducation sexuelle est un mal nécessaire. À ce chapitre, il faut préciser que le programme de formation personnelle et sociale (FPS) a eu ses ratés, notamment parce que l'aspect formation des enseignantes a été négligé, autant quant à leurs attitudes qu'à leurs connaissances. Finalement, l'éducation sexuelle est aussi un mal nécessaire pour bien des jeunes qui n'ont plus envie d'entendre parler de sexualité en termes de dangers potentiels et de techniques diverses. Certes, il est fondamental que les jeunes reçoivent des informations techniques face aux ITS ou aux méthodes contraceptives, mais les jeunes souhaiteraient entendre parler aussi d'amour, d'épanouissement, de vie amoureuse plutôt que de mécanique seulement.

Privilège

Malgré ce tableau relativement sombre de l'éducation sexuelle, l'adoption d'un autre angle d'observation nous permet d'en voir une facette un peu plus lumineuse. Ainsi, l'éducation sexuelle est aussi considérée comme un privilège. Elle est un privilège pour les enseignantes qui se sacrifient à enseigner l'ensemble du programme FPS pour finalement pouvoir aborder le volet éducation sexuelle durant quelques rencontres seulement. Pour la majorité des jeunes, c'est aussi un privilège d'avoir droit à des informations relatives à la sexualité. Dans une société où nos besoins de base sont comblés et où nous avons la chance d'avoir un enseignement gratuit, le fait de pouvoir jumeler aux matières académiques un programme d'éducation sexuelle qui développe toutes les compétences personnelles et sociales (le volet affectif et identitaire) sur les rôles socio-sexuels des jeunes est un très grand privilège que nous avons avantage à développer.

L'éducation sexuelle est donc à la fois un mal nécessaire et un privilège. Pour mieux cerner les enjeux actuels de l'éducation sexuelle, en voici un portrait décrivant son passé, présentant son présent et imaginant son avenir.

Il y a plusieurs années, l'Église catholique était la seule responsable de l'éducation sexuelle, qui était alors surtout répressive. Cependant, il y avait tout de même des messages diffusés en matière d'éducation sexuelle. Progressivement, cet enseignement s'est déconfectionnalisé pour devenir plus scientifique, plus objectif. Quelques projets ont alors pris naissance, notamment en collaboration avec le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation. En 1969, monsieur Samson, un pionnier en éducation sexuelle au Québec, a présenté un premier projet d'éducation sexuelle qui a été refusé, car on l'a jugé inadéquat et immoral. Finalement, en 1976, le Conseil supérieur de l'éducation a reconnu l'importance de faire de l'éducation sexuelle, ce qui a donné lieu à la création du programme FPS et à son implantation dans les écoles primaires et secondaires du Québec de 1976 à 1985. Le programme FPS a toutefois été implanté de façon très inégale avec des carences fréquentes au niveau de la formation des intervenantes.

Pour redonner à l'éducation sexuelle l'importance qu'on lui doit, il a fallu une situation de crise qui prenait de plus en plus d'ampleur, soit la vague du sida. Notre présent est encore beaucoup teinté de ces élans de revendications basées sur la lutte contre le sida dont les autorités sanitaires, qui ont fait preuve d'un grand leadership à ce sujet, se sont servies pour rappeler aux intervenantes en milieu scolaire la nécessité de faire de l'éducation sexuelle.

Les jeunes souhaitent entendre parler aussi d'amour, d'épanouissement, de vie amoureuse plutôt que de mécanique seulement.

Notre présent en matière d'éducation sexuelle est comparable à une machine distributrice de collations diverses : il y a des bonnes choses qui donnent plein d'énergie, mais il y a aussi des collations qui ont mauvais goût et très peu de valeur nutritive... ! Donc, de beaux projets existent, entourés d'informations diverses inadaptées aux besoins des jeunes.

De plus, notre présent en matière d'éducation sexuelle est peu reluisant. L'éducation sexuelle gravite autour de la sexualité-problème et de la sexualité-sanitaire qui ne laissent que peu ou pas de place à une sexualité-développement axée sur le respect du développement psychosexuel des jeunes. Beaucoup d'efforts sont mis dans la prévention des catastrophes, et les intervenantes ont souvent des représentations assez négatives de la sexualité et très déphasées face à la réalité des adolescents. Il faudrait donc retourner à nos devoirs, à notre curiosité, à notre désir de comprendre et d'actualiser nos connaissances auprès des jeunes.

« Les parents sont très mal outillés pour parler de sexualité avec leurs enfants. La sexualité des jeunes a changé et nous aussi avons eu accès à une éducation sexuelle bien ordinaire, axée sur les peurs. Les parents sont prêts à participer mais ils ont besoin d'être outillés. »

Depuis 20 ans, le dossier de l'éducation sexuelle a avancé à pas de tortue et a parfois même régressé. Comment se fait-il qu'on en soit encore à résumer la sexualité aux quatre mêmes thèmes, soit la puberté, les relations sexuelles, la contraception et les ITS?

Qu'en est-il de l'avenir de l'éducation sexuelle? Plusieurs craignent qu'elle disparaisse complètement des écoles, mais une question s'impose : « Y est-elle déjà vraiment rentrée? », pour citer Marie-Paule Desaulniers. L'éducation sexuelle prendra une forme intéressante dans le cadre de la réforme scolaire. On va chercher à stimuler l'esprit critique des jeunes sur la sexualité par le biais des domaines d'apprentissage, comme l'enseignement du français. La tâche peut sembler ambitieuse, mais si elle est bien menée, cette approche peut s'avérer très intéressante. À l'automne 2003, le ministère de l'Éducation est censé publier un document innovateur dans le cadre de la réforme en éducation dans lequel on retrouvera un volet éducation sexuelle qui précisera, entre autres, les compétences à développer et les thèmes à aborder au préscolaire, au primaire et au secondaire en matière de sexualité. Ce document est donc attendu avec impatience.

À quoi devrait ressembler l'éducation sexuelle dans un monde idéal? Elle devra comporter les six aspects suivants : d'abord, l'éducation sexuelle devra être complète et globale sans se réduire aux quatre thèmes classiques; elle donnera une grande place aux jeunes afin qu'ils puissent exprimer librement leurs réflexions, leurs idées, leur vécu, leurs questionnements face à la sexualité. L'éducation sexuelle de demain sera aussi familiale, le rôle des établissements scolaires demeurant complémentaire à

celui de la famille. Les programmes d'éducation sexuelle devront être évalués, ce qui n'a pas été fait pendant 25 ans, à l'exception d'une évaluation; ils seront donnés par des gens compétents, motivés, formés et ouverts à la réflexion, ce qui constitue peut-être la pierre angulaire de l'éducation sexuelle. Finalement, l'avenir de l'éducation sexuelle accordera une grande importance au développement de l'identité masculine et de l'identité féminine des jeunes, l'identité étant le pivot de la sexualité de toute personne et l'outil permettant le développement de la capacité d'intimité et de l'univers érotique des jeunes.

À la lumière de ce passé et de ce présent en matière d'éducation sexuelle, il importe qu'une plus grande importance soit accordée à ce volet éducatif et que les erreurs du passé ne soient pas répétées dans l'avenir.

Débat et discussion

à la suite de la conférence de **Marie-Andrée Bossé**



Les interventions en lien avec la conférence de madame Bossé se sont concentrées autour du rôle

des parents dans l'éducation sexuelle. L'animatrice, Ariane Émond, a voulu pousser la réflexion en demandant aux participantes si elles avaient l'impression, comme elle, que les parents, dans l'ensemble, se désengagent de l'éducation sexuelle de leurs enfants en chargeant les institutions scolaires de cette tâche. À cela, une chercheuse et maman a répondu que les parents sont prêts à participer à l'éducation sexuelle de leurs enfants, mais qu'ils sont très mal outillés pour le faire, entre autres parce que la sexualité des jeunes a beaucoup changé en comparaison à la leur, et aussi parce que les parents n'ont pas eu droit à une éducation sexuelle reluisante. Ainsi, il serait important de trouver une façon d'impliquer les parents dans l'éducation sexuelle afin de leur donner les moyens de parler de sexualité avec leurs jeunes.

Marie-Andrée Bossé a appuyé cette intervention en ajoutant que les parents sont souvent plus compétents qu'ils ne le croient pour éduquer leurs enfants sur la sexualité et que même si parfois leurs jeunes ne semblent pas intéressés à leurs propos, leurs messages font du chemin. Donc, en plus d'outiller les parents, il faut les rassurer par rapport à leur capacité à éclairer leurs jeunes en matière de sexualité et par rapport au rôle prépondérant qu'ils ont à jouer à ce chapitre.

Une femme a ajouté que les parents ne se désengagent pas vraiment de l'éducation sexuelle de leurs enfants, mais qu'à ne pas savoir quoi faire, ils préfèrent ne pas s'aventurer dans le sujet. Les parents ont besoin de se rencontrer entre eux, d'échanger sur la sexualité de leurs jeunes pour se rassurer et se faire encourager dans leurs démarches. Il serait important de mobiliser les parents afin de briser leur isolement et de leur donner une occasion d'échanger à ce sujet.

Dans le même sens, Louise Desmarais a renchéri que, plus largement, on a réussi, dans toutes les sphères de nos vies, à nous convaincre que nous sommes relativement

incompétentes et que nous avons besoin d'experts. C'est un peu ce qui se passe face à l'éducation sexuelle. Certes, il peut être très positif de travailler de concert avec des professionnelles de différents milieux, mais cette pratique ne doit pas nous enlever notre confiance et notre capacité à nommer nos réalités. Les parents sont beaucoup plus compétents que ce qu'ils ne croient pour parler de sexualité avec leurs jeunes. Bien que certaines situations familiales difficiles rendent parfois impossible le dialogue entre les parents et les enfants, dans le cas de relations familiales saines, un échange sur la sexualité peut avoir lieu.

Une sexologue a insisté sur la nécessité de donner une place au plaisir et au sentiment amoureux dans les programmes d'éducation sexuelle. Tant que l'on parlera uniquement des dangers de la sexualité, les jeunes auront du mal à s'épanouir dans leurs relations sexuelles, car ils resteront pris avec un sentiment de peur. Même si les parents et le milieu scolaire n'ont pas de mauvaises intentions en voulant protéger les jeunes des dangers potentiels liés à la sexualité, il faut axer davantage nos interventions sur les aspects bonheur, plaisir et découverte, même s'ils sont plus gênants à aborder.

En guise de conclusion, Marie-Andrée Bossé a dévoilé deux projets qu'elle aimerait mettre sur pied, soit organiser des rencontres de type Tupperware avec des parents qui prendraient le temps de se parler de la sexualité de leurs adolescentes et adolescents, ainsi que des camps de fin de semaine parents-ados afin d'établir une communication sur la sexualité. À suivre...!

Synthèses des ateliers de discussion

- Accessibilité universelle et gratuité des services de planning des naissances : une utopie?
- Parler de sexualité : des pistes pour rejoindre les jeunes
- Les nouvelles technologies de la reproduction humaine : le temps d'agir?
- Le pouvoir au quotidien : donner un sens à la naissance

Atelier n° 1



Accessibilité universelle et gratuité des services de planning des naissances : une utopie?

Atelier dirigé par **Nathalie Parent**
coordonnatrice à la FQPN

Louise Desmarais
militante féministe

Synthèse de l'atelier réalisée par **Louise Desmarais**

Les participantes à cet atelier ont approuvé de façon unanime la revendication de l'accessibilité universelle et gratuite aux services de planning des naissances, incluant les services d'avortement. Aucune modification n'était nécessaire, car cette revendication est toujours d'actualité. Les participantes ont aussi endossé l'ensemble des caractéristiques que doivent posséder les services de planning et qui ont fait l'objet de la présentation de Nathalie Parent en atelier.

« Il faut que les médecins et les infirmières soient sensibilisés pendant leur formation au cégep et à l'université sur les besoins des femmes en matière de planning. »

La responsable du dossier avortement au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a expliqué de quelle façon les orientations ministérielles ont été mises en œuvre. Actuellement, une réorganisation des ressources en matière d'avortement est effectuée par le MSSS et des stratégies sont mises en place afin que la gamme complète des services en avortement soit offerte dans toutes les régions du Québec. La création de trois pôles suprarégionaux (Montréal, Québec, Estrie) devra permettre aux femmes qui n'ont pas accès à certains services dans leur région de recevoir ces services dans l'une de ces trois grandes régions parapluies. D'ici 2004, une évaluation du résultat de ces stratégies devra être publiée.

Le remboursement des avortements en clinique privée a fait l'objet d'un débat autour de la gratuité des services d'avortement en clinique privée. Dans un contexte de pénurie de ressources, la gratuité des services d'avortement dans les cli-

niques privées ne doit pas nous faire oublier la priorité, soit la consolidation des services d'avortement dans le réseau public afin que toutes les femmes puissent avoir accès à des services de qualité, gratuits, partout sur le territoire québécois. Un investissement dans les cliniques privées irait dans le sens inverse de l'intérêt collectif des femmes. Par ailleurs, il y aura toujours des femmes qui préféreront, pour diverses raisons, se faire avorter en clinique privée et qui accepteront de payer pour ce service.

Compte tenu de l'état actuel des troupes et des ressources disponibles, les participantes à l'atelier se sont entendues pour une seule et unique piste d'action : explorer la possibilité d'une coalition multisectorielle. La forme reste encore à déterminer, mais l'idée est de réunir dans un réseau, une coalition ou un club (le terme est à la mode!) des personnes impliquées de près ou de plus loin dans les services de planning (groupes de femmes, milieu de la santé, réseau jeunesse, etc.) afin d'assurer une vigilance constante face au développement des services. La mise sur pied d'une coalition permettrait aussi de se mobiliser et de réagir rapidement et en grand nombre. Cette coalition devrait faire preuve d'une grande souplesse en n'alourdissant pas l'agenda des femmes de multiples réunions supplémentaires. Le but sera de s'assurer que les multiples intervenantes demeurent en contact, échangent de l'information et tissent un réseau de solidarité pour devenir une force politique agissante.

Il a été proposé qu'on ajoute aux aspects multisectoriels et intergénérationnels de la coalition la dimension interculturelle pour ne pas omettre la réalité des femmes immigrantes.

*« Il faut tenir
compte de la
réalité des femmes
immigrantes qui
vivent l'avortement
autrement. »*

Atelier n° 2



Parler de sexualité : des pistes pour rejoindre les jeunes

Atelier dirigé par **Marie-Andrée Bossé**
sexologue, M.A. (en formation)

Allison-Joy Flynn
éducatrice sexuelle pour l'organisme À deux mains

Synthèse de l'atelier réalisée par **Linda Trachi**
collectif pour le libre choix de Sherbrooke

Pour trouver des moyens de rejoindre les jeunes en matière de sexualité, les participantes ont cherché à répondre aux cinq questions classiques en rapport à l'éducation sexuelle : qui? Quoi? Quand? Où? Comment?

Qui est responsable de l'éducation sexuelle? Tout le monde est concerné par l'éducation sexuelle des jeunes, mais tout le monde n'est pas apte à en discuter.

De quoi doit-on parler aux jeunes? De tous les sujets qui les intéressent et qui sont connectés à leur réalité.

Quand faut-il commencer à faire de l'éducation sexuelle? Dès le début des premiers questionnements ou des premières découvertes sexuelles, on doit commencer à parler de sexualité avec les jeunes. Il faut par la suite les suivre tout au long des différentes étapes qu'ils traverseront en restant attentif à leur rythme et à leurs besoins.

Comment parler de sexualité? Il serait important de renouveler l'approche en éducation sexuelle et de trouver de nouvelles méthodes innovatrices pour rejoindre les jeunes, qui sont tannés de se faire parler de mécanique, d'ITS et de grossesse non

désirée. Tous les aspects de la sexualité devraient être abordés différemment et inclure les notions de plaisir, d'épanouissement et de sentiments amoureux.

Où faut-il en parler? Premièrement, des échanges devraient se faire à la maison, puis dans les établissements scolaires et dans les organismes jeunesse.

Ce portrait a donné lieu à certaines recommandations. D'abord, il faudrait trouver une manière de diffuser l'information pour savoir qui fait quoi avec les jeunes afin que tout le monde puisse être au courant des nouvelles recherches et du nouveau matériel disponible pour faire de l'éducation sexuelle. Il faudrait donc regrouper toute cette information et faire en sorte qu'elle soit accessible à toutes et à tous.

Les participantes à l'atelier ont fait part de l'importance de la place de l'éducation sexuelle dans une éventuelle coalition multisectorielle. En réponse à cela, Nathalie Parent a voulu préciser sa vision du rôle de la coalition multisectorielle qu'elle ne voit pas comme un groupe qui développerait des programmes ou élaborerait des outils, mais plutôt comme un porteur de revendications. En ce sens, le besoin de programmes d'éducation sexuelle et l'approche privilégiée pourraient y être revendiqués.

Une participante s'est dite emballée par le projet de la coalition, car une des grandes forces du colloque réside dans le rassemblement et la collaboration entre le milieu de la périnatalité, le milieu des services de planning des naissances et celui des services d'avortement. Tous ces secteurs pourtant intimement reliés ont fait l'erreur de se séparer au fil des années. La coalition pourrait donc constituer une occasion de poursuivre cette collaboration sur une base continue afin de resserrer les liens entre tous ces domaines qui concernent la maternité et la santé reproductive des femmes.

Atelier n° 3



Les nouvelles technologies de la reproduction humaine : le temps d'agir?

Atelier dirigé par **Anne St-Cerny** , *sexologue et coordonnatrice à Relais-femmes*

Marie-Christine Krouack , *avocate et militante féministe*

Abby Lippman , *professeure à l'Université McGill*

Synthèse de l'atelier réalisée par **Marie-Christine Krouack**

Dès le début de l'atelier, les participantes étaient convaincues de l'urgence d'agir face au développement des nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH), d'autant plus que le projet de loi fédéral sur la question était en processus d'adoption au moment du colloque.

Bien que plusieurs points dans ce projet de loi suscitent des désaccords, on y retrouve tout de même certaines mesures de contrôle et de protection. Par exemple, il est prévu que l'utérus artificiel, le clonage humain et la création de fœtus faits à la fois de cellules animales et humaines soient tous interdits. Une agence centrale serait en charge de surveiller toutes ces technologies avec des pouvoirs d'enquête. Les cliniques, de leur côté, devraient dorénavant être accréditées. Il est prévu par la loi que l'agence centrale devra être formée de personnes qui ne sont pas des scientifiques et qui n'ont aucun intérêt économique de près ou de loin, même par personne interposée, avec les NTRH. Il serait donc important que les féministes s'organisent pour faire partie de cette agence.

Même s'il est vrai que le projet de loi comporte des faiblesses importantes, comme la légalisation et l'encadrement des mères porteuses, il est important qu'il soit adopté puisqu'il n'existe actuellement aucune réglementation, aucun contrôle dans ce domaine. En effet, l'ensemble des acteurs impliqués dans les NTRH n'ont de comptes à rendre à personne.

Si cette loi n'est pas adoptée, il faudra attendre pas moins de cinq à sept ans avant de voir apparaître un autre projet de loi. Il ne faut pas oublier qu'à la toute fin du processus d'adoption, il sera possible de se faire entendre auprès du Sénat. Bien que le projet de loi ne définisse pas la réglementation, nous serons en mesure, après le dévoilement du projet de loi, de participer à des consultations face aux points qui vont à l'encontre de notre position.

Pour informer la population, il serait important de produire des documents de vulgarisation, car la terminologie utilisée pour les NTRH est extrêmement spécialisée. Si les militantes finissent par absorber ce vocabulaire, ces termes scientifiques sont loin d'être accessibles à toutes et à tous. Cela nous permettrait sans doute de nous faire des alliées et alliés, considérant que beaucoup de gens ne sont pas au courant des NTRH et des enjeux qu'elles suscitent.

Au niveau provincial, il est proposé que le Québec crée un bureau d'audience publique qui aurait pour mission d'analyser les activités des laboratoires actuels et d'offrir une tribune où les citoyennes et les citoyens pourraient faire valoir leurs opinions et leurs revendications.

Enfin, devant l'urgence de la situation, il est revendiqué par les participantes à cet atelier que la FQPN ainsi que l'ensemble des groupes, des réseaux et des autres instances présents au colloque fassent pression auprès du gouvernement pour influencer l'approbation du projet de loi. Un rejet de ce projet de loi nous mènerait vers une situation incontrôlable d'ici quelques années.

À ce stade-ci, il est donc essentiel d'adopter le projet de loi, même s'il est imparfait, et de faire savoir rapidement à la population pourquoi il est nécessaire de l'approuver. En guise de pression politique pour l'adoption du projet, les participantes ont suggéré le lancement d'une campagne de cartes postales pour convaincre le gouvernement fédéral de voter en faveur du projet de loi.

Atelier n° 4



Le pouvoir au quotidien :

donner un sens à la naissance

Atelier dirigé par **Bernadette Thibodeau**
présidente du groupe MAMAN et infirmière en CLSC

Céline Lemay, *sage-femme*

Hélène Rousseau, *médecin de famille,*
CLSC Côte-des-Neiges

Synthèse de l'atelier réalisée par **Bernadette Thibodeau**

Céline Lemay a d'abord défini ce qu'elle entendait par pouvoir et sens pour expliquer ensuite comment le pouvoir s'établit lors d'un accouchement. S'il y a un réel pouvoir exercé sur les femmes, il n'y a pas de coupables en tant que tels et le corps médical n'est pas à pointer du doigt. La médicalisation baigne dans une culture, dans une société qui prône certaines valeurs et personne n'est à blâmer individuellement. Le personnel en salle d'accouchement veut bien faire, mais les méthodes qu'on leur a apprises ne conviennent pas forcément aux femmes.

Le pouvoir doit être partagé entre les femmes, qui ont un droit de regard sur leur accouchement, et le corps médical, qui puise sa part de pouvoir dans sa formation. Les professionnelles de la santé doivent porter attention au langage qu'elles utilisent, car il peut participer à accentuer ce pouvoir exercé sur les femmes. À titre d'exemple, le corps médical ne devrait pas dire qu'il accouche les femmes : ce sont les femmes qui accouchent.

La médicalisation ne s'est pas infiltrée que dans les centres hospitaliers. Les femmes sont maintenant conditionnées à ses approches et à ses méthodes, si bien que la majorité d'entre elles se disent très satisfaites des soins qu'elles reçoivent pour leur accouchement dans les centres hospitaliers. Elles ont confiance en leur méde-

cin et ne remettent pas en question leurs conseils ou leurs décisions. Mais comment remettre en cause le discours et les valeurs prônées par les professionnelles de la santé quand on n'a pas les connaissances pour le faire? Là se situe une grande part du pouvoir des médecins et de celui des experts en général.

Les médecins qui souhaitent offrir des services d'avortement différents n'ont pas nécessairement la tâche facile. Le corps médical n'est généralement pas ouvert aux remises en question de sa pratique et de sa culture médicale. Il est donc très ardu pour les médecins qui croient à l'humanisation des naissances de nager à contre-courant dans le système médical actuel.

Il est aussi difficile pour les médecins qui tentent de défier la médicalisation de recevoir des femmes qui auraient voulu accoucher en maison de naissance, mais qui ont dû se rendre à l'hôpital pour des complications. Ces dernières ont le sentiment de vivre un échec. Dans ces circonstances, il est important de se rappeler que les femmes n'ont pas de pouvoir sur la naissance comme telle, que rien n'est prévisible dans ce domaine et qu'il faut accepter l'aléatoire de la naissance tout comme l'aléatoire de la vie.

Les liens tissés entre les femmes et leurs sages-femmes tout au long de la grossesse sont souvent très forts, ce qui explique entre autres la qualité et l'humanisme des services en maison de naissance. D'ailleurs, après l'accouchement, les femmes gardent souvent contact avec leur sage-femme, ce qui est rarement le cas avec les médecins travaillant en centre hospitalier. Dans le contexte actuel de la médicalisation, le rôle des accompagnantes devient très important pour les femmes qui accouchent, car elles leur apportent le soutien et le suivi que le milieu médical n'offre pas toujours.

Plusieurs femmes de l'atelier ont témoigné de leur accouchement à l'hôpital, où elles ont eu besoin de se battre contre la médicalisation avec plus ou moins de succès, ce qui leur a laissé l'impression qu'elles n'ont pas pu s'approprier leur accouchement. Cette perte de contrôle ne se produit cependant pas qu'à l'hôpital : elle peut aussi survenir en maison de naissance et dans les accouchements à domicile. Inversement, il est possible de vivre des accouchements très humains à l'hôpital.

Les participantes à l'atelier ont donc revendiqué des changements au niveau de la préparation à la naissance : les femmes enceintes devraient avoir accès à des informations sur les possibilités qui s'offrent à elles face à la grossesse, aux rencontres prénatales et à l'accouchement afin qu'elles puissent réellement exercer leur libre choix. Il faut freiner le conditionnement des femmes face à la médicalisation de la naissance et de tout le processus qui l'entoure.

« On peut comparer ce colloque à un accouchement collectif dans un grand bain-tourbillon d'idées et de réflexion avec une accompagnante extraordinaire. Et le tout s'est déroulé dans le plaisir et sans péridurale! »

Les participantes souhaitent aussi que le rôle des accompagnantes soit connu et reconnu auprès des femmes. À cela, une sage-femme a soulevé la problématique qui découle du système des accompagnantes à la naissance. Elle a l'impression qu'on veut remplacer un lien qui n'est pas là avec un système hospitalier dans lequel on essaie de créer une espèce de continuité à travers la présence d'un tiers qui est présent pour soutenir la femme, mais qui n'a pas le bagage ou la position d'une sage-femme dans le système pour questionner certains types d'interventions pratiqués par le corps médical. Selon elle, on peut comprendre la requête, la pertinence du travail de l'accompagnante. Toutefois, si l'on tient compte des stratégies actuelles du gouvernement face à la médicalisation et de la pénurie des services de sages-femmes, il ne serait pas stratégique de promouvoir davantage les services d'accompagnement tant que toutes les femmes qui le désirent n'ont pas accès aux services d'une sage-femme. On assiste actuellement à une forme d'humanisation de la médicalisation sans que les problèmes de base soient réglés. Bien qu'elle reconnaisse l'importance des accompagnantes, cette sage-femme trouve cette démarche assez dangereuse vu les effets pervers possibles sur la médicalisation et la pratique sage-femme.

En réponse à cela, l'accompagnante a souligné qu'elle perçoit son rôle comme une entraide de mère à mère et un soutien sans intervention médicale. Selon elle, elle peut aussi agir à titre d'agente de changement qui permet d'aller ouvrir l'esprit face aux services de sage-femme.

Dans un autre ordre d'idées, Isabelle Brabant a voulu attirer l'attention sur le manque de soutien pour les femmes qui font une fausse couche et sur la nécessité de sensibiliser le milieu médical à cette réalité. Pour alimenter le propos, une infirmière a précisé qu'avant 20 semaines de grossesse, les femmes qui font une fausse couche restent à l'urgence, tandis que celles qui dépassent 20 semaines se font tout de suite transférer dans une chambre d'hôpital. Pourtant, le deuil est le même. Dans le questionnaire que doivent remplir les femmes qui font une fausse couche, on ne demande pas si c'est la première fois qu'elles perdent leur bébé ou si ça fait déjà trois ou quatre fois. Pourtant, il serait important que les infirmières disposent de cette information.

Mot de clôture

Bilan du colloque

La santé reproductive et la maternité :

autonomie des femmes ou illusion du choix?

Bilan du colloque

Bilan réalisé par **Anne St-Cerny** , *sexologue*
Isabelle Brabant , *sage-femme*
et **Martine David** , *coordonnatrice à la FQPN*



En guise de synthèse des deux journées, Anne St-Cerny et Isabelle Brabant ont répondu à la question thème du colloque : La santé reproductive et la maternité :

autonomie des femmes ou illusion du choix? Elles ont repris les propos d'Abby Lippman qui traduisaient un sentiment partagé par l'ensemble des participantes : « Nous avons la semblance d'un choix et non pas sa substance ». Elles nous ont ensuite présenté un tour d'horizon de toutes les problématiques qui ont été abordées au cours du colloque et de tous les moyens qui devraient être mis en œuvre pour favoriser l'autonomie des femmes en santé reproductive et en maternité.

« *Nous
avons la
semblance
d'un choix et
non pas sa
substance.* »

Les préoccupations des participantes se rassemblent sous quatre grands chapreaux : l'accessibilité, la réflexion-échange, l'éducation ainsi que la vigilance et la concertation.

Les femmes doivent bénéficier d'une plus grande accessibilité à l'avortement, à la contraception, à de l'information juste et indépendante, à des services de prévention, à l'éducation sexuelle, à des services de soutien suite aux fausses couches, à des services prénataux et à des services de sages-femmes. Cette accessibilité signifie que ces services doivent être offerts partout et être gratuits dans certains cas.

Isabelle Brabant s'est permis d'ouvrir une petite parenthèse en lien avec la profession de sage-femme. Malgré l'adoption de la loi sur la profession de sage-femme, les projets pilotes menés et le programme de formation de sage-femme, des lacunes persistent au niveau du développement de la profession. Le gouvernement s'est posé en unique employeur des sages-femmes. Il n'est pas interdit de se partir un bureau privé, sauf que l'idée n'est pas de privatiser ces services mais bien de les rendre

publics et accessibles à toutes les femmes. Par une inertie soigneusement choisie, on va finir par démontrer que les sages-femmes ne sont pas essentielles et qu'elles ne répondent pas à un véritable besoin. Si le gouvernement ne fournit ni postes ni budget pour la profession, c'est à une fermeture du programme de formation des sages-femmes que toute cette situation nous mènera. L'accessibilité aux services de sage-femme est d'autant plus urgente qu'elle constituera un juste balancier face au milieu hospitalier, qui devra niveler ses services vers le haut avec ce nouvel acteur. En ce qui a trait aux accompagnantes, il est entendu qu'elles offrent l'écoute, le soutien, le suivi que le corps médical n'offre pas. Il s'agit d'un service essentiel dans le contexte de médicalisation actuel, mais qui tient uniquement lieu de bandage, de camouflage, de méthode d'urgence et de consolation. Éventuellement, les besoins devraient être comblés par le travail des sages-femmes, ce qui mènera à la désuétude du service d'accompagnante.

Le volet réflexion-échange consiste en une réflexion et un échange en continuum sur le sens de la maternité, du choix de la non-maternité, sur le sens de toutes les transitions de la vie, de la puberté, de la ménopause, de la douleur, de la naissance, sur le sens de la sexualité, des relations amoureuses, du plaisir et de son envers, qui est la violence. Une réflexion doit se poursuivre par rapport au pouvoir : au pouvoir des femmes, au pouvoir exercé sur les femmes et à la confiance des femmes en elles-mêmes. On se doit de réfléchir aussi sur l'interface entre l'individuel et le collectif : où se situe le choix individuel? À quel moment doit-il être assujéti à un choix collectif? On doit réfléchir à l'eugénisme, parce qu'on touche directement à cette réalité avec le diagnostic prénatal, et ça ne fait que commencer. Nous devons arrêter nos réflexions sur nos paradoxes et notre complexité d'être humain, de femme. Bref, il y a là matière à réflexion.

L'éducation est au cœur du troisième volet. Un important travail d'éducation doit être réalisé pour que l'ensemble des réflexions du colloque soit transmis à la population. L'éducation doit être accessible à la fois au niveau de son langage, de son rayonnement et de sa présence en plusieurs lieux. Cette éducation doit couvrir plusieurs thèmes dont la sexualité, le plaisir, la santé reproductive des femmes, la maternité. Parallèlement à cela, la population doit être informée de l'omniprésence et de l'influence des grands pouvoirs, soit les compagnies pharmaceutiques, les corporations professionnelles et les différents acteurs qui peuvent avoir une influence sur la vie et la santé des femmes.

Le quatrième volet, et non le moindre, concerne la vigilance et la concertation. On sait que les femmes ont obtenu des gains quant à leur autonomie face à leur santé reproductive et à la maternité, mais ces gains sont fragiles alors que d'autres sont en train

**Le nouveau-né est
une magnifique
coalition [...] multisectorielle
qui a vu le jour
dans le plaisir
et sans péridurale!**

de disparaître. De grands enjeux ont été identifiés tant au niveau local que régional, national et international pour lesquels il faut demeurer vigilantes et continuer de lutter. De façon plus précise, il faut garder l'œil ouvert sur le principe de précaution, sur les services offerts qui ne répondent pas forcément aux besoins des femmes, sur les activités des compagnies pharmaceutiques, sur les inégalités, etc. La vigilance est donc de mise et elle nécessite une grande concertation entre toutes les femmes impliquées de près ou de loin dans la santé reproductive et la maternité afin que l'on puisse réagir avec force et solidarité sur certains dossiers.

En conclusion

Le colloque a suscité un tel plaisir, une telle solidarité et une telle effervescence que Martine David, en conclusion, souhaite à tout prix maintenir, à long terme, les liens de solidarité et offrir aux participantes les moyens d'agir concrètement. Elle compare ce colloque à un accouchement collectif qui s'est déroulé dans un grand bain-tourbillon d'idées, de réflexions, de revendications avec une accompagnante extraordinaire, soit Ariane Émond. Le nouveau-né est une magnifique coalition (ou un club, selon les goûts!) multisectorielle qui a vu le jour dans le plaisir et sans péridurale! Comme se l'est exclamé Ariane Émond, ce n'est pas juste une possibilité de résister, c'est un devoir. « Va falloir recommencer à être des somptueuses rebelles! »

Le colloque a été une grande réussite parce qu'il a permis de rassembler les femmes de la périnatalité et des services de planning des naissances pour qu'une lutte s'organise dans la solidarité et la collaboration. Si le colloque a dépassé les espérances de la FQPN, c'est grâce à toutes les participantes et à toutes les organisatrices qui y ont mis du cœur, de la volonté et des crocs!

« L'idée d'une coalition est de mettre ensemble les forces de partout pour être vigilantes ensemble, pour créer des ponts et agir collectivement sur des questions de planning des naissances et de périnatalité, pour revendiquer des choses claires auprès des gouvernements et des instances responsables. »

Annexes

Annexe 1 : Petite histoire de la FQPN

Annexe 2 : Programme du colloque

Annexe 3 : Tableau — conférence d'Anne St-Cerny

Annexe 4 : Tableaux — conférence de Nathalie Parent

Annexe 5 : Liste des participantes

Annexe 1 : Petite histoire de la FQPN



La Fédération du Québec pour le planning des naissances 30 ans de luttes pour la santé reproductive et sexuelle des femmes

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) souligne cette année son 30^e anniversaire. Fondée officiellement en 1972, la FQPN a mené avec force et conviction maintes luttes afin de promouvoir les droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle. Diverses stratégies d'intervention ont été élaborées pendant ces trois décennies afin de faire progresser les dossiers touchant le planning des naissances, tels que la contraception, l'avortement, les nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH), l'éducation sexuelle et plusieurs autres. Tantôt forte de ses gains, tantôt confrontée à des stagnations ou à des reculs, la FQPN continue de se battre pour la cause des femmes en matière de santé reproductive. Voici donc un petit historique du fabuleux et courageux cheminement de la FQPN!

La création de la FQPN s'inscrit dans un contexte particulier dont il importe ici de faire mention. Ainsi, en 1969, l'adoption du Bill Omnibus par le gouvernement fédéral vient modifier la législation par rapport à la contraception et à l'avortement. En fait, il abolit la loi interdisant la diffusion et la vente de contraceptifs et modifie les articles sur l'avortement. Les nouveaux articles 251 et 252 stipulent que l'avortement est un acte criminel sauf s'il est pratiqué dans un hôpital accrédité sous l'autorité d'un comité d'avortement thérapeutique composé de trois médecins. Pour accorder l'avortement, le comité doit pouvoir démontrer que la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la mère. Insatisfaits de la nouvelle législation sur l'avortement, des groupes et des femmes se mobilisent pour le droit à l'avortement et pour l'obtention de services de planning des naissances. Des organismes sont mis sur pied afin de diffuser de l'information sur la contraception et la sexualité. C'est donc dans ce contexte effervescent que s'est formée la FQPN en 1972.

Lors de sa fondation, la FQPN était un regroupement d'associations réunissant principalement des professionnels des milieux de la santé et de l'éducation. Le mandat de la Fédération se situait alors à deux niveaux : mettre en place des asso-

ciations régionales offrant des services de planning à travers le Québec et offrir aux intervenants en région de l'information et des formations par le biais de conférences, d'ateliers et de publications afin de soutenir leur travail de consultations, de références, etc.

Suite à de nombreuses actions politiques organisées par la FQPN et à de fortes pressions exercées dans le secteur public, des services de planning sont finalement mis sur pied dans les CLSC en 1976, le gouvernement s'engageant même à octroyer des budgets protégés pour le développement de ces services. Dans la même veine, on assiste, l'année suivante, à la création des cliniques Lazure où seront offerts des services de planning et d'avortement. L'implantation des services de planning constituera une première grande victoire pour la Fédération, un gain qui ne sera pas sans conséquences pour l'organisation.

L'établissement de services de planning dans les CLSC vient ironiquement diviser la FQPN. En effet, plusieurs associations ne voient plus l'utilité de leur fonction et décident donc de fermer pour se réorienter vers les CLSC. Les associations restantes adoptent plutôt une attitude vigilante et critique face aux services de planning nouvellement implantés. La FQPN traverse alors une crise organisationnelle importante qui la mène, en 1978, à un démantèlement. Ce n'est qu'un an plus tard qu'elle se reconstruit avec un fonctionnement et des objectifs redéfinis qui préconisent de nouvelles stratégies de lutte.

Au début des années 1980, la FQPN se trouve bouleversée par des coupures dracونيennes de ses subventions venant du gouvernement fédéral : une baisse de 65 % en 1979 et de 100 % en 1981. Le gouvernement provincial diminue aussi son apport budgétaire pour les services de planning. Face à ces difficultés, la FQPN remanie encore son organisation et devient, en 1983, un regroupement féministe axé sur le militantisme et la défense des droits des femmes. Ce virage important provoque la fermeture de plusieurs associations pour des raisons monétaires et idéologiques, mais renforce les liens entre la FQPN et les associations qui souhaitent se développer davantage dans le cadre de cette nouvelle approche. Les associations solidaires se transforment dès lors en collectifs de femmes. Durant cette période de réorientation, la FQPN décide aussi de se désaffilier de la Fédération du Canada pour le planning des naissances pour des différences idéologiques, spécifiquement en ce qui a trait au contrôle des populations.

Au début des années 1980, la FQPN s'engage fortement dans le dossier de l'éducation sexuelle et prend position à ce sujet : un document intitulé *Le droit à l'éducation*

sexuelle, une responsabilité collective (1982) est publié, et des pétitions sont envoyées au ministère de l'Éducation du Québec, pressions qui aboutiront à l'implantation d'un cours de formation personnelle et sociale au secondaire. Ce cours demeure un compromis plutôt insatisfaisant aux yeux de la FQPN, et la lutte se poursuit.

Toujours dans l'optique de préciser la nature de son mandat, la FQPN décide en 1983 de se concentrer spécifiquement sur le dossier de la contraception, avec la santé des femmes comme trame de fond. Les années 1980 seront donc marquées par une grande lutte gravitant autour de l'avortement et de la contraception. À travers diverses actions, la FQPN revendique le droit à l'avortement, l'accessibilité à la contraception et sa gratuité, bref le droit et le respect du libre choix des femmes face à leur maternité. Parmi les actions posées, on compte entre autres l'achat collectif de pages de journaux par des centaines de personnes qui y revendiquent publiquement le droit à l'avortement libre et gratuit, la dénonciation des démarches de la compagnie pharmaceutique UpJohn afin de faire reconnaître le Depo-Provera comme un contraceptif malgré ses impacts sur la fertilité et la santé des femmes, et l'action stérilet afin d'informer les femmes sur leur droit de payer un stérilet au plus bas prix possible et d'être informées des coûts avant la pose, une lutte qui s'est soldée par un autre gain.

À la fin de cette décennie, la FQPN commence à s'intéresser à la problématique des nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH). Une tournée est effectuée par les militantes de la Fédération partout à travers le Québec afin d'informer la population sur les enjeux individuels, collectifs et éthiques que soulèvent les NTRH. Une brochure de vulgarisation sur les NTRH, *Du chou à l'éprouvette*, est aussi publiée par la Fédération.

En 1987, la FQPN est encore amputée de 25 % de sa subvention, et dans la même période, le gouvernement du Québec cesse d'allouer des budgets protégés pour les services de planning des naissances. Depuis, la FQPN doit justifier annuellement sa demande de subvention et investir beaucoup de temps dans la recherche de nouvelles sources de financement, énergies qui seraient pourtant bien utiles à l'avancement des dossiers que défend la Fédération pour le bien-être et la santé des femmes en matière de reproduction et de sexualité.

Le 28 juillet 1988, la Cour suprême du Canada décriminalise l'avortement dans le cadre du dernier procès entrepris contre le docteur Morgentaler. Ce décret représente une énorme victoire pour la FQPN ainsi que pour tous les groupes de femmes et les organisations progressistes qui ont lutté pendant 20 ans pour obtenir ce gain.

Cependant, dès 1989, des tentatives de recriminaliser l'avortement (loi C-43) seront entamées par le gouvernement conservateur, mais ces efforts échoueront grâce au Sénat canadien qui rejettera ce projet de loi. La FQPN axe donc de plus en plus sa lutte pour l'avortement vers l'accès à des services d'avortement gratuits et de qualité et commence à produire le Bottin des ressources en avortement. Le Bottin demeure, encore aujourd'hui, le seul document de référence en matière de services d'avortement au Québec.

Les NTRH seront au cœur des préoccupations de la FQPN dans les années 1990. La Fédération entame donc la décennie avec le dépôt d'un mémoire aux audiences de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction du Canada. La FQPN demande alors un moratoire complet sur toutes les recherches et les pratiques nouvelles afin d'en faire une évaluation plus rigoureuse. Elle demande de provoquer un véritable débat social sur les questions que soulève le développement des NTRH et d'investir dans la prévention de l'infertilité.

Quant à la contraception, la FQPN poursuit ses luttes et continue de s'opposer au contrôle coercitif des populations. Elle participe entre autres au Forum des organismes non gouvernementaux Planeta Femea lors du Sommet de la terre à Rio de Janeiro (1992), où elle dénonce le contrôle des populations. Après le Brésil, la Fédération s'envole au Caire en 1994 pour participer, en tant que membre de la délégation canadienne, à l'importante Conférence onusienne sur la population et le développement (CIPD), conférence qui a donné lieu à rien de moins que la reconnaissance internationale des droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle.

Toujours au niveau de la contraception, la FQPN organise un atelier de réflexion sur la campagne internationale contre le vaccin anti-fertilité et sur la recherche et l'expérimentation de la quinacrine, et monte un dossier critique d'information et de réflexion sur le Norplant et son impact sur la santé des femmes. La Fédération commence aussi à se questionner sur les intérêts des principaux acteurs impliqués dans la santé reproductive des femmes et, pour ce faire, organise le colloque « Sexe, hormones et rock'n roll ». Cette rencontre permet à la Fédération de constater qu'il n'y a que très peu de liens entre les besoins des femmes et les intérêts des autres acteurs intervenant dans la santé reproductive des femmes.

Vers la fin des années 1990, le gouvernement du Québec entreprend une révision de l'organisation des services de planning dans la province pour finalement adopter, en 1995, les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances en n'accordant qu'un maigre budget additionnel pour la réalisation de trois priorités

d'action. Ce passage d'une politique à de simples orientations ministérielles démontre à quel point le dossier n'est plus prioritaire aux yeux du gouvernement.

Après plusieurs années de travail au niveau international, la FQPN se recentre sur les dossiers au Québec à l'aube de l'an 2000. En mai 2000, la Fédération organise une campagne d'envergure pour la consolidation et le développement des services d'avortement afin de souligner le 30^e anniversaire de la Caravane pour l'avortement, geste collectif important qui a favorisé l'avancement du dossier avortement. Dans le cadre de cette campagne, la FQPN a diffusé 10 000 cartes postales adressées à la ministre de la Santé de l'époque, madame Pauline Marois, pour demander l'injection de nouveaux fonds dans les services d'avortement, fonds qui n'avaient pas augmenté depuis les années 1980. La FQPN a donc applaudi, en mai 2001, la décision du gouvernement de débloquer enfin le dossier et d'injecter de nouveaux fonds pour la consolidation des services d'avortement au Québec.

De 1999 à 2002, la Fédération entreprend une recherche d'envergure sur l'état des services de planning dans les CLSC et dans les centres hospitaliers en prenant la peine de consulter les femmes pour être en mesure d'identifier leurs besoins et d'évaluer leur degré de satisfaction face aux services de planning. Suite à la publication de la recherche-action *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*, la Fédération réalise une tournée de formation à travers le Québec afin de sensibiliser les groupes de femmes et les intervenantes en santé à la situation des services de planning et afin d'identifier les enjeux et les besoins de chaque région pour trouver des solutions adéquates.

Mais qu'a révélé cette recherche-action sur l'état des services de planning? Elle a démontré que l'actualisation des Orientations ministérielles en matière de planification des naissances n'est toujours pas complétée, que les services de planning souffrent de plusieurs lacunes et que l'action collective est toujours nécessaire afin que les services de planning soient réellement accessibles, gratuits, de qualité, respectueux du libre choix et offerts à toutes les femmes sans discrimination.

C'est pourquoi la FQPN continuera de mettre en place différentes stratégies d'action afin d'améliorer ces services, d'accroître l'autonomie, la santé et le bien-être des femmes et de défendre les droits des femmes en matière de santé reproductive. Chose certaine, au regard de son parcours riche en luttes, en gains et en convictions, la FQPN a de quoi fêter avec fierté son 30^e anniversaire!

24 avril 2003

Annexe 2 : Programme du colloque



Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix? Colloque 25 et 26 avril 2003

Organisé par la **Fédération du Québec pour le planning des naissances** • www.fqpn.qc.ca
Lieu : Hôtel Maritime Plaza, 1155, rue Guy, Montréal, métro Guy-Concordia
Animatrice : **Ariane Émond**, journaliste et scénariste

VENDREDI 25 AVRIL

9 h à 9 h 15

Mot de bienvenue

Martine David, *coordonnatrice à la Fédération du Québec pour le planning des naissances*

Nathalie Parent, *coordonnatrice à la Fédération du Québec pour le planning des naissances*

9 h 15 à 10 h 15

Conférences d'ouverture et discussion

Gains et reculs dans les 30 dernières années en santé de la reproduction et en périnatalité

Anne St-Cerny, *sexologue*

Hélène Vadeboncoeur, *chercheuse en périnatalité et auteure de « Une autre césarienne? Non merci »*

10 h 15 à 10 h 30 – PAUSE

10 h 30 à 12 h

Débat et discussion

Obstacles sociaux au libre choix en matière de santé de la reproduction et de la maternité

• Reconnaissance du droit en santé de la reproduction : un point de vue international

Johanne Filion, *Action Canada pour la population et le développement (ACPD)*

• Vie sexuelle et amoureuse des jeunes

Allison-Joy Flynn, *éducatrice sexuelle pour l'organisme À deux mains*

• Désir ou non-désir d'enfant

Louise Desmarais, *militante féministe*

12 h à 13 h — DÎNER

13 h à 14 h 30

Débat et discussion

Médicalisation de la santé de la reproduction et la maternité : un portrait de la situation

Abby Lippman, *professeure à l'Université McGill et coprésidente du Réseau canadien pour la santé des femmes*

Isabelle Brabant, *sage-femme*

Louise Vandelac, *professeure titulaire, département de sociologie et Institut des sciences et de l'environnement, UQAM*

14 h 30 à 14 h 45 — PAUSE

14 h 45 à 16 h 15

Ateliers de discussion

L'omniprésence des compagnies pharmaceutiques dans la vie reproductive : plus de choix ou plus de risques?

Abby Lippman, *professeure à l'Université McGill et coprésidente du Réseau canadien pour la santé des femmes*

La peur de l'accouchement : construction d'une technique annoncée

Isabelle Brabant, *sage-femme*

Céline Lemay, *sage-femme*

Hélène Rousseau, *médecin de famille, CLSC Côte-des-Neiges*

Les nouvelles technologies de la reproduction : exploitation du désir d'enfant?

Carla Marcelis, *coordonnatrice, Action pour la protection de la santé des femmes*

Bibiane Béland, *agente de recherche*

Marie-Christine Krouack, *avocate et militante féministe*

16 h 15 à 17 h

Plénière — synthèse des ateliers et de la journée

17 h à 19 h

Cocktail festif pour célébrer les 30 ans de la FQPN

SAMEDI 26 AVRIL

9 h à 10 h 15

Conférences et discussion

L'accès aux services de planning des naissances : un bilan mitigé

Nathalie Parent, *coordonnatrice à la Fédération du Québec pour le planning des naissances*

L'éducation sexuelle à l'école : mal nécessaire ou privilège?

Marie-Andrée Bossé, *sexologue, M.A. (en formation)*

10 h 15 à 10 h 30 — PAUSE

10 h 30 à 12 h 30

Ateliers de discussion

Accessibilité universelle et gratuité des services de planning des naissances : une utopie?

Nathalie Parent, *coordonnatrice à la Fédération du Québec pour le planning des naissances*

Louise Desmarais, *militante féministe*

Parler de sexualité : des pistes pour rejoindre les jeunes

Marie-Andrée Bossé, *sexologue, M.A. (en formation)*

Allison-Joy Flynn, *éducatrice sexuelle pour l'organisme À deux mains*

Les nouvelles technologies de la reproduction humaine : le temps d'agir?

Carla Marcelis, *coordonnatrice administrative pour l'organisme Action pour la protection de la santé des femmes*

Marie-Christine Krouack, *avocate et militante féministe*

Le pouvoir au quotidien : donner un sens à la naissance

Bernadette Thibodeau, *présidente du groupe MAMAN et infirmière en CLSC*

Céline Lemay, *sage-femme*

Hélène Rousseau, *médecin de famille, CLSC Côte-des-Neiges*

12 h 30 à 14 h — DÎNER

14 h à 15 h 15

Plénière — synthèse des ateliers du matin

15 h 15 à 16 h

Mot de clôture

La santé de la reproduction et la maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix?

Anne St-Cerny, Isabelle Brabant et Martine David

Annexe 3 : Tableau – conférence d'Anne St-Cerny

Évolution des politiques et des pratiques en matière de planification des naissances au Québec

	SOCIÉTÉ CIVILE : GROUPES DE FEMMES, PROFESSIONNELS, ONG	GOVERNEMENTS, LOIS, PROCÈS	DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES
1564			Potions et pessaires. 1564 – Premier condom avec intestin d'animaux. 1677 – Premier spermicide.
1900		1803 – Première loi canadienne contre l'avortement. 1869 – Sanction contre l'avortement rendue plus sévère. 1892 – Loi canadienne contre la distribution et la vente d'information et de matériel contraceptif ou abortif.	1830 – Cape cervicale. 1845 – Condom en caoutchouc. 1881 – Stérilisation féminine. 1882 – Diaphragme.
1950	1955 – Diffusion de la méthode sympto-thermique au Québec par Rita et Gilles Brault qui fonderont en 1962 le groupe SÉRÉNA. 1964 – Fondation de l'Association de planification des naissances de Montréal. 1968 – Publication de l'encyclique Humanae Vitae qui permet la méthode du calendrier. 1968 – Publication du Birth control Handbook par le Women's Liberation Mouvement. 1969 – Publication de Notre corps, nous-mêmes par le Collectif de Boston pour la santé des femmes. 1970 – Caravane nationale pour l'avortement à Ottawa et manifestation à Montréal. 1970 – Publication de Pour un contrôle des naissances par le Front de libération des femmes du Québec.	1936 – Procès contre Dorothea Palmer, infirmière, accusée de diffuser de l'information sur la contraception. Elle est acquittée. 1967 – Financement par le ministère de la Famille et du Bien-être du Québec de deux centres de planning à Québec et à Montréal ainsi que de l'association de Montréal. 1969 – Adoption par le gouvernement canadien du Bill Omnibus. 1970 – Les docteurs Morgentaler et Machabée sont accusés d'avoir procuré un avortement illégal.	1906 – Commercialisation de spermicides. 1909 – Premier stérilet. 1920 – Vasectomie. 1924 et 1929 – Découverte que l'ovulation a lieu entre le 12 ^e et le 16 ^e jour avant les menstruations. 1930 – Condom en latex. 1930 – Découverte des variations de température avec l'ovulation. Fin des années 1930 – Diffusion de la méthode du calendrier. 1947 – Méthode du thermomètre. 1955 – Mise au point du contraceptif oral « pilule ». 1963 – Méthode du mucus cervical. 1966 – Début des recherches sur les implants hormonaux.
1970			

<p>971</p> <p>1972 – Mise sur pied de la Fédération du Québec pour le planning des naissances.</p> <p>1972 – Mise sur pied du Centre des femmes de Montréal.</p> <p>1972 – Publication du Manifeste pour une politique de planification des naissances.</p> <p>1975 – Mise sur pied du Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit.</p> <p>1975 – Mise sur pied du Centre de santé des femmes du quartier Plateau-Mont-Royal.</p> <p>1978 – Assises nationales sur l'avortement où sont présentés les documents C'est à nous de décider et Dossier avortement-référence, aspect technique de l'avortement et de la référence. Lors de cette rencontre, mise sur pied de la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit (CNALG).</p> <p>Entre 1978 et 1980 – Mise sur pied des Centres de santé des femmes de Québec, de l'Estrie, de l'Outaouais et de la Mauricie.</p> <p>1980 – Publication de L'avortement : résistance tranquille des pouvoirs hospitaliers par la CNALG.</p> <p>1981 – Trois centres de santé des femmes et cinq CLSC décident d'offrir des services d'avortement. Cette pratique sera rendue publique en 1982.</p> <p>1981 – Publication d'une série d'articles de Louise Vandelac dans Le Temps fou qui questionne la surmédicalisation des femmes par la contraception.</p> <p>1982 – Conférence de presse de l'assemblée des évêques du Québec dénonçant l'avortement comme un meurtre. Réplique des groupes de femmes La vie des femmes n'est pas un principe.</p> <p>1983 – Mise sur pied du comité de vigilance.</p> <p>1983 – À l'instigation de la FQPN, achat d'une page de journal par 1 387 personnes intitulée L'avortement : un choix qui ne doit pas être jugé.</p> <p>983</p>	<p>1972 – Le gouvernement du Québec adopte la Politique en planification familiale.</p> <p>1973 – Premier procès contre le docteur Morgentaler. Celui-ci vivra trois procès et il sera acquitté par les jurés.</p> <p>1976 – Le gouvernement du Québec laisse tomber les poursuites contre le docteur Morgentaler.</p> <p>1977 – En plus des services de planning dans les CLSC, le ministère des Affaires sociales met sur pied des cliniques spécialisées pour l'infertilité et l'avortement dans les centres hospitaliers du Québec.</p> <p>1978 – Publication de Pour les Québécoises : égalité et indépendance par le Conseil du statut de la femme.</p> <p>1981 – Publication de Essai sur la santé des femmes par le Conseil du statut de la femme.</p> <p>1981 – Mise en place dans les écoles du Québec du programme de formation personnelle et sociale qui inclut un volet éducation sexuelle.</p> <p>1982 – Suite à des pressions de divers groupes de femmes, la Régie de l'assurance-maladie du Québec poursuit un médecin pour avoir chargé un prix exorbitant pour un stérilet.</p>	<p>1971 – Approbation du stérilet Dalkon Shield aux États-Unis. Il sera retiré de ce marché en 1975, mais toujours distribué dans plusieurs pays en voie de développement.</p> <p>1973 – Première demande d'autorisation du Depo-Provera comme contraceptif aux États-Unis.</p> <p>Fin 1970 – Début de la recherche sur le contraceptif immunologique.</p> <p>1980 – Recherche et mise au point du Bioself et du microscope de poche PG.53.</p> <p>1982 – Début de l'expérimentation du RU486 et prostaglandine comme médicaments abortifs.</p> <p>1982 – Première demande d'autorisation du Depo-Provera comme contraceptif au Canada.</p> <p>1982 – Commercialisation de l'ovule spermicide.</p>
--	---	---

1984

1984 – Mobilisation contre un projet de zonage de la Ville de Dorval qui situe les cliniques d'avortement dans la même zone que les commerces « érotiques ».

1985 – Mobilisation contre des partisans Pro-vie qui veulent fermer les cliniques de planning des naissances des CLSC de Sainte-Thérèse et du Saguenay.

1985 – Publication du dossier Le choix du stérilet : les femmes ont des droits.

1987 – Real Women et plusieurs groupes pro-vie débute leur lobby pour faire entrer dans la Charte canadienne des droits et libertés la notion que l'être humain existe dès la conception.

1987 – Une coalition de groupes de femmes canadiens se mobilise pour empêcher la reconnaissance du Depo-Provera comme contraceptif au Canada.

1988 – La FQPN réalise une tournée de sensibilisation sur les nouvelles technologies de la reproduction à travers le Québec.

1989 – 10 000 personnes manifestent dans les rues de Montréal contre les jugements qui reconnaissent les droits du père et du fœtus.

1989 – Colloque « À notre santé : bilan et perspectives du mouvement de santé des femmes du Québec ».

1990 – Plusieurs groupes, dont la FQPN, présentent des mémoires à la Commission royale d'enquête sur les NTRH.

1991

1984 – Poursuite contre le docteur Morgentaler au Manitoba et en Ontario.

1985 – Début de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux au Québec.

1986 – Le docteur Morgentaler, avec le soutien de plusieurs groupes de femmes du Canada, décide d'aller en Cour suprême pour faire déclarer inconstitutionnels les articles 251 et 252 du Code criminel canadien.

1987 – Le gouvernement du Québec décide de revoir l'organisation des services en planning des naissances.

1987 – Le Conseil du statut de la femme organise un colloque international sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine.

1987 – Mise sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un comité sur les NTRH.

1988 – La Cour suprême du Canada déclare que les articles 251 et 252 du Code criminel vont à l'encontre des droits et libertés garantis à la femme par la Charte.

1989 – Le juge Viens reconnaît les droits de Jean-Guy Tremblay sur le fœtus porté par Chantal Daigle. Quelques jours plus tard, la Cour supérieure du Québec confirme ce jugement en reconnaissant les droits du fœtus.

1989 – La Cour suprême du Canada invalide le jugement de la Cour supérieure du Québec.

1989 – Mise sur pied de la Commission royale d'enquête sur les NTRH.

1990 – La Chambre des communes du Canada adopte le projet de loi C-43 qui vise à recriminaliser l'avortement.

1991 – Le Sénat canadien rejette le projet de loi C-43 avec un vote de 43 pour et 43 contre. L'avortement n'est pas un crime au Canada.

1985 – Naissance en Angleterre du premier bébé conçu grâce à la fécondation in vitro.

1987 – Première naissance au Québec d'un bébé conçu par la fécondation in vitro.

1990 – Mise en marché de l'éponge contraceptive avec spermicide incorporé.

<p>1992</p>	<p>1992 – La FQPN participe au Sommet de la Terre à Rio et participe à la Déclaration des femmes sur l'environnement et le développement.</p> <p>1993 – Début de la campagne internationale demandant l'arrêt des recherches sur la contraception immunologique et une réorientation de la recherche en contraception. La FQPN accepte d'être le relais francophone pour le Canada.</p> <p>1994 – Publication de Fertilité et milieu de travail par la FQPN.</p> <p>1994 – La FQPN participe à la conférence internationale Population et développement et participe au panel « Les crimes contre les femmes faits au nom du contrôle des populations » dans le cadre du Forum des ONG.</p> <p>1995 – Plusieurs groupes se mobilisent pour dénoncer la présence au Québec du groupe pro-vie Human Life International.</p> <p>1995 – Mise sur pied de la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux.</p> <p>1995 – Rencontre internationale pour faire le bilan de l'action contre les « vaccins » anti-fertilité.</p> <p>1996 – La FQPN entame sa tournée « Femmes, population et pauvreté ».</p> <p>1996 – Publication de la brochure Sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement par la FQPN.</p>	<p>1992 – Adoption de la loi 120 au Québec qui transforme les structures du système de santé et des services sociaux et publication de la nouvelle Politique de la santé et du bien-être.</p> <p>1992 – Consultation du MSSS sur le document Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services.</p> <p>1995 – Dépôt du rapport de la Commission royale d'enquête sur les NTRH.</p> <p>1996 – Le gouvernement canadien dépose un projet de loi sur les NTRH. Ce projet n'a pas de suite après les élections fédérales de juin.</p> <p>1996 – Le gouvernement du Québec adopte les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances.</p> <p>1996 – La Cour suprême du Canada refuse la possibilité de limiter les droits constitutionnels des femmes parce qu'elles sont enceintes.</p>	<p>1992 – Le Depo-Provera est autorisé comme contraceptif aux États-Unis.</p> <p>1992 – Trois contraceptifs immunologiques atteignent le stade de l'expérimentation humaine.</p> <p>1993 – Poursuite des recherches sur l'anneau contraceptif vaginal, la pilule pour homme, le dispositif nasal contraceptif.</p> <p>1994 – Acceptation des implants contraceptifs Norplant au Canada.</p> <p>1995 – Mise en marché du Lea's Shield.</p> <p>1996 – Expérimentation au Canada du méthotrexate et des prostaglandines comme médicaments abortifs.</p>
<p>1997</p>	<p>1999 – Début de la recherche-action sur l'accessibilité des services de planning des naissances dans les CLSC et les centres hospitaliers.</p> <p>2000 – Manifestation-fête pour souligner les 30 ans de la Caravane nationale pour l'avortement et début de la campagne de cartes postales pour demander un investissement de fonds dans les services d'avortement.</p> <p>2002 – Publication de Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes par la FQPN. Une tournée de sensibilisation sur cette réalité est organisée.</p>	<p>2002 – Injection de fonds dans les services d'avortement du Québec et approbation pour la vente des contraceptifs oraux d'urgence par les pharmaciens-ne-s.</p> <p>2002 – Projet de loi canadien sur les NTRH.</p>	<p>1997 – Approbation du Depo-Provera comme contraceptif au Canada.</p> <p>1998 – Expérimentation du timbre contraceptif.</p> <p>Durant les années 1990 – Mise en marché du stérilet hormonal Mirena.</p> <p>2001 – Expérimentation du contraceptif oral Seasonal.</p> <p>2001 – Mise en marché du Plan B, un nouveau contraceptif d'urgence.</p>
<p>2002</p>			

Annexe 4 : Tableaux – conférence de Nathalie Parent

POURQUOI UNE RECHERCHE-ACTION ?

- **témoignages** de femmes et d'intervenantes qui démontraient que les services étaient en diminution;
- **pour savoir comment les services de planning survivaient** aux nombreuses coupures et transformations que subissait le réseau de la santé et des services sociaux;
- pour savoir si les **Orientations ministérielles** en matière de planification des naissances adoptées par le gouvernement en 1996 étaient appliquées;
- pour savoir si les **femmes étaient satisfaites des services** qu'elles recevaient et pour mieux connaître **leurs besoins**.

PORTRAIT DES SERVICES

Questionnaire sur les services offerts

- 122 CLSC sur 149 ont répondu → 82 %
- 28 centres hospitaliers sur 44 ont répondu → 64 %
- Taux de réponse → 78 %

PAROLES DE FEMMES

- 42 femmes répondent à un questionnaire;
- 50 femmes participent à quatre focus groups (Sherbrooke, Sept-Îles, Rouyn-Noranda, Québec);
- 60 femmes provenant de neuf régions du Québec participent à des ateliers sur les obstacles au libre choix et les stratégies d'action pour l'amélioration de l'accès aux services de planning;
- plus de 150 femmes ainsi consultées.

LA TOURNÉE

Québec, Rouyn-Noranda, Montréal, Sherbrooke, Sept-Îles

85 personnes rejointes :

- 49 de groupes de femmes
- 27 intervenantes en CLSC, CH, clinique privée
- 4 de la RRSSS
- 3 de groupes communautaires (jeunes et sida)
- 2 du Conseil du statut de la femme

L'ACCÈS AUX SERVICES

- 91 % des CLSC et 25 % des CH
réservent leurs services de planning des naissances à une clientèle ciblée,
principalement les jeunes
- 72 % des CLSC et 79 % des CH
offrent la pilule du lendemain à toutes les femmes

L'ORGANISATION DES SERVICES

Depuis 1992

- fermetures d'hôpitaux;
- services dilués au sein des services courants;
- diminution du temps alloué au planning;
- diminution du personnel affecté au planning;
- retrait des infirmières en milieu scolaire.

MODE D'INTERVENTION

Rencontre individuelle

- moins de temps;
- axé sur curatif plutôt que préventif;
- femmes se considèrent « chanceuses » quand on prend le temps
de répondre à leurs questions;
- il n'y a plus de budget pour la documentation.

L'ÉQUIPE DE PLANNING

PERSONNEL	CLSC	CH
INFIRMIÈRE	97 %	86 %
MÉDECIN	69 %	68 %
TRAVAILLEUSE SOCIALE	29 %	18 %
SEXOLOGUE	7 %	18 %
AUTRES	5 %	7 %

INTÉGRATION DES SERVICES

- 2 % des CLSC et 75 % des CH offrent les quatre volets de services de planning étudiés (la contraception, la contraception d'urgence, la stérilisation et l'avortement)

COLLABORATIONS

ÉTABLISSEMENTS	CLSC	CH
MILIEU SCOLAIRE	96 %	18 %
CLSC	72 %	21 %
CH	7 %	61 %
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	27 %	21 %
AUTRES	5 %	11 %

ÉDUCATION SEXUELLE

- le démantèlement du programme d'éducation sexuelle préoccupe;
- malgré l'information, grande méconnaissance du corps et du fonctionnement du cycle menstruel;
- 50 % des grossesses seraient imprévues;
- banalisation de la sexualité : sexualité sans reproduction à la sexualité sans rapports amoureux.

MÉTHODES PRÉSENTÉES

MÉTHODE	CLSC	CH	MOYENNE
CONTRACEPTIFS ORAUX	100 %	93 %	97 %
DEPO-PROVERA	97 %	96 %	97 %
CONDOM MASCULIN	98 %	93 %	96 %
STÉRILET	64 %	93 %	78 %
SPERMICIDES	55 %	79 %	67 %
MÉTHODES SYMPTO-THERMIQUE	58 %	75 %	67 %
ÉPONGE	55 %	68 %	62 %
DIAPHRAGME	41 %	79 %	60 %
CONDOM FÉMININ	38 %	71 %	55 %
NORPLANT	23 %	64 %	44 %
CAPE CERVICALE	18 %	46 %	32 %

STÉRILISATION

STÉRILISATION	CLSC	CH
LIGATURE	1 %	86 %
VASECTOMIE	7 %	54 %



Annexe 5 : Liste des participantes

Brigitte Arseneault

Collectif féministe de Rouyn-Noranda

Johanne B. de P assillé

Centre de santé des femmes de Montréal

Caroline Babin**Daniela Badea**

CLSC St-Michel

Annie Beauchemin

Alternative Naissance

Monique Beauchemin

Maison de naissance Mimosa

Murielle Beaulieu

Maison de naissances des Laurentides

Bibiane Béland

Agente de recherche

Lucie Bélanger

Conseil du statut de la femme

Françoise Béliveau

Maison de naissance CLSC-Lac-St-Louis

Élise Bergeron

Les Éditions du Remue-ménage

Johanne Berthiaume

Alternative Naissance

Isabelle Bérubé**Nesrine Bessaïh**

Département de médecine familiale
de l'Université McGill

Sarah Boivin

Collectif pour le libre choix de Sherbrooke

Suzie Bordeleau**Marie -Andrée Bossé**

DSP Lanaudière

Julie Bouchard

Association pour la santé publique
du Québec (ASPQ)

Nathalie Boucher

Centre régional de planification familiale
de Jonquière

Kathleen Boucher

Université Laval

Isabelle Brabant

Sage-femme

Danielle Brassard

Collectif féministe de Rouyn-Noranda

Rosetta Bruno

Comité femmes SFPQ

Mélanie Cantin

Le collectif Les accompagnantes

Diane Carle

Centre de santé des femmes
de Trois-Rivières

Anabelle Caron

Centre de santé des femmes de Montréal

Guyline Charrette

La Colombe

Jacqueline Côté

Clinique médicale Fémina

Lorraine Dagenais

FQPN

Sophie Dansereau

Alternative Naissance

Martine David

FQPN

Catherine Denis

SOS Grossesse

Louise Desmarais

Militante féministe

Suzanne Dionne

CLSC-CHSLD Haute-Yamaska

Katryne Doré**Carole Drolet**

Regroupement des organismes
communautaires autonomes jeunesse
du Québec (ROCAJQ)

Claire Dubé

Service d'information en contraception
et sexualité (SICS)

Anne Dubreuil**Sylvie Dufau**

Département d'obstétrique de l'Hôpital
Maisonneuve-Rosemont

Céline Duguay

Doula/thérapeute

Annie Dunneback**Ariane Émond**

Animatrice

Johanne Filion

Action Canada pour la population et
le développement (ACDP)

Louise Filteau

Alternative Naissance

Allison- Joy Flynn

À deux mains

Lorraine Fontaine

Regroupement Naissance-Renaissance

Nicole Fournier

À deux mains

Marie -Chantal Gagné

CLSC Pierrefonds

Johanne Gagnon

UQTR, programme Sage-femme

Jano Gignac

RRSSS Chaudière-Appalaches

Monique Girard

Secrétariat à la condition féminine

Lucie Girard

Fédération des infirmières et infirmiers du
Québec (FIIQ)

Isabelle Godin

Regroupement des organismes
communautaires autonomes jeunesse
du Québec (ROCAJQ)

Nadine Goudreault

Relais-femmes/ARIR

Lucie Guibord

CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau

Edith Guilbert

Institut national de santé publique
du Québec (INSPQ)

Sinclair Harris

Maison de naissance CLSC-Lac-St-Louis

Myriam Hivon

Département de médecine familiale
de l'Université McGill

Vania Jimenez

CLSC Côte-des-Neiges

Marie -Christine Krouack

Avocate

Renée Lajoie

Comité femmes SFPQ

Hélène Laliberté

Alternative Naissance

Colette Laniel

CLSC Vieux-Lachine

Nicole Lanthier

Département de planning familial du centre
hospitalier St-Eustache

Marie-P aule Lanthier

Maison de naissance CLSC-Lac-St-Louis

France Laverdière

MSSS

Gertrude Lavoie

Maison de naissance Mimosa

Marlène Gina Lavoie

Alternative Naissance

Ann Lebeau

Maison de naissances des Laurentides

Céline Lemay

Sage-femme

Nathalie Lévesque

MSSS

Abby Lippman

Réseau canadien pour la santé des femmes

Francine Mailloux

FQPN

Marie -Élaine Malo

Accompagnante

Diane Manseau

Condition féminine Canada

Nancy Marsolais

Alternative Naissance

Valérie Martel

Renée -Claude Martin

CLSC Villeray

Nathalie Martin

Fabienne Mathieu

Anne -Marie Ménard

DSP Outaouais

Fernande Ménard

Sophie Ménard

CH Anna-Laberge

Marie -Claude Michaud

Fédération québécoise des organismes com-
munautaires famille (FQOCF)

Marianne Milot

Collectif pour le libre choix de Sherbrooke

Tania Montpetit

Alternative Naissance

Pascale Nantel

Nourri-Source

Karol O'Brien

Sylvie Otis

Département de planning familial du centre
hospitalier St-Eustache

Christine P akenham

MSSS

Catherine P aquin-Boivin

Nathalie C. P arent

Réseau québécois d'action pour la santé des
femmes (RQASF)

Nathalie P arent

FQPN

Julie P elletier

DSP Québec

Lucie P elletier

Centre de documentation sur l'éducation aux
adultes et la condition féminine
(CDEACF)

Nicole Pépin

MSSS

Michel P erreault

Line T. P erron

Centre régional de planification familiale de
Jonquière

Manon Pérusse

Maison de naissance des Laurentides

Sylvie Pinsonneault

Carole P oirier

Clinique communautaire Pointe-St-Charles

Judith P oulin

Hôtel-Dieu de Lévis

Clo Pratte

Centre de santé des femmes
de Trois-Rivières

Dominique Rabanaora

Nourri-Source

Hélène Rousseau

Médecin de famille

Kim Run

CLSC St-Michel

Manon Sabourin

Réseau canadien pour la santé des femmes

Mina Sariaslani

CLSC Pierrefonds

Sylvie Saunier

Le collectif Les accompagnantes

Patrick Savard

Regroupement des organismes
communautaires autonomes jeunesse
du Québec (ROCAJQ)

Stéphanie Savard

Maison de naissances des Laurentides

Anik Simard

MSSS

Anne St- Cemy

Relais-femmes

Mylène Thériault

Bernadette Thibodeau

Groupe MAMAN

Bianca Thuot

Alternative Naissance

Linda Trachy

Collectif pour le libre choix de Sherbrooke

Christine T remblay

CLSC Le Norois

Isabelle T répanier

Régie régionale des Laurentides

Hélène V adeboncoeur

Chercheure en périnatalité

Louise V andelac

Professeure à l'UQAM