# CAHIER

# FEMMES ET SEXUALITÉ

Fédération du Québec pour le
planning des naissances

Numéro 10, avril 1991

Bonjour,

Ce cahier a été préparé par Lorraine Dagenais, Margot Frenette, France Tardif, travailleuses à la Fédération du Québec pour le planning des naissances. Toutes les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteures. On peut reproduire les textes de ce cahier à condition de spécifier qu'il s'agit d'extraits et d'indiquer, de façon claire et complète, la source.

Un gros merci à celles qui ont collaboré: Linda Perron, Nathalie Côté et les femmes qui ont généreusement accepté de partager leur expérience.

Dépôt légal, 2e trimestre 1991.

# TABLE DES MATIÈRES


| | pages |
|---|---|
| INTRODUCTION | 1 |
| TÉMOIGNAGE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION | 2 |
| LE DÉSIR D'ENFANT FACE À L'INFERTILITÉ | 5 |
| L'INFERTILITÉ, ULTIME RÉVÉLATEUR DE LA CONTRAINTE À LA MATERNITÉ | 7 |
| COMMUNIQUÉ - LA SANTÉ DES FEMMES EST MENACÉE PAR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION HUMAINE | 10 |
| MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES PRÉSENTÉ À LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION HUMAINE | 12 |
| LISTE DES GROUPES QUI ONT APPUYÉ LE MÉMOIRE | 21 |
| EXTRAIT DE "POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC - ORIENTATIONS" | 22 |
| CORRESPONDANCE RÉCENTE AVEC CERTAINS MINISTÈRES QUÉBÉCOIS AU SUJET DES NTRH | 25 |
| OPINION - UNE COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION "QU'EST-CE QUE ÇA DONNE?" | 32 |
| LISTE DES MÉMOIRES PRÉSENTÉS À LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION ET DISPONIBLES AU CENTRE DE LA FÉDÉRATION | 33 |
| TEXTE DE LA CONFÉRENCE DE PRESSE DU 4 FÉVRIER 1991 CONVOQUÉE CONJOINTEMENT PAR LA COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT À L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT, LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES, LE REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES DU QUÉBEC ET LE COMITÉ DE VIGILANCE | 35 |
| POÈME - ÉGALITÉ ET FEMMES | 40 |
| RÉFÉRENDUM "SOUVERAINETÉ DES FEMMES SUR LA FÉCONDITÉ | 41 |
| REVUE DE PRESSE: | |
| SANTÉ | 42 |
| RÉFORME | 46 |
| CONTRACEPTION | 52 |
| AVORTEMENT | 58 |
| NTR | 65 |
| DÉJÀ PARUS À LA FQPN | 84 |
| DEVENIR UNE MEMBRE | 86 |

# INTRODUCTION

A travers les aléas de la conjoncture et la diminution des ressources, nous avons réussi à produire le numéro 10.

Nous vous invitons d'abord à plonger dans le débat que suscitent les nouvelles techniques de reproduction (NTR) comme solution à l'infertilité. Au menu: le témoignage d'une femme qui se retrouve en clinique de fertilité; une entrevue avec une femme dont le désir d'enfant est confronté à l'infertilité; une réflexion sur l'infertilité et la contrainte à la maternité; la position de la FQPN présentée à la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction; les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les NTR; un échange de lettres avec le ministre de la santé et des services sociaux et avec la ministre déléguée à la condition féminine et responsable de la famille; une opinion sur l'utilité d'une commission royale sur les NTR.

Nous vous offrons ensuite le texte intégral de la conférence de presse conjointe tenue suite au vote du Sénat sur le projet de loi C-43 sur l'avortement.

Puis, nous vous proposons une pause: le poème de Linda Perron.

Nous vous présentons les résultats du sondage sur la "Souveraineté des femmes sur la fécondité" auquel ont participé 600 femmes lors des 50 heures du féminisme (Montréal, avril 1990).

Nous terminons avec une revue de presse touchant la santé reproductive des femmes.

France Tardif
pour l'équipe

# TÉMOIGNAGE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

A qui de droit,

Une émission de télévision sur le désir d'enfant a provoqué en moi une réflexion profonde et j'ai eu envie de faire le point sur mon propre désir. J'ai aussi eu envie de livrer mon témoignage, non pas par exhibitionnisme mais par besoin de partager mon expérience.

J'ai 36 ans et je suis ce qu'on appelle une femme de carrière. Diplôme universitaire et tout et tout...

Je rencontre l'homme de ma vie sur le tard, à trente ans. Il a déjà deux enfants charmants. J'accepte le "package deal" et nous nous marions 1 an plus tard. J'ai trente-trois ans quand nous supprimons toute contraception dans le but de faire un enfant de l'amour. Un an passe sans qu'il y ait fécondation. Notre amour tient bon et l'espoir aussi.

Sous les conseils d'une amie, nous décidons de prendre rendez-vous à la clinique de fertilité de l'Hôpital Sainte-Justine. Nous n'avons rien à perdre. C'est alors que commence le marathon.

Nous rencontrons, tous les deux, le gynécologue qui nous a été référé. Test de sang, test d'urine pour déceler les MTS. Spermogramme pour connaître la qualité du sperme et la mobilité des spermatozoïdes, conseils pour utiliser le thermomètre et le graphique des températures. Information sur les différentes étapes du programme de la clinique de fertilité. Puis nous attendons trois semaines avant d'avoir les résultats.

Le verdict tombe à la deuxième rencontre: ureaplasma, infection du type chlamydia mais moins grave. Peut quand même causer des dommages au système reproducteur. Se traite aux antibiotiques. Et voilà! Nous repartons l'air penaud. Le prochain rendez-vous est dans un mois. Entre temps, nous sommes "sur les antibiotiques". Nous reprenons le condom à contre-coeur et nous gardons espoir que ces médicaments vont nous débarrasser de ces bestioles indésirables. A la troisième rencontre, autres prises de sang et d'urine, question de voir si les antibiotiques ont fait du bon travail. Nous devons attendre encore trois autres semaines pour connaître les résultats. Le condom est toujours de rigueur, tant que le test n'a pas été concluant.

Quatrième rencontre avec le gynécologue. La salle d'attente commence à nous tomber sur le coeur. Décidément, s'il y avait de la couleur, les heures d'attente nous paraîtraient moins longues. Mais nous sommes ensemble. On s'aime. Le verdict: mon conjoint a encore des "bibittes". Il faut refaire le traitement. Eh hop!, un autre mois

en compagnie de notre cher condom. Puis, un autre rendez-vous pour des prises de sang et s'urine. Un autre trois semaines d'attente. Et enfin, ça y est! On s'en est débarrassés. C'est la joie la plus totale. On jette les condoms et on fait l'amour comme des fous. C'est bon... mais j'ai des douleurs à la pénétration: "Qu'est-ce que j'ai?"

Au cinquième rendez-vous, la biopsie de l'utérus est au programme... Je ne me souviens plus très bien pourquoi. Je m'y soumets comme pour le reste. Ça fait mal. Je respire un grand coup. Sixième rendez-vous: test post-coïtal. Les instructions sont les suivantes: faites l'amour la veille et ne vous lavez pas. Je vais seule au rendez-vous pour la première fois. Mon conjoint est occupé. Le docteur me fait un prélèvement et me permet de regarder dans le microscope. C'est beau!, me dit-il, venez voir! Oui, c'est beau!, ça bouge!, ça grouille de partout. Ces petits spermatozoïdes-là sont bien en vie. Ils sont prêts à féconder le gros ovule, je le vois bien. J'en ai les larmes aux yeux. On fixe alors le prochain rendez-vous. Le sperme est en bonne condition, allons donc voir du côté des trompes. Le problème est peut-être là. Echographie et insufflation tubaire pour le lundi suivant. Je jubile. Une amie m'a dit qu'elle était tombée enceinte après une insufflation tubaire. Mon espoir est gros et me traîne jusqu'au rendez-vous. Couchée sur une table froide, on m'insuffle de l'air dans les trompes.

Les semaines passent. Je déchante. J'en perds le goût de faire l'amour, la chose devient une corvée. "Ça y est, c'est l'heure, es-tu prêt?" "Oui, me répond mon conjoint, l'air un peu blasé lui aussi, la seringue est prête!"

Puis vient le tour de la radiographie des trompes. Pas drôle du tout. Je suis seule. J'attends dans une petite cabine qu'on appelle mon nom. Dans la petite cabine d'à côté, une jeune femme parle à son chum. Elle est enceinte. Je suis un peu triste aujourd'hui. A la radiographie, je vois sur l'écran le liquide qui circule dans mes trompes. Mais je vois mal. Il y a beaucoup de taches sombres. Je veux savoir. Je veux qu'on m'explique ce qu'il y a dans mon corps. Rien. On me répond que les informations seront transmises à mon gynécologue dans deux semaines. Merde. Je me sens complètement impuissante. Je rage.

Les deux semaines passées, je me retrouve assise anxieuse en face du médecin que je n'ose pas appeler mon médecin tellement il ne me reconnaît jamais d'une fois à l'autre. Mon conjoint est là et me tient la main.

Verdict: la trompe gauche est bouchée tandis que la droite est légèrement éventée. Mais elle peut encore fonctionner. Il me suggère une laparoscopie pour établir un diagnostic plus précis. C'est une opération sous anesthésie générale, mais selon lui, je serai vite remise sur pied. Il me laisse choisir mais me le conseille fortement.

Le 14 février 1989, jour de la Saint-Valentin, je suis sur la table d'opération. Les bras en croix, attachée, on me plante une seringue dans le bras, on m'enlève ma jaquette d'hôpital et on me recouvre d'une couverture bleue en coton. Il fait froid. Pourquoi ne chauffent-ils pas la salle? J'ai l'impression de n'être qu'un corps à la merci de ceux qui sont là. Mon esprit et mon coeur n'y sont plus. Je les ai laissés dehors avec mon amour. Je m'endors en une fraction de seconde. Je me

réveille dans la chambre d'hôpital. Mon amour est là, j'entends sa voix. Il est inquiet. Il m'a acheté des fleurs. Sortons d'ici au plus vite. Je veux m'en retourner chez moi avec lui et rester là, enfouie au creux de ses bras chauds.

Trois semaines passent. Nous avons un autre rendez-vous avec le médecin pour connaître le résultat de la laparoscopie. Nous sommes cédulés à 9 heures 45. A midi, nous sommes toujours dans la salle d'attente. Mais pour qui nous prennent-ils? Le médecin s'excuse, il nous avait carrément oubliés. C'est la colère au coeur que j'accueille le verdict suivant: des adhérences empêchent la libre circulation de l'ovule. Risque de grossesse ectopique. La solution proposée: une opération sous anesthésie générale pour gratter les adhérences. Sept jours à l'hôpital et deux mois en convalescence. 50% des chances de réussite et les adhérences se reformeront encore davantage après l'opération car les opérations causent des adhérences. Encore une fois, le médecin me laisse choisir mais me le conseille fortement.

Je suis défaite. Mon amour est toujours là à mes côtés et me supporte. "Ne t'en fais pas, prends ton temps pour réfléchir..." Oui, je prendrai mon temps, même si je n'en ai plus beaucoup.

Non! Je refuse toute autre intervention. J'en ai assez! Je vais voir ailleurs si ma santé y est. A force de recherche, je mets la main sur un jeune médecin généraliste très au fait des MTS et des méthodes alternatives pour en traiter les séquelles. Il me suggère l'ostéopathie qui a donné de très bons résultats jusqu'à maintenant. Il me réfère à quelqu'un. En juin, j'ai mon premier rendez-vous avec mon ostéopathe. Une heure de traitement par semaine durant quelques semaines. Je ne sais pas si mes adhérences cèdent sous les massages en profondeur, mais je sais que je me sens mieux. Je n'ai plus de douleurs à la pénétration.

Mais malgré cela, une sorte d'indifférence m'envahit. Mon amour me suggère d'aller chercher de l'aide morale. J'opte pour une thérapie par la respiration, mois qui ai arrêté de respirer depuis longtemps. Je ne veux plus me faire violenter. Je veux de la douceur et du réconfort. Ma thérapeute me fait respirer en visualisant l'étendue du souffle dans mon corps. Je sens soudain la tristesse monter en moi. Je me mets à pleurer, pleurer de rage, pleurer pour cette année passée à espérer et à me décourager sans jamais recevoir aucun support moral. Pleurer devant l'injustice car, pendant que des centaines de femmes attendent l'avortement, moi j'attends un bébé en vain.

Les sessions se suivent et se ressemblent. Je nettoie de vieilles émotions, je fais de la place pour les nouvelles. Je me "branche" le coeur sur cet enfant que je veux... et je pleure à bout de patience et de solitude.

En janvier 1990, je suis enceinte et je fais une fausse couche à cinq semaines de grossesse. Je transfère mon dossier médical de la clinique de fertilité de Sainte-Justine au bureau d'une femme médecin généraliste.

Adviendra ce que pourra!

# LE DÉSIR D'ENFANT FACE À L'INFERTILITÉ

Avoir des enfants. Tout le monde y pense un jour ou l'autre. Certains n'en veulent pas, d'autres oui. Qu'arrive-t-il aux gens qui en désirent et qui ne peuvent procréer? Quelle place l'infertilité prend-t-elle dans leur vie? Qu'advient-il de leur désir d'enfant? Marie a généreusement accepté de répondre à nos questions en témoignant de sa propre histoire.

France Tardif: J'aimerais d'abord que tu te présentes et que tu décrive brièvement les causes de ton infertilité, ainsi que tes démarches en clinique de fertilité.

Marie: J'ai 25 ans. Je me suis mariée en juillet 1989, mais je vis avec Jacques depuis 5 ans. J'ai déjà été enceinte lors d'un premier mariage il y a 10 ans, mais j'ai perdu mon bébé à 6 mois de grossesse. Quand j'ai pu entrer à l'hôpital, le bébé était mort depuis environ un mois, mais je ne le savais pas. Plusieurs années après, lors de tests en clinique de fertilité, j'ai su que mes deux trompes étaient endommagées. Par la suite, j'en ai perdu une à cause d'une grossesse ectopique (qui se développait dans la trompe); la trompe qui me reste est trop détériorée pour être fonctionnelle. Le seul moyen pour moi maintenant d'avoir un enfant c'est la fécondation *in vitro*, le "bébé-éprouvette".

F.T.: Depuis quand désires-tu avoir des enfants?

Marie: J'ai toujours pensé que j'aurais des enfants. Pour moi c'était normal et en même temps très important. Je rêvais de ma petite famille, de quelqu'un qui allait m'aimer moi, seulement moi. Quand j'ai connu Jacques, c'était différent. C'est lui que je voulais comme père de mes enfants, parce qu'on est bien ensemble, que j'aime ses principes et le respect qu'il me porte.

F.T.: Comment as-tu réagi quand tu as su que tu avais un problème de fertilité?

Marie: Comme j'avais déjà été enceinte, je pensais que c'était Jacques qui avait un problème. Quand j'ai su que c'était moi, ça m'a fait très mal. J'étais enragée. C'était affreux. Dans ma famille, il n'y avait jamais eu de femmes comme ça. J'étais anormale. Je n'arrivais pas à l'admettre et je me suis donné comme défi de prouver aux médecins qu'ils avaient tort. Puis, quand j'ai appris plus tard que mon seul recours était la fécondation *in vitro*, je me suis sentie très mal: j'avais perdu la plus importante partie de ma féminité.

F.T.: Qu'est-ce qui a changé alors dans ta vie, dans tes liens avec ton entourage?

Marie: J'ai ressenti beaucoup de culpabilité. Je voulais que Jacques aille vivre avec une autre femme puisque je n'avais rien à lui offrir. Selon ma famille, Dieu me punissait de vivre avec Jacques sans être mariée et j'en ai presque été convaincue. Ils évitaient tous de parler de femmes enceintes ou d'accouchement devant moi. Cette volonté de m'épargner des souffrances, comme à une cancéreuse, me faisait plus mal que la vérité. J'ai rayé de ma liste d'amies toutes celles qui avaient des enfants, celles qui étaient capables d'en avoir, mais n'en avaient pas, celles qui avortaient. Je n'avais rien

contre elles, mais je ne pouvais plus les supporter. Je ne voulais le dire à personne. J'avais peur d'être jugée, d'attirer la pitié. J'ai même envisagé de déménager où personne ne me connaissait. Je me sentais sèche, vide avec cette maternité manquée. A cette époque, j'étais très mince et les autres disaient que je ne voulais pas d'enfant pour ne pas déformer mon corps. Alors je me suis mise à tout faire pour prendre du poids. Je me suis sentie mieux quand j'ai été grosse, car les gens ne me posaient plus de questions là-dessus. Je parlais de mon infertilité avec Jacques seulement; c'était notre problème. Cependant, l'automne dernier j'ai commencé à travailler dans un centre de femmes et là c'était différent. Je sentais que je pouvais m'exprimer sans être jugée, du moins avec quelques-unes de mes collègues. Qu'elles soient d'accord ou non avec mes démarches en clinique de fertilité, c'était possible d'en discuter. Ça m'a beaucoup aidé.

F.T. Jusqu'où es-tu prête à aller pour réaliser ton désir d'enfant?

Marie: C'est difficile à dire. J'ai subi tous les tests possibles, des plus inoffensifs aux plus douloureux. Je devais entamer le processus de fécondation *in vitro* en janvier dernier, mais nous ne nous sentions pas prêts. Nous avons annulé le rendez-vous. En fait, Jacques ne souhaitait pas que j'aille en fécondation *in vitro*; il ne voulait plus me voir souffrir. Il s'était engagé dans cette longue série d'examens parce que je le voulais. L'enfant ne lui manquait pas tant que ça; c'était d'abord moi qu'il aimait. Il m'a rassurée en me disant ça. Quant à moi, j'avais compris que je désirais un enfant surtout pour Jacques. Je me suis rendu compte que notre couple n'était pas vide, qu'il était même assez solide. J'ai commencé à considérer que cet enfant n'était pas essentiel, j'ai commencé à penser à moi.

F.T.: Est-ce qu'au fond vous avez renoncé?

Marie: En dépit de ce que je viens de dire, je dois admettre que je n'ai pas envisagé de ne pas avoir d'enfant. J'ai toujours réussi à obtenir ce que je voulais vraiment et, malgré le faible taux de succès des fécondations *in vitro*, j'ai toujours cru que moi je réussirais. Présentement, il n'y a pas de place pour un enfant dans notre vie, mais je continue de penser que notre couple serait vide sans enfant. Nous avons choisi les prénoms depuis longtemps déjà: Jean et Christine. Ils font encore partie de nos conversations. Ils sont là et ils ne sont pas là, mais ils vont venir. Nous disons: dans cinq ans nous aurons des enfants; nous ne disons jamais: si jamais nous n'avons pas d'enfant. Nous évitons tous les deux de parler de ça.

France Tardif

## L'INFERTILITÉ, ULTIME RÉVÉLATEUR DE LA CONTRAINTE À LA MATERNITÉ

A prime abord, les femmes infertiles semblent porter en elles un désir d'enfant excessif. Vu sous un autre angle, leur désir montre cependant la force de la norme sociale qui associe féminité et maternité, plaçant les femmes dans une situation de contrainte à la maternité

Quand elle a appris que le seul moyen pour elle d'avoir un enfant était la fécondation in vitro (le bébé-éprouvette), Marie s'est sentie très mal: "J'avais perdu la plus importante partie de ma féminité" (1). Selon plusieurs études, se réaliser comme femme constitue l'une des principales motivations du désir d'enfant pour la majorité des femmes, qu'elles soient fertiles ou non. Une enquête récente menée par le Conseil du statut de la femme auprès de 32 femmes infertiles (2) nous démontre d'ailleurs que le désir lui-même est semblable chez les deux groupes de femmes; la seule différence réside dans l'insatisfaction du désir.

Il n'y a pas si longtemps, le désir d'enfant n'existait pas comme tel. On avait des enfants si on se mariait. L'avènement de la pilule anticonceptionnelle au début des années soixante constitue un tournant décisif pour les femmes. Dorénavant, elles peuvent adhérer à un tout nouveau slogan: les enfants que je veux, quand je veux. La légalisation de la contraception en 1969 au Canada officialise ce pouvoir. Il est enfin permis de jouir sans nécessairement tomber enceinte. Aucun contraceptif n'est efficace à 100%. Cependant, cette nouvelle liberté de refuser l'enfant fait place peu à peu au désir d'enfant.

La médecine envahit graduellement le champ de la maternité depuis un peu plus d'un siècle. En leur fournissant des moyens contraceptifs, la science médicale consacre la nécessité de sa présence dans la vie des femmes. Parallèlement, le développement d'autres technologies renforce la confiance générale envers la technique qui amène avec elle une habitude de satisfaction immédiate. La possibilité de ne pas concevoir quand on ne le veut pas conduit ainsi à la certitude de pouvoir procréer une fois qu'on l'a décidé. Le désir devient un acte volontaire.

Dans ce contexte, imaginons Richard et Louise qui, après plusieurs années de contraception en attendant d'être prêts, décident de faire un enfant. Après un peu plus d'un an sans résultat, ils consultent en clinique de fertilité. Plusieurs tests et examens plus tard, ils apprennent leur infertilité. La connaissance de leur incapacité survient donc bien après leur décision d'avoir un enfant, après même quelques années d'essais, d'espoirs, d'incertitude et d'inquiétude. Louise ressent alors un sentiment d'échec, de manque et de culpabilité. Un échec face au contrôle de son propre corps: "Le plus dur, c'est de ne pas être capable de faire un enfant quand on veut" (2). Dans ces circonstances l'enfant, parfois modérément désiré, devient passionnément voulu parce qu'inaccessible. "Je n'arrivais pas à l'admettre et je me suis donné comme défi de prouver aux médecins qu'ils avaient tort" (1).

Habitées de colère et de sentiments négatifs envers elles-mêmes, les

femmes infertiles sont portées à s'isoler. "J'ai rayé de ma liste d'amies toutes celles qui avaient des enfants, celles qui étaient capables d'en avoir, mais n'en avaient pas, celles qui avortaient. Je n'avais rien contre elles, mais je ne pouvais plus les supporter. ... J'avais peur d'être jugée, d'attirer la pitié" (1). Elles ré-évaluent chacune de leurs relations. Un support accordé crée un rapprochement. Cependant, les attitudes les plus courantes de l'entourage, incompréhension, raillerie, pitié, provoquent des ruptures plus ou moins prononcées. Le tabou qui entoure l'infertilité révèle la force de la norme sociale qui associe maternité et féminité. Ainsi, les femmes infertiles se retrouvent du côté des marginales, les femmes sans enfants, sans toutefois l'avoir choisi. Isolées, prises entre leur désir, les pressions de la norme et les possibilités de la science, plusieurs femmes infertiles se tournent alors vers la procréation artificielle.

Depuis la naissance du premier bébé-éprouvette en Grande-Bretagne en 1978, les médias ont vanté les succès des nouvelles technologies de reproduction humaine (NTRH). A y regarder de plus près cependant, il est clair que la fécondation in vitro (FIV) chez l'humain en est encore au stade expérimental. En 1987 au Québec, le taux de succès varie entre 0 et 5 % (3). De plus, la FIV comprend un ensemble d'interventions lourdes et nombreuses dont les risques, tant pour les femmes que les pour les enfants à naître, ne sont pas tous connus. Finalement, les protocoles (règles à suivre dans l'exercice d'un acte médical et qui en favorisent le succès) diffèrent d'un pays à l'autre et d'une clinique à l'autre. La disparité des protocoles témoigne de l'incertitude des médecins et biologistes en ce qui concerne la procédure de la FIV. En ce qui concerne l'information, les cliniques de fertilité suivent malheureusement le modèle du monde médical en général: on y décrit les interventions que les femmes auront à subir, sans en expliquer toutefois le pourquoi, ni les conséquences. Quant aux risques pour la santé, on en donne une liste plus ou moins complète selon les cliniques, sans indiquer toutefois la fréquence relative de chacun de ces risques. Dans ces conditions, les femmes et les couples ne sont pas en mesure de donner un consentement volontaire éclairé face aux interventions à venir.

Malgré cet état de fait, beaucoup de femmes infertiles recourent à l'aide médicale. Parmi elles, certaines s'y engagent aveuglément, d'autres ont réussi à obtenir plus ou moins d'information et acceptent les risques, connus et inconnus. En fait, l'existence même des NTRH ajoute aux femmes une nouvelle pression. "Je voulais pas arriver à 50 ans et me dire que j'avais pas tout fait ce que j'avais à faire" (2). "Ce n'est pas moi qui va dire: j'en ai assez. J'attends que ce soit lui (le médecin) qui dise: on a fait le tour, c'est fini" (2). Il est tentant alors de qualifier d'excessif le désir des femmes infertiles.

Alice Holleaux (4), psychanalyste, s'est penchée sur le désir d'enfant, sans distinction quant à la fertilité. Il lui semble que le désir d'enfant soit généralisé aujourd'hui en France: 97 % des couples "ont eu, ont ou auront un désir d'enfant". Mme Holleaux a cherché à caractériser ce "nouveau" désir qui "va jusqu'à se formuler comme un droit à l'enfant". Plongée au coeur des motivations inconscientes du désir d'enfant, Mme Holleaux nous propose une

interprétation - ici simplifiée - en deux temps. Premier temps: la contraception et la libération de la femme ont fait place au plaisir sexuel et refoulé le désir de procréer. Deuxième temps: le plaisir semble au rendez-vous du discours plutôt qu'au rendez-vous des corps. Verbalisé, normalisé, banalisé, le plaisir ne peut combler le manque du désir refoulé. Ainsi, ce n'est plus l'enfant réel qui serait désiré, mais l'enfant remède au manque, un remède d'autant plus obsédant qu'il a été refoulé. Le sentiment de propriété, nourri par les adultes en général envers les enfants, facilite le saut inconscient du désir d'un être (l'enfant) au désir d'un objet (le remède).

Dans les pays occidentaux, le statut social d'une personne s'améliore à mesure que ses possessions augmentent.et la venue de l'enfant s'inscrit dans un itinéraire tracé à l'avance: après les études, les voyages, la vie de couple, l'auto, la maison, l'insertion professionnelle, l'enfant se présente comme un élément du puzzle de la réussite sociale. "Avoir des enfants, c'est un peu comme une valorisation sociale, même en 1986" (2). C'est l'avoir qui donne reconnaissance à l'être; avoir un enfant équivaut à être parent.

L'âge, les pressions de la famille et de l'entourage contribuent également à l'émergence du désir d'enfant. En fait, plusieurs motivations peuvent interagir dans le désir d'enfant: se réaliser comme femme, vivre une grossesse, donner un enfant à son conjoint, enrichir la relation de couple, fonder une famille, assurer sa continuité, aimer et être aimée, contribuer à la richesse collective de son pays, etc. Ces raisons, qui sont celles le plus souvent exprimées, témoignent de l'intégration des normes sociales qui assignent les femmes à la maternité. Ainsi, l'excès de désir qui semble caractériser les femmes infertiles ne serait que l'illustration de la contrainte à la maternité prescrite socialement aux femmes.

France Tardif

Références


1. "Le désir d'enfant face à l'infertilité". France Tardif, Cahier Femmes et sexualité, F.Q.P.N., no 10, avril 1991.

