

Résultat de l'enquête sur la COU

Grâce à la participation de nos membres, notre enquête nous a permis de joindre par téléphone 54 pharmacies situées dans 27 villes réparties dans 11 régions du Québec. Les participantes au sondage ont vérifié par téléphone les cinq questions suivantes : le prix de la COU ; si la pharmacie charge des frais de consultation et si oui, de combien ; si la consultation s'effectue dans un endroit confidentiel ; et quel est le but de la consultation. Les participantes ont aussi noté des commentaires quant à l'accueil et la qualité des informations reçues.

Parmi les 54 pharmacies rejointes pendant les mois de septembre et octobre 2004, 10 pharmacies, soit 19 %, facturent toujours des frais de consultation aux femmes. C'est donc près d'un pharmacien sur 5 qui ne respecte pas le droit des femmes d'avoir accès à ce service gratuitement. Les frais chargés varient entre 10 \$ à 25 \$. Encore une fois, certains pharmaciens chargent ces frais en pensant que les compagnies d'assurances les rembourseront par la suite, d'autres pensent que la gratuité dépend du régime d'assurances médicaments de la femme, certains croient que la gratuité n'est assurée qu'avec une prescription du médecin, d'autres n'étaient toujours pas au courant de cette entente. Pendant les appels, certains pharmaciens ont vérifié les informations, un a même appelé sa régie régionale pour ensuite s'excuser et confirmer la gratuité de la consultation.

La pharmacienne ou le pharmacien en service a constitué la majorité des répondants (74 %). Cinq (9 %) étaient techniciennes ou techniciens et le répondant n'a pas été identifié dans 9 cas (17 %).

Le Plan B est le principal contraceptif d'urgence offert. En fait, ce nouveau médicament a été approuvé pour utilisation comme contraceptif d'urgence en février 2000. Composé de lévonorgestrel, un progestatif, le Plan B provoque beaucoup moins d'effets secondaires que l'Ovral. Le prix du Plan B varie entre 20 \$ et 29.99 \$. Le prix le plus souvent mentionné étant de 24.59 \$. L'Ovral, quant à elle, qui consiste en quatre comprimés composés de fortes doses d'oestrogène et de progestérone, est vendue entre 5 et 25 \$, le prix le plus souvent mentionné étant entre 9 et 10 \$. Tel que précisé plus haut, tous les régimes d'assurances remboursent la COU et son coût final pour les femmes varient donc en fonction de leur régime d'assurance.

La grande majorité des répondants nous assure que la consultation s'effectue dans un endroit confidentiel. La plupart rapporte que le bureau du pharmacien est disponible pour ce genre de consultation. Un répondant de la région de l'Estrie essaie de rencontrer les femmes lorsqu'il n'y a pas beaucoup de personnes qui attendent au comptoir pour plus de discrétion. Une pharmacienne de Charlesbourg mentionne faire la consultation dans un endroit à part si la cliente ne semble pas à l'aise. Un autre mentionne que les cas habituels se font dans un isolement mais que la consultation se fait dans un bureau s'il s'agit d'un cas d'agression sexuelle. Enfin, deux répondants (4 %) déclarent qu'il n'y a pas d'endroit confidentiel pour ce faire.

Les réponses sur le but de la consultation sont très variées. Certains vérifient l'indication et la date des dernières menstruations afin de confirmer s'il y a bien risque de grossesse. Certains décident quelle méthode convient la mieux et expliquent ses effets secondaires. D'autres souhaitent vérifier s'il y a contre-indications et l'état de santé général de la femme. Un répondant parle même de vérification des signes vitaux, ce qui nous questionne beaucoup puisque la prise du Plan B est médicalement sans danger.

Plusieurs ont répondu également que la consultation leur permet de vérifier s'il y a risques d'infections transmises sexuellement (ITS). Certains discutent des circonstances entourant la demande afin de vérifier s'il y a eu agression sexuelle et référer au besoin. Quelques-uns profitent de la consultation pour parler de contraception. Enfin, une pharmacie d'Asbestos fait remplir un questionnaire qui peut prendre entre 10 à 15 minutes, ce qui nous semble un peu excessif.

Enfin, l'accueil en pharmacie ne semble pas être toujours des plus chaleureux. Alors que six des participantes au sondage ont fait état du professionnalisme et de la courtoisie de leur répondant, sept ont vécu une expérience moins sympathique. Par exemple, une participante de la région de Sherbrooke a noté le commentaire suivant : « À part une seule pharmacie, la totalité d'entre elles ne me réservait pas un accueil très chaleureux. J'ai été surprise mais surtout très déçue de constater le peu de considération qu'ils portaient à l'appel. Je sentais que je ne téléphonais pas au bon moment, j'avais l'impression qu'ils avaient d'autres chats à fouetter. Je trouve cette situation déplorable... Cette attitude n'encourage pas les

femmes à s'informer davantage, à être pro-active face à leur santé... ».

Ces résultats sont clairs et inquiétants. Trop de pharmacies ne respectent toujours pas la gratuité du service lié à la COU. La FQPN fera à nouveau des démarches auprès de la RAMQ et l'AQPP pour les alerter à cet état de fait et, tout dépendant des nouvelles mesures discutées pour remédier à cette situation, une action publique avec l'appui de la Coalition pour la santé sexuelle et reproductive sera aussi envisagée. Mais nous souhaitons aussi aller encore plus loin et revendiquer que la COU devienne un médicament vendu en vente libre.

La COU en vente libre

En fait, la FQPN appuie les démarches entreprises par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) afin de promouvoir la vente libre de la COU en pharmacie. Nous croyons que la rencontre avec le pharmacien peut représenter un obstacle additionnel pour certaines femmes et peut aussi porté atteinte à leur vie privée. Pensons, entre autres, aux pharmacies de petites localités où tout le monde se connaît.

De plus, toujours selon le RCSF, aucun argument médical ne semble justifier l'obligation de consulter un professionnel de la santé pour obtenir un contraceptif d'urgence. L'Organisation mondiale de la santé reconnaît le Plan B comme étant médicalement sans danger et ne nécessitant aucun examen physique. Le dosage est également le même pour toutes les femmes. Le Royaume-Uni, la Norvège, la Suède, la Finlande, Israël, la France, la Belgique, le Danemark, le Maroc et le Portugal offrent déjà le Plan B en vente libre.

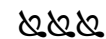
Dans son manuel d'autoformation sur la COU pour les pharmaciens¹, l'Ordre des pharmaciens du Québec mentionne « qu'il n'y a aucune contre-indication médicale absolue à l'utilisation de la COU (p. 23). Les risques de son utilisation sont presque nuls et ses effets indésirables sont réversibles et sans conséquence grave » (p. 24). Il y est également mentionné que les avantages de l'utilisation de la COU sont nombreux, que c'est une méthode rapide, de courte durée et non envahissante, dont le pourcentage de réussite est élevé. Enfin, on y indique que les questions que le pharmacien posera à la femme « devront se limiter essentiellement à lui

permettre d'évaluer tant la pertinence de l'utilisation de la COU que l'élimination du risque de grossesse. » (p. 27).

Bref, nous croyons, tout comme le RCSF, que les femmes sont en mesure, avec des dépliants d'informations appropriés, de voir si la COU est indiquée pour elles et dans quelles circonstances elles doivent ou non l'utiliser. Ainsi, l'accès à la COU, indispensable à la prévention des grossesses non planifiées, serait de beaucoup amélioré.

Libre mais plus coûteuse ?

Le seul désavantage de la COU en vente libre demeure qu'elle ne pourrait plus être couverte par les régimes d'assurances médicaments et que les femmes auraient à payer son plein prix. La FQPN souhaite donc entreprendre des démarches afin de voir les possibilités de maintenir la gratuité de ce médicament, même en vente libre, pour certains groupes de femmes, telles que les jeunes de moins de 25 ans. Autre voie à explorer, la possibilité de trouver des centres de distribution où la COU pourrait être distribuée au prix du gros ou encore gratuitement. C'est donc un dossier à suivre...



LA LOI SUR LA PROCRÉATION ASSISTÉE REÇOIT, ENFIN, LA SANCTION ROYALE

Tel que promis dans notre dernier numéro, nous vous présentons les dernières nouvelles concernant la Loi sur la procréation assistée et la recherche connexe (C-6).

Le 25 février dernier, la FQPN était invitée à présenter au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie son point de vue sur le projet de loi C-6. Ce comité avait pour mandat de proposer des amendements au projet de loi ou de recommander son approbation tel quel, ce qui constituait la dernière étape du processus d'approbation.

Le Comité, qui a entendu 54 témoignages au sujet du projet de loi C-6 a considéré les diverses opinions exprimées. Le 29 mars dernier, la Loi sur la procréation assistée recevait la sanction royale et acquérait force de loi. Depuis ce jour, l'entrée en vigueur de la Loi se fait de façon graduelle. L'élaboration du cadre réglementaire se fera au cours des

¹ Gouvernement du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, *La contraception orale d'urgence : Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciennes et pharmaciens*. Janvier 2002. 81 pages.

prochaines années et la révision est prévue pour 2007-2008. Dorénavant donc, le Canada dispose d'un des cadres législatifs les plus complets au monde en matière de procréation assistée.

Les principaux aspects de la Loi

La Loi comprend trois parties dont les activités interdites, la réglementation et l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA).

Parmi les activités interdites par la Loi : le clonage humain, la sélection du sexe (sauf en cas de maladies liées au sexe), la création de chimère ou d'hybride (combinaison humain/non-humain) à des fins reproductives, l'achat ou la vente de matériel reproductif humain (gamètes, embryons) et la rémunération des mères porteuses. La réglementation comprend des activités interdites, sauf s'il y a autorisation et selon le règlement. La réglementation vise notamment à encadrer les activités et les pratiques qui ont lieu en cliniques de fertilité. Quant à l'Agence, cette dernière aura pour mandat de voir à l'application de la Loi et de son règlement, d'autoriser certains types de recherches, de surveiller les activités et la pratique et d'entretenir un registre sur les cliniques et les personnes qui ont eu recours aux services de procréation assistée ou qui en sont nées (ce qui permettra d'étudier les impacts à long terme des nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH) sur la santé).

Bien que le comité ait proposé l'adoption du projet de loi tel quel, il fait état dans son rapport de plusieurs questions qui devront être examinées lors de la révision de la Loi. Ce qui, par conséquent, nous donne un aperçu des enjeux qui risquent d'être soulevés à nouveau d'ici quelques années.

La FQPN a déjà identifié, parmi les aspects de la Loi qui seront soigneusement examinés, ceux qui la préoccupent et sur lesquels elle souhaite demeurer à l'affût. En voici d'ailleurs un bref aperçu.

Enjeux de la Loi

_ La maternité de substitution

La Loi sur la procréation assistée cautionne le phénomène des mères porteuses. C'est la maternité de substitution à des fins

commerciales, ou compensation pour services de substitutions, qui est interdite. Ainsi, les femmes désirant être mères porteuses peuvent le faire à des fins altruistes et se faire rembourser pour les frais qui feront l'objet d'un reçu.

Les membres du comité soutiennent que l'intérêt de l'enfant ne devrait pas être éclipsé par le désir d'avoir un enfant et certains témoins estiment que la maternité de substitution pourrait ne pas être dans l'intérêt de l'enfant. Soucieux que des décisions judicieuses fondées sur les faits soient prises concernant les mères porteuses, le Comité suggère que des données soient recueillies sur le sujet. Il suggère donc de documenter : les effets (physiques et émotionnels) sur les enfants et leur famille ainsi que les mères porteuses et leur famille ; le profil (socio-économique, démographique, etc.) des femmes qui offrent des services de substitution ; le type de counselling approprié et nécessaire et le degré de compensation approprié (dépenses prouvées par un reçu ou plus).

La Loi cautionne la pratique de la maternité de substitution ce qui préoccupe la FQPN qui s'oppose à cette pratique et ce, peu importe les circonstances. En effet, il nous apparaît inconcevable que le corps des femmes soit transformé en usine à fabriquer des bébés sur commande et nous souhaiterions qu'aucune mesure n'encourage cette pratique. En fait, nous trouvons bien mince la ligne entre l'interdiction de la rémunération et la compensation des dépenses et craignons qu'il puisse être difficile pour une femme pauvre de ne pas être tentée d'offrir ses services. Le potentiel d'abus, les incitatifs financiers et les enjeux liés à la commercialisation du corps des femmes sont des questions qui ont toujours préoccupé la FQPN.

_ La compensation des donneurs

La Loi interdit de compenser les donneurs, ce qui fait craindre à plusieurs intervenants des réductions importantes des dons de gamètes.

Afin de contrer une pénurie éventuelle de dons de gamètes, le comité suggère notamment que l'Agence ait la responsabilité d'informer le public concernant les facteurs de risque associés à l'infertilité, qu'elle puisse recenser les stratégies mises en place dans divers pays pour garantir aux couples infertiles l'accès à des dons de gamètes, qu'elle planifie des

campagnes de sensibilisation qui inviterait le public à faire des dons altruistes de gamètes et enfin, qu'elle puisse mettre en place un système de stockage semblable à ceux qui existent déjà pour les dons de sang.

La FQPN est d'avis que les êtres humains ne peuvent être réduits à une transaction commerciale. La FQPN, tout comme la population canadienne, n'accepte pas la commercialisation du matériel reproductif humain au même titre que nous n'acceptons pas tout échange monétaire pour des dons d'autres tissus ou organes humains comme le sang, les reins ou la moëlle épinière.

_ La possibilité d'identifier les donneurs

Plusieurs témoignages, tant de la part des tenants de la possibilité de lever l'anonymat des donneurs que de ces opposants, ont été entendus lors des audiences. Certains estimaient que les enfants ont le droit d'obtenir des renseignements sur leur origine biologique alors que pour d'autres, l'obligation d'identifier les donneurs aurait pour effet d'éliminer les dons de gamètes, surtout si les donneurs n'obtenaient pas de compensations raisonnables. Actuellement, d'un point de vue juridique, la levée de l'anonymat des donneurs pose un problème. En effet, selon la Loi canadienne sur la famille, un donneur de sperme non anonyme est considéré le père des enfants nés grâce à son sperme, sauf dans deux provinces (dont le Québec) et un territoire. Le comité comprend la difficulté d'exiger l'identification des donneurs pour l'instant et propose que cette question soit examinée à nouveau au moment de la révision de la Loi.

La FQPN est également préoccupée par le maintien de l'anonymat des donneurs et soutient que le droit des enfants de connaître leur origine, s'ils le désirent, devrait primer sur le droit du donneur de préserver son anonymat. Autrement, qui considère-t-on en premier lieu ? L'enfant, que l'on prive de ses origines ou l'adulte qui souhaite garder secret cet aspect de sa vie ?

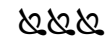
Un projet de formation sur les NTRH

En collaboration avec le Service aux collectivités de l'UQÀM (Protocole UQÀM/Relais-femmes), la FQPN a reçu avec beaucoup d'enthousiasme une subvention du ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ) pour un projet de formation sur

les NTRH qui se déroulera au cours des deux prochaines années.

L'objectif de ce projet est de sensibiliser et d'encourager la réflexion critique afin d'accroître les actions collectives visant à encadrer, à partir de considérations éthiques, le développement des NTRH et à développer des alternatives aux problèmes d'infertilité. Ce projet arrive donc à point puisqu'il permettra à la FQPN d'enrichir sa réflexion sur le sujet en vue de sa participation aux consultations publiques relatives au processus d'élaboration du régime réglementaire de la Loi et de sa révision. Ce projet comprend notamment une tournée de formation dans les différentes régions du Québec, le développement de matériel éducatif et la conception d'une formation sur le Web.

Vous êtes donc toutes et tous invités à participer à cette formation et nous vous tiendrons informés des dates des formations dans les différentes régions du Québec. En espérant vous y voir en grand nombre !



LA FQPN RÉAGIT

Récemment, dans un article paru dans La Presse, était émise l'idée que la RAMQ couvre éventuellement les services de fécondation in vitro afin de venir en aide aux personnes ayant des problèmes d'infertilité. Cette idée pourrait faire son chemin et comme nous ne connaissons pas encore les intentions du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) en matière de procréation assistée, nous croyons qu'il est important de demeurer vigilantes sur cette question. Nous vous présentons ici la lettre d'opinion que nous avons fait parvenir à La Presse à ce sujet mais qui, malheureusement, n'a pas été publiée.

Services de fécondation *in vitro* couverts par la RAMQ ?

Dans l'article paru le 19 octobre dernier intitulé *Stérilisation et dénatalité : le Dr Lamontagne crée un choc*, il est mentionné que pour tenter de freiner la dénatalité, les obstétriciens invitent le gouvernement à « commencer par le début en aidant les personnes qui ont un problème de fertilité ». En effet, dit-on, les services de fécondation *in vitro* ne sont pas couverts par la RAMQ.

Voilà qui serait une bien mauvaise façon d'aborder la question.

Soulignons d'abord que la fécondation *in vitro* n'est pas un traitement à l'infertilité, mais bien une façon de la contourner. Les problèmes d'infertilité ont de multiples causes qui peuvent être autant d'ordre médical, que d'ordre environnemental et social.

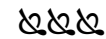
Concernant les problèmes d'origines biomédicales, ceux-ci résultent notamment d'infections transmises sexuellement (ITS) non-traitées ou mal diagnostiquées puisque souvent asymptomatiques (telle que la chlamydia, cause connue d'infertilité chez les femmes) et de l'exposition à de multiples toxines environnementales, tels que les pesticides, qui affectent la fertilité des hommes et des femmes.

De plus, le report de la première grossesse à des âges où les femmes commencent à être de moins en moins fertiles contribue certainement au recours à la procréation assistée. Par conséquent, le report de la grossesse, ainsi que la diminution du nombre d'enfants par femme, ne s'expliqueraient-ils pas davantage par des facteurs socioéconomiques tels que la prolongation des études, le remboursement des prêts étudiants et la situation économique fragile que cela implique, les difficultés à envisager la conciliation travail-famille, la précarité des conditions de travail et des liens d'emploi, etc. ?

Or, voilà divers facteurs liés à l'infertilité sur lesquels il est possible d'intervenir en amont et qui pourraient sans doute avoir une influence plus grande sur le taux de natalité au Québec. Par exemple, en permettant aux jeunes couples de fonder leur famille dans des conditions socioéconomiques facilitantes (avantage fiscaux, délais du remboursement de la dette étudiante, amélioration des conditions de travail et du système de garderie, etc.), en assurant un environnement sain, de même qu'en pratiquant un dépistage systématique de la chlamydia lors d'examens gynécologiques de routine.

Autre argument justifiant notre désaccord à l'idée que la RAMQ puisse éventuellement couvrir les services de fécondation *in vitro*, est le fait que ces technologies aient été peu évaluées à ce jour, qu'elles demeurent expérimentales et non sans risque pour la santé des femmes et des enfants qui en sont issus et qui, de plus, soulèvent d'importants enjeux éthiques.

Présentement, des sommes importantes sont investies dans la recherche et le développement de nouvelles technologies, alors que très peu sont investies dans la prévention et la recherche des causes de l'infertilité, domaines, qui pourtant, contribueraient davantage à permettre aux couples de préserver leur fertilité afin de réaliser leur désir d'avoir des enfants.



GRANDE RENCONTRE DE LA COALITION POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UNE PREMIÈRE RÉUSSIE

Un an presque jour pour jour après sa création, les membres de la Coalition pour la santé sexuelle et reproductive se rencontraient à nouveau les 29 et 30 octobre derniers. Cette rencontre avait pour but de faire le point sur les travaux et les principaux dossiers de la Coalition, de réfléchir sur la notion du choix et d'identifier des pistes d'actions pour la prochaine année.

La Coalition, qui a pour mandat de dénoncer la médicalisation et la commercialisation de la santé reproductive et sexuelle des femmes, a passé sa première année à préciser ses modalités de fonctionnement. Elle regroupe présentement 44 membres associatifs et individuels dont des infirmières en planning des naissances, des professeures et étudiantes, des sages-femmes, des représentantes de groupes communautaires, d'organismes jeunesse, etc. La Coalition est coordonnée et travaille sous les auspices de la FQPN.

Après avoir fait la mise à jour sur chacun de ses dossiers prioritaires (nouvelles technologies de la reproduction humaine, périnatalité, avortement, contraception, éducation sexuelle et industrie pharmaceutique), les 35 participantes et participants ont discuté de la notion du choix. En fait, à chaque grande rencontre, les membres souhaitent se donner un temps de réflexion afin d'approfondir un thème qui nous concerne toutes et tous.

La notion du choix

La possibilité de faire des choix est certes un aspect central de la santé des femmes et de leurs droits en matière de santé

reproductive et sexuelle. Mais trop souvent, la notion de choix est galvaudée, mal comprise ou utilisée pour justifier des pratiques telles que la césarienne sur demande ou encore la possibilité de supprimer les menstruations. Ces options additionnelles nous permettent-elles véritablement d'accroître notre autonomie ? Les tests prénataux, par exemple, offrent-ils véritablement plus de choix aux femmes ou les confrontent-elles davantage, et parfois sans raison, au dilemme d'accepter ou non de vivre avec un enfant porteur de handicap ou de maladie ? Devant le manque d'options réelles suite à un diagnostic prénatal problématique, les femmes ont-elles de véritables choix ? Quelles sont donc les conditions nécessaires pour que les femmes puissent exercer un choix éclairé ? Comment répondons-nous aux multiples interventions et médicaments qui, au nom du bien-être des femmes, augmentent notre dépendance au milieu médical et mine la confiance envers notre propre capacité de passer au travers des différentes étapes de notre vie, tels que l'accouchement, les menstruations, la ménopause, etc. ?

Pour nous aider à réfléchir à ces questions, Abby Lippman nous a présenté ses réflexions sur la notion de choix. Elle nous a rappelé que la notion de choix est intrinsèquement liée aux notions d'autodétermination et d'autonomie et donc au droit des femmes d'avoir le contrôle sur leur propre corps. Le choix et le droit de décider sont donc grandement influencés par le contexte social, économique, politique et médical dans lequel nous vivons. Le choix est aussi souvent confondu avec une liste d'options de consommation et souvent réduit à notre capacité de dire oui ou non à ce qui nous est proposé. En fait, le pouvoir n'appartient-il pas davantage à celui qui crée, qui offre des choix plutôt qu'à la personne qui doit y répondre ? Pour que les femmes puissent faire de vrais choix, nous devons enlever les barrières sociales de l'oppression et les inégalités envers les femmes. Le choix n'est pas une chose privée mais bien une question de justice sociale qui devrait être davantage politisée et débattue publiquement.

Isabelle Brabant nous a, quant à elle, préparé une liste de questions pouvant nous aider à réfléchir quand nous sentons que le choix qui est offert aux femmes cache une réalité tout autre. En voici quelques exemples. Est-ce que la forme de la question détermine la réponse ? « Voulez-vous courir le risque d'avoir un enfant trisomique ? » par exemple. Est-ce qu'une autre formulation pourrait susciter ou provoquer une réponse différente ? Y a-t-il de véritables solutions de rechanges à ce choix ? Sont-elles accessibles ou réalistes ? Qui offre le

choix ? Est-ce que la personne qui l'offre a un intérêt personnel, professionnel, institutionnel dans l'une ou l'autre des réponses ? Offre-t-on systématiquement le moindre effort et le court terme ? Est-ce que le choix est écologique ? Y a-t-il des « repréailles » possibles de la part soit du professionnel de la santé, soit par l'entourage ou socialement quand une femme ne fait pas le « bon » choix ?

Souvent, on pense accroître la capacité d'exercer un choix éclairé en donnant de l'information. Mais pour Isabelle, le type d'information donné est souvent extérieur aux questions qui touchent la vie, le couple, les valeurs sur lesquelles nous devons réfléchir pour exercer un véritable choix. Ainsi, nous sommes inondées d'informations qui, en plus d'accroître notre niveau d'anxiété, ne répond pas à nos préoccupations.

Les participantes et participants ont poursuivi cette fascinante réflexion en atelier afin d'explorer la notion du choix face à des situations précises : césarienne électorale et épидurale, diagnostic prénatal, suppression des menstruations et hormonothérapie de remplacement. Ces ateliers nous ont permis de faire ressortir des arguments pour contrer la « semblance » du choix face à chacune de ces réalités.

La « défaillance » du corps des femmes

Rapidement, un grand constat est ressorti de chacun des ateliers et des discussions de la Grande rencontre : celui de la supposée « défaillance » du corps des femmes. Ainsi, plus la médecine et la technologie évoluent, plus le message qui en ressort est que les femmes sont incapables de vivre des étapes normales de leur vie reproductive et sexuelle sans intervention ou médication. Pis encore, ces étapes seraient remplies de risques et de problèmes potentiels que nous devons prévenir, circonscrire et traiter. Par exemple, la panoplie de tests de diagnostic prénatal proposés de plus en plus à des femmes de tous les âges nous font croire que la grossesse est une expérience risquée nécessitant des vérifications constantes de l'état de santé du fœtus. L'augmentation des césariennes, du recours à l'épidurale, des interventions médicales lors de l'accouchement nous laissent aussi croire que l'accouchement par voie vaginale est une expérience à risque, trop douloureuse pour être vécue sans anesthésie locale, et qui doit se dérouler dans un contexte « sécuritaire » et hospitalier. Comme l'ont remarqué certaines participantes, nous vivons à l'époque du « terrorisque » !

L'approbation de la « Seasonale » aux États-Unis, un contraceptif oral conçu pour réduire le nombre de menstruations à quatre plutôt que treize par année nous laisse également entendre que les menstruations ne sont pas nécessaires. Certains médecins parlent même des menstruations comme étant nuisibles pour la santé et pouvant occasionner de l'anémie, l'endométriose, le cancer du sein ou de l'endomètre. Même constat pour la ménopause dont les manifestations, telles que les bouffées de chaleur, l'insomnie et les changements d'humeur, sont considérées comme des sources de malaises ou des symptômes que l'on doit traiter à l'aide de médication. Longtemps aussi, avant la sortie des résultats d'études prouvant le contraire, on a proposé l'hormonothérapie de remplacement comme un moyen de prévenir certaines maladies, telles que l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires, comme si la ménopause était « la » cause de ces problèmes de santé.

Les actions à venir

Les membres de la Coalition ont vite fait consensus sur l'idée d'agir afin de contrer ce discours qui dénigre la capacité du corps des femmes de vivre les étapes de la vie sexuelle et reproductive naturellement. Cette question deviendra donc le thème d'une campagne de sensibilisation sur laquelle la Coalition travaillera pendant l'année. La Coalition pourra aussi appuyer des actions proposées par ses membres sur ses différents dossiers prioritaires. Le comité d'orientation de la Coalition, qui a pour mandat de préparer un plan d'action et de monter la campagne a donc beaucoup de pain sur la planche. Après un an d'existence et de mise en place, la Grande rencontre nous a permis de constater que la Coalition semble bel et bien prête à prendre son envol et à se faire entendre.



PETITES NOUVELLES

_ Éducation sexuelle

Le compte rendu de la Journée de réflexion sur l'éducation sexuelle intitulée *Pour une éducation sexuelle à l'image de nos valeurs : regard sur les enjeux actuels* organisée par la FQPN en mai dernier est maintenant disponible. Pour recevoir votre copie, communiquer avec nous.

_ L'équipe toujours en mouvement

Manon Sabourin s'est jointe à l'équipe de la FQPN en avril dernier en remplacement de Martine David, partie en congé de maternité. Manon travaillait auparavant pour le Réseau canadien pour la santé des femmes et était membre du conseil d'administration de la FQPN. Depuis le mois d'août dernier, Manon est devenue chargée de projet responsable de la réalisation du projet de formations sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine.

Martine quant à elle a vécu de grands événements avec la naissance de son deuxième enfant, un beau garçon bien en santé qui fait le bonheur de la petite sœur et du papa aussi. Martine sera de retour au travail en janvier prochain.

_ Le conseil d'administration

Nous avons accueilli avec joie cette année deux nouvelles membres au conseil d'administration. Il s'agit de **Paskale Hamel** qui représente S.O.S. Grossesse (Estrie) et de **Johanne Fillion**, membre individuelle qui travaille pour l'organisme Action Canada pour la population et le développement. Cet organisme œuvre à la défense des droits reproductifs et sexuels au niveau international. Un chaleureux bienvenue à toutes les deux !

110, rue Sainte-Thérèse, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 1E6
Téléphone : (514) 866-3721
Télécopieur : (514) 866-1100
Site Web : www.fqpn.qc.ca
Courriel: info@fqpn.qc.ca