2. Les enfants que je veux... si je veux... Françoise-Romaine Ouellette, Conseil du statut de la femme, Québec, janvier 1987.

3. Rapport du comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction humaine. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988.

4. "Vouloir un enfant aujourd'hui", dans La filiation: ruptures et continuité. Institut de l'enfance et de la famille. Actes du colloque de Vaucresson. Rapporteur: Bruno Ribes, 1985.

10 FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

**EMBARGO: 22 NOVEMBRE 1990, 10 H**

C O M M U N I Q U E

**LA SANTÉ DES FEMMES EST MENACÉE PAR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION HUMAINE**

**LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES DEMANDE UN MORATOIRE**

Montréal, le 22 novembre 1990 - La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), lors de son audition hier à Montréal devant la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine (NTRH), a demandé un moratoire sur les NTRH. Selon la FQPN, les intérêts commerciaux et scientifiques en jeu ont pris le pas sur les intérêts de la santé, puisque plusieurs des techniques utilisées actuellement dans les cliniques de fertilité en sont encore au stade expérimental chez les humains. Ainsi, les femmes qui s'engagent dans une démarche de procréation artificielle servent de cobayes sans en avoir été explicitement informées.

L'hyperstimulation ovarienne comporte beaucoup de risques connus pour la santé (de la nausée au risque de mortalité), mais tous les effets, particulièrement à long terme, ne sont pas connus. Les risques reliés à une grossesse issue d'une fécondation in vitro (FIV) sont beaucoup plus élevés que dans une grossesse naturelle. Les formulaires de consentement signés par les couples ne mentionnent pas la fréquence relative de ces risques, ni le caractère expérimental des techniques. Le taux réel d'efficacité des NTRH est très bas (0 à 5 % pour la FIV selon le Comité de travail sur les NTRH, ministère de la Santé et des

2540 rue Sherbrooke est, bureau 1, Montréal, Québec, H2
Téléphone : (514) 522-6

Services sociaux, 1988) et les cliniques utilisent des méthodes de calcul qui gonflent les résultats. Une démarche en clinique de fertilité constitue en fait une épreuve pour les couples et on leur offre très peu de soutien moral ou psychologique, tant au cours du processus de fécondation artificielle qu'en cas d'échec des NTRH. Un échec de la technique signifie un deuxième deuil d'enfant pour le couple qui est alors laissé à lui-même par les techniciens responsables de cet échec.

Les cliniques de fertilité sont avares de renseignements sur leurs interventions et leurs résultats, particulièrement depuis 1987. Après s'être informée auprès de deux fonctionnaires, la FQPN se doit aujourd'hui de révéler l'ignorance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur ce qui se passe dans les cliniques. La FQPN déplore également l'absence presque totale des cliniques de fertilité aux auditions publiques de la Commission d'enquête. Dans l'état actuel des choses, la FQPN conclut que le monde médical et pharmaceutique est en train de bâtir une nouvelle industrie sur un abus de confiance et sur l'espoir de couples qui désirent un enfant.

La FQPN est un organisme à but non lucratif qui existe depuis 1972. Elle travaille à favoriser le libre choix des femmes face à la maternité. Les femmes ne peuvent exercer ce libre choix quand leur santé est menacée.

- 30 -

Source: France Tardif, agente d'information
Anne St-Cerny, présidente
Marie-Thérèse Forest, membre
514-522-6511

# MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES PRÉSENTÉ A LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION HUMAINE

"L'usage approprié des technologies (...) constitue «l'une des priorités de l'OMS. Or son premier principe est d'éviter de diffuser ou d'intégrer à la pratique médicale une nouvelle technologie avant qu'elle n'ait subi une évaluation scientifique rigoureuse. Dans le cas de la fécondation *in vitro*, aucune étude prospective rigoureusement menée n'a permis d'en mesurer l'efficacité et la sécurité. Les publications sur le sujet (...) reposent sur des comparaisons non contrôlées, réalisées dans l'unique perspective de fignoler la technique (...) Quant à la diffusion, elle a été énorme et on peut aisément parler de prolifération incontrôlée»"[1]. Marsden Wagner, OMS.

## INTRODUCTION

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) est un organisme à but non lucratif qui existe depuis 1972. Elle travaille à favoriser le libre choix des femmes face à la maternité. Ce libre choix ne peut s'exercer qu'en connaissant les avantages, inconvénients et conséquences possibles d'une méthode contraceptive ou d'une technique de procréation artificielle.

Au début de nos travaux sur les NTRH[2], nous étions partagées entre le libre choix individuel et les intérêts collectifs. Cependant, au fur et à mesure de nos recherches et de nos discussions, nous avons évalué que les intérêts industriels, commerciaux, scientifiques et médicaux prenaient très largement le pas sur les intérêts des femmes individuellement et sur les intérêts des êtres humains collectivement. C'est pourquoi les commentaires, réflexions, questionnements et recommandations qui suivent originent d'un souci éthique par rapport à la place des femmes dans la société et par rapport au devenir de l'être humain. L'éthique doit intervenir avant la pratique ou l'application d'une nouvelle technique, non après. Dans les faits, les problèmes éthiques et juridiques liés aux NTRH n'ont pas été résolus: ils sont de l'ordre de la filiation, du commerce de l'être humain et de ses organes, de la responsabilité médicale et de la recherche, des normes d'expérimentations, etc. Pourtant, on continue d'offrir ces techniques.

En conséquence, nous recommandons aux gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;

2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;

3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;

4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;

5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

LE CONTEXTE

Quels sont les principaux acteurs présents sur la scène des NTRH? Il y a les couples infertiles, en général désespérés, prêts à faire beaucoup pour avoir un enfant. Ils demandent de l'aide. Il y a les cliniques de fertilité (chercheurs-ses, biologistes, médecins, etc.) qui disent avoir une solution pour ces couples. Il y a les compagnies pharmaceutiques, d'équipements de recherche et médicaux qui ont des produits à vendre ou à expérimenter. Il y a les médias qui cherchent la nouvelle, qui mettent l'accent sur les progrès de la science sans jamais donner la contrepartie, c'est-à-dire les risques pour la santé inhérents à plusieurs techniques encore expérimentales.

Les cliniques de fertilité diffusent très peu d'information sur leurs pratiques, leurs protocoles d'intervention et leurs résultats. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec n'a aucune donnée disponible depuis 1987. Selon les derniers renseignements et les témoignages de femmes qui appellent à la FQPN, l'aide qu'on offre aux couples dans les cliniques porte sur le biologique, le physiologique, aide qui porte en elle-même des dangers pour la santé. On offre très peu ou pas de soutien psychologique ou moral au cours des démarches, encore moins en cas d'échec des NTRH. Dans plusieurs cliniques, les couples rencontrent un-e psychiatre ou un-e travailleur-se social-e; ces entrevues servent la plupart du temps à évaluer le couple plutôt qu'à l'aider. Un couple qui a besoin de support doit en chercher en pratique privée et payer de sa poche en plus du coût des tests et médicaments en clinique de fertilité.

Plusieurs techniques sont encore expérimentales: risques peu connus ou inconnus de médicaments et d'interventions, protocoles différents, taux d'échec très élevés. Les femmes participent à de l'expérimentation sans le savoir; le peu d'information qu'on leur donne dans les cliniques ne leur permet pas de comprendre, ni de donner un consentement libre et éclairé. Les formulaires de consentement mentionnent quelques effets possibles sans en donner la fréquence relative; on y explique les processus des interventions à venir, mais jamais le pourquoi, le comment, ni les conséquences. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de femmes en santé (l'infertilité n'est pas une maladie), qui ne sont pas en phase terminale d'une longue maladie pour se permettre d'expérimenter ainsi sur elles sans leur donner les moyens d'y consentir librement.

Les démarches en cliniques de fertilité constituent une épreuve pour les couples: très peu d'explications, évaluations à tout crin (physiques et psycho-sociales), peu de soutien moral ou psychologique. Les femmes et les couples paient cher en risques pour leur santé physique et mentale. Comme l'a dit Françoise Laborie: "... les femmes sont les meilleurs objets de recherche possible pour les scientifiques. A la différence des singes, ..., les femmes sont intelligentes. Elles savent parler, repérer leur ovulation et la signaler au médecin; nul besoin de les

nourrir, de les garder en cage et de les nettoyer; elles viennent à l'heure à l'hôpital et elles paient pour ça"[3].

NOTRE ANALYSE

Les spécialistes de la reproduction artificielle, prétendant répondre à une demande, seront sans doute choqués de notre position. Cependant, comme l'écrivait Jacques Dufresne: "C'est toutefois une fraude intellectuelle que de confondre l'addition de ces demandes individuelles avec un consensus social réel, fruit d'un débat libre et éclairé"[4]. Depuis quelques années, les médias contribuent à l'escalade des demandes. Tenant un discours inquiétant sur le taux de fécondité de la population et un discours optimiste sur les progrès scientifiques, ils cautionnent le mythe de la certitude d'avoir un enfant une fois qu'on l'a décidé. Ils mélangent stérilité (handicap à la procréation) et infertilité (difficulté à procréer). Les médias ont ainsi créé des espoirs très grands. Cependant, ils ont très peu rapporté les risques de ces nouvelles techniques pour la santé et la qualité de vie des femmes. La définition médicale de l'infertilité contribue également à l'augmentation des demandes: auparavant, on exigeait deux ans d'essai de procréation sans contraceptif pour être admis aux tests de fertilité; maintenant, on demande un an d'essai seulement. Par conséquent, de plus en plus de personnes sont considérées infertiles par les spécialistes[5]. Pourtant, selon la méthode contraceptive utilisée auparavant, plusieurs mettront plus d'un an à concevoir . Nous nous sommes ainsi retrouvés devant un fait accompli: les NTRH ont été mises en application dans les cliniques. Louise Vandelac affirme d'ailleurs que "...c'est en brisant le moratoire de fait qui existait depuis 1975 sur la fécondation in vitro, qu'ils [Edwards et Steptoe] ont imposé la fécondation artificielle"[6].

De fait, l'infertilité n'est pas une maladie; c'est une diminution ou une absence de faculté due à des problèmes sociaux. Les troubles de fertilité secondaire chez l'homme et la femme originent de situations connues: ils sont associés aux produits chimiques répandus dans l'environnement ou utilisés sur les lieux de travail; ils peuvent aussi résulter de chirurgies de l'appareil reproducteur, de l'utilisation de contraceptifs (stérilets, contraceptifs oraux), de l'utilisation de médicaments (DES, Clomid, Depo-Provera qui est un médicament utilisé comme contraceptif dans certains cas: Amérindiennes, femmes handicapées, adolescentes); ces troubles de fertilité secondaire peuvent également être les conséquences de maladies transmises sexuellement, de traitements ou de tests d'infertilité, de traitements hormonaux pour problèmes ovulatoires ou menstruels, etc. Ainsi, ces nouveaux problèmes de fertilité sont provoqués par les industries bio-médicales et chimiques. Pour solutionner ces problèmes, les mêmes industries offrent maintenant les nouvelles techniques de reproduction. Nous pensons qu'il est grand temps de renverser la vapeur au profit de la prévention des causes d'infertilité à laquelle l'État devrait contribuer, financièrement et autrement.

Actuellement, dans les cliniques on recourt à des interventions lourdes et risquées qui multiplient les risques d'atteinte à l'intégrité physique des femmes. C'est le seul moyen qu'on ait trouvé de pallier le peu d'efficacité et le coût élevé des NTRH. Malheureusement, ce sont les femmes qui paient le prix de cette

rentabilisation. Voici les princiaux risques auxquels on peut s'attendre dans l'état actuel des pratiques et des connaissances[7]:

- risques d'effets secondaires à l'hyperstimulation ovarienne (nausées, vomissements, tension nerveuse, fatigue, maux de tête, étourdissements, malaises abdominaux, troubles de la vision, dépression, kystes ovariens, cancers et même mortalité);-risques associés à la nature et au nombre d'interventions effectuées (prélèvement d'ovules par laparoscopie ou échographie, la plupart du temps sous anesthésie générale, implantation de 2 à 6 embryons à la fois);

- risques plus élevés que dans une grossesse naturelle: fausses-couches (2 à 3 fois plus), grossesses ectopiques (2 à 5 fois plus), grossesses multiples (20 à 27 fois plus), césariennes (50 % de ces accouchements), accouchements prématurés (3 fois plus), malformations congénitales (2 fois plus), mortalités périnatales (3 à 4 fois plus), présentations de siège;

- risques d'avortements reliés à certains examens en cours de grossesse (échographies, amniocentèses, biopsies chorioniques);

- il faut ajouter les douleurs, hospitalisations, complications liées à ces situations;

- les risques pour la santé mentale: angoisse, douleur psychologique, espoirs déçus, deuxième deuil d'enfant, etc.

Tout ceci nous permet de douter de la sollicitude de la science concernant la douleur des couples[8]. Les intérêts autres qu'humanitaires sont nombreux: intérêts commerciaux de la part des compagnies pharmaceutiques et d'équipement médical, intérêts de prestige et de reconnaissance pour les chercheurs-ses. Dans ce contexte, l'infertilité sert plutôt de prétexte et les couples désespérés sont la matière première la plus extraordinaire pour les chercheurs-ses. Dans la plupart des cliniques, les NTRH sont présentées comme des techniques valables, même si une grossesse à terme n'est pas garantie. Cependant, nos recherches nous amènent à constater que les NTRH chez les humains sont encore au stade expérimental: divers aspects des processus et de leurs effets ne sont pas connus; c'est le cas, particulièrement, de l'hyperstimulation ovarienne et de la congélation du sperme; les protocoles diffèrent d'un pays à l'autre et même d'une clinique à l'autre (en Australie, après avoir prôné et employé l'hyperstimulation ovarienne, on ne l'utilise plus car elle comporte trop de risques et n'augmente pas nécessairement l'efficacité); cela témoigne de l'incertitude qui règne. De plus, selon notre calcul (comparant le nombre de femmes ayant subi une hyperstimulation ovarienne au nombre de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant) le taux réel d'efficacité est faible (0 à 5 % pour la FIV)[9]; les cliniques, elles, utilisent une autre base de calcul qui gonfle le taux d'efficacité[10].

Nous sommes ainsi forcées de conclure que le monde médical et pharmaceutique est en train de bâtir une nouvelle industrie basée sur un abus de confiance et sur l'espoir de

couples qui désirent un enfant. Comme le dit Thierry Damerval, président de l'association Génétique et Liberté en France, "... les techniques se sont plus développées en fonction des opportunités du marché que pour contribuer à un réel progrès social"[11].

Les femmes comme groupe ont toujours subi une contrainte à la maternité[12]. Il n'y a pas si longtemps, le désir d'enfant n'existait pas comme tel. On avait des enfants si on se mariait. La légalisation de la contraception a permis aux femmes de mieux contrôler leur fécondité, ce qui constitue un bienfait indéniable. Cependant, elle a aussi consacré la nécessité de la science médicale dans la vie reproductive des femmes. La possibilité de refuser l'enfant a éliminé la menace de grossesse et a fait place peu à peu au désir d'enfant, ainsi qu'à la certitude de pouvoir procréer dès qu'on l'a décidé. Le désir d'enfant se transforme en acte volontaire qui cadre très bien avec l'ambiance sociale de satisfaction immédiate dans laquelle nous baignons. De plus, les pressions sociales, qu'elles viennent de l'entourage ou des gouvernements, sont toujours présentes.

Ainsi, avec la procréation artificielle, les médecins et les scientifiques assument, au-delà de leur rôle technique, une fonction de normalisation des comportements féminins. Désormais, la quête de grossesse ne peut être complète pour une femme tant qu'elle n'a pas épuisé toutes les possibilités de la science. Elle ne peut plus se donner le droit d'adopter un enfant sans lien biologique avec elle ou son conjoint, ni le droit d'opter pour un autre projet de vie si elle n'a pas eu recours aux NTRH. Tout se passe comme si on disait aux femmes: "Vous ne pouvez pas avoir d'enfant Madame? Il vous en faut un; nous allons vous en faire un"[13]. L'ambition médicale, la technique et le développement du marché sont aussi illimités que le désir. Le développement incontrôlé des techniques de procréation artificielle a mené à l'acharnement procréatif[14]. Cependant, la société a le devoir de fixer les limites entre le possible, l'acceptable et le désirable.

En outre, la surmédicalisation de la grossesse nourrit deux fausses croyances: qu'il est dangereux d'être enceinte et que l'utérus est un milieu dangereux pour le foetus. Ces deux idées fausses infantilisent les femmes en ne leur reconnaissant pas la capacité de prendre des décisions correctes pour leur propre vie et celle de leur foetus. Déjà aux États-Unis, et de plus en plus au Canada, la surveillance médicale et juridique de la grossesse est telle[15], que des femmes nous disent clairement qu'elles n'ont plus le goût d'être enceintes, qu'elles ont peur. Pour notre part, nous ne croyons pas qu'il y a conflit d'intérêts entre une femme enceinte et le foetus qu'elle porte, qu'elle nourrit, qu'elle fait vivre. Les femmes ont les mêmes droits et libertés, qu'elles soient enceintes ou non. C'est à elles de décider de leur mode de vie, c'est à elles de décider si elles auront recours aux diagnostics prénatals, aux thérapies foetales, etc. Nous sommes contre la surveillance abusive des femmes enceintes; nous sommes contre l'utérus artificiel. Ce n'est pas ainsi que nous entrevoyons l'avenir de la maternité.

On entend de plus en plus circuler la notion du «droit à l'enfant». Or, la différence entre le droit de... et le droit à... est assez marquée pour éviter tout glissement de l'un à l'autre[16]. Par exemple, le droit de

se marier correspond à une faculté, une liberté individuelle, mais n'équivaut pas au droit à un mari. Sinon, une femme pourrait obliger un homme à la marier sous prétexte qu'elle a droit à un mari. Elle aurait ainsi des droits sur la personne de l'homme. De la même manière, le droit d'engendrer un enfant n'équivaut pas à un droit à l'enfant. S'il était reconnu, le droit à l'enfant pourrait ainsi rapidement s'étendre au droit à un enfant parfait, doté de caractéristiques physiques et intellectuelles souhaitées par les adultes. "... les droits de l'enfant constituent la limite du droit à l'enfant"[17].

Le développement combiné de la génétique et de la FIV sonne le réveil de l'eugénisme utilitariste. Jacques Dufresne nous met en garde: "Les couples chez qui on a repéré des gènes anormaux n'auront bientôt plus le choix"[18]. Grâce à la génétique et à la FIV, plus besoin de diagnostics prénatals ni d'avortements préventifs; on n'aura qu'à omettre l'implantation de l'embryon et à recommencer la FIV. Thierry Damerval a bien identifié le problème sous-jacent à la technique: "Certes, l'évolution des techniques permet de masquer les problèmes moraux. Il est plus aisé de trier des gamètes que de supprimer des nouveaux-nés, mais la question fondamentale reste en suspens. Celle-ci n'est ni scientifique, ni technique, mais sociale: est-il admissible que les parents puissent choisir les caractéristiques physiques de leurs enfants?"[19].

EN FIN DE COMPTE

Au plan individuel, les NTRH comportent des dangers graves pour la santé des femmes, non malades, qui s'y engagent. Les effets à long terme sont encore peu connus ou inconnus. Ce n'est pas la première fois que le monde médical ferme les yeux sur les risques associés à des médicaments ou à des pratiques peu expérimentés (rappelons-nous seulement la thalidomide, le DES, le Dalkon Shield, le Depo-Provera).

Au plan collectif, les manipulations génétiques et la commercialisation de la procréation sont en train d'éroder les repères traditionnels de la vie collective[20] et de l'identité humaine[21]. Les questions éthiques fondamentales soulevées par les NTRH n'ont pas été débattues socialement. Quel genre de société veut-on? Quel pouvoir et quelle place veut-on donner aux femmes dans cette société? Quelle maternité voulons-nous pour l'avenir? Voulons-nous cette modification de l'identité humaine?

Qu'est-ce qui se passe dans les cliniques, dans les centres de recherche? Est-ce que vous vous le savez? La science est capable de congeler des embryons, des ovules, du sperme, mais à qui appartiennent-ils? Qu'en fait-on? Est-ce qu'ils servent à la recherche, au commerce?

Les choix de société effectués actuellement par les gouvernements fédéral et provincial nous empêchent aussi d'être en faveur du développement des NTRH: ils coupent dans les services en planning des naissances, périnatalité, avortement et soutien aux familles[22]. Alors avant d'imaginer d'autres possibles avec les NTRH, rétablissez les services de base autour de la maternité. Tout ce qui est possible n'est pas toujours souhaitable.

## POUR CONCLURE

Les NTRH sont importantes en raison de leur incidence sur les mentalités: elles sont en train de changer la notion d'être humain sur cette planète[1]. Accepterons-nous d'entrer dans l'ère de la biocratie?

La contraception a permis le plaisir sexuel sans risque de procréation, les nouvelles techniques de reproduction humaines consacreront peut-être bientôt la procréation sans risque de plaisir sexuel. Peut-on changer les rites de la reproduction humaine sans conséquences graves? Quels effets la procréation artificielle aura-t-elle sur l'acquisition de l'identité chez l'être humain, sur la nature des rapports sociaux?

Les NTRH constituent en fait une solution médicale et technologique à un problème de nature individuelle et sociale. Le message sous-jacent: la technologie nous rend plus heureux. Nous ne croyons pas à ce message; le bonheur dépasse la technologie.

## NOS RECOMMANDATIONS

Nous recommandons aux gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;

2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;

3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;

4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;

5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

**********

## NOTES

[1] Cité dans VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle". La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1112.

[2] Pour nous, les NTRH comprennent: la fécondation *in vitro*, le transvert d'embryon(s), les dons de gamètes, les banques (sperme, embryons, ovules), l'insémination artificielle (avec ou sans donneur), les manipulations génétiques, les diagnostics prénatals forcés ou automatiquement prescrits, les mères porteuses, le clônage, le placenta artificiel, l'utérus artificiel.

[3] LABORIE, Françoise. "Conférence de Françoise Laborie", dans Sortir la maternité du laboratoire, Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, 1988, p. 366.

[4] DUFRESNE, Jacques. "Pour une écologie de la reproduction", dans La Presse, 22 septembre 1990, p. B3.

[5] ROCHON, Madeleine. Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités. Services des études socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1986.

[6] VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle", dans La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1116.

[7] Fédération du Québec pour le planning des naissances Du chou à l'éprouvette, nos 1 à 8, 1989-1990. VANDELAC, Louise, op. cit.

[8] BRABANT, Isabelle. "Jamais de la vie!", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 65-68.

[9] Rapport du comité de travail sur les NTRH, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, p. 55.

[10] MARCUS-STEIFF, Joachim. "Les taux de «succès» de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1300-1312.

[11] DAMERVAL, Thierry. "Génétique et liberté", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1173-1174.

[12] BASTIEN, Ginette. "Avortement: égalité vs contrainte", Cahier femmes et sexualité, no 8, mars 1989, p. 16-24, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances.

[13] Rapport du comité ad hoc sur les NTRH. FEM (Femmes en mouvement), Bonaventure, 1989, document inédit.

[14] BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine. Produire l'homme: de quel droit. PUF, Paris, 1987, 288 p.

[15] BASTIEN, Ginette, op. cit.

[16] BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine, op. cit.

[17] Ibid. p. 153.

[18] DUFRESNE, Jacques, op. cit. p. B3.

[19] DAMERVAL, Thierry, op. cit. p. 1174.

[20] FERRY, Luc. "Faut-il fixer des limites à la science? Pour une discussion publique", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.

[21] LABRUSSE-RIOU, Catherine. "Faut-il fixer des limites à la science? Protéger mais aussi libérer", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.

[22] Mémoire sur l'étude de l'avant-projet de loi "Loi sur les services de santé et les services sociaux", Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 1990. Mémoire sur le projet de loi C-43 sur l'avortement, Fédération du Québec pour le planning des naissances et Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, janvier 1990.

[23] BRABANT, Isabelle, op. cit.

**********

RÉFÉRENCES

BASTIEN, Ginette. "Avortement: égalité vs contrainte", dans Cahier femmes et sexualité, no 8, mars 1989, p. 20-24, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances.

BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine. Produire l'homme: de quel droit, Presses Universitaires de France, Paris, 1987, 288 p.

BRABANT, Isabelle. "Jamais de la vie!", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 65-68.

DAIGLE, Marie-Carole. "Bébé-éprouvette: éprouvé ou éprouvant?", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 60-63.

DAMERVAL, Thierry. "Génétique et liberté", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1173-1177.

DUFRESNE, Jacques. "Pour une écologie de la reproduction", La Presse, 22 septembre 1990, p. B3.

FERRAND, Michèle. "Les «bénéfices» de la médicalisation de la procréation", dans A.-M. de VILAINE, L. GAVARINI et M. LE COADIC, Maternité en mouvement, Montréal, Éd. Saint-Martin et Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1986, 244 p.

FERRY, Luc. "Faut-il fixer des limites à la science? Pour une discussion publique", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.

HARTING, Claire. "La science médicale, un progrès ou un cauchemar pour les femmes?", dans Journal de Montréal, 31 octobre 1987.

JEAN, André. "Périnatalité. Baby shop ou le bout de chou de l'éprouvette", dans Santé Société, hiver 1988, p. 49-54.

LABORIE, Françoise. "Conférence de Françoise Laborie", dans Sortir la maternité du laboratoire, Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, 1988, p. 365-368.

LABRUSSE-RIOU, Catherine. "Faut-il fixer des limites à la science? Protéger mais aussi libérer", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.

MARCUS-STEIFF, Joachim. "Les taux de «succès» de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1300-1312.

OUELLETTE, Françoise-Romaine. Les enfants que je veux... si je peux..., Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, janvier 1987, 186 p.

ROCHON, Madeleine. Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités, Service des études socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1986.

TARDIF, France. "Les nouvelles techniques de procréation: un progrès pour les femmes?", dans L'Ardoise, printemps 1989, #37, vol. 7, no 2, p. 13-14.

VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle", dans La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1112-1124.

Drug Evaluation, 6e édition, American Medical Association, 1986.

Du chou à l'éprouvette, nos 1 à 8, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1989-1990.

Mémoire sur l'étude de l'avant-projet de loi "Loi sur les services de santé et les services sociaux", Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 1990.

Mémoire sur le projet de loi C-43 sur l'avortement, Fédération du Québec pour le plannig des naissances et Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, janvier 1990.

Rapport du comité ad hoc sur les NTRH, FEM (Femmes en mouvement), Bonaventure, 1989, document inédit.

Enjeux, Conseil du statut de la femme et Publications du Québec, 1987, 38 p.

Rapport du comité de travail sur les NTRH, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1988, 120 p.

"Vouloir un enfant aujourd'hui", dans La filiation: ruptures et continuité. Institut de l'enfance et de la famille. Actes du colloque de Vaucresson. Rapporteur: Bruno Ribes, 1985.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

LES GROUPES SUIVANTS ONT APPUYE LE MEMOIRE PRESENTE A LA COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION PAR LA FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

---

Centre des femmes du Haut-Pays, Lac-des-Aigles

Naissance-Renaissance, Montréal

L'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes

L'R des centres de femmes du Québec

Fédération des Associations des Familles Monoparentales du Québec

L'Echo des femmes de la Petite Patrie

Le Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail du Québec Inc.

Le Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)

Le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence

Le 22 novembre 1990

2540 rue Sherbrooke est, bureau 1, Montréal, Québec, H
Téléphone : (514) 5

EXTRAIT DE "POUR AMELIORER LA SANTE ET LE BIEN-ETRE AU QUEBEC - ORIENTATIONS", GOUVERNEMENT DU QUEBEC, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, AVRIL 1989, PAGES 58-61 INCLUSIVEMENT

## LE DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE

Le développement technologique a permis des progrès considérables en prévention ainsi que dans le dépistage et le traitement de plusieurs maladies. Il a largement contribué à l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie.

Aujourd'hui, certains secteurs nécessitent un rattrapage important. Par ailleurs, la diffusion des technologies a, en certaines occasions, engendré une surconsommation à la fois coûteuse et dépourvue d'avantage réel pour la personne. De plus, certaines technologies ont été mises en marché sans évaluation suffisante. On a enfin assisté à une prise de conscience de plus en plus aiguë des problèmes éthiques soulevés par l'utilisation de certaines technologies.

### L'acquisition des technologies

Les technologies de la santé présentent plusieurs avantages. Elles permettent l'établissement rapide de diagnostics plus précis et plus complets. Elles offrent des moyens thérapeutiques plus efficaces et souvent moins traumatisants. Elles permettent de réduire la durée du séjour à l'hôpital.

Le gouvernement a consenti des efforts financiers importants au cours des dernières années afin d'assurer l'accès à la technologie de pointe. Bien que le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes, investisse moins dans le renouvellement des équipements et l'innovation technologique que les États-Unis, le niveau de ses investissements est comparable à celui de la plupart des pays européens. En outre, l'écart avec l'Ontario, où l'introduction des technologies nouvelles s'est faite plus rapidement, s'amenuise. Des retards persistent toutefois. En conséquence, le Ministère propose:

▶ **d'ajouter une enveloppe annuelle de 25 millions de dollars pour l'implantation des technologies nouvelles;**

▶ **de continuer à appliquer sa politique d'acquisition ou de remplacement des appareils technologiques; les projets de développement doivent s'autofinancer à 50% alors que les projets de remplacement d'appareillage doivent s'autofinancer à au moins 80%.**

### La diffusion de la technologie

L'acquisition de technologies nouvelles n'obéit pas toujours à des critères rigoureux. Il arrive également que la concurrence des firmes qui produisent ces technologies précipite la mise en marché de nouveaux équipements plus perfectionnés sans être nécessairement plus efficaces. La diffusion d'une technologie entraîne presque automatiquement son adoption et son utilisation. De plus, elle comporte parfois peu d'avantages et même certains risques. Il paraît donc nécessaire de maîtriser davantage la diffusion de la technologie et d'en évaluer les conséquences.

Dans cette optique, le Ministère a créé, au début de 1988, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Le conseil a pour mandat de promouvoir et de supporter l'évaluation des technologies de la santé, de diffuser les résultats des études sur le sujet et de favoriser leur utilisation dans la prise de décision. De plus, il doit conseiller la Ministre sur les questions touchant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé. À cette fin, il doit fournir des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, leur sécurité, leur impact sur le système de santé ainsi que sur leurs implications économiques, éthiques et sociales.

Enfin, il est important que le Québec puisse profiter des récents développements cliniques, épidémiologiques et technologiques. À cet égard, le Ministère entend:

▶ **demander au Conseil d'évaluation des technologies de la santé et au Fonds de la recherche en santé du Québec de rencontrer annuellement la communauté médicale pour recueillir ses recommandations sur ces questions afin de conserver le haut niveau de qualité des services de santé et de permettre aux centres d'excellence de se maintenir à la fine pointe du développement.**

## Les problèmes éthiques liés à l'acharnement thérapeutique

Les problèmes éthiques soulevés par le développement technologique se posent particulièrement aux derniers instants de la vie. Souvent, ce qui est perçu comme technologiquement possible devient rapidement la norme: tous les moyens disponibles doivent être déployés pour sauver ou même simplement prolonger la vie. Par ailleurs, il est loin d'être certain que l'utilisation massive des technologies correspond toujours au souhait de la personne. Les dilemmes éthiques se multiplient au fur et à mesure que le développement technologique fait reculer les frontières du possible. L'éthique traditionnelle, surtout axée sur l'application de grands principes déontologiques, ne suffit plus aujourd'hui à guider les choix, lorsqu'il s'agit par exemple de réanimer un mourant ou encore d'entreprendre ou de cesser un traitement.

Ces problèmes risquent peut-être de faire oublier l'essentiel: la personne. À cet égard, le Ministère entend:

**▶ travailler avec le Conseil d'évaluation des technologies de la santé et en collaboration avec les comités d'éthique des établissements pour élaborer des protocoles de prise de décision dans les cas de réanimation, notamment, et pour étudier l'ensemble des problèmes éthiques soulevés par l'utilisation des technologies nouvelles.**

## Les nouvelles technologies de la reproduction

La société québécoise connaît, comme l'ensemble des sociétés modernes, un développement rapide des technologies de la santé. S'il est un champ où cette évolution peut laisser perplexe, c'est bien celui de la reproduction humaine.

La responsabilité gouvernementale et celle, plus spécifique, du ministère de la Santé et des Services sociaux commandent d'envisager globalement le phénomène des nouvelles technologies de la reproduction. La question doit être nécessairement replacée dans un contexte plus large que la demande immédiate de service individuel, bien que cet aspect ne puisse être négligé. Il faut donc tenir compte d'un ensemble de pratiques entourant la conception et l'infertilité mais aussi, plus largement, la sexualité, la naissance, la maternité, la parentalité et la famille. Les technologies de la reproduction soulèvent des enjeux liés à la santé des femmes et au choix des moyens de contraception. À titre d'exemple, le recours à la fécondation *in vitro* après une stérilisation volontaire est un signe des profonds changements sociaux qui affectent le couple et la famille, et qui ont des répercussions sur les services. Il rend également compte des limites de nos connaissances et des ressources disponibles.

C'est dans ce contexte qu'il faut situer le dépôt du rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine, créé par le Ministère en 1986. Ce rapport constitue une base solide de discussion et un instrument d'information de très grande qualité. Mais, étant donné l'acuité de la question, certaines orientations doivent déjà être adoptées sur des points particuliers. Ainsi, les principes fondamentaux suivants doivent guider l'intervention gouvernementale:

**▶ la dignité et les intérêts de l'enfant conçu au moyen des technologies de la reproduction doivent être protégés;**

**▶ l'être humain ne saurait être l'objet de commerce;**

**▶ les actions allant de la prévention de l'infertilité à l'utilisation des technologies en cas d'échec doivent être cohérentes;**

**▶ l'information claire, exacte et comparable d'un centre spécialisé à un autre constitue un droit fondamental.**

Le Ministère entend, par conséquent, prendre immédiatement diverses mesures. Il se propose ainsi:

## La prévention de l'infertilité et de la stérilité

**▶ d'inviter le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale à réviser leurs priorités afin de faire place à la recherche sur les causes et le traitement de l'infertilité ainsi que sur les moyens de contraception, leur efficacité et leurs effets sur la fertilité et l'infécondité, et les solutions de rechange à la stérilisation volontaire précoce;**

**▶ de poursuivre le plan d'action sur les maladies transmissibles sexuellement.**

## L'interdiction de la pratique des contrats de grossesse

De plus, la Ministre entend:

▶ **demander au ministre de la Justice d'amender le *Code civil* en vue d'interdire la pratique des contrats de grossesse entre les personnes avant la conception d'un enfant et qui prévoient, en échange d'une forme quelconque de paiement à la mère, la cession de l'enfant à sa naissance et le renoncement de la mère à ses droits parentaux. Devraient aussi être interdites toute sollicitation et toute forme de publicité de la part d'intermédiaires relativement à la préparation et à l'exécution de tels contrats. Les activités d'agences et d'intermédiaires spécialisés dans ce type de contrats seraient enfin rendues illégales.**

## La limitation des lieux de pratique

Afin d'assurer un encadrement de la pratique, le Ministère propose:

▶ **d'autoriser les nouvelles technologies de reproduction dans les seuls centres spécialement agréés à cette fin;**

▶ **de limiter le nombre de centres; dans le cas particulier de la fécondation *in vitro*, le nombre actuel de centres, soit cinq, paraît suffisant et ne sera pas dépassé.**

## Les informations relatives aux dons de gamètes

Le Ministère reconnaît comme un minimum nécessaire la possibilité, pour un enfant et ses parents, d'avoir accès à des informations non nominatives sur les donneurs selon des modalités précises. Des informations nominatives pourront également être divulguées dans certaines circonstances. En conséquence, les mesures suivantes sont prévues:

▶ **l'obligation d'utiliser du sperme d'un seul donneur par cycle menstruel;**

▶ **la conservation de données nominatives et non nominatives sur les donneurs et la mise en place de fichiers permettant de faire le lien entre le donneur et l'enfant conçu;**

▶ **lors d'un don de gamète, l'obligation d'aviser le donneur que des informations qui le concernent pourront être dévoilées à l'enfant;**

▶ **les amendements législatifs nécessaires pour dégager les donneurs de toute responsabilité parentale.**

Enfin, des études sont actuellement en cours au Ministère pour proposer des modalités de cueillette, de conservation et de divulgation des données nécessaires à la constitution des fichiers.

## Dons de sperme et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Pour éviter la transmission du virus VIH:

▶ **les cliniques auront l'obligation de faire subir les examens nécessaires à la femme enceinte et à l'enfant conçu au moyen de l'insémination artificielle avec donneur. Elles ne devront utiliser que du sperme congelé après avoir testé le donneur au moins six mois après le don de sperme.**

## La recherche sur les embryons

En matière de recherche sur les embryons, le Ministère entend:

▶ **confier au Fonds de la recherche en santé du Québec le mandat de proposer des principes directeurs pour encadrer la recherche sur des embryons humains.**

Toutefois, le Ministère suggère que, dès maintenant, tout projet de recherche qui utilise des embryons humains:

▶ **soit approuvé par un comité d'éthique de la recherche;**

▶ **fasse l'objet d'une déclaration au Ministère, qui constituera un répertoire des projets.**

De plus, la Ministre entend:

▶ **demander les modifications législatives nécessaires pour interdire le commerce des embryons, la recherche sur des embryons humains ayant les qualités nécessaires pour se développer et, enfin, la création d'embryons humains par fécondation artificielle à des fins autres que la reproduction.**

L'adoption de ces mesures ne représente qu'une étape. Une consultation sera entreprise afin d'apporter tout l'éclairage nécessaire sur des points plus litigieux du rapport ou pour tenir compte de nouvelles variables.

# CORRESPONDANCE RÉCENTE AVEC CERTAINS MINISTÈRES QUÉBÉCOIS AU SUJET DES NTRH

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

Montréal, le 3 décembre 1990

Monsieur Marc-Yvan Coté
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy - 15e étage
Québec (Qué.)
G1S 2M1

Monsieur le ministre,

Vous trouverez ci-joint une copie du mémoire que nous avons déposé à la Commission d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction (NTR) le 21 novembre dernier. Notre position sur les NTRH est le fruit de cinq années de recherches et de réflexion partagée entre les membres de la Fédération du Québec pour le planning des naissances. Voici les recommandations que nous avons présentées à la Commission, recommandations qui s'adressent à nos gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;

2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;

3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;

4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;

5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

Notre position est fondée sur plusieurs motivations. Selon nous, les intérets commerciaux et scientifiques en jeu dans les NTR ont pris le pas sur les intérêts de la santé, puisque plusieurs des techniques utilisées actuellement dans les cliniques de fertilité en sont encore au stade expérimental chez les humains. Les femmes qui s'engagent dans une démarche de procréation artificielle servent ainsi de cobayes sans en avoir été explicitement informées.

L'hyperstimulation ovarienne comporte beaucoup de risques connus pour la santé (de la nausée au risque de mortalité), mais tous les effets, particulièrement à long terme, ne sont pas connus (notez que plusieurs cliniques australiennes n'utilisent plus l'hyperstimulation ovarienne, car elle comporte trop de risques et n'augmente pas nécessairement l'efficacité). Les risques reliés à une grossesse issue d'une fécondation in vitro (FIV) sont beaucoup plus élevés que dans une grossesse naturelle. Les formulaires de consentement signés par les couples ne mentionnent pas la fréquence relative de ces risques, ni le caractère expérimental des techniques.

Le taux réel d'efficacité des NTR est très bas (0 à 5 % pour la FIV selon le Comité de travail sur les NTR, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988) et les cliniques utilisent des méthodes de calcul qui gonflent les résultats.

Une démarche en clinique de fertilité constitue en fait une épreuve pour les couples et on leur offre très peu de soutien moral ou psychologique, tant au cours du processus de fécondation artificielle qu'en cas d'échec des NTR. Un échec de la technique signifie un deuxième deuil d'enfant pour le couple qui est alors laissé à lui-meme par les techniciens responsables de cet échec. En outre, les cliniques de fertilité sont avares de renseignements sur leurs interventions et leurs résultats, particulierement depuis 1987.

Nous vous invitons fortement à lire notre mémoire car il vient compléter notre réponse à la consultation sur les NTRH effectuée cette année par votre ministère (sous la responsabilité de M. André Jean). Nous aimerions d'ailleurs connaître vos intentions concernant l'utilisation ou les suites à donner à cette consultation.

N'hésitez pas à nous faire connaître tout commentaire ou question concernant notre position sur les NTR. Il nous fera plaisir de continuer notre réflexion avec vous.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

France Tardif

France Tardif
Agente d'information

Pièce jointe

Gouvernement du Québec

Le ministre de la Santé et des Services sociaux

QUÉBEC, le 31 janvier 1991

Madame France Tardif
Agente d'information
Fédération du Québec pour
le Planning des naissances
2540, rue Sherbrooke Est, Bureau 1
MONTRÉAL (Québec)
H2K 1E9

Madame,

C'est avec un vif intérêt que j'ai pris connaissance du mémoire que vous avez déposé lors des audiences publiques de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction. Les points de vue que vous y avez exprimés représentent une contribution significative à ce débat que votre organisme a, depuis quelques années, contribué à maintenir à un niveau élevé. .

Plus spécifiquement, en ce qui concerne certains points de votre position, permettez-moi de vous faire part des actions que le gouvernement a déjà prises dans le domaine.

La pratique des contrats de grossesse vient récemment de faire l'objet d'un amendement au Code civil la prohibant. Conformément aux recommandations du comité de travail sur les nouvelles techniques de reproduction (NTR) et aux orientations ministérielles, des démarches sont présentement en cours auprès des organismes subventionnaires (FRSQ-CQRS) afin d'intégrer dans leurs priorités les recherches sur la prévention de l'infertilité et sur les moyens de contraception non-invasifs ainsi que sur l'impact social des NTR. Par ailleurs, l'ensemble des campagnes de prévention des maladies transmises sexuellement (MTS) doivent aussi être considérées comme un investissement dans le domaine de la prévention de l'infertilité puisque vous connaissez aussi bien que moi leur impact sur la baisse de fécondité.

1075, chemin Ste-Foy
Québec, QC G1S 2M1
(418) 643-3160

Ces mesures ne sont qu'un début et nous entendons poursuivre nos efforts dans le domaine. J'espère que ces quelques éléments de réponse sauront vous satisfaire.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Ministre,

Marc-Yvan Côté

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

Montréal, le 3 décembre 1990

Madame Violette Trépanier
Ministre déléguée à la Condition féminine
et responsable à la Famille
Edifice H, bureau 2.500
875, Grande-Allée est
Québec (Qué.)
G1R 4Y8

Madame la ministre,

Vous trouverez ci-joint une copie du mémoire que nous avons déposé à la Commission d'enquete sur les nouvelles techniques de reproduction (NTR) le 21 novembre dernier. Notre position sur les NTRH est le fruit de cinq années de recherches et de réflexion partagée entre les membres de la Fédération du Québec pour le planning des naissances. Voici les recommandations que nous avons présentées à la Commission, recommandations qui s'adressent à nos gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;

2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;

3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;

4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;

5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

Notre position est fondée sur plusieurs motivations. Selon nous, les intérets commerciaux et scientifiques en jeu dans les NTR ont pris le pas sur les intérêts de la santé, puisque plusieurs des techniques utilisées actuellement dans les cliniques de fertilité en sont encore au stade expérimental chez les humains. Les femmes qui s'engagent dans une démarche de procréation artificielle servent ainsi de cobayes sans en avoir été explicitement informées.

2540 rue Sherbrooke est, bureau 1, Montréal, Québec, H2K 1
Téléphone : (514) 522-6

L'hyperstimulation ovarienne comporte beaucoup de risques connus pour la santé (de la nausée au risque de mortalité), mais tous les effets, particulièrement à long terme, ne sont pas connus (notez que plusieurs cliniques australiennes n'utilisent plus l'hyperstimulation ovarienne, car elle comporte trop de risques et n'augmente pas nécessairement l'efficacité). Les risques reliés à une grossesse issue d'une fécondation in vitro (FIV) sont beaucoup plus élevés que dans une grossesse naturelle. Les formulaires de consentement signés par les couples ne mentionnent pas la fréquence relative de ces risques, ni le caractère expérimental des techniques.

Le taux réel d'efficacité des NTR est très bas (0 à 5 % pour la FIV selon le Comité de travail sur les NTR, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988) et les cliniques utilisent des méthodes de calcul qui gonflent les résultats.

Une démarche en clinique de fertilité constitue en fait une épreuve pour les couples et on leur offre très peu de soutien moral ou psychologique, tant au cours du processus de fécondation artificielle qu'en cas d'échec des NTR. Un échec de la technique signifie un deuxième deuil d'enfant pour le couple qui est alors laissé à lui-meme par les techniciens responsables de cet échec. En outre, les cliniques de fertilité sont avares de renseignements sur leurs interventions et leurs résultats, particulierement depuis 1987.

Nous vous invitons fortement à lire notre mémoire car l'avenir de la maternité, de la condition féminine et de la famille est étroitement lié aux NTR.

N'hésitez pas à nous faire connaître tout commentaire ou question concernant notre position sur les NTR. Il nous fera plaisir de continuer notre réflexion avec vous.

Veuillez agréer, Madame la ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

France Tardif

France Tardif
Agente d'information

Pièce jointe

Gouvernement du Québec
**Ministère du**
**Conseil exécutif**

Cabinet de la ministre déléguée à la Condition féminine
et ministre responsable de la Famille

Québec, le 20 décembre 1990

Madame France Tardif
Agente d'information
Fédération du Québec pour
le planning des naissances
2540, rue Sherbrooke Est
Bureau 1
Montréal (Québec)
H2K 1E9

Madame,

Au nom de madame Violette Trépanier, j'accuse réception de votre lettre du 3 décembre dernier à laquelle était jointe une copie du mémoire que vous avez présenté à la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine.

Soyez assurée que votre correspondance sera portée à l'attention de la Ministre qui accorde beaucoup d'importance à tout ce qui touche la qualité de vie des femmes.

Les nouvelles technologies de reproduction humaine suscitant beaucoup d'interrogations et de controverses, il est intéressant que votre Fédération nous ait fait part de sa position sur le sujet et nous vous en remercions.

Je vous prie d'agréer, madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Larose

**DIANE LAROSE**
Attachée politique

/ev

875, Grande-Allée Est
Québec (Qc)
G1R 4Y8

Tél.: (418) 643-9460

# UNE COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION "QU'EST-CE QUE ÇA DONNE?"

Montréal, le 9 novembre 1991 - Les 21 et 22 novembre prochains se tiendront à Montréal les audiences publiques de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. Cette consultation publique se veut un moment privilégié pour permettre aux gens de tous les milieux de faire part aux commissaires de leur point de vue sur les nouvelles technologies de reproduction humaine (NTRH). Mais qui en a entendu parler?

Rappelons que la mandat de la Commission est de faire enquête et rapport sur les progrès actuels et prévisibles de la science et de la médecine en matière de techniques de reproduction, en tenant compte, en particulier: de leurs incidences morale, sociales, économiques et juridiques; de leurs répercussions sur les plans de la santé, de la recherche et de l'intérêt public; la Commission fera également des recommandations quant aux politiques et précautions à adopter. Combien de groupes et d'individu-e-s sont prêts à émettre un avis en tenant compte de la complexité de la question des NTRH et des délais très courts imposés par la Commission? Cette inquiétude se confirme lorsque l'on apprend par les journaux que les audiences à Québec ont duré une demi-journée au lieu de deux jours, faute de participants-es.

Parlons-en de la participation! Pour une question aussi complexe on accorde 10 minutes d'exposé et 20 minutes de questions et discussion avec les neuf commissaires. Par ailleurs, le Dr Jacques Rioux, spécialiste de la fécondation *in vitro* du CHUL, et son équipe ont décidé de ne pas participer à la Commission. Selon eux, dans le climat politique de l'après-Meech, on n'a pas besoin que le fédéral vienne nous dire quoi faire en ce domaine.

En plus des audiences publiques et privées, la Commission a les moyens et le pouvoir de commander des recherches. Madame Patricia Baird, présidente, possède beaucoup de pouvoir de par sa fonction et déjà quatre commissaires ne cachent pas leur déception quant au fonctionnement et à la circulation de l'information au sein de la Commission. Il est à prévoir que le rapport final prévu pour octobre 1991 soit rempli de dissidences, d'insatisfactions et de remarques de commissaires.

Certains analystes et éditorialistes pensent déjà que le rapport sur les NTRH risque d'être "tabletté". D'ailleurs, selon le Dr Jacques Rioux, le rapport du comité de travail sur les NTRH, commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et remis en 1988, semble oublié sous un pouce de poussière.

Même en espérant que les rares groupes et individu-e-s entendus à la Commission soient écoutés, nous sommes en droit de nous demander avec inquiétude: "Qu'est-ce que ça donne?"

Margot Frenette
Coordonnatrice administrative, FQPN

# MÉMOIRES PRÉSENTÉS À LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION ET DISPONIBLES AU CENTRE DE DOCUMENTATION DE LA FÉDÉRATION

Fédération des Femmes du Québec

Yvette Grenier, Ph. D. en philosophie, Chargée de cours de philosophie, Collège Marie-Victorin, Montréal, Professionnelle de recherche en bioéthique, affiliée au groupe de recherche médicale (GREM), Faculté de philosophie, Université Laval, Québec

Commission de Réforme du Droit du Canada

Alliance pour la Vie/Alliance for Life

Alain Klotz

Section reproduction, Département d'obstétrique-gynécologie, Hôpital Saint-Luc

Campagne Québec-Vie

Confédération des Organismes Familiaux du Québec (COFAQ)

Fédération du Québec pour le planning des naissances

John Whyte and Don Jansen, Cosmas & Damian Society of Ottawa-Hull

Annette Burfootand students, Queen's University

Les Cercles de Fermières du Québec

Action Famille/Family Action

Upen Banik, D. Sc., Bioscan Continental Inc.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du canada/The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Confédération des Syndicats Nationaux (CSN)

Del Hushley, Doctor of Chiropractic

Association Féminine d'Education et d'Action Sociale (AFEAS)

Centre de recherche en reproduction humaine (CRRH) de l'Université de Montréal

Réseau National d'Action Education Femmes

D.E.S. Action Canada

Institut Canadien de Recherches sur les Femmes (ICREF/CRIAW)

Comité Canadien d'Action sur le Statut de la Femme (CCA)

Women's Health Interaction Collective/Femmes-Santé

Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada et la Société canadienne de fertilité et d'andrologie

The Taskforce of the Anglican Church of Canada

Geneviève Delaisi de Parseval

---

Note: La Commission royale sur les NTR a obtenu une prolongation de mandat d'un an. Elle remettra donc son rapport en octobre 1992. Tout document soumis à la Commission d'ici le 30 avril 1992 sera pris en compte dans ses délibérations.

# TEXTE DE LA CONFÉRENCE DE PRESSE DU 4 FÉVRIER 1991 CONVOQUÉE CONJOINTEMENT PAR LA COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT À L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT, LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES, LE REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES DU QUÉBEC ET LE COMITÉ DE VIGILANCE (pas de texte pour ce dernier)

**PRÉSENTATION DE LA COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT**

Phase I - L'avortement: un acte médical

La phase I est terminée! Et nous ne sommes pas dans un vide juridique. L'avortement au Canada n'est pas un acte criminel mais un acte médical, encadré au Québec par des équipes multidisciplinaires.

La défaite du Gouvernement fédéral à recriminaliser l'avortement et sa défection à présenter un nouveau projet de loi est pour la Coalition une étape de plus pour les femmes, pour la reconnaissance de leur droit fondamental à disposer de leur personne.

Pour nous, il s'agit du rapatriement d'un service essentiel de santé des femmes, service médical de juridiction provinciale. Le Gouvernement du Québec doit donc se responsabiliser en reconnaissant l'urgence de répondre à ce besoin "spécifique aux femmes": le service d'avortement.

Phase II - Reconnaissance dans les faits

La reconnaissance pleine et entière au droit aux services d'avortement ne peut se traduire dans la réalité que par son accessibilité et sa gratuité. Nous ne pouvons qu'être déçues devant le mutisme appliqué de notre ministre à la Condition féminine Violette Trépanier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté et du ministre de la Justice, Gil Rémillard et ce, depuis le dépôt du projet de loi, en novembre 1989. Nous soulignons la détermination des ministres de la Conditions féminine et des Services de santé ontariens qui ont clairement exposé devant les audiences du Sénat que le projet de loi n'avait pas lieu d'être et qu'ils s'engagaient à développer les services d'avortement dans leur province pour répondre aux besoins des femmes ontariennes indépendamment du résultat du vote au Sénat.

Depuis plusieurs mois au Québec, on débat de souveraineté, de rapatriement de nos droits et dans le cadre de la réforme des services sociaux et de santé, on proclame la nécessité de placer le citoyen au centre du système de santé. Nous osons croire que les citoyennes avec leurs droits d'accès aux services d'avortement gratuits, font partie de ce centre car les indices ne pleuvent pas.

Nos responsables élus doivent traverser le pont du discours et passer à l'acte. Dorénavant, ceux-ci ne peuvent plus renvoyer la responsabilité au Fédéral et

désormais, c'est de services dont on va entendre parler au Québec.

Accessibilité aux services d'avortement dans les CLSC: une fiction

- En 1985, sur environ 160 CLSC au Québec, 12 seulement offraient un service d'avortement. Le nombre d'avortements pratiqués en CLSC ne représentait que 8,2% des avortements déclarés à la RAMQ. Dans sa réforme des services sociaux et de santé, le ministre Côté définit les CLSC comme des établissements de première ligne et les missions de ceux-ci seront définies en fonction des clientèle à desservir. Selon le ministre, le CLSC devra tenir compte des services de même nature, déjà offerts par d'autres ressources du milieu. Notre question est: est-ce que le CLSC sera dispensé du service d'avortement s'il y a des cabinets privés ou centre de santé qui offrent ce service dans le milieu?

- La responsabilité des établissements, toujours selon le ministre, est de veiller à dispenser des services accessibles, de qualité dans le respect des droits fondamentaux des usagers. Nous rappelons au ministre que l'avortement fait partie de la "spécificité fondamentale de la clientèle féminine" et que l'accès aux services d'avortement fait cruellement défaut dans les régions éloignées des grands centres (80% des avortements ont lieu dans la région métropolitaine).

Un avortement par dilatation, aspiration, curetage pratiqué dans un centre hospitalier est plus coûteux (400,00$). Pratiqué dans un CLSC, il revient à environ 250,00$. Ces coûts incluent le counselling, indispensable pour une telle intervention. Dans les centres de santé et cliniques privées, on doit surfacturer les femmes parce que la Régie ne rembourse pas le service global évalué à environ 250,00$, mais rembourse seulement l'acte médical.

Adolescentes et grossesses non planifiées

On ne peut supporter le manque flagrant d'information adéquate pour nos adolescentes et adolescents en matière d'éducation sexuelle, de contraception, d'avortement et d'accompagnement. Il nous faut aussi repenser nos codes de transmission de l'information puisqu'actuellement, 32% des étudiantes et 46% des étudiants délaissent l'école avant d'avoir terminé leur secondaire.

**PRÉSENTATION DE LA FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES**

L'accès à l'avortement doit être sans obstacle

Le 31 janvier dernier le Sénat rejetait de façon élégante mais définitive le projet de loi C-43 qui recriminalisait l'avortement. Cette date marque la reprise aussi définitive du mot d'ordre: l'accès à l'avortement doit être sans obstacle.

Au lendemain du vote en 3' lecture de ce projet de loi par la Chambre des communes, un grand nombre d'intervenant-e-s en avortement du Québec, par l'entremise du comité de vigilance, affirmait leur volonté de continuer leur pratique d'avortement sur demande. Malgré cela nous

assistions, impuissantes, à la mise en place dans certains établissements de procédure d'évaluation psycho-sociale et à l'arrêt de la pratique de l'avortement par certains médecins. Effrayée par la loi, la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada a même suggéré à ses membres une longue procédure, dangereuse pour les femmes, afin d'éviter qu'ils soient poursuivis. Des femmes, croyant la loi en vigueur, ont tenté de s'auto-avorter ou ont tardé à demander de l'aide et ainsi ont dû subir un avortement plus tardif.

Au Canada des villes et même des provinces entières se sont retrouvées sans aucun service d'avortement. Une femme est morte à Toronto et une autre a subi une hystérectomie suite à une tentative d'auto-avortement ou d'avortement clandestin. Compte tenu de la rareté des services, des centaines de femmes ont dû se faire avorter aux Etats-Unis ou au Québec, ce qui a engendré des périodes d'attentes de 3 à 5 semaines dans certaines régions.

Nous ne devons plus jamais assister à ce genre de drame. Les avortements clandestins ne peuvent être éliminés que par la mise en place de services d'avortement libres et gratuits partout au Canada. Il existe déjà une loi interdisant la pratique illégale de la médecine. Il n'y a donc pas de vide juridique. Par le vote du Sénat, les femmes, les hommes et les médecins du Canada tout entier doivent comprendre que l'avortement est un service médical et non un crime. Les médecins doivent reprendre la pratique de l'avortement dans le respect de la décision des femmes. A l'instar de l'Ontario, les provinces doivent adopter des politiques de services pout toutes les régions et injecter l'argent nécessaire. Ceci est aussi vrai au Québec, plusieurs régions ayant peu ou pas de ressources en avortement.

La Fédération du Québec pour le planning des naissances désire rappeler que des programmes de planning, d'éducation sexuelle, de garderies et des services d'avortement gratuits et de qualité sont des mesures nécessaires et urgentes pour assurer un réel libre choix aux femmes. L'accès à l'avortement doit être sans obstacle d'aucune sorte et des mesures en ce sens doivent être mises en place dans les plus brefs délais.

**PRÉSENTATION DU REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES DU QUÉBEC**

Les services d'avortement sont déficients dans plusieurs régions du Québec et ils doivent y être développés. Les femmes ont besoin:
- que les services soient gratuits;
- que l'attente pour le service soit réduite;
- que soient connus les lieux où il y a des services;
- qu'il y ait plus d'accessibilité aux services en développant des ressources qui sont basées sur l'intérêt des femmes.

Les intervenantes des centres de santé pratiquent des avortements depuis 10 ans. Leur expérience et leurs recherches leur permettent d'évaluer aussi la qualité des services offerts.

Explorer la qualité des services signifie tenir compte du contexte social et politique de l'avortement comme vécu personnel de chaque femme.

Deux femmes sur trois cachent leur avortement à leur famille, leur milieu de travail, leurs proches[1].

Le lobby des groupes anti-choix, la désapprobation sociale, et le fait que l'avortement ait été relié à un geste criminel sont des causes du tabou social qui entoure l'avortement et les femmes qui y ont recours.

Les services, pour répondre aux besoins des femmes, doivent tenir compte que l'avortement est plus qu'un acte médical: c'est un moment important de la vie d'une femme, un geste plus ou moins rempli de symbole, plus ou moins difficile, possiblement confrontant pour certaines.

Les services doivent donc être basés sur l'intérêt des femmes; il faut minimiser les risques encourus lors de l'intervention et être ouvert aux besoins des femmes, tant physiques qu'émotifs.

Des services d'avortement complets et de qualité doivent comprendre:
- attitudes chaleureuses et compréhensives du personnel;
- support-appui-information avant-pendant-et après l'avortement;
- une grande place accordée aux besoins autres que médicaux qui peuvent se présenter lors d'une demande d'avortement; possibilité pour les femmes de parler de leur vécu, de leurs émotions;
- possibilité pour les femmes d'être accompagnées par une personne de leur choix (ce qui n'est pas le cas dans les cliniques privées où trois sur quatre refusent aux femmes le droit d'être accompagnées)[2];
- personnel restreint et constant à toutes les étapes de l'avortement.

Les groupes de femmes ont développé une approche globale qui tient compte de l'oppression que vivent les femmes tant sur le plan physique, psychologique, qu'économique. Certains centres de santé des femmes offrent des services d'avortement. Leurs principales préoccupations sont la prise en charge, par les femmes, de leur santé mentale et physique, l'obtention de services de santé qui respectent leurs droits, besoins et intérêts ainsi que le développement et la diffusion de pratiques alternatives dans le secteur de la santé.

Les groupes communautaires ont montré qu'ils étaient capables d'offrir des services de qualité à moindre coût que le réseau institutionnel. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit financer et développer ces ressources qui offrent des services de haute qualité et qui font preuve de créativité; il doit encourager ces services alternatifs, les plus à même de s'adapter aux besoins des femmes.

**DEMANDES CONJOINTES**

- Nous demandons au ministre Côté d'appeler dans les plus brefs délais, une table où intervenantes, intervenants et groupes de femmes impliquées échangeront sur la situation de l'avortement au Québec, sur les besoins des femmes et des coûts réels. Nous n'accepterons pas que cela soit décidé en dehors des personnes impliquées dans la pratique.

- Nous demandons à la ministre de la Condition féminine, Violette Trépanier de s'impliquer activement dans cette démarche. Elle est notre responsable élue concernant la satisfaction "des besoins spécifiques des Québécoises". L'accessibilité et la gratuité des services d'avortement, les programmes connexes (d'information, de soutien, etc.) gravitant autour

de ce droit fondamental pour les femmes sont une nécessité première.

- Nous demandons au ministre responsable de la formation universitaire que l'avortement fasse partie de la formation individuelle de base des médecins.

- Nous demandons au ministre de la Justice, Gil Rémillard, qu'il s'engage à assurer aux femmes désirant un avortement et aux intervenantes et intervenants concerné-e-s, toute la sécurité et la protection auxquelles elles et ils ont droit et que cesse le harcèlement actuel auprès de certains lieux de pratique.

Le processus législatif relatif au projet de loi étant finalisé, nos dirigeants provinciaux n'ont pas d'autres choix aujourd'hui que de se mettre à table avec leurs "partenaires" directement impliqués sur le terrain de la pratique d'avortement et l'expertise que nous possédons dans ce domaine depuis plus d'une décennie.

NOTES

[1] HARNOIS, Luce, pour le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, L'accessibilité et la qualité des services d'avortement au Québec, octobre 1989, p. 54.

[2] Ibid, p. 81.

---

LA PRESSE - 30 AVRIL 1991 - P. D14

*POÈME*

## ÉGALITÉ ET FEMMES

par Linda Perron

Égalité et femmes. Plusieurs pensées s'entremêlent dans ma tête. Travail des femmes. Folie des femmes. Libre choix. Éducation des femmes. Espoir. Enfants des femmes. Contraception des femmes. Destin des femmes. Justice. Injustice. Égalité et femmes, ça me fait penser à une longue histoire, une route difficile, un combat contre l'oppression de ce que nous sommes. Une utopie.

Ça me fait penser aux acquis que nous sommes allées chercher durement à force de travail, de cris, de colère que nous n'avions pas appris à exprimer.

Ça me fait penser aux changements dans les lois, dans la tête des hommes et des femmes; ceux qui ont été fait, ceux qui restent à faire. Ça me ramène au détournement de l'éducation que j'ai reçue. Une éducation de fille. Une fille qui a 29 ans. Qui n'est pas mariée, n'a pas d'enfants. Voyageuse, indépendante. Qui a pu choisir. Un peu plus. Égalité et femmes c'est beaucoup de temps à reprendre, c'est renouer avec l'époque des déesses. Crier notre histoire. Créer notre voix de femmes. Prendre la parole. Ne plus jamais se taire.

Égalité et femmes c'est la démocratisation générique de l'affirmation de soi, du pouvoir politique, de la virilité, d'une carrière professionnelle. C'est la distribution équitable et la reconnaissance universelle de la douceur, la sensibilité, l'expression des émotions. C'est un rêve caressé par beaucoup de femmes.

Égalité et femmes, ça me fait ressentir au plus profond mon immense besoin de solidarité. Ça me donne le goût de me tenir debout, d'agir, de développer de montrer ma force, NOTRE FORCE DE FEMMES.

# RÉFÉRENDUM
# SOUVERAINETÉ DES FEMMES SUR LA FÉCONDITÉ

Tenu lors des 50 heures du féminisme, UQAM, 27,28,29 avril 1990
Compilation de 600 questionnaires

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Si demain on vous offrait un contraceptif avec action à long terme, totalement efficace (100%), mais comportant de sérieux risques pour la santé, seriez-vous prêtes à l'utiliser? | oui 08 | non 573 | autres 19 |
| 2. | Une pilule abortive (qui provoque l'avortement) serait-elle une bonne chose pour les femmes? | oui 365 | non 159 | autres 76 |
| 3. | Lors d'une grossesse arrive-t-il un moment où l'avortement devient inacceptable? Si oui, quand _____ | oui 336 | non 185 | autres 79 |
| 4. | Une femme enceinte a-t-elle toujours le droit d'accepter ou de refuser: | | | |
| | . des tests de diagnostics pré-natals (échographie, amniocentèse, etc.)? | oui 552 | non 22 | autres 26 |
| | . des interventions sur le foetus? | oui 546 | non 24 | autres 30 |
| 5. | Une femme enceinte conserve-t-elle ses droits de: | | | |
| | . fumer? | oui 416 | non 142 | autres 42 |
| | . boire de l'alcool? | oui 417 | non 136 | autres 47 |
| | . consommer de la drogue? | oui 362 | non 193 | autres 45 |
| | . s'alimenter selon ses habitudes? | oui 483 | non 73 | autres 44 |
| | . pratiquer des sports? | oui 540 | non 26 | autres 34 |
| | . travailler où elle veut, le temps qu'elle veut? | oui 49 | non 472 | autres 34 |
| | . avoir une vie sexuelle quelle qu'elle soit? | oui 498 | non 58 | autres 44 |
| 6. | L'identité d'un donneur de sperme doit-elle être tenue secrète en toute circonstance (par exemple en cas de: maladie héréditaire, demande du couple, de la femme, de l'enfant, etc.)? | oui 141 | non 393 | autres 66 |
| 7. | En matière d'insémination artificielle, souhaiteriez-vous avoir le choix du donneur? | oui 474 | non 72 | autres 54 |
| 8. | Est-il acceptable de choisir le sexe de son enfant? | oui 125 | non 431 | autres 44 |
| 9. | Etes-vous en faveur du développement de la recherche en vue de l'utérus artificiel? | oui 112 | non 438 | autres 50 |
| 10. | Les recherches sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine doivent-elles être régies par des règles (lois, codes d'éthique, règlements, etc.) même si ces règles nuisent à l'avancement de la science? | oui 505 | non 52 | autres 43 |
| 11. | Faites-vous confiance à votre chum en matière de contraception? | oui 175 | non 370 | autres 65 |

# Prothèses mammaires Meme: une affaire de plus en plus confuse

MICHELE OUIMET

■ «Le risque de cancer provoqué par la prothèse mammaire Meme est très faible et il n'y a pas lieu, pour le moment, de recommander aux femmes qui la portent de se la faire enlever», a affirmé la Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis dans un communiqué rendu public hier.

C'est la FDA qui a lancé le premier cri d'alarme en révélant la présence d'une substance cancérigène dans la prothèse, le toluène diamine. Ce produit chimique serait libéré par la dégradation de la mousse de polyuréthane qui recouvre la prothèse.

Dans son communiqué, la FDA souligne que les médias ont surévalué les risques de cancer provoquant ainsi un vent de panique. Par contre, elle approuve la décision de la compagnie Bristol-Myers de suspendre volontairement les expéditions de protheses et recommande de cesser toutes nouvelles interventions chirurgicales.

Mercredi, Santé et Bien-être Canada a demandé à tous les médecins de cesser d'utiliser cette prothèse «à titre de précaution» et jusqu'à nouvel ordre.

«Nous attendons que des recherches plus poussées nous indiquent la quantité de toluène diamine laissée dans l'organisme par la prothèse, a précisé hier le directeur de la région du Québec à Santé et Bien-être, Victorin Bolduc. Nous travaillons conjointement avec la FDA et nous attendons les résultats des dernières analyses.»

Selon le rédacteur en chef de la revue *Consommation*, Michel Legault, l'attitude de Santé et Bien-être Canada dans ce dossier est «incompréhensible et inacceptable».

«Depuis deux ans, le ministère disposait d'informations sur la nocivité de ces prothèses mais il n'a jamais agi.»

La communauté scientifique est divisée. D'un côté, on affirme que la prothèse Meme est très efficace et sans danger et de l'autre, on l'accuse de tous les maux.

Le Dr Pierre Langlois, de l'Association provinciale des chirurgiens plasticiens, explique que la prothèse Meme est de beaucoup supérieure aux autres types de prothèses. «Certains affirment que la Meme est difficile à enlever. C'est faux. Au Québec, 30 p. cent des femmes qui avaient des prothèses conventionnelles devaient être opérées après 5 ou 6 ans à cause des complications. Avec la prothèse Meme, ce taux est descendu à 2 p. cent. Jamais un seul cas de cancer n'a été relié à la prothèse Meme.»

— Et la décision du jury new-yorkais d'accorder 4,45 millions à une femme atteinte d'un cancer du sein après avoir porté ce type de prothèse?

— Cette femme a porté cette prothèse pendant 22 jours et aucun lien scientifique n'a été établi entre la prothèse et son cancer.

Par contre, Pierre Blais, un chimiste qui a déjà été à l'emploi de Santé et Bien-être Canada, est catégorique: la prothèse mammaire Meme représente un danger réel.

«Il y a la présence du toluène diamine mais ce n'est pas tout. Cette prothèse est faible et s'agrippe aux tissus. Elle est donc difficile à enlever et plusieurs éclatent. A tous les quatre ou cinq ans, il faut les remplacer. L'extérieur est en polyuréthane mais il y a aussi de la colle puis une membrane de caoutchouc. A l'intérieur, on injecte une gelée avec un produit qui contient, entre autres, de l'huile de silicone. Et ça ne se vend pas cher. C'est loin d'être de la haute technologie.»

Selon Pierre Blais, une prothèse de ce type vaut environ 200$ et l'opération chirurgicale coûte entre 2500$ et 6000$.

Selon le chimiste Robert Guidoin, professeur à l'Université Laval en chirurgie, à partir du moment où l'on détecte la présence de toluène diamine, il faut interdire le produit.

«Il y a une vingtaine d'années, l'industrie des cosmétiques a décidé d'éliminer certains types de colorants pour les cheveux parce qu'ils contenaient du toluène diamine. Alors pourquoi ne pas le faire pour une prothèse que l'on installe dans le corps humain?»

La prothèse mammaire est utilisée pour reconstruire les seins après une opération chirurgicale ou pour des raisons esthétiques. Selon le Dr Robert Guidoin, seulement 18 p. cent des femmes se sont faits installer une prothèse pour des raisons médicales dans la région de Québec.

Deux millions de femmes aux Etats-Unis ont une prothèse mammaire, mais seulement 10 p. cent d'entre elles ont la prothèse Meme, selon la compagnie productrice Bristol-Myers.

Au Canada, les chiffres varient. Selon Santé et Bien-être, 17000 femmes auraient une prothèse mammaire Meme dont 10000 à 12000 au Québec seulement. Pourquoi?

Réal Laperrière, le seul distributeur de prothèses Meme au Canada de 1984 à 1988, a concentré tous ses efforts de ventes au Québec «parce que c'est ici que j'avais mes contacts, explique-t-il. Je suis dans ce métier depuis 28 ans.»

En 1988, Surgitek, le fabricant de la prothèse Meme, une filiale de Bristol-Myers, a installé un bureau de ventes à Toronto mais le Québec avait déjà une sérieuse avance. «Surgitek contrôle 85 p. cent du marché de la prothèse au Québec et 30 à 35 p. cent dans le reste du Canada», affirme Réal Laperrière.

«Les grands noms de la chirurgie esthétique sont au Québec, dit de son côté le Dr Pierre Langlois, ce qui peut expliquer le nombre élevé de Québécoises qui ont une prothèse Meme.»

SANTÉ

# La prothèse d'Ottawa

La décision du ministère de la Santé du Canada de recommander aux médecins de ne plus implanter la prothèse mammaire Meme, après que son fabriquant américain, Bristol-Meyers, eut lui-même annoncé le retrait «volontaire et préventif» de son produit, à travers le monde, laisse plusieurs questions sans réponse.

Il aura fallu plus d'un an de lobby pour que soit retirée du marché cette prothèse considérée comme potentiellement cancérigène et utilisée depuis 1984, au Canada, pour «reconstruire» les seins de plus de 13 000 femmes qui avaient subi une mastectomie ou qui étaient motivées par des soucis d'esthétisme.

Première question: comment a-t-on autorisé la vente de ces implants mammaires sans avoir procédé au préalable à des tests prouvant hors de doute l'étanchéité de la prothèse par rapport au tissu humain?

Il ne faut pas oublier que l'arrivée de cette prothèse malléable et très naturelle a révolutionné le marché des implants mammaires, la réfection du sein n'étant possible que depuis 1960 seulement.

Deuxième question: quelle réponse les chirurgiens en esthétisme donneront-ils à leurs milliers d'ex-patientes qui, sûrement déjà et avec raison, angoissent à l'idée qu'un petit liquide cancérigène nommé toluène se répandrait tout doucement dans leur corps lorsque la mousse de polyuréthane qui recouvre l'implant Meme se détériore?

Tentons d'imaginer quelle serait notre réaction si nous étions les victimes de ce deuxième mauvais tour du destin, après avoir déjà été victime d'une première alerte au cancer et subi une mastectomie.

Troisème question: la panique une fois maîtrisée, on fait quoi? Depuis hier, le *FDA* américaine, qui n'a pas terminé ses études, affirme toutefois dans un communiqué, sur la foi de résultats préliminaires, que le risque de cancer associé à ces prothèses est si faible qu'il ne justifie pas un remplacement des prothèses. La FDA approuve toutefois la décision de la compagnie d'en suspendre temporairement la distribution.

L'organisme américain déplore la panique médiatique qu'a déclenchée ses travaux. Le message, pour les femmes qui ont de telles prothèses est clair. Il ne faut pas paniquer. Mais c'est beaucoup demander à des femmes qui devront attendre, dans l'inquiétude, que la science leur donne une réponse, sans probablement pouvoir dissiper toutes les inquiétudes.

S'il est normal que la recherche permette de découvrir en 1991 des vices méconnus en 1984, il est permis de s'interroger sur l'intérêt que porte le gouvernement à la santé des femmes en faisant *le suiveux* d'une compagnie américaine plutôt que le vrai *leader*. Quel bel exemple de responsabilité!

**Claudette TOUGAS**

LA PRESSE. 19 AVRIL 1991
P. B2

LA PRESSE - 22 AVRIL 1991 - P.A5

# Prothèse Meme: «Pas de panique», dit Ottawa

■ «C'est semer inutilement la panique chez les 17000 femmes qui ont une prothèse Meme que de leur dire qu'elles risquent plus que les autres d'être atteintes de cancer. Meme face à ces nouvelles données scientifiques, le degré d'exposition est si faible que les femmes qui ont reçu la prothèse courent le même risque accru de cancer que si elles avaient fumé une cigarette et demie toute leur vie durant.»

Dans un communiqué émis hier et visant à rassurer la population, A.J. Liston, sous-ministre adjoint à Santé et Bien-être social Canada, tente de répliquer aux accusations de négligence et d'inefficacité qui ont été lancées contre le ministère cette semaine par les opposants libéraux et par des femmes qui craignent maintenant pour leur santé.

«La prothèse Meme est utilisée par les médecins canadiens depuis près de 20 ans, précise M. Liston. Le fait que la mousse de l'implant adhère aux tissus mammaires ne constitue un secret pour personne et représente un des avantages pour les médecins et leurs patientes. On évite ainsi la formation de tissus cicatriciels.»

Selon lui, les récents développements ne modifient pas fondamentalement le jugement émis en 1989 par le Dr Carolyn Kerrigan, chirurgienne plasticienne de Montréal qui concluait après des études approfondies qu'«il n'existait aucun élément de preuve laissant entendre qu'il s'agissait là d'un produit dangereux.»

## Réévaluation

«Il existe effectivement de nouvelles preuves scientifiques faisant croire qu'à cause de modifications chimiques susceptibles de se produire dans l'organisme, les utilisatrices de la prothèse Meme risquent d'être exposées à un agent qui s'est révélé cancérigène chez les animaux de laboratoire, admet M. Liston. Mais le degré d'exposition est si faible...»

Il ajoute toutefois qu'il s'agit là d'un fait nouveau qui commande la réévaluation de la sécurité de la prothèse. «Le fabricant l'a retirée du marché et nous avons conseillé aux médecins canadiens de ne plus l'utiliser. Cet avis demeurera en vigueur tant que nous n'aurons pas la certitude que le produit ne présente aucun danger.»

LA PRESSE - 8 MAI 1991 - P.A22

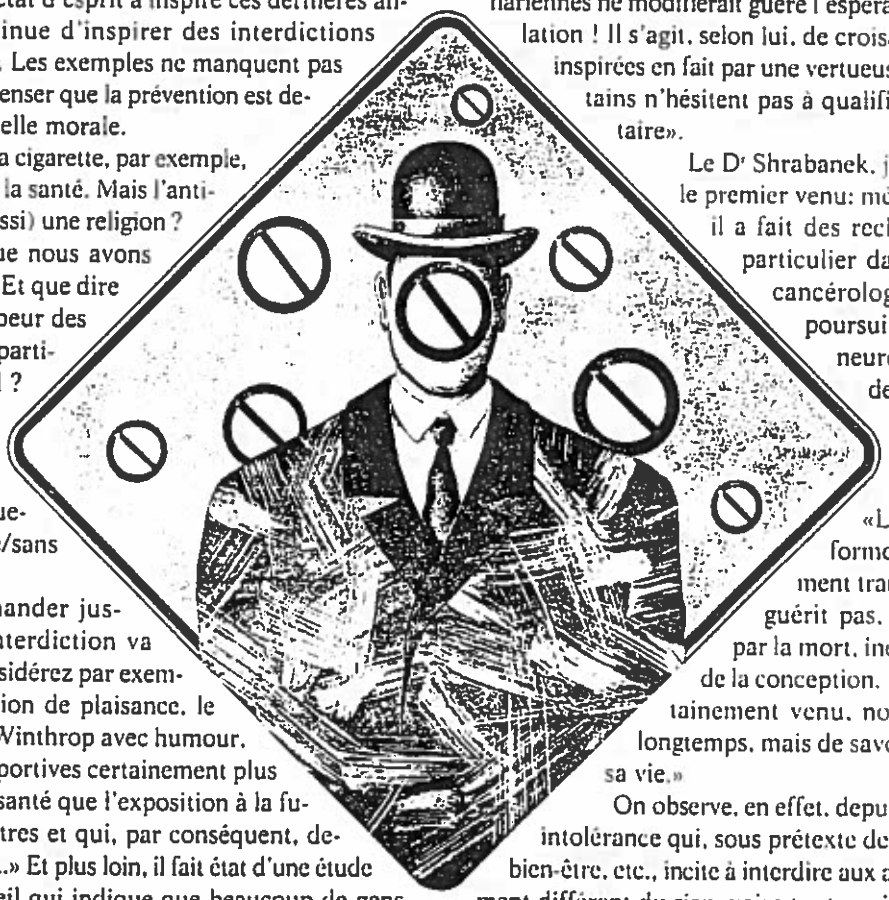
## Meme: 1-800-267-1238

■ Le gouvernement fédéral vient de mettre sur pied une ligne téléphonique sans frais pour répondre aux femmes en quête d'informations au sujet de la prothèse mammaire Meme. Pour se prévaloir de ce service, il suffit de composer le 1-800-267-1238, entre 8 h et 20 h, du lundi au vendredi. Environ 17000 Canadiennes, dont une majorité de Québécoises, portent une prothèse Meme.

# De l'instinct d'interdiction

Sous le titre *Le nouveau puritanisme* paraissait dans le numéro de juin de la revue *Science*, organe de l'*American Society for the Advancement of Science*, un éditorial inattendu dans lequel l'auteur John Winthrop, lui-même un scientifique, relevait quelques absurdités concernant l'état d'esprit de la communauté scientifique et surtout parascientifique en ce qui touche la santé publique. Cet état d'esprit a inspiré ces dernières années et continue d'inspirer des interdictions innombrables. Les exemples ne manquent pas qui donnent à penser que la prévention est devenue une nouvelle morale.

Bien sûr que la cigarette, par exemple, est mauvaise pour la santé. Mais l'antitabagisme est-il (aussi) une religion ? Est-ce du cancer que nous avons peur, ou du diable ? Et que dire de la lipophobie, la peur des matières grasses, en particulier du cholestérol ? On voit aujourd'hui des choses aussi absurdes que des eaux minérales étiquetées «cholesterol free/sans cholestérol»...



On peut se demander jusqu'où l'instinct d'interdiction va nous entraîner. «Considérez par exemple le ski, la navigation de plaisance, le deltaplane, rappelle Winthrop avec humour, autant de pratiques sportives certainement plus dangereuses pour la santé que l'exposition à la fumée du tabac des autres et qui, par conséquent, devraient être interdites...» Et plus loin, il fait état d'une étude récente sur le sommeil qui indique que beaucoup de gens ne dorment pas assez. Or, des recherches démontrent que ces gens abrègent leur vie et qu'ils sont, de surcroît, peu efficaces. «Comme les enfants de neuf ans, la majorité des individus ne savent pas se mettre au lit. Il nous faudra donc prévoir un couvre-feu national.»

Une vague protectionniste déferle sur nous. Une sorte d'ordre moral suinte, en effet, des injonctions hygiénistes. Je vois dans ce phénomène une manifestation de ce que Michel Foucault appelle dans *Surveiller et punir*, l'instinct d'interdiction, qui serait aussi ancré que l'instinct de conservation.

Le Dr Petr Shrabanek, un autre iconoclaste, que l'instinct d'interdiction inquiète aussi, souligne dans son livre *Follies and Fallacies in Medecine* (Tarragone Press) – *Sottises et idées fausses en médecine** que les tentatives visant à tromper la mort par une prévention établie sur la peur ne parviennent qu'à gâcher la qualité de vie. Il précise, par exemple, que le gain moyen d'espérance de vie qui résulterait d'une victoire totale sur le cancer ne dépasserait pas sept mois pour chaque individu. Et, par ailleurs, il considère comme très relative l'efficacité des campagnes contre l'obésité, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les maladies sexuellement transmissibles, allant jusqu'à affirmer que la disparition des maladies coronariennes ne modifierait guère l'espérance de vie de la population ! Il s'agit, selon lui, de croisades quasi religieuses inspirées en fait par une vertueuse intolérance que certains n'hésitent pas à qualifier de «fascisme sanitaire».

Le Dr Shrabanek, je le précise, n'est pas le premier venu: médecin et toxicologue, il a fait des recherches cliniques en particulier dans le domaine de la cancérologie endocrinienne et poursuivi des travaux sur les neurotransmetteurs. Il est de plus éditorialiste au *Lancet*, une des revues médicales les plus prestigieuses. «La vie, dit-il, est une forme de maladie sexuellement transmise. Et dont on ne guérit pas, puisqu'elle s'achève par la mort, inévitable conséquence de la conception. [...] Le temps est certainement venu, non pas de vivre plus longtemps, mais de savoir ce que l'on fait de sa vie.»

On observe, en effet, depuis quelque temps une intolérance qui, sous prétexte de favoriser la santé, le bien-être, etc., incite à interdire aux autres tout comportement différent du sien, voire toute opinion au contenu différent. Cet instinct d'interdiction, qui répond au besoin fondamental de sécurité, atteint désormais des limites intolérables, au point d'étouffer l'autre besoin fondamental, celui de stimulation. La qualité de vie repose en fait sur la satisfaction de ces deux besoins: sécurité ET stimulation. J'en viens à penser que l'instinct d'interdiction s'exerce en ranimant chez l'autre, celui que l'on manipule consciemment ou inconsciemment, le sentiment de culpabilité et la peur atavique de mourir qui se traduit en fait par la peur de vivre.

La vie n'est pas sans risques. C'est même ce qui sans doute en fait l'intérêt. Si on souhaite éviter les risques inhérents à la vie, on devrait rester couché... Et encore ! Un tremblement de terre est si vite arrivé... •

*L'Express lui a consacré un article, repris par *L'Actualité* (15 mai 1990)

BLANDE LAVERDIÈRE

# Où sont les intellectuels quand on réforme la santé?

PIERRE VENNAT

La réforme des services sociaux et de santé du Québec, que vient de déposer le ministre Marc-Yvan Côté, devrait préoccuper les spécialistes de sciences humaines et de la santé tout autant que les débats sur l'avenir constitutionnel.

Pourtant, si le nombre d'ouvrages sur nos états d'âme socio-politiques ne cesse d'augmenter, on compte sur les doigts le nombre d'ouvrages de réflexion sur les moyens de «soigner autrement».

S'il faut en croire Gilles Bibeau, directeur du Département d'anthropologie à l'Université de Montréal, le silence des intellectuels qui a suivi la défaite du «oui» au référendum de 1980 est bien fini et la dernière décennie du deuxième millénaire marquera sans doute le retour des projets de société. Lesquels favoriseront l'éclosion de toute une série d'essais qui viendront garnir les bibliothèques de qui voudra bien les lire.

### La santé avant la constitution

Malheureusement, rares sont les intellectuels qui s'intéressent à la réforme des services de santé du Québec au point d'y consacrer un ouvrage, même si les citoyens sont probablement plus directement concernés par leur santé que par le statut constitutionnel du Québec.

Et pourtant, d'affirmer avec vigueur Gilles Bibeau, «on ne peut plus se limiter à essayer de résoudre les problèmes un par un comme s'ils étaient déconnectés les uns des autres, comme si la violence n'était pas liée à l'inégalité croissante dans le partage de la richesse collective ou comme si le pluralisme multiculturel de notre société n'était pas lui-même à comprendre sur l'arrière-fond de l'interdépendance accrue entre les nations».

Bibeau et ses collègues se sont donc attardés à la réforme des services de santé et leur régionalisation, en se servant de l'exemple de l'Abitibi, une région qu'ils connaissent bien et qu'ils ont analysée de fond en comble. Les gens ne réagissant pas de la même façon dans les régions périphériques qu'à Montréal, l'insécurité face à la solitude, à la précarité économique et tout ce qui l'entoure n'étant pas ressentie de la même façon qu'à Montréal ou Québec, cela ne justifie-t-il pas une approche différente de traitement?

Bref, toute la réforme Côté et le phénomène de la régionalisation doivent être scrutés à la loupe. Et pourtant, quand Claude Castonguay, le père de l'assurance-maladie, parle de remettre en question le principe de l'universalité et de la gratuité des soins, rares sont les intellectuels qui se lèvent. Pourtant, quand Trudeau tousse, on se bouscule pour lui faire face sur les barricades.

Bibeau et son équipe croient qu'il y a lieu de débattre de l'opportunité de recourir à la régionalisation comme complément au centralisme planificateur; de se prononcer sur les stratégies de privatisation et de communautarisation de certaines parties du système de services; de s'interroger sur les nouvelles philosophies de gestion; et de réfléchir sur les critères à prendre en compte lorsqu'on se fixe des critères d'amélioration de la santé.

### Un effort de réflexion

Pourtant, de déplorer le professeur Bibeau, au cours des consultations publiques organisées par la Commission Rochon et le Comité Harnois qui faisait enquête sur la santé mentale, les intervenants des secteurs de la santé et des services sociaux, et plus spécialement ceux travaillant en santé mentale, ne se sont pratiquement pas fait entendre. Leurs corporations professionnelles l'ont fait, leurs syndicats et les regroupements de services aussi. Mais pas les intervenants sur le plancher.

SUITE À LA PAGE C 2

Gilles Bibeau

Gilles Bibeau: un enjeu important

SUITE DE LA PAGE C 1

C'est donc dire que les professionnels du réseau ne sont pas eux-mêmes les agents dynamiques des approches qui structureront sans doute la nouvelle politique de la santé et des services sociaux. Ce qui, selon le professeur Bibeau, pourrait mener à son échec.

Pour leur part, les quatre professionnels, deux anthropologues, un sociologue et une psychiatre, ont fait leur effort de réflexion. *Comprendre pour soigner autrement*, publié aux Presses de l'Université de Montréal, constitue une contribution valable en ce sens. Mais ses auteurs sont les premiers à espérer que médecins, infirmières et autres professionnels de la santé ou des sciences humaines prennent la plume et les imitent.

L'importance de l'enjeu le justifierait.

COMPRENDRE POUR SOIGNER AUTREMENT Ellen E. Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin et Robert Laplante Les Presses de l'Université de Montréal

© P. H. Talbot, La Presse

46

RÉFORME

LA PRESSE · 6 JANVIER 1990 · P. C1-C2

# La réforme Côté «escamote les services sociaux», déplorent les travailleurs sociaux insatisfaits

MARTHA GAGNON

Les travailleurs sociaux du Québec sont insatisfaits de la réforme Côté. Selon eux, la santé prend la part du lion et les services sociaux, reçoivent la part de la souris.

La présidente de la corporation professionnelle, Marie Émond, a évoqué cette image hier pour montrer que «les services sociaux avaient été escamotés dans cette réforme. Elle remercie le ministre d'avoir au moins eu l'honnêteté de dire qu'il n'avait pas encore de solutions à offrir aux travailleurs sociaux.»

Inquiète elle aussi, la Centrale de l'enseignement du Québec demande au gouvernement de former une commission d'enquête sur l'ensemble du régime de la protection de la jeunesse. La CEQ, qui représente des employés oeuvrant dans les écoles et les centres d'accueil pour jeunes, soutient que le personnel est fatigué, démobilisé devant «l'encombrement chronique» du système.

Le printemps dernier, 10 000 personnes signaient une pétition demandant au gouvernement de considérer comme prioritaire la question des jeunes ayant besoin de protection. «L'ampleur et la gravité de la situation justifient une commission d'enquête», selon les dirigeants de la CEQ.

Lors d'une rencontre de presse avant le dévoilement de sa réforme, vendredi, le ministre Marc-Yvan Côté a expliqué qu'il fallait réviser en profondeur la loi sur la protection de la jeunesse en vigueur depuis dix ans. Si elle est d'accord avec cette idée, Mme Émond déplore que le ministre ait mis la charrue devant les boeufs. «Normalement, les études précèdent la réforme. On a l'impression que le ministre, après avoir consacré tout son temps à la santé, a réalisé à la dernière minute qu'il devait aussi s'occuper des services sociaux. Comme toujours, on passe en dernier.»

Le ministre a mandaté prioritairement un comité d'experts, analogue à celui des personnes âgées, pour lui fournir des recommandations spécifiques à l'intention des jeunes dans le cadre de l'élaboration de la Politique de santé et de bien-être qui accompagnera la réforme.

La Corporation des travailleurs sociaux, qui regroupe 2500 membres, reproche au ministre d'avoir soumis un projet vague et mal défini dans le secteur social, malgré les problèmes croissants, tels que la drogue, la violence familiale et l'abandon scolaire. Le taux de suicide des adolescents est l'un des plus élevés au monde et la consommation de drogue débute vers l'âge de 12 ans.

«Pour l'instant, la réforme des services sociaux en est une de structures. On ne sait même pas s'il y aura de l'argent et des ressources humaines supplémentaires», affirme Mme Émond. Elle se demande comment les CLSC pourront s'occuper à la fois de la santé et des problèmes sociaux. «Le CLSC devient l'auberge espagnole où on trouve de tout. Il risque d'être débordé par la tâche à accomplir.»

Les Centres de services sociaux deviendront des Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Cette réorientation implique que des services jusqu'à maintenant dispensés par les CSS seront offerts par d'autres établissements, dont les CLSC. C'est le cas des services aux Amérindiens, aux réfugiés, aux enfants en milieu scolaire et aux personnes âgées. Les services sociaux en institutions seront également sous la responsabilité de chaque établissement.

Le ministre Côté propose de mettre en place des services de médiation familiale dans les régions, de soutenir les services de répit aux familles, de réviser les pratiques actuelles en matière d'adoption, d'encourager les ressources d'hébergement temporaires, de réduire la liste d'attente à la protection de la jeunesse et de diminuer le placement des jeunes.

«De beaux et grands objectifs, dit la présidente de la Corporation des travailleurs sociaux. Mais on se demande comment on pourra les atteindre.»

LA PRESSE

DÉCEMBRE 1990

# Marc-Yvan Côté a oublié les services sociaux dans sa réforme, se plaint la CSN

ÉRIC TROTTIER

■ Le ministre Marc-Yvan Côté a oublié d'aborder la question des services sociaux, dans sa réforme de la santé.

Une centaine d'intervenants sociaux membres de la CSN se sont réunis à Montréal en fin de semaine pour discuter des conséquences néfastes de la réforme Côté sur leur secteur. Ils en ont profité pour suggérer au ministre d'apporter des correctifs au projet de loi 120, en reconnaissant l'expertise des travailleurs sociaux et en leur permettant de s'impliquer davantage dans le processus de gestion des institutions de santé.

« M. Côté n'apporte pas de solution à l'aspect social de la santé; il avoue lui-même que ce n'est pas clair dans son esprit », lance la vice-présidente de la CSN, Céline Lamontagne.

« La réforme Côté vise surtout à discipliner la pratique médicale, explique pour sa part Paul Langlois, travailleur social à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de Québec. C'est très bien en soi, mais il a oublié de réformer les services sociaux... »

La pratique sociale souffre d'une grave invisibilité, affirme M. Langlois, car les intervenants sociaux doivent frayer de plus en plus avec des spécialistes qui ne s'y connaissent pas vraiment dans le domaine des services sociaux.

Par exemple, les médecins, avec la réforme, deviennent les patrons des travailleurs sociaux; les juges et les avocats continueent de décider quels cas doivent être attribués à la DPJ et lesquels ne doivent pas l'être, sans plus de nuance. « Nous sommes des exécutants de la loi », déplore M. Langlois.

Autre problème qui se présente aux intervenants sociaux: on juge leur rendement sur la productivité. « Moi je n'ai pas le droit de consacrer plus de 23 heures à un dossier », précise Paul Langlois.

Dans ce contexte, les travailleurs sociaux ne peuvent comprendre les situations complexes, par manque de temps. Le rôle des intervenants consiste alors à panser les plaies. Jamais on ne règle les problèmes à la base, ce qui contribue, d'une certaine façon, à les aggraver.

« De la réforme Côté, on s'attendait à une certaine reconnaissance, enchaîne M. Langlois, mais on a plutôt révisé à la baisse notre marge de manoeuvre. C'est un choix de société auquel nous devrons un jour répondre. »

LA PRESSE

24-2-91 P. A5

*Santé et services sociaux*

# Un verre à moitié plein ou à moitié vide?

Dans la réforme de la santé et des services sociaux, des gains non négligeables semblent avoir été obtenus par les organismes communautaires:

- un statut légal leur assurant *une reconnaissance de leur contribution et la liberté de définir leur action*,
- une place dans les instances de décisions et les structures consultatives,
- un financement triennal pour l'ensemble de leurs fonctions *de services, d'aide ou de soutien, de promotion, de sensibilisation, d'éducation et de défense des droits*, ainsi que l'assurance du financement de leurs regroupements provinciaux,
- l'accroissement des sommes totales qui leur sont allouées pour atteindre 90 millions de dollars d'ici cinq (5) ans et un mode d'évaluation qui dépendra du niveau de financement reçu.

Ce sont là quelques-unes des mesures annoncées dans le livre blanc du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Marc-André Côté, et qui correspondent à plusieurs revendications mises de l'avant depuis longtemps par l'ensemble du mouvement populaire, y compris les groupes d'éducation populaire.

Pourtant bien des inquiétudes demeurent quant à l'opérationnalisation de cette politique, particulièrement quant aux conséquences de la gestion et du financement par programme dans le cadre des régies régionales. C'est là qu'on pourra constater si les organismes pourront préserver leur autonomie d'intervention et leurs pratiques alternatives, ou s'ils devront encore se plier aux priorités et aux fonctionnements institutionnels pour acheter leur droit d'exister. Pour les groupes communautaires, la bataille est loin d'être finie!

***Bernard Vallée***

Société MONTREAL CAMPUS - 13 MARS 1991 - P.10

*La réforme des services sociaux et les jeunes*

# À CÔTÉ DE LA «TRACK»

***Le phénomène de la pauvreté et de la marginalisation chez les jeunes est de plus en plus criant au Québec. Et les gouvernements de moins en moins concernés.***

Vincent Marissal

Réforme de l'assurance-chômage et du Bien-être social, dégel des frais de scolarité, récession, T.P.S. et tout dernièrement, la réforme Côté. Autant de politiques gouvernementales directement responsables de la pauvreté et de la marginalisation des jeunes du Québec.

Telle est l'accusation portée par le Regroupement des organismes communautaires jeunesse du Montréal métropolitain (ROCJMM) aux «technocrates» de la santé et des services sociaux. Selon Michel Parazelli, porte-parole du Regroupement, leurs politiques développent et entretiennent la marginalisation en trois étapes: exclusion, dépossession et coercition. Il croit aussi que la réforme des services sociaux mise de l'avant par le ministre Côté ira dans ce sens.

### «UNE RÉFORME AXÉE SUR LE CITOYEN»

«D'après la réforme Côté, les gens sont responsables de leurs problèmes et doivent s'en sortir eux-mêmes, explique M.Parazelli. Comme ça, le gouvernement dissimule les causes socio-économiques en causes individuelles et traite la violence et la pauvreté comme des maladies». Le ROCJMM prétend que le gouvernement se décharge de ses responsabilités sociales en ramenant ainsi tout à «l'individu».

Pour combattre la violence, par exemple, on isolera les cas-problèmes, on les éloignera momentanément de leur milieu et on les «soignera» avant de les retourner d'où ils viennent.

André Gauthier

COUPABLE?

Ces «prêts-à-agir sociaux» ignore que 70 à 80 p. cent des jeunes qui sortent des centres d'accueil récidivent un jour ou l'autre. «Mais les groupes sociaux sont débordés et demandent des solutions, dit Michel Parazelli. Le ministre Côté apporte de l'espoir à des gens désespérés. C'est très habile». D'autant plus habile que le ministre flatte les organismes communautaires en les reconnaissant officiellement dans son Livre Blanc, ce qui n'avait jamais été fait par le gouvernement. «Nous, on ne croit pas à cette reconnaissance», s'insurge le porte-parole du ROCJMM.

De plus, il considère que l'orientation proposée par le Livre Blanc de Marc-Yvan Côté va encourager la compétition entre groupes communautaires. Il dénonce aussi le principe d'efficacité proposé par la Bible Côté: «le gouvernement veut des résultats. Alors, nos interventions seront évaluées statistiquement, affirme M. Parazelli. Ceux qui ne performeront pas n'auront plus de subventions du ministère». Un argument qui convaincra certainement même les plus réfractaires, puisque le principal bailleur de fonds des organismes communautaires n'est nul autre que le gouvernement.

### «EPIDÉMIOLOGIE SOCIALE»

Cette nouvelle approche du gouvernement s'appuie sur un concept bio-médical: «l'épidémiologie sociale». Cette expression rébarbative signifie, selon la définition du Ministère des Affaires sociales, «analyse d'un problème social à l'aide d'indices de risques». Pour la drogue, par exemple, on dira: tel groupe de jeunes, dans tel environnement, égale tels risques.

Quant à lui, Michel Parazelli définit cette méthode comme étant «la gestion permanente du provisoire. On entrepose les cas d'individus à problèmes comme des bancs de BPC jusqu'à ce que ça explose, ironise-t-il. À long terme, ça ne règle rien dans la société.»

### «CRÉER DES CLASSES DANGEREUSES»

Les onze groupes qui composent le ROCJMM pensent que la réforme Côté n'est que le dernier maillon d'une longue chaîne d'injustices faites aux jeunes. Déjà en avril 1989, le Regroupement s'était présenté devant le Conseil permanent de la jeunesse pour décrire et dénoncer la détérioration des conditions de vie des jeunes. Le mémoire qu'il avait déposé concernait principalement trois points: le milieu scolaire, le système des services sociaux et l'aide sociale et le non-travail.

Ce document fait le constat d'une société malade de sa jeunesse, à moins que ce ne soit l'inverse... On peut y lire, entre autres, qu'en 1986, 50 000 jeunes du Québec étaient laissés sans le moindre support financier. Il est évident que le nombre de personnes atteintes aujourd'hui par cette «exclusion de revenu minimal» dépasse les chiffres de 1986.

En outre, on y apprend que l'«opération excellence» pratiquée dans bon nombre d'école secondaire de la province favorisent l'élite au détriment des élèves provenant d'un milieu économiquement faible. Par ailleurs, des statistiques récentes évaluent à 36 p. cent le nombre de «drop-out» au secondaire. La corrélation entre le milieu socio-économique et la performance scolaire étant intimement liée, il est évident que les moins riches écopent.

En ajoutant à cela le dégel des frais de scolarité universitaire, la réforme de l'assurance-chômage, la récession et la fameuse T.P.S., le ROCJMM croit que «le gouvernement est en train de créer des classes dangereuses».

D'un ton quelque peu pessimiste, Michel Parazelli résume la triste vie de bien des jeunes fréquentant l'un ou l'autre des centres du regroupement: «les familles décrépissent, les familles d'accueil, ça marche pas; l'école, c'est l'excellence, et le travail, il n'y en n'a pas. Cela donne des sous-citoyens qui n'ont que le mal de vivre pour occuper leur journée».

# Et vogue la galère

Pour aider à faire passer sa réforme de la santé, le ministre Marc-Yvan Côté envisage de l'amputer de son volet le plus controversé: la facturation, via les impôts, de certains soins actuellement gratuits. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'il abandonne cette idée. Au contraire, «l'impôt-service» pourrait être inclus dans le prochain budget et entrer en vigueur immédiatement.

La réforme Côté constitue une entreprise ambitieuse, que le ministre souhaite mener à bon port d'ici l'été. La remise en question de la gratuité de certains services — médicaments pour retraités, soins optométriques et soins dentaires pour enfants — ne forme qu'un aspect du projet. Mais il s'agit aussi du récif sur lequel tout le bateau risque d'échouer. On peut donc comprendre M. Côté de vouloir alléger sa cargaison et scinder son projet de réforme, de manière à refiler toutes les mesures de nature fiscale au ministre des Finances.

Cet astucieux délestage aurait malheureusement pour effet d'évacuer totalement un débat essentiel. Après tout, si «l'impôt-service» soulève autant de vagues, c'est qu'il perce une brèche dans les fondements de notre régime d'assurance-maladie: le principe de l'universalité.

Il ne s'agit pas de traiter ce principe comme un intouchable tabou. Le ministre Côté n'a peut-être pas tort de croire qu'en faisant payer les plus nantis en fonction de leurs revenus et des soins qu'ils ont reçus, on agirait dans le sens de la justice sociale, tout en décourageant la surconsommation. Envers de la médaille: cette mesure peut aussi décourager des gens de recourir à des soins nécessaires, avec des conséquences coûteuses en termes de santé publique.

Bref, «l'impôt-service» mérite un débat sérieux. Au lieu de cela, Québec s'apprête à se livrer à un déplorable tour de magie politique et à placer la population devant un fait accompli.

**Agnès GRUDA**

LA PRESSE · 23-4-91 - P.B2

CONTRACEPTION



SANTÉ

# Condoms : les ventes se dégonflent

*En croissance de 30% en 85, elles ralentissaient à 5% en 89 !*

**par Jean-Benoît Nadeau**

Je travaille toujours avec un condom, par sens des responsabilités envers mes clients», dit Alexander Hiperest, prostitué gai et membre de l'Association canadienne pour les droits des prostitué(e)s. Selon une étude du Dr Alan J.C. King de l'Université Queen, 70% des prostitués «professionnels» de moins de 20 ans emploient le condom toujours ou souvent avec leurs clients. Mais bien peu l'utilisent avec des partenaires plus intimes.

PHOTOPRESSE / PHOTOPRESSE

**Moins de 50 millions vendus au Canada en 89. Soit deux par habitant.**

La population en général fait preuve de la même négligence. Julius Schmid et Carter Wallace ont vendu moins de 50 millions de condoms l'an dernier au Canada, soit deux par habitant. Pendant ce temps, le nombre de personnes séropositives, 50 000 actuellement, double tous les 20 mois. Les cas de chlamydia ont aussi augmenté de 23% depuis cinq ans. Et selon le Dr Michael Ornstein, 52% des hommes de 18 à 44 ans ont eu des relations sexuelles multiples sans condom au cours des cinq dernières années.

Négligence? Il y a toujours autant de grossesses non désirées chez les jeunes, preuve qu'on se protège toujours aussi mal», explique la sexologue Florence Bois-Bouchard.

Dans le quartier gai de Montréal, les ventes de condoms ont grimpé considérablement, notamment à la pharmacie Jean Coutu de la place Dupuis. Robert Sauro, pharmacien, en achète pour plus de 60 000 dollars par année. «C'est notre meilleur point de vente au Québec», dit André E. Baillargeon, directeur des ventes au Québec pour Julius Schmid Canada, fabricant des condoms Ramsès et Sheik (40% du marché). Toutefois, Michel Lejeune, coordonnateur du service de prévention du Comité sida-aide de Montréal, ne se réjouit qu'à moitié: utiliser le condom occasionnellement équivaut à ne pas se protéger du tout.

Si les ventes de condoms ont augmenté de 30% en huit mois après la mort de l'acteur américain Rock Hudson en mars 85, la croissance a beaucoup ralenti depuis et était seulement de 5% l'an dernier.

La revue gaie *RG* a publié le printemps dernier les résultats d'un sondage auprès des homosexuels de Montréal. Des 295 personnes qui ont répondu, certains ont eu jusqu'à 15 partenaires par mois, et seulement 48% de ceux qui pratiquent le coït anal (à très haut risque) utilisent toujours des condoms; un quart en portent rarement ou n'en portent jamais.

Les jeunes hétérosexuels aussi courent des risques. Les garçons se soucient peu des conséquences des relations sexuelles, et les filles se préoccupent davantage de contraception. Elles préfèrent la pilule, car elle est plus sûre et ne requiert pas la participation du partenaire.

Quant aux méthodes de la Commission des écoles catholiques de Montréal pour inciter les jeunes à recourir aux condoms, elles semblent pudibondes. En Ontario, on a installé des distributrices dans les toilettes des écoles secondaires. Au Québec, le ministère de l'Éducation n'a aucun programme.

Enfin, les raisons que les hommes donnent pour ne pas utiliser le condom sont toujours les mêmes: trop serré, inconfortable, il interrompt la relation au moment crucial. Les fabricants, eux, protestent. «On dit le condom trop étroit, mais je vous assure que c'est une sottise. Je peux y passer mon bras jusqu'à l'épaule sans problème», dit Murray Black, président de Julius Schmid Canada.

Il n'est donc pas étonnant que ce soient les femmes qui achètent 50% des condoms. Les fabricants des marques Trojan et Beyond visent d'ailleurs directement cette clientèle, avec des emballages plus discrets.

«Autrefois, nous vendions du sexe, maintenant nous vendons de la protection», conclut Murray Black. ■

LA PRESSE, MONTRÉAL, DIMANCHE 2 DÉCEMBRE 1990 P. A4

# La résistance à l'utilisation du condom persiste

*Presse Canadienne*

*QUÉBEC*

■ La publicité a beau vanter le condom sur tous les tons, la résistance des jeunes, des femmes et, surtout, des hommes à son utilisation demeure grande et ce, malgré les dangers d'une relation sexuelle non protégée.

Dans le cadre d'un débat organisé par Miels-Québec, un organisme d'aide aux sidéens, cinq spécialistes ont exprimé des points de vue pour expliquer cet état de chose. Le débat de vendredi à ce sujet se voulait également une première pour Miels-Québec qui compte répéter le même exercice trois ou quatre fois pendant l'année.

D'entrée de jeu, Jacques Côté, directeur de l'Office de pastorale familiale, a attaqué le débat au plan moral. Pour lui, ce qui compte, ce n'est pas tant de savoir si l'Église est pour ou contre le condom, mais plutôt de situer le débat à un autre niveau : «L'Église favorise d'abord la réalisation complète de la personne, par exemple, la morale des valeurs, même la fidélité, l'ouverture à la vie au-delà du simple plaisir physique.»

Par contre, devant une épidémie comme le sida, René Raymond juge important que des mesures de prévention soient mises de l'avant. Que ces mesures s'appellent campagne de prévention par le condom ou distribution de seringues gratuites.

Marc Chabot, professeur de philosophie au cégep François-Xavier-Garneau, abonde dans le même sens. «Il me semble que ce n'est pas tant la protection qui importe que le sens de nos relations. Sans remettre en cause l'utilité du condom, il faut tout de même admettre, dit le professeur, qu'il est le signe d'une sexualité opératoire qui se protège de l'autre ou qui protège l'autre.»

Selon lui, il n'y aura jamais de philosophie du condom. «Par contre, il est urgent, lance Marc Chabot, d'interroger la philosophie à la base de nos relations amoureuses. Au fond, les jeunes nous en veulent peut-être d'avoir fait de la sexualité une simple mécanique du plaisir.»

«Si on veut passer de l'information aux jeunes sur la prévention sexuelle, il ne faut pas uniquement leur donner le côté technique», soutient pour sa part la sexologue France Laroche. Pour que le message de la sécurité passe, il faudrait donner aussi tous les autres composantes de l'être humain.»

France Laroche estime également qu'il est illusoire de croire que les gens vont adopter des comportement sécuritaires dans leur vie sexuelle, s'ils n'ont jamais appris à en parler, à la communiquer; bref, à être à l'aise avec leur sexualité. «Il y a encore trop de peurs et trop de préjugés, dit-elle. Et la peur de porter un condom fait partie de ça.»

### Barrières au condom

Une étude présentement en cours auprès d'un groupe d'étudiants de l'université Laval tente justement de découvrir ce qui empêche les jeunes d'utiliser le condom. Agnès Gaudreau, infirmière au CLSC Basse-Ville, a énuméré quelques-uns des préjugés les plus répandus face au condom.

Voici une courte litanie des objections : le condom diminue le plaisir; c'est pas naturel; l'achat est embarrassant; quand on a bu, on pense pas à ça; j'ai peur de ne pas avoir d'érection; ma blonde n'aime pas ça

C'est d'ailleurs dans l'optique de modifier ces comportements que les chercheurs ont abordé l'étude en cours. «Évidemment, nous utilisons une approche positive pour l'utilisation du condom plutôt que de travailler sur les peurs», indique Agnès Garneau.

Mais quels que soit les peurs et les préjugés à l'égard du condom, tous les participants sont d'avis que c'est la relation amoureuse des hommes et des femmes qu'il faut d'abord reviser pour que la publicité sur les condoms puissent un jour passer.

53

54

# Le Regroupement scolaire fait avorter le débat sur les condoms dans les écoles

ÉRIC TROTTIER

Les élèves du secondaire ne verront pas de sitôt apparaître des distributrices de condoms dans leurs écoles.

Le débat sur cette délicate question, qui devait se tenir hier soir à l'assemblée de la Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM), a été étouffé dans l'oeuf après que le Regroupement scolaire confessionnel (RSC) eut demandé de nouvelles analyses et consultations.

«Ce n'est pas la non-utilisation du condom mais bien la relation sexuelle elle-même qui est responsable des MTS et du sida», a déclaré M. Étienne Morin, commissaire pour le RSC, qui dit vouloir «promouvoir la famille d'abord et avant tout». Au début du débat, M. Morin a demandé le dépôt de la proposition amenée par le Mouvement pour une école moderne et ouverte (MEMO), afin de consulter parents et spécialistes sur la pertinence d'installer des distributrices de condoms dans les écoles montréalaises.

«Allez-vous interroger l'Archevêché?» a répliqué celui qui avait amené le sujet à la table, le commissaire Robert Cadotte (MEMO), qui a ajouté: «C'est aberrant de prôner l'abstinence en 1991». Certains membres du public présent, composé de quelques parents et de personnes âgées, ont hué M. Cadotte pour sa boutade.

Après l'assemblée des commissaires, M. Cadotte a exprimé sa vive déception: «C'est un mauvais exemple de démocratie. Chaque fois que nous amenons une proposition embêtante pour le RSC, ils déposent une motion pour nous empêcher d'en discuter, surtout s'il y a des journalistes dans la salle. Maintenant, c'est clair: il nous faut un débat public sur la question.»

La présidente de la CECM et commissaire pour le RSC, Mme Denise Soucy-Brousseau, a quant à elle qualifié la proposition du MEMO de «jambette politique sur le dos des élèves».

«Je ne crois pas aux solutions-miracles, a-t-elle précisé. Le condom n'est pas la réponse universelle aux problèmes du sida et des MTS.»

Le commissaire Cadotte avait annexé à sa proposition des lettres d'appui de la directrice du Département de santé communautaire de Maisonneuve et du chef du DSC de l'hôpital Saint-Luc. Il a également rappelé que de nombreuses études démontrent que:

- 32 p. cent des garçons et 21 p. cent des filles de troisième secondaire ont déjà eu une relation sexuelle, la moyenne d'âge de la première relation se situant à 15 ans;
- le nombre de grossesses chez les filles de 14 à 17 ans a augmenté de 38 p. cent depuis 1980;
- le quart des jeunes filles de 15 à 25 ans sont porteuses du chlamydia, une MTS qui peut provoquer la stérilité;
- le taux de sida chez les jeunes Montréalais est 2,5 fois plus élevé que dans le reste de la province.

Pour M. Cadotte, le condom peut atténuer une partie des problèmes liés aux relations sexuelles. «Mais les jeunes n'utilisent pas le condom parce qu'ils sont gênés d'en acheter en pharmacie.»

À cela, Mme Brousseau, présidente de la CECM, rétorque: «Je n'ai pas de données là-dessus; nous n'avons pas en main les études qui ont été réalisées».

Peu après l'échec du MEMO, le Regroupement scolaire confessionnel a déposé une motion visant à «enclencher le processus de consultation nécessaire à l'adoption d'une position informée». Cette motion sera débattue lors de la prochaine assemblée, dans deux semaines.

Sans préciser, Mme Brousseau s'est engagée personnellement à «faire pression aux bons endroits» afin que la consultation populaire qu'elle entend mener soit respectée par la suite par le Conseil des commissaires de la CECM.

— Oui mais Toronto, New York et plusieurs autres grandes villes ont adopté de tels règlements, considérant qu'il y a urgence.

— La situation montréalaise peut être différente, prétend Mme Brousseau, c'est ce que nous évaluerons.

Le MEMO et la représentante des parents d'élèves du secondaire, Mme Gérardine Bissonnette, ont également annoncé qu'ils allaient consulter les parents à propos des distributrices de condoms.

Enfin, les commissaires du RSC ont rejeté la deuxième proposition Cadotte, qui visait à augmenter le nombre d'heures dévolues à l'éducation sexuelle dans les écoles secondaires. «C'est au ministère de l'Éducation à intervenir sur les enjeux pédagogiques», a fait observer la présidente. □

LA PRESSE - 4 AVRIL 1991 — P. A1-A2

# Le condom à l'école

L'automne dernier, deux polyvalentes du nord de Montréal ont installé des distributrices de condoms dans leurs toilettes. Cette initiative n'a suscité aucune révolution et les deux écoles ne se sont pas transformées en lieux de débauche. D'ailleurs, les élèves ne se sont pas rués sur les préservatifs: à la polyvalente Sainte-Thérèse, on en vend une soixantaine par semaine; à Deux-Montagnes, une vingtaine.

Les parents ont très bien accepté le projet: à Sainte-Thérèse, on n'a enregistré qu'une seule réaction négative. À Deux- Montagnes, aucune. Et après avoir conduit un sondage auprès de ses élèves; la direction de Sainte-Thérèse a conclu que la presence des distributrices n'a eu aucun effet sur l'intensité de la vie sexuelle des adolescents.

Pourquoi, alors, la CECM répugne-t-elle tant à suivre l'exemple? Pourquoi tente-t-elle de repousser une décision somme toute inoffensive, sous prétexte qu'il lui faut de plus amples informations, et qu'elle doit d'abord consulter les parents?

Ce n'est pourtant pas l'information qui manque: on sait que le quart des jeunes de 15 ans, et plus de la moitié des élèves de secondaire V ont déjà eu une première relation sexuelle. L'incidence du sida est plus élevée à Montréal qu'ailleurs au Québec. Le chlamydia atteint des proportions épidémiques, et le nombre de grossesses chez les adolescentes grimpe en flèche. De quelle autre information a-t-on donc besoin avant de réagir?

Quant à consulter les parents, pourquoi pas. De toute manière, un sondage CROP réalisé l'automne dernier montre que près des deux tiers des Montréalais favorisent les «machines à condoms». On se demande toutefois quelle est l'utilité d'une consultation dans un débat qui concerne un problème urgent de santé publique.

En fait, et elle aurait beau prétendre le contraire, les réticences de la CECM tiennent à des raisons d'ordre moral. Certains commissaires ne disent-ils pas que le préservatif ne règle pas tout, et que la seule manière de prévenir les MTS et les grossesses non désirées, c'est encore de s'«abstenir»?

Ce qui inquiète surtout les parents, estime le directeur de la polyvalente de Sainte-Thérèse, c'est que du simple fait de leur présence les distributrices aient un effet incitatif sur les jeunes. C'est la même crainte qui se profile derrière les arguments de la CECM. Pourtant, en soi, un préservatif est un objet assez peu susceptible de provoquer le désir... Et ce n'est pas pour rien que le marketing du condom repose sur des tentatives de lui donner un «contenu érotique.»

Il est par ailleurs vrai que le condom ne règle pas tout. Encore faut-il s'en servir. Parce qu'elles le rendent plus accessible pour des jeunes qui ne planifient pas leur vie sexuelle un mois à l'avance, les distributrices scolaires constituent un moyen de promotion parmi d'autres.

Même si ce n'est qu'à reculons, la CECM s'est quand même engagée dans un débat qu'elle avait rejeté sans autre forme de procès l'an dernier. C'est un tout petit progrès qu'il faut bien saluer. Tout en souhaitant que la décision ne soit pas reportée aux calendes grecques.

**Agnès GRUDA**

LA PRESSE. 5 AVRIL 1991 - P. B2

LA PRESSE, MONTRÉAL, JEUDI 2 MAI 1991 PLEIN

# Des allergies? Portez deux condoms!

CAROLE THIBAUDEAU

■ Les personnes qui souffrent d'une allergie au latex et qui utilisent des condoms ont d'autres alternatives que l'abstinence forcée, affirme Monique Lapointe, éducatrice au Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le sida (MIELS-Québec).

Mme Lapointe rappelle les propos tenus cette semaine par le docteur Peter Small, allergiste à l'Hôpital Général Juif de Montréal. Ce médecin affirme que de plus en plus de gens sont allergiques au latex. Ces personnes ne peuvent donc pas porter de condom en latex, et «elles devront trouver un autre moyen prophylactique», explique-t-il.

On sait que les condoms en latex sont les seuls qui font une barrière totalement étanche au virus du sida, note Mme Lapointe soutient cependant qu'il existe un moyen bien simple de contourner le problème de l'allergie: porter deux condoms, le premier, en peau d'agneau, directement sur le pénis, et le second, en latex, par dessus. On inverse l'ordre dans le cas où c'est l'autre personne qui est allergique.

«Pas besoin de changer ses pratiques sexuelles à cause d'une allergie au latex. Porter un deuxième condom ne porte pas vraiment atteinte à la sensibilité des partenaires. Et de toutes façons, il est déjà recommandé de mettre deux condoms lors d'une pénétration anale», conclut Mme Lapointe.

Soulignons toutefois que l'allergie au latex n'est pas si fréquente. «Il est très rare que des gens nous arrivent avec ce problème», affirme Mme Lapointe.

# Les condoms, ça peut être amusant et... payant

*Presse Canadienne*

*LONDON, Ontario*

■ C'est pour rendre le sexe plus amusant que M. John Kelly a ouvert, en août de l'année dernière, à London en Ontario, ce que l'on croit être le premier magasin au Canada spécialisé dans la vente de condoms.

Il semble avoir réussi, en plus, à rendre également amusant le son de sa caisse enregistreuse, puisqu'il est prévu que les recettes atteindront 175000$ en août prochain.

M. Kelly doit ouvrir très bientôt une succursale à Grand Bend, à une cinquantaine de kilomètres de London, et une autre à Toronto même, avant la fin de l'année.

Ayant baptisé sa boutique «Condomery (Condomerie)», il offre actuellement 35 sortes de condoms, dont certains au chocolat, aux fraises, aux pêches et au pina colada. Il y en a même qui brillent dans l'obscurité.

«Nous essayons de faire de l'humour avec le sexe», a-t-il expliqué dans une récente entrevue. Mais c'est justement cette attitude que lui a reprochée Mgr John O'Donnell, de la cathédrale St. Peter, à London.

Mgr O'Donnell s'est permis de critiquer la Condomerie du haut de la chaire et dans le bulletin paroissial. «Nous ne contestons pas ses droits juridiques, a déclaré le prélat. Nous nous apposons au nom de la morale.»

LA PRESSE - 2 AVRIL 1991 - P. A6

LA PRESSE - 22 MARS 1991 - P. B2



# Stérilets: la Cour suprême refuse la permission d'en appeler

*Presse Canadienne*

*ALMA*

■ La Cour Suprême du Canada a refusé hier à la compagnie A.-H. Robins, le fabricant des stérilets Dalkon Shields, la permission d'en appeler d'un jugement de la Cour d'appel du Québec autorisant un recours collectif.

Ce recours, initié par une citoyenne de Jonquière, Mme Ivy Tremaine, concerne entre 200 et un millier de femmes québécoises qui auraient subi diverses lésions corporelles à la suite de l'utilisation de ce stérilet.

Selon l'avocat de Mme Tremaine, Me Gratien Duchesne, il s'agit d'une décision historique pavant ainsi la voie à un règlement après cinq années de procédures devant les tribunaux. Les victimes québécoises du stérilet Dalkon Shields pourraient se partager des indemnités variant entre 20 et 70 millions.

Ce stérilet, distribué un peu partout au monde, a causé des problèmes de santé à des milliers de femmes. Les problèmes diffèrent d'une personne à l'autre et pour cette raison, Me Duchesne, a refusé, hier, en conférence de presse, de lancer des chiffres.

Les procureurs de Mme Tremaine estiment cependant qu'il ne sera plus nécessaire de poursuivre le débat devant les tribunaux afin d'obtenir des compensations monétaires. Selon Me Yves Lauzon, spécialiste dans le domaine du recours collectif, il y a une ouverture permettant la négociation.

Il a rappelé qu'un trust américain gère un fonds de plusieurs milliards de dollars servant exclusivement à compenser celles qui ont éprouvé des problèmes avec le stérilet Dalkon Shields.

Dans le cadre d'un règlement négocié, chaque victime ferait l'objet d'une négociation dans le but de fixer le montant de l'indemnisation. La personne ne perd pas pour autant le droit de contester l'évaluation.

Advenant un échec, les procureurs d'Ivy Tremaine devront déposer le recours collectif devant les tribunaux. Cependant, la cause serait entendue sur le territoire québécois et en français.

# Le danger du stérilet remis en cause par une nouvelle étude

*Agence France-Presse*

*WASHINGTON*

■ Une nouvelle étude sur les effets secondaires du stérilet tend à montrer que le rapport négatif sur ce contraceptif publié il y a dix ans n'était pas rigoureux scientifiquement.

Les stérilets, largement utilisés en Europe, ont été abandonnés aux Etats-Unis à la suite de nombreuses poursuites en justice contre son principal fabricant, A. H. Robins, fondées notamment sur l'Etude de la femme, publiée en 1981.

Selon M. Richard Kronmal, coauteur du nouveau rapport, publié dans le Journal of Clinical Epidemiology, l'étude de 1981 a conclu de manière erronée que le stérilet était responsable d'inflammations susceptibles de provoquer la stérilité. Résultat: le produit de cette firme, appelé Dalkon Shield, et les autres stérilets avaient fini par être retirés du marché américain.

Un nouvel examen de cette étude, a indiqué M. Kronmal, révèle qu'elle «n'était vraiment pas concluante».

«La situation était tellement politisée, mettait en jeu tant d'émotion et était tellement liée aux tribunaux que je ne crois pas qu'elle (l'étude) puisse avoir été scientifiquement très bien examinée.»

Pour sa part, le directeur de l'étude remise en cause, le Dr Ronald Burkman, a dénigré les arguments de M. Kronmal. La nouvelle étude, a-t-il affirmé, «est bourrée d'erreur de faits, d'erreurs de compréhension et d'exagérations».

LA PRESSE - 19 AVRIL 1991 - P. A7

AVORTEMENT

58

LA PRESSE, MONTREAL, SAMEDI 2 FEVRIER 1991 P, F4

# La défaite du projet de loi sur l'avortement ne signifie pas qu'il y ait absence de balises

MARIE-CLAUDE LORTIE
*du bureau de La Presse*
*OTTAWA*

■ Il est faux de croire que la défaite du projet de loi visant à recriminaliser l'avortement laisse un vide juridique, affirment plusieurs juristes.

Selon Me Patta Knoppers, spécialiste en droit de la santé à la faculté de droit de l'Université de Montréal, l'avortement, comme toute autre pratique médicale, est soumis aux contrôles et aux règlements prévus par les différentes lois médicales. Les médecins qui le pratiquent sont liés par les lois professionnelles et leur code de déontologie. Tandis que la Charte des droits offre une garantie contre toute mesure provinciale qui veillerait à nier l'accès à ce service médical.

Me Shelley Gavigan, qui enseigne le droit criminel à Osgoode Hall de Toronto, et fait actuellement de la recherche dans le domaine de la reproduction, opine dans le même sens. «Non, il n'y a pas de vide juridique, dit-elle. L'avortement est soumis aux lois qui régissent tous les actes médicaux. Il est aussi mentionné dans le code criminel, qui interdit la vente des substances humaines, ainsi que dans la loi sur l'obscénité qui interdit la publicité.»

Me R. J. Gray, d'Osgoode Hall, estime lui aussi que l'absence de loi criminalisant l'avortement ne crée pas de vide juridique. Mais il précise toutefois que selon lui, juridiquement, il y encore des problèmes qui ne sont pas complètement résolus et la question n'est donc pas close de façon étanche.

D'ailleurs, selon le sénateur Haidasz, qui demande une loi vigoureuse pour interdire l'avortement, le gouvernement est tenu par la Constitution de légiférer pour garantir les droits du foetus.

L'avortement n'est plus un acte criminel depuis que la Cour suprême a jugé l'ancienne loi anticonstitutionnelle en 1988, dans l'arrêt Morgentaler. Le projet de loi défait au Sénat jeudi par un vote nul, proposait de recriminaliser l'avortement, en permettant toutefois aux médecins de le pratiquer s'ils jugeaient que la santé physique ou psychologique de leur patiente était en danger.

La ministre a promis jeudi qu'elle ne présenterait pas de nouveau projet de loi.

Mais maintenant, les groupes pro-choix, eux, veulent surtout s'assurer que les services seront disponibles pour toutes les femmes. En effet, le projet de loi avait fait peur à plusieurs médecins qui avaient donc cessé de pratiquer des avortements.

Me Laurl Stoltz, de l'Association nationale de la femme et du droit, explique qu'en vertu de la loi fédérale sur la Santé, les femmes ont le droit d'exiger que les provinces accordent les fonds nécessaires aux médecins qui désirent pratiquer des avortements.

«On ne peut pas forcer légalement des médecins à faire des avortements, dans des provinces où il n'y aurait pas de service, par exemple. Mais on peut exiger, en vertu de la loi fédérale, que les fonds soient versés aux médecins qui veulent en pratiquer», explique-t-elle.

Selon Me Gavigan, les femmes auront plus de succès en faisant des pressions politiques qu'en se battant en cours. «Le texte et l'esprit de la loi fédérale sur la santé exige le financement complet des services d'avortement. Mais les femmes devront donc surtout exercer une pression politique pour exiger ce financement. Il faudra aussi rappeler aux médecins qui se sont élevés contre le projet de loi, qu'ils sont redevables. Maintenant, il faut leur demander de remplir leurs promesses», a-t-elle expliqué.

La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, qui regroupe près d'un millier de spécialistes et s'opposait vertement au projet de loi, a effectué un sondage après l'adoption du bill par les Communes, qui montrait qu'un grand nombre de médecins avaient déjà cessé de pratiquer des avortements, tandis qu'une majorité entendait cesser une fois que la loi serait promulguée.

Aujourd'hui, la Société ne peut garantir que tous les médecins qui ont arrêté de pratiquer des interruptions de grossesse reprendront leurs services. Un sondage sera mené dans six semaines à ce sujet.

La Société tient en outre à féliciter les sénateurs d'avoir rejeté le projet de loi, et rappelle que son objectif premier demeure la réduction de la demande de services d'avortement. Ainsi, elle continuera à s'affairer activement à la mise en place de programmes de planification familiale et de contraception.

C'est là aussi le message de l'Association médicale canadienne représentant 50 000 médecins.

LE DEVOIR - 5 FÉVRIER 1991 p. B-1

# L'accessibilité précaire de l'avortement

Josée Boileau

SANS LE vouloir, le Sénat a confirmé la semaine dernière une situation qui avait cours depuis trois ans : l'avortement n'est définitivement plus un crime au Canada. On ne peut même pas parler de vide juridique puisque différentes lois encadrent sa pratique.

Les groupes pro-choix devraient jubiler, ils se font plutôt prudents. « Si le service n'est pas offert, on n'est pas tellement plus avancées », soupire Margot Frenette, de la Fédération québécoise pour le planning des naissances.

La piètre accessibilité aux services d'avortement a maintes fois été déplorée à travers le Canada. On en a même fait un argument de poids dans la lutte menée contre le défunt projet de loi C-43, qui prévoyait une recriminalisation de l'avortement. La menace a en effet suffi pour décourager plusieurs médecins d'en pratiquer.

... Sauf au Québec où cette pratique ne soulève plus ni débats, ni poursuites depuis le milieu des années 70. Ici, en dépit du projet de loi, les médecins ont continué d'offrir le service, accueillant même des femmes d'autres provinces.

Le Québec serait donc devenu le lieu béni du libre-choix, avec avortement sur demande n'importe où, n'importe quand ?

Non. Parce qu'il y a un monde entre les chiffres qui démontrent que l'avortement est disponible dans toutes les régions et la réalité.

À l'heure actuelle au Québec, 47 établissements offrent un service d'avortement : 27 hôpitaux publics (sur 178), 11 CLSC (sur 158), un centre de santé, quatre cliniques privées, trois centres de femmes et une clinique pour les jeunes.

Un autre centre hospitalier prévoit également le service mais aucun avortement ne s'y pratique pour le moment, faute de médecin. Un douzième CLSC s'ajoutera à la liste à la fin février.

Le ministère de la Santé et des services sociaux affirme que 21 390 avortements ont été pratiqués au Québec en 1989, dont 67% en milieu hospitalier.

De ce tableau global se dégagent les constats suivants :

- la région de Montréal rafle la mise : la moitié des ressources (25 établissements) y sont concentrées, toutes les cliniques privées y sont situées et 80 % des avortements y ont lieu;
- les CLSC, fer de lance de la réforme de la santé au Québec, ne pratiquent en moyenne que de trois à cinq avortements par semaine;
- en Abitibi, sur la Côte-Nord, dans le Bas du fleuve, seul un médecin pratique des avortements : une maladie, un départ et ces vastes régions se retrouvent sans ressource;
- on estime à 75 le nombre de médecins qui acceptent de faire des avortements sur un total de plus de 13 500 praticiens en exercice et la relève se fait rare : les établissements ont énormément de difficultés à en recruter ; ceux qui acceptent se promènent entre l'hôpital, le CLSC et la clinique privée.

L'accessibilité au service dépend également du nombre de semaines de grossesse. Dans les hôpitaux, la limite pour obtenir un avortement s'étend de la huitième à la 20e semaine de grossesse, la majorité ayant opté pour la 12e semaine. La même moyenne a cours dans les CLSC et les cliniques communautaires. Sur la Côte-Nord et dans l'Outaouais, aucun service d'avortement n'est même disponible au- delà du premier trimestre de la grossesse.

Quant aux avortements tardifs (16 semaines de grossesse et plus), seuls les quatre cliniques privées et sept hôpitaux acceptent d'en pratiquer, les limites variant entre 16 et 20 semaines. En tout dernier recours, une clinique privée de Montréal assure un avortement jusqu'à la 22e semaine de grossesse, moyennant un déboursé de 1000 $.

Ces délais fort variés se compliquent de la période d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous. Ainsi à Québec, cette période est de quatre à six semaines, raconte Lise Lamontagne, du Regroupement des centres de santé des femmes. Le délai est d'importance car plus le temps passe, plus la technique utilisée est lourde. C'est là un des corollaires les plus sérieux des problèmes d'accessibilité, note même le Conseil du statut de la femme (CSF).

« Certes la situation est meilleure ici qu'ailleurs, reconnait malgré tout la présidente du CSF, Mme Marie

••• AVORTEMENT

## ◆ Avortement

Lavigne. Mais la part du secteur public va décroissant puisqu'en 1985, 35 hôpitaux offraient ce service et qu'il n'en reste plus que 28 aujourd'hui. En revanche, les avortements sont en hausse dans les cliniques privées, où les femmes doivent payer pour se faire avorter.

« L'accès inégal d'une région à l'autre est également fortement préoccupante, poursuit-elle, surtout dans le contexte de la réforme de la santé où les instances régionales seront chargées de déterminer leurs services prioritaires. L'avortement en fera-t-il partie ? »

Pratiquer en région, c'est également s'exposer à une certaine désapprobation sociale, ajoute le docteur Jean Guimond, qui partage lui-même son temps entre cinq établissements à Montréal et en région.

S'expliquent ainsi la difficulté de trouver des médecins qui acceptent d'en faire, mais aussi la crainte qu'avec la réforme, la pratique soit soumise à des conseils d'administration plus conservateurs que d'autres, comme ce fut le cas il y a quelques années au CLSC Ste-Thérèse, où siégeaient des militants pro-vie.

« Pour cette raison, le gouvernement du Québec ne peut pas se permettre d'adopter une attitude de délestage comme l'a fait le gouvernement fédéral. La volonté politique d'assurer le service doit être clairement affirmée », soutient Mme Lavigne.

« Le silence c'est renforcer le tabou qui entoure l'avortement, alors qu'une Nord-Américaine sur deux y aura recours dans sa vie », fait Mme Lamontagne.

Les groupes pro-vie n'ont pas, eux, l'intention de relâcher la garde. Dès l'annonce de la défaite du projet de loi devant le Sénat jeudi dernier, la clinique Morgentaler à Montréal a demandé une surveillance policière accrue pour éviter toute manifestation devant ses locaux, comme elle en a eu dans le passé.

Mais les pro-vie du Québec misent davantage sur l'éducation et les pressions politiques.

« Les gouvernements changent, explique M. Gilles Grondin, président de Campagne Québec-Vie. À la prochaine campagne électorale, nous appuierons activement les candidats pro-vie. Les politiciens sont sensibles à l'opinion publique et je ne crois pas que les gens soient en faveur du vide juridique actuel. Le Canada est le seul pays au monde à ne pas avoir de loi sur l'avortement. »

Vrai, rétorque Me Bartha Knoppers, spécialiste de la question et auteure d'une étude comparative sur l'avortement dans les pays francophones.

« Normalement, dit-elle, il y a au moins un encadrement de la pratique qui en assure l'uniformité à travers le pays. Ici, il faudra se référer aux lois professionnelles et des services de santé de chaque province. Il en résultera peut-être des pratiques différentes, mais il est absolument erroné de parler de vide juridique. »

Faut-il néanmoins absolument une loi ? Les groupes de femmes n'y tiennent pas : l'avortement est maintenant considéré comme un acte médical, détaché d'une démarche pénale, c'est suffisant.

« La loi a une valeur de pédagogie, affirme plutôt M. Grondin. Elle doit dire le droit et non constater l'état des moeurs, sinon c'est le désordre le plus complet dans notre société. »

« Le débat sur l'avortement est particulier, conclut Georges Legault, spécialiste de philosophie du droit, de l'Université de Sherbrooke. S'y affrontent des groupes féministes qui revendiquent une responsabilité de l'État, alors que nos politiciens veulent seulement que le droit reflète l'état des moeurs, et des groupes pro-vie qui ont une conception intégriste du droit.

« Ils exigent de l'État que le droit soit conforme à l'enseignement moral qui lui serait conforme à un enseignement religieux. C'est une conception antérieure à la démocratie, d'avant la Révolution française et hors des traditions britanniques. La Deuxième guerre mondiale et ses abus l'a réactivée, d'où le lien fait entre l'avortement et Hitler. Mais notre Charte des droits ne laissera plus place à une telle approche. »

LA PRESSE - 28-11-90 - P. A6

# L'Ontario veut multiplier les cliniques d'avortement

*Presse Canadienne*

*Toronto*

■ L'Ontario veut accroître le nombre des cliniques d'avortement dans la province pour riposter au projet de loi fédéral qui restreint l'accès aux interruptions de grossesse, annonçait hier la ministre ontarienne de la Santé.

« L'accès à l'avortement doit être sans obstacle », a déclaré Mme Evelyne Gigantes en révélant la dernière initiative de son gouvernement néo-démocrate dans sa lutte contre la loi C-43, mais sans aller jusqu'à dire que le nouveau gouvernement provincial n'appliquerait pas le projet de loi sur l'avortement si le Sénat l'adopte.

« Nous franchirons une étape à la fois », a-t-elle commenté.

L'augmentation du nombre de cliniques est le premier volet d'une quadruple initiative gouvernementale pour faciliter l'acces des Ontariennes à l'avortement.

Le trésor provincial défrayera désormais en totalité les coûts de fonctionnement des cliniques indépendantes d'avortement pourvu que celles-ci soient agréées. Ce financement dispensera les femmes de verser de 200 à 1000$ pour l'intervention, a souligné la ministre à l'Assemblée législative.

La province accélérera aussi l'émission des permis et s'efforcera de former davantage de médecins disposés à pratiquer des avortements.

Dans la même optique, le gouvernement élargira un programme fonctionnant déjà dans le nord de l'Ontario, où il défraye les dépenses de voyage des résidants devant consulter des spécialistes hors de leur communauté.

On compte actuellement trois cliniques d'avortement en Ontario, toutes à Toronto. Mme Gigantes n'a pas précisé quel nombre de cliniques elle souhaite voir s'ouvrir dans la province, ni le coût de ses mesures.

La ministre continuera par ailleurs à s'opposer au projet de loi fédéral sur l'avortement, qui rend l'avortement passible de deux ans de prison à moins qu'un médecin n'estime que la poursuite de la grossesse constitue une menace pour la santé mentale ou physique de la femme. Depuis son adoption, de justesse, à la Chambre des communes en mai dernier, des médecins de plusieurs villes ontariennes ont cessé de pratiquer des avortements, a signalé la ministre.

La prestation de la ministre Gigantes a laissé sur leur faim les tenants comme les adversaires de l'avortement.

Une porte-parole de la Coalition ontarienne pour les cliniques d'avortement a estimé que le NPD aurait dû annoncer clairement son refus d'appliquer le projet de loi controversé, ce qui aurait rassuré les médecins redoutant des poursuites.

Qu'importe le nombre de cliniques d'avortement si les médecins les fuyent par peur d'aller en prison ? a demandé Mme Cherie MacDonald, selon qui le gouvernement a manqué d'audace.

Les opposants à l'avortement, de leur côté, se sont irrités de l'annonce de répression faite par la ministre pour les manifestations devant les cliniques.

On brime la liberté d'expression, a soutenu la vice-présidente de la coalition pro-vie Campaign Life, Mme Margaret Purcell, qui a exprimé son dépit parce que les néo-démocrates se tiennent cois sur les droits du foetus.

La ministre Gigantes a déclaré que le gouvernement provincial considère l'avortement comme un service médical n'ayant rien à faire dans le code pénal. C'est le point de vue qu'il défendra devant le comité du Sénat qui étudie le projet de loi C-43.

Qu'est-ce que le Québec attend, maintenant que la loi C-43 est morte?

VOIR - 29 NOV. - 5 DÉC. 90 - VOL. 5, NO 2 - P. 5-6



ROBERT LAMARCHE

LA LIGUE DES DROITS DU FŒTUS

# AU-DELÀ DU RÉEL

**SI EMMANUEL MANOS en avait le pouvoir, le Québec retournerait à la ferme, les mères demeureraient à la maison et seuls les riches auraient le droit d'avoir des enfants. En arrière, toutes.**

SOCIÉTÉ

La *Ligue des droits du fœtus – citoyen du monde*, dernier-né des groupes pro-vie, n'y va pas de main morte. Non seulement l'organisme s'oppose-t-il à l'avortement, mais il propose également de restreindre le droit d'avoir des enfants à certaines catégories d'individus. Inquiétant, non? Ainsi, dans son manifeste de 175 pages intitulé *L'an 2100: droit de procréer refusé*, lancé au mois de septembre à l'hôtel Reine Elizabeth (!), la Ligue réclame que les gouvernements de tous les pays légifèrent au plus tôt afin de limiter le «droit de procréation», et ce, jusqu'à ce que soit adoptée et respectée, à l'échelle de la planète, la *Charte des droits du fœtus*.

«La troisième guerre mondiale – la guerre biochimique, de l'alcool, de la nicotine, de la caféine, des hallucinogènes, des poisons utilisés dans les aliments – dévaste la terre, peut-on lire dans le manifeste de la Ligue. L'organisme est empoisonné, le cerveau et la conscience humaine sont pollués, l'ennemi invisible a fait éclater la famille et a semé la panique ou la confusion dans la société. À la lueur de l'aurore du troisième millénaire, les nouvelles générations prennent conscience de cette tragédie. Elles décident de mettre fin à cette guerre pernicieuse et refusent aux "parents potentiels" – les jeunes – le droit de procréer jusqu'au moment où la paix et la Charte des droits du fœtus – citoyen du monde seront proclamées au niveau de toute l'Humanité.»

Selon Emmanuel Manos, fondateur, vice-président de l'organisme et auteur du manifeste, les Chartes des droits et libertés de la personne sont incomplètes à l'heure actuelle, puisqu'elles ne tiennent pas compte des droits des enfants à naître ou déjà nés. Il déplore que de nos jours, malgré les progrès de la technologie, trop d'enfants continuent de mourir de faim, de souffrir de la guerre ou de la maladie, ou d'être abandonnés par leurs parents, dans les pays riches comme dans les pays pauvres. Le sort que notre monde réserve aux enfants n'est pas très réjouissant, et là-dessus, on ne saurait lui donner tort. Ce Québécois d'origine grecque, qui prétend être historien, se définit d'ailleurs d'abord et avant tout comme un «humaniste».

Pour mettre fin à la misère des enfants, donc, mais aussi pour que le recours à l'avortement soit désormais limité aux seuls cas où la grossesse met en danger la vie de la mère, la Ligue des droits du fœtus suggère «que le droit de procréer soit refusé: aux couples non légalement constitués; aux couples dont un des parents potentiels est mineur ou si les deux n'ont pas atteint l'âge de 21 ans; aux personnes souffrant de maladies incurables ou chroniques affectant sérieusement leur santé ou celle du fœtus; aux personnes ou couples n'ayant pas reçu une éducation ou une formation susceptible de garantir le respect des droits du fœtus; à toutes les personnes ou couples alcooliques, narcomanes ou toxicomanes, sans distinction du degré et de la gravité de leur déviation (présente ou passée); et à toutes les personnes incapables d'assurer à leur(s) enfant(s) la possibilité d'être mis au monde et d'être élevé(s) dans un milieu familial et social harmonieux, équilibré et prospère.»

La Ligue des droits du fœtus a «officiellement» vu le jour il y un an. «L'idée est surtout venue de l'Amérique latine, où de nombreux parents mettent des enfants au monde et les abandonnent par la suite», signale M. Manos. L'organisme, qui vit de dons privés, compterait déjà quelque 5 000 membres, surtout au Québec, mais aussi au Venezuela et en Argentine. Des contacts ont récemment été faits en France où l'on s'apprêterait à tenter une percée. La Ligue ne s'inspire d'aucun courant religieux ou politique particulier, affirme M. Manos. «Nous voulons améliorer la qualité de l'être humain et créer une société d'élite, lance-t-il. Nous voulons arriver au sommet de l'humanisme et faire en sorte que tous les humains deviennent des êtres supérieurs, sages, prospères et pacifiques.»

### MÈRES, À LA MAISON !

M. Manos est catégorique: si une femme veut avoir des enfants, elle doit rester à la maison pour s'en occuper! «En effet, sa liberté, son autonomie et son droit à l'autodétermination sont limités par son rôle de mère et par son obligation de respecter les droits du fœtus (...), écrit-il. Vu l'incompatibilité des revendications de la femme avec ses devoirs en tant que mère, les enfants de demain invitent la femme d'aujourd'hui à réviser sa ligne de conduite, à choisir entre son devoir en tant que mère et sa liberté personnelle et inconditionnelle. Du fait que la femme choisit sa liberté, elle s'oblige à renoncer au droit de procréer.» La «libération de la femme» et la «dissolution de la famille» ont déjà causé suffisamment de dégâts, déplore M. Manos, notamment en privant de «l'affection parentale dans le foyer plus de 20 millions d'enfants, soit les enfants du divorce». Selon lui, la femme devrait également se sentir coupable de laisser ses enfants «chez la voisine ou à la garderie, pour se lancer en politique et pour revendiquer sa liberté et son émancipation».

La consommation d'anovulants «avant la fin de la croissance car, selon les courants sociaux, il est de mise de se permettre de dévier dans des habitudes sexuelles abusives dès l'âge de 15 ou 16 ans», provoquerait chez la femme «toujours des désordres dans les fonctions de reproduction, nuisibles à l'hérédité des prochaines générations», note encore M. Manos. «Il faut éduquer l'être humain pour qu'il s'élève au-dessus de l'animal!», poursuit-il. Tout en cherchant à améliorer «la maîtrise de ses pensées, de ses émotions et de ses instincts impulsifs», la femme devrait également, selon lui, éviter de consommer toute substance non naturelle. «La beauté, la qualité de l'épiderme, la silhouette, le bon fonctionnement du système de reproduction de la femme et son bonheur dépendent entièrement de son régime alimentaire, estime-t-il. Les aliments naturels (et les bonnes conditions de vie) entretiennent la santé, qui est indispensable pour la réalisation de tous ces rêves de la femme.»

▶ Mais les femmes ne sont pas le seul groupe social à avoir droit aux remontrances de la Ligue des droits du fœtus et de son leader, M. Manos. En fait, presque tous y passent et seraient, selon le cas, plus ou moins responsables de la situation déplorable dans laquelle la planète se trouve actuellement. À commencer par les politiciens et les juges, que M. Manos n'hésite pas à qualifier d'«incompétents». Mais aussi les médecins, tous ceux qui consomment – même exceptionnellement – des médicaments, de l'alcool, du café, du tabac, d'autres drogues ou même des «aliments chimiques ou industriels», sans oublier les chômeurs, les assistés sociaux et les immigrants «paresseux». Bref, nous sommes tous quelque part un peu «déviés», si l'on en croit l'«humaniste».

Même les jeunes et les enfants, qui semblaient pourtant, au départ, bénéficier d'un préjugé favorable de la part de l'organisme. «Dans la société "démocratique" d'aujourd'hui, tout est permis aux jeunes et aux enfants, écrit encore M. Manos. La tenue vestimentaire civilisée et discrète, voire même décente, est considérée comme une relique d'une société rébarbative (du 18e siècle). Les jeunes "libres de tabous" s'habillent en haillons ou en habits de carnaval grotesques, sans aucun respect des règles ou des principes de l'esthétique et sans respect de leur personnalité ou des personnes qu'ils fréquentent. Ils se coiffent comme des clowns ou des sauvages d'autrefois, et sont fiers de leur liberté et de leur beauté. Ces faux principes démocratiques s'appliquent même dans leurs relations les plus intimes et dans leurs comportements les plus discrets, jusqu'au langage, les bonnes manières, l'amour et la propreté. Les gens se tutoient, s'insultent sans raison, sacrent, vomissent sur les autres et se moquent de ceux qui sont polis et discrets.»

## LE RETOUR À LA TERRE

Plus besoin de se casser la tête: le Québec est indépendant depuis 1931, date de la proclamation du Statut de Westminster par l'Angleterre, avance M. Manos. Toutes les colonies anglaises, dont la Nouvelle-France conquise en 1763, sont alors officiellement devenues libres, explique l'historien. Il prévoit donc que le mémoire défendant cette thèse, qu'il présentera sous peu à la commission Bélanger-Campeau, aura «l'effet d'une bombe!». Déjà, «l'écho est resplendissant!», souligne-t-il, plusieurs ministres et leaders syndicaux lui ayant apparemment signifié leur intention de le rencontrer sous peu, après avoir pris connaissance de son mémoire. «Dans le contexte actuel, les députés (...) sont de ce fait en droit de proclamer la liberté et l'indépendance de la Nation, écrit-il. (...) Quant au peuple québécois, il applaudira les héros et se mettra au travail, prêt à continuer son histoire glorieuse.»

Si la Ligue des droits du fœtus caresse le projet d'un massif retour à la terre des Québécois, afin de transformer le Québec «en un immense jardin tropical» grâce aux progrès de la technologie, elle montre également, dans son mémoire, de quel bois elle se chauffe en matière d'immigration. «Le peuple québécois n'aime pas "changer sa couleur", sa langue, ses bonnes habitudes et ses bonnes manières», peut-on y lire. Puis, «le Québec ne veut pas devenir l'asile des gens déviés et abusifs ou le ghetto des indésirables du monde entier». Tout en précisant que le nombre de chômeurs et d'assistés sociaux s'élève déjà à plus de 700 000 chez nous, l'organisme souhaite qu'un «Québec libre» mette enfin un terme aux politiques favorisant «l'oisiveté, l'inertie et le parasitisme», qui minent notre société.

Et si George Orwell, l'auteur de *1984*, ne s'était trompé que de quelques années?●

Est-ce que nos gouvernements résisteront à la tentation de créer un supposé droit du foetus?

Dans ce contexte qu'adviendra-t-il de l'avortement?

Attention! Ce n'est pas de la fiction.

A2 • LA PRESSE — 19 AVRIL 1991

# Les lois sur l'avortement ont de tous temps été injustes pour les femmes

## — la juge Beverley McLachlin

Presse Canadienne

OTTAWA

Les lois relevant du Code criminel qui banissent l'avortement ont historiquement toujours été injustes pour les femmes, selon la juge Beverley McLachlin, qui est une des deux femmes à siéger à la Cour suprême. Aussi, la société devrait y penser à deux fois avant de le criminaliser à nouveau.

Lors d'un discours qu'elle a prononcé à Calgary, la juge McLachlin a qualifié la loi sur l'avortement — de même que celles contre la prostitution et les dispositions désuètes touchant l'infanticide — d'exemples d'efforts passés pour «appliquer la morale sexuelle en se servant du Code criminel».

La juge a répété qu'elle ne tenait pas à participer au débat politique qui entoure l'avortement, ni à prendre position sur la pertinence de réintégrer ou non l'avortement au Code criminel.

Invitée à faire la revue des lois canadiennes et britanniques touchant l'avortement ayant eu cours depuis 188 ans, la juge McLachlin a toutefois conclu qu'«il est clair que beaucoup de mesures qui, à un moment ou un autre, ont figuré aux codes criminels ne tenaient pas compte de la situation des femmes célibataires ou pauvres qui se retrouvaient face à la perspective d'une grossesse non désirée».

«L'inégalité qui se perpétuait ainsi n'était pas seulement juridique, mais aussi économique. Nous devons songer à cela lorsque nous nous interrogeons sur la pertinence de criminaliser ou non l'avortement.»

La juge McLachlin a refusé une demande, faite par l'intermédiaire d'un représentant de la Cour suprême, qui l'invitait à faire d'autres commentaires jeudi.

Le discours avait été prononcé la veille à Calgary devant des membres de la Société Elizabeth-Fry, qui oeuvre auprès des prisonnières et des femmes ayant des démêlés avec la justice. Le texte de la conférence a été diffusé à Ottawa.

Mme McLachlin, qui fut précédemment juge d'instance et juge à la Cour d'appel en Colombie-Britannique, n'avait pas encore été nommée à la Cour suprême en 1988 lorsque celle-ci a rendus caducs les articles de la loi fédérale limitant l'accès à l'avortement.

Une nouvelle loi a été adoptée de justesse aux Communes l'an dernier pour être ensuite défaite au Sénat en janvier. La ministre de la Justice, Kim Campbell, a déclaré par la suite que son gouvernement ne présenterait pas de nouveau projet de loi.

Au cours de ce discours prononcé sur un ton inhabituellement direct, la juge McLachlin a aussi signalé que les lois sur la prostitution et la sollicitation ne tenaient pas compte «des problèmes réels comme la pauvreté ou la toxicomanie, qui sont souvent à la base de ces activités».

Dans un vote divisé opposant les juges féminins et masculins, la Cour suprême a maintenu les dispositions du Code criminel interdisant la sollicitation par des prostitués.

Les quatre juges masculins considéraient en effet que la loi constituait une atteinte justifiable à la liberté des prostitués, tandis que les deux juges féminines — Claire L'Heureux-Dubé et Bertha Wilson, aujourd'hui retraitée — affirmaient que la loi aurait dû être renversée.

La juge McLachlin est considérée par les observateurs comme conservatrice sur le plan juridique. Depuis sa nomination à la Cour suprême en 1989, elle a adopté une approche prudente dans les causes touchant la Charte des droits et libertés.

### Des remous

Son discours a cependant rappelé la tempête soulevée l'an dernier par la juge libérale Wilson lorsqu'elle a dénoncé les inégalités qui touchent les femmes sur le plan légal.

Real Women (les «Vraies femmes»), une organisation conservatrice, avait alors accusé la juge Wilson d'avoir un «biais» féministe et réclamé la tenue d'une enquête du Conseil de la magistrature du Canada, enquête qui l'a exonérée de tout blâme.

«Par le passé et parfois même de nos jours, nos lois pénales n'accordent pas toujours l'égalité aux femmes», a déclaré la juge McLachlin.

Elle a toutefois mis en garde contre une attitude qui chercherait à minimiser la culpabilité de femmes en réparation des injustices du passé.

L'an dernier, la Cour Suprême a statué que des preuves médicales du syndrome de la femme battue pouvaient être utilisées pour obtenir un acquittement dans une cause de meurtre.

Mais chaque cas, prévient-elle, doit être étudié individuellement. «Le fait que l'accusée soit une femme battue ne doit pas à lui seul conduire à un acquittement.»

Elle s'est également montrée très sceptique devant l'opinion de certains experts qui avancent que les effets psychologiques du syndrome pré-menstruel peuvent excuser un acte criminel.

À son avis, de telles convictions risquent de faire prévaloir «les théories du déterminisme biologique» pour expliquer la criminalité féminine.

NIK

# Faire un bébé en laboratoire

# Entre l'espoir et la réalité

*Avoir un enfant n'est pas toujours la chose la plus naturelle du monde! Pour faire échec à l'infertilité, plusieurs couples se tournent vers les nouvelles technologies de reproduction qui ne semblent plus avoir de limites. Mais cet espoir, souvent déçu, n'est pas gratuit et sans douleur.*

**par Sylvie Pinsonneault, sexologue**

Pascale a une petite fille de quatre ans. Elle a mis six ans à faire un enfant. Six ans d'angoisse, de culpabilité, de douleur et de solitude. Six ans d'attente. Dix à quinze p. cent des couples québécois éprouvent des difficultés à concevoir un enfant. La médecine les dit «infertiles». La fille de Pascale a été conçue par insémination artificielle. Une des nombreuses techniques de reproduction offertes aux couples qui entreprennent une démarche de fertilité. Pascale a été inséminée avec le sperme de son conjoint. L'insémination de la femme est possible quand les trompes de Fallope sont intactes et permettent le passage de l'ovule et des spermatozoïdes. Dans le cas contraire, les cliniques de fertilité offrent aux couples la fécondation *in vitro* (FIV), les célèbres bébés-éprouvette!

Le premier bébé-éprouvette du Québec est né en août 1985. Le Centre hospitalier de l'Université Laval, pionnier en ce domaine, annonçait en février dernier la naissance du premier bébé québécois issu d'un embryon congelé. Les technologies de reproduction humaine ne semblent plus avoir de limites. Le désir d'avoir un enfant s'alimente à même l'espoir scientifique.

## Un désir tout naturel

L'attente peut être longue et douloureuse. À l'âge de 26 ans, Pascale et son conjoint décident de faire un enfant. Après un an d'essais infructueux, ils s'inquiètent et consultent. Un premier médecin effectue des analyses et des tests, mais ne découvre rien. «Vous voulez trop», affirme-t-il. De nouvelles démarches les conduisent chez une médecin qui recommence analyses et tests sans identifier de cause réelle à l'infertilité du couple. Le temps passe, Pascale a 29 ans, la médecin lui conseille de renoncer.

«Je tenais pour acquis qu'il était normal d'avoir des enfants, explique Pascale, d'en avoir quand je voudrais, comme je le voudrais. À chaque fin de cycle, la frustration grandissait. Je cherchais des raisons pour expliquer le délai, je n'acceptais pas ce qui m'arrivait.» Chaque menstruation ramène l'échec. Le désir persiste mais ne se réalise pas. La nature manque à son devoir. Chacun cherche le coupable. L'attente grandit.

Et puis, quand le couple croit avoir renoncé, l'espoir renaît. «J'ai rencontré une autre médecin, relate Pascale. Je lui ai raconté ma petite histoire triste. J'ayais confiance. Je cherchais quelqu'un qui allait m'aider. J'avais décidé de continuer.» Pascale et son conjoint vivront à nouveau la batterie de tests à la recherche d'une cause possible à leur infertilité. Sans résultat. Les médecins croient toujours qu'ils trouveront ce que d'autres avant eux n'ont pas su voir. Plusieurs refusent même de voir le dossier antérieur de leur «patiente».

Les tests comportent de nombreux examens gynécologiques, radiographies de l'utérus et des trompes (hystérosalpingographie) et biopsies de l'endomètre (paroi interne de l'utérus). Lors de l'hystérosalpingographie, un colorant est injecté dans les trompes afin de mieux les visualiser à la radiographie. Des crampes se produisent alors dans le bas-ventre. La biopsie déclenche aussi une douleur vive. L'insufflation tubaire consiste à souffler du gaz carbonique dans les trompes afin d'en vérifier la perméabilité. Elle entraîne aussi des douleurs. Chaque femme vit la douleur différemment, mais toutes affirment que l'intolérance grandit avec le nombre de tests et l'inattention du personnel médical.

«Mon mari et moi étions traités séparément, confirme Pascale. Tout était tellement

technique...» La femme et l'homme deviennent «objets» de recherche. Le défi médical consiste à identifier la cause du problème et à y remédier. «Si tu veux un enfant, tu dois m'écouter et faire ce que je te dis», a précisé la médecin à Pascale. «Elle était intransigeante, je ne pouvais pas laisser paraître mes émotions», poursuit Pascale.

Suite aux recommandations de leur médecin, Pascale et son conjoint ont accepté l'insémination. À chaque cycle, deux tentatives, les treizième et quinzième jours, jours féconds comme le confirme le graphique de la méthode sympto-thermique. À chaque fois, le conjoint de Pascale se dirige vers les toilettes, un petit pot à la main; le sperme frais doit être recueilli sur place, analysé et traité pour ensuite être déposé dans le vagin, l'utérus ou les trompes de la femme, selon la technique. «Je vivais dans l'attente, relate Pascale. Je ne faisais pas de voyages au cas où je serais enceinte. J'ai refusé un nouvel emploi au cas où... J'avais cessé de vivre.» Pascale est devenue enceinte au dixième cycle.

## L'espoir renaît toujours...

D'abord intéressés par les démarches du couple en clinique de fertilité et admiratifs devant les efforts déployés, parents et amis refusent bien vite d'entendre le récit de la douleur, de la déshumanisation des soins, de l'attente. Ils ne comprennent pas la persévérance du couple, craignent de blesser davantage. «Des copines enceintes hésitaient à m'annoncer leur grossesse et me cachaient leur joie», se souvient Pascale.

Plus les années passent, plus l'incompréhension grandit. Aux yeux des parents et amis, le couple devient l'unique responsable de ce qui lui arrive. «J'ai pensé déménager dans une autre ville, là où personne ne nous connaissait», admet Claudine, une animatrice de 29 ans. Les amis partis, la femme questionne sa relation, son amour pour son conjoint. «Tu en viens à croire que tu désires un enfant plus que tu l'aimes lui. Je voulais qu'il soit le père de mon enfant mais j'étais incapable de lui donner cet enfant. Je lui ai proposé de me quitter, je n'avais rien à lui offrir.»

L'histoire de Claudine ressemble à celle de bien des femmes. Après deux ans sans contraceptif et sans grossesse, elle consulte en clinique de fertilité. Diagnostic : trompes obstruées, séquelles d'une salpingite. Les médecins proposent une chirurgie ayant pour objectif d'ouvrir le passage des trompes. Résultat : une grossesse ectopique. Les spermatozoïdes ont pu rejoindre l'ovule, mais l'ovule fécondé n'a pu se rendre à l'utérus pour s'y implanter.

Six mois plus tard, de retour en clinique de fertilité, elle s'évanouit pendant un test. Gardée sous observation pour la nuit, le médecin reprend l'examen au matin; en s'évanouissant, elle avait bougé, impossible de lire la radiographie. En sortant de la clinique, elle jure que plus personne ne la touchera. Les résultats des nouveaux tests sont formels : elle ne pourra jamais avoir d'enfant sauf si... elle accepte la fécondation *in vitro*.

«J'étais partagée entre le désespoir et l'espoir, confie Claudine. On m'apprenait en même temps que je ne pourrais pas avoir d'enfant mais qu'on pouvait m'en fabriquer un en laboratoire.» Elle était désorientée, un sentiment sans doute partagé par bon nombre de femmes. Avec les nouvelles technologies de reproduction humaine, impossible de faire le deuil d'un enfant. Toute nouvelle proposition fait renaître l'espoir. Mais l'échec renouvelé augmente le désespoir.

Traitement hormonal, chirurgie, insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou celui d'un donneur. Fécondation *in vivo* ou *in vitro*, avec les spermatozoïdes du conjoint ou ceux d'un donneur et avec les ovules de la femme ou les ovules d'une donneuse. Mère porteuse ou adoption québécoise ou internationale. Difficile de dire : «J'arrête.» Culpabilité de ne pas avoir tout tenté. Désir d'enfant et désir de réussir à être enceinte se confondent. Colère, rancoeur et amertume côtoient le défi, la ténacité. Cauchemar pour la majorité, enfant pour une infime minorité.

## Le prix d'un enfant

Les promesses de la fécondation *in vitro* : 10 à 25 % de taux de succès. La réalité québécoise : 5 à 15 % de grossesses, moins de 5 % de naissances. À cause d'une première grossesse, à cause de l'espoir, Claudine et son conjoint ont préparé la

# *La formule scientifique n'est pas magique...*

*La fécondation* in vitro *(FIV) est une fécondation en laboratoire. Il s'agit de mettre en présence un ovule et des spermatozoïdes afin de favoriser la fécondation. L'oeuf fécondé est ensuite déposé dans l'utérus de la femme. Le principe est simple, mais le procédé est fort complexe et très exigeant pour la femme.*

*La première étape consiste à stimuler les ovaires de la femme à l'aide d'hormones. Le traitement hormonal débute au troisième ou cinquième jour du cycle menstruel et dure cinq jours. Il a pour but de stimuler les ovaires à produire de nombreux ovules (jusqu'à une vingtaine) au lieu de l'unique expulsé lors d'un cycle normal. Vers le treizième jour du cycle, le médecin administre une autre hormone afin de provoquer l'ovulation. Pendant les 10 jours qui précèdent cette ovulation, la femme se rend à la clinique pour une prise de sang quotidienne afin de vérifier l'évolution du taux hormonal. Elle passe aussi quelques échographies pour évaluer le nombre et le degré de maturité des ovules.*

*Les effets secondaires de cette dose massive d'hormones vont des nausées, maux de tête, bouffées de chaleur aux perturbations intellectuelles, comportementales et émotives, en passant par les risques de thrombophlébite et d'accidents vasculaires. S'il y a grossesse «naturelle» à cette étape, les risques de grossesses multiples et d'anomalies congénitales augmentent.*

*Le jour de l'ovulation, le médecin procède à la ponction des ovules par laparoscopie ou sous échographie. La laparoscopie s'effectue sous anesthésie générale. Le médecin introduit un tube optique dans l'abdomen de la femme et, par une deuxième incision, aspire les ovules à l'aide d'une aiguille. Lors de l'échographie, le médecin pratique une anesthésie locale et insère l'aiguille par le vagin ou par voie abdominale, tout en observant le trajet de l'aiguille à l'écran de l'appareil échographique.*

*Les ovules prélevés sont placés à 37 °C pour une période d'environ six heures. C'est alors le temps de recueillir le sperme du conjoint (ou du donneur) par masturbation, sur les lieux mêmes de la clinique. Il est ensuite traité et incubé de façon à rendre les spermatozoïdes capables de féconder les ovules.*

*Ovules et spermatozoïdes sont ensuite mis en présence dans une boîte de verre, appelée boîte de Pétri (et non une éprouvette). La fécondation se produit dans les quelques heures qui suivent et l'oeuf fécondé se divise en cellules. Tous les ovules ne sont pas fécondés et ceux qui le sont ne se développent pas tous normalement. Tous font l'objet d'une vérification au microscope.*

*Vient enfin le transfert de l'embryon. De deux à six embryons sont déposés au fond de l'utérus à l'aide d'un long tube mince inséré via le col de l'utérus. La femme reste couchée quelques heures. Les embryons non utilisés sont congelés dans l'azote liquide à -196 °C pour des tentatives ultérieures. Douze jours après le transfert d'embryons, la femme se présente à la clinique pour un test de grossesse. Dix à vingt-cinq p. cent des femmes seront enceintes, moins de 5 % donneront naissance à un enfant vivant.*

*La fécondation peut aussi se faire* in vivo *(GIFT), c'est-à-dire dans le corps de la femme. Dans ce cas, le médecin dépose les ovules et les spermatozoïdes dans les trompes où pourra se faire la fécondation. La stimulation hormonale, la ponction des ovules et le prélèvement du sperme s'effectuent de la même façon.*

chambre de l'enfant, ont fait des achats et choisi un nom. «Je croyais fermement que pour moi ça marcherait, déclare Claudine. Je serais parmi celles qui ont un enfant.» Mais...

«Quand nous nous sommes attablés pour signer le consentement, raconte Claudine, on nous a informé de la possibilité de jumeaux et de triplets. Déboussolés, nous avons demandé à réfléchir. Le moment venu, j'ai annulé le rendez-vous, nous avions besoin de temps. Le médecin a tenté de me convaincre en me disant que la prochaine fois ce serait plus cher. Le médecin tentait de conclure un marché. Notre enfant devenait une marchandise.»

Au Québec, le coût d'une fécondation *in vitro* (FIV) varie entre 2 500 et 4 000 $ par tentative. À cela, certaines cliniques ajoutent près de 1 000 $ en frais de médicaments. Les cliniques proposent jusqu'à trois tentatives, parfois plus. Quatre cliniques de fertilité en centre hospitalier et une seule clinique privée au Québec expérimentent la FIV. Les couples qui n'habitent pas à Montréal ou à Québec doivent donc se déplacer et séjourner dans l'une de ces villes à de multiples reprises et pour de longues périodes. La plupart des femmes se retrouvent dans l'obligation de quitter leur emploi. En 1987, la recherche sur la FIV a englouti 3,5 millions de dollars, alors que 400 000 $ seulement étaient accordés à la recherche pour la prévention de l'infertilité (MTS, conditions de travail, conditions de vie...). De 1979 à 1987, 17 enfants naissaient d'une FIV; budget : 6 millions de dollars, sans compter l'argent investi par les couples dans la démarche de fertilité. Combien d'enfants naîtraient si pareille somme était investie dans la prévention de l'infertilité?

«Je suis très chanceuse d'avoir eu ma fille, déclare Pascale. C'est une douceur dans la vie. Quand elle sera adolescente, je voudrai savoir si elle est fertile. Je n'ai jamais pu déterminer la cause de notre infertilité. Peut-être est-ce génétique ou héréditaire? Plus tôt elle le saura, plus tôt elle pourra planifier. Quant à moi, j'ai choisi de ne pas avoir un deuxième enfant. Il faut fixer un échéancier à la douleur. Attendre fait trop mal.»

Choisir de s'engager dans une démarche de fertilité ne peut se faire qu'en connaissant les avantages, inconvénients et conséquences possibles d'une telle démarche. Les cliniques de fertilité sont avares d'informations et ne renseignent les femmes qu'au fur et à mesure des démarches, quand elles le font.

Le diagnostic d'infertilité est certes difficile à accepter quand, dans une société, il va de soi que les couples fondent une famille. Les nouvelles technologies de reproduction humaine soulèvent un débat à la fois social, scientifique, juridique et éthique. Toutes ces grandes questions ont été récemment abordées lors d'une Commission royale sur ces nouvelles technologies. On y a parlé de la déshumanisation de la maternité et de la naissance, de la déshumanisation de la reproduction humaine par la commercialisation des spermatozoïdes, des ovules et des embryons. Le débat reste entier : accepterons-nous une reproduction absente de sexualité, accepterons-nous que les nouvelles mères soient de verre? ♦

# Mère porteuse : tout un contrat!

*Si «porteuse» veut dire «porter un enfant» dans son ventre, alors toutes les mères en ont le titre. Mais quand la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction parle de «mère porteuse», elle désigne la femme qui s'engage par contrat à donner son enfant à la naissance au couple qui lui en a fait la demande.*

*Au Québec, les avocats servent d'intermédiaires entre le couple demandeur et la mère porteuse. Le couple établit ses critères de sélection et l'avocat recherche et sélectionne la candidate. En général, les couples cherchent une femme jolie en bonne santé physique et mentale ayant des habitudes de vie saines. La rencontre s'effectue en présence de l'avocat qui propose alors un contrat aux deux parties. Le contrat stipule, entre autres choses, la somme à verser à la mère porteuse, les conditions de la grossesse et le consentement mutuel.*

*La mère porteuse accepte de consulter un médecin pendant toute la durée de la grossesse et de subir une échographie et une amniocentèse à la demande du couple. Si une anomalie génétique ou une malformation du foetus est ainsi décelée, elle s'engage à accepter la décision du couple, ce qui peut vouloir dire l'avortement. Elle consent aussi à ne consommer ni alcool ni tabac ni drogue et promet de bien s'alimenter. Dans le cas contraire, le couple pourrait exiger des examens médicaux supplémentaires ou refuser l'enfant à la naissance. Le tout pour une rémunération d'environ 10 000 $, versée à la naissance de l'enfant, pour 24 heures de travail par jour pendant neuf mois, soit 1,54 $ l'heure. C'est bien peu compte tenu des obligations, contraintes et risques pour sa santé.*

*En retour, le couple demandeur s'engage à accueillir l'enfant à sa naissance et à verser la somme exigée par la mère porteuse. Il assume également la totalité des frais versés à l'avocat, soit entre 1 000 et 5 000 $, plus les vêtements de maternité de la mère porteuse, les frais médicaux, de taxis, d'ambulance... Au total, près de 20 000 $.*

*L'entente conclue, la mère porteuse est inséminée avec le sperme de l'homme dans le bureau privé d'un médecin spécialisé. Pendant la grossesse, le trio se rencontre à quelques reprises dans le bureau de l'avocat, selon le rythme établi par le contrat. À la naissance, l'homme, considéré comme le père naturel de l'enfant, en obtient la garde légale alors que la mère naturelle (mère porteuse) renonce à ce droit et consent à l'adoption de l'enfant par la conjointe du père. La majorité des mémoires présentés l'automne dernier à la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction s'opposent aux contrats de grossesse puisqu'ils impliquent une commercialisation de la grossesse et l'exploitation économique et humaine de la mère porteuse.*

**Voici les coordonnées des cliniques de fertilité offrant un service de fécondation *in vitro* à Montréal et à Québec.**

**À MONTRÉAL :**

**Hôpital général de Montréal Division d'endocrinologie de la reproduction**
**Tél. : (514) 937-6011, poste 4288;**

**Hôpital Reine Élizabeth**
**Tél. : (514) 488-2311;**

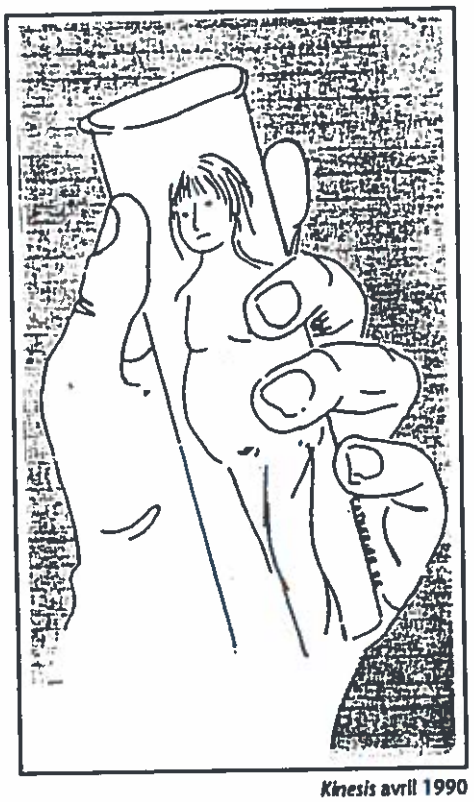
**Hôpital Saint-Luc**
**Tél. : (514) 281-2141;**

**Clinique privée : Institut de Médecine de la Reproduction de Montréal inc.**
**Tél. : (514) 345-8535;**

**À QUÉBEC :**

**Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)**
**Tél. : (418) 654-2738.**

# LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION : MENACE OU AVANTAGE ?



*Kinesis* avril 1990

D'YVONNE PETERS

L'avènement des nouvelles technologies de la reproduction a poussé les gens handicapés à faire des témoignages personnels éloquents sur la valeur et la richesse de nos vies. Le mode de pensée eugénique qui imprègne les NTR nous a obligés à prendre fermement position face à l'idée voulant que la vie avec un handicap « ne vaille pas la peine d'être vécue » et qu'il vaut mieux éviter en pareil cas la naissance.

On nous dit que la technologie de la reproduction aura pour effet d'élargir l'éventail de choix en matière de reproduction et d'assurer de meilleurs soins aux femmes enceintes. Or, si on y regarde de plus près, il est évident que la rhétorique du choix sert à camoufler une idéologie eugénique qui a le potentiel de limiter le choix des femmes en matière de reproduction et de perpétuer la discrimination à l'égard des personnes handicapées.

L'eugénique est la science de l'« amélioration » de la race humaine, que ce soit au moyen de la reproduction sélective ou de la manipulation génétique. Les progrès réalisés dans le domaine des technologies de la reproduction ont permis, grâce à toute une gamme de tests de dépistage et de diagnotics, de détecter de plus en plus tôt les handicaps du foetus. On peut se demander toutefois en quoi ces tests sont nécessaires.

On présume que ces tests servent à renseigner les femmes enceintes sur l'état du foetus qu'elles portent et, finalement, à leur donner le choix de poursuivre ou non leur grossesse. Nul doute que la liberté de reproduction est le facteur clé de l'égalité des femmes. Cependant, les renseignements fournis sont souvent teintés de phobies et de préjugés à propos des handicaps. Jusqu'à quel point les femmes ont-elles alors véritablement la liberté de choisir?

Voilà pourquoi les nouvelles technologies de la reproduction, comme les procédures relatives à l'établissement de diagnostics en période de grossesse, ne peuvent être évaluées hors contexte. Elles doivent être évaluées à la lumière des principes d'égalité et les attitudes et les présuppositions dont elles sont imprégnées doivent être identifiées.

De même que les femmes ont été assujetties au patriarcat, de même les droits des personnes handicapées ont été mis à l'écart par une société condescendante et criblée de préjugés.

La pauvreté et la discrimination qui sont le lot des personnes handicapées ne découlent pas de leur seul handicap. Elles proviennent plutôt de la conjonction d'attitudes et de barrières systémiques réduisant à une sous-catégorie les gens handicapés. L'inégalité de ces derniers est donc foncièrement sociale, un produit de notre culture, et non déterminée biologiquement. En somme, ce n'est pas le handicap d'une personne qui crée sa situation, mais bien la façon dont la société traite cette personne en raison de son handicap.

La profession médicale a largement contribué à perpétuer le mythe de la « destinée biologique ». La médecine a défini les personnes handicapées comme étant des « patientes », des « clientes » et des « bénéficiaires de soins charitables ». Des mots comme « défectuosité », « anormalité », « malformation congénitale » ont été appliqués aux foetus présentant un handicap. Point n'est besoin d'expliquer le sens du message donné.

Le fait que les médecins contrôlent et administrent la multitude toujours croissante de tests de dépistage du foetus

*suite à la page suivante*

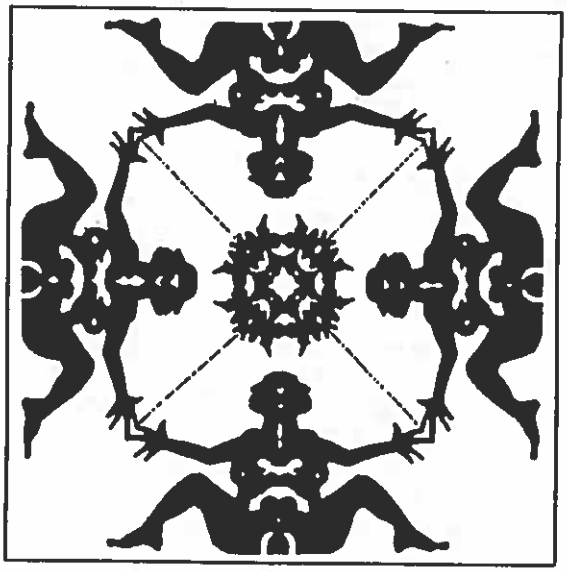
*suite de la page 5*

constitue une source profonde d'inquiétude pour les personnes handicapées. Les NTR, fondées sur une idéologie eugénique, renforcent ce sentiment d'inquiétude. L'eugénique vise la prévention et l'élimination des handicaps. Le droit à l'égalité vise pour sa part la juste participation et jouissance sociale des personnes handicapées. Deux idéologies qui de toute évidence s'affrontent.

Sous le règne nazi, l'État n'hésitait pas à recourir à la force pour réaliser sa vision d'une société exempte de « défectuosités ». Avec l'émergence des nouvelles technologies de la reproduction à la fin du XX[e] siècle, les femmes enceintes sont encouragées à se débarrasser volontairement des foetus « défectueux ». C'est donc dire que la pensée eugénique est encore bien vivante et qu'elle est activement préconisée et mise en valeur sous le couvert des nouvelles technologies de la reproduction.

Les méthodes et le vocabulaire ont changé, mais la vision demeure intacte : une société exempte d'« anormalités ». La discrimination à l'égard des personnes handicapées est si répandue, et les sanctions associées au fait d'élever des enfants handicapés si graves, que refuser l'avortement d'un foetus imparfait est un choix que peu de femmes jugent réellement possible. La profession médicale donne à entendre que les tests en période de grossesse existent, qu'éliminer les handicaps est une chose souhaitable et que si un handicap est décelé, le processus systématique de l'avortement est la démarche appropriée à suivre. Aux yeux de la société, pour qui les femmes ont accédé à l'égalité et à un haut degré d'autonomie, une femme qui donne naissance à un enfant handicapé, alors qu'elle aurait pu subir les tests nécessaires et se faire avorter en conséquence, est la seule et l'unique responsable de la satisfaction des besoins de cet enfant.

Du point de vue des droits des personnes handicapées, forcer une femme à se faire avorter sous prétexte que l'enfant naîtra avec un handicap équivaut à perpétuer et à consolider des attitudes discriminatoires déjà trop bien connues. La pratique systématique de l'avortement comme prétendue solution au mal détourne l'attention du public du problème de la discrimination et des obstacles juridiques et sociaux auxquels sont confrontées les personnes handicapées, les privant des ressources qui pourraient leur être affectées. Ainsi se trouve renforcé le mythe selon lequel le fait d'être handicapé est une question d'ordre biologique plutôt qu'une question d'ordre social, juridique et politique.



*Kinesis* juillet/août 1990

Il importe de bien voir qu'on ne préconise pas ici une théorie des droits du foetus. Ni que l'on conteste le droit des femmes à l'avortement. C'est l'information médicale discriminatoire donnée aux femmes, conjuguée avec la pression qui est faite sur elles de se faire avorter, qui est en cause. De même que beaucoup de gens s'indignent à l'idée de se faire avorter sous prétexte de vouloir à tout prix le « bon » sexe, de même devons-nous dénoncer le recours systématique à l'avortement uniquement parce que les foetus présentent un handicap.

Le mot « dangereux » n'est pas trop fort pour décrire l'effet éventuel des nouvelles technologies de la reproduction sur la liberté de choix des femmes et sur les droits à l'égalité des personnes handicapées. Il est inquiétant de noter que la question des droits à l'égalité est absente du mandat assigné à la Commission royale sur la technologie de la reproduction par le gouvernement (du premier ministre Brian) Mulroney. Les gains obtenus par les personnes handicapées sont fragiles et précaires. Les nouvelles technologies de la reproduction favorisant les pratiques eugéniques risquent de faire sombrer davantage dans l'oubli les droits des personnes handicapées.

Bien que le mouvement pour les droits des personnes handicapées ait accordé une certaine attention aux nouvelles technologies de la reproduction, il reste beaucoup à faire. Nous devons nous informer sur la question et prendre une part active et prépondérante au débat sur le bien-fondé de ces technologies. Nous devons surveiller les activités de la Commission royale et être prêtes à critiquer ses recommandations sur le rôle de la technologie de la reproduction au Canada. Par-dessus tout, nous devons éviter que l'emprise de la technologie fasse écueil à la conquête durement acquise de nos droits à l'égalité.

*Yvonne Peters est la coordonnatrice nationale et la conseillère juridique du Conseil canadien des droits des personnes handicapées.*

# Opinions

## Pour une écologie de la reproduction

JACQUES DUFRESNE
*collaboration spéciale*

Mercredi soir dernier, le téléjournal nous apprenait que la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction avait commencé à tenir ses audiences publiques.

Les premières images qu'on nous a montrées indiquent clairement ce qu'il faudra éviter à l'avenir. Une mère est venue nous dire sur un ton ému que grâce aux nouvelles techniques elle avait pu envisager avoir un second enfant. Elle a malheureusement omis de préciser que pour ce qui est de la fécondation in vitro (FIV) et de la recherche qui s'y rattache, les femmes sont aussi les cobayes les moins chers sur le marché.

On nous a rappelé ensuite qu'au Canada un couple sur six est infertile, sans préciser qu'il y a une différence entre l'infertilité, que le temps suffit souvent à éliminer, et la stérilité, qui est un phénomène irréversible ne touchant qu'entre 3 et 5 p.cent des couples.

Quand la TV et la Science s'accouplent ainsi pour engendrer un message, la naissance d'un mensonge efficace est garantie. C'est ainsi que la manipulation de l'opinion prépare la manipulation génétique.

### Les femmes cobayes

Avec 6,4 p.cent seulement de réussite, si l'on prend comme base de calcul le nombre de tentatives, la FIV doit être considérée comme étant encore au stade expérimental et les femmes qui s'y prêtent comme des cobayes volontaires. Surtout quand on sait qu'un rapport australien souligne que 9 p.cent des couples soignés ont conçu après avoir arrêté tout le processus.[1]

Cobayes volontaires, les femmes traitées? Il ne s'agit pas là d'une métaphore. «Quand la recherche est faite sur une femme, écrit le biologiste français Jacques Testart, le financement est éponge dans la masse des actes de soins réalisés en clinique humaine, tandis qu'il incombe entièrement au budget spécifique de recherche quand il s'agit d'animaux. C'est dire que, en ne considérant que les contraintes économiques liées à la dotation de recherche, l'espèce humaine est un modèle infiniment moins cher que la souris.»

Mais les femmes sont libres! J'ai relu attentivement les actes du colloque *La maternité au laboratoire* organisé par le Conseil du statut de la femme en octobre 1987. J'en conclus que les femmes en traitement de fertilité ne sont pas libres. Certes aucune contrainte physique n'est exercée contre elles, mais une femme est-elle libre intérieurement quand, après échographie, on lui recommande l'avortement préventif, ou quand, pour lui permettre de sauver son ménage et de réaliser son propre désir d'enfant, on lui propose une FIV? Voilà un domaine où ce qui est possible devient nécessaire. Dans un tel cas, on n'est libre intérieurement et intellectuellement que dans la mesure où l'on n'est pas immédiatement concerné.

### Faux et vrai consensus

Les *technodocs* (nom que donnent les féministes américaines aux spécialistes de la reproduction) ont une justification excellente à première vue: il y a de la demande pour leur offre. C'est toutefois une fraude intellectuelle que de confondre l'addition de ces demandes individuelles avec un consensus social réel, fruit d'un débat libre et éclairé.

La même personne peut très bien refuser un monde où la procréation sera de plus en plus artificielle, médicalisée et eugéniste et, en même temps, choisir l'avortement préventif parce que c'est son enfant qui est en cause et parce que maintenant qu'elle sait, qu'elle a vu...

Il y a très souvent une contradiction entre ce que les gens choisissent quand ils sont directement en cause et ce qu'ils souhaitent, quand la tête froide et reposée, ils envisagent les choses dans une perspective plus générale.

La première responsabilité d'une Commission d'enquête est d'éliminer cette contradiction en présentant aux citoyens toutes les implications et toutes les conséquences des NTR. La demande de thérapies miraculeuses, on sait qu'elle existe. Qui accepterait de mettre au monde un enfant trisomique en sachant qu'un dépistage génétique simple pourrait éloigner un tel malheur? C'est le débat public qu'il faut lancer et organiser.

J'ai tiré l'alarme il y a déjà cinq ans, dans ce journal. Les *technodocs* m'ont reproché de semer la terreur en allant trop vite aux conclusions apocalyptiques. Je constate aujourd'hui que je manquais d'audace, que je sous-estimais la vitesse et le caractère irréversible du processus en cours. Au début, et ce début c'était en 1978, la FIV devait être limitée aux cas de stérilité par absence de trompes ou trompes bouchées. On craignait, mais sans oser envisager froidement cette éventualité, qu'elle ne serve par exemple à satisfaire des caprices comme le choix du sexe de l'embryon. Or le choix du sexe — par élimination de l'embryon du sexe non désiré — est possible depuis 1985. On en sera bientôt à la détermination du sexe par manipulation génétique. Bien entendu, on a très vite élargi les conditions d'accès à la FIV.

### FIV et thérapie génique: la grande jonction

Au début encore, la FIV et la recherche sur les embryons d'une part, la génétique et thérapie génique d'autre part progressaient sur des voies convergentes mais distinctes. La jonction s'est faite beaucoup plus vite qu'on ne le prévoyait. Or cette jonction rend possible aussi bien le dépistage de maladies génétiques chez l'embryon que la thérapie génique sur le même embryon; une nouvelle technique appelée PCR (*Polymerase chain reaction*) a mis le repérage des gènes délectueux à la portée du premier venu, ce qui a rendu possible le dépistage d'une anomalie génétique sur l'embryon. Cette promesse paraissant impossible il y a seulement quatre ans. En juillet dernier, Eugene Pattyamont, un expert en reproduction de la Northwestern University Medical School, déclarait, triomphant: «La technique PCR nous donne la possibilité de recourir à la FIV non seulement comme traitement de l'infertilité, mais aussi comme traitement des maladies génétiques»[2].

### Des amours de huards

C'est la porte ouverte à la généralisation de la FIV. Les couples chez qui on a repéré des gènes anormaux n'auront bientôt plus le choix. Pour que l'enfant ait telle maladie génétique, il faut parfois que le père et la mère lui transmettent le gène en cause. Jusqu'à ce jour, dans le cas où l'on pouvait déceler l'anomalie avant la naissance, il n'y avait qu'un remède: l'avortement. Tandis qu'avec la FIV, quand on a repéré les deux gènes anormaux dans l'embryon, il suffit d'omettre de faire l'implantation... et de recommencer l'expérience. Le mot pour cette chose existait depuis longtemps: test de préimplantation.

Il faut savoir d'autre part que les Américains se sont engagés l'an dernier dans un projet de 3 milliards$, le *Human Genome Project*, dont le but est de dresser la carte du génome, ce qui suppose le repérage des gènes responsables des quelque 3000 maladies génétiques connues et conséquemment la mise au point d'un grand nombre de tests.

À l'horizon, plus d'enfants trisomiques ou atteints d'anémie falciforme! Le prix à payer: une reproduction de plus en plus dissociée de la vie affective et sexuelle, avec l'impact que l'on peut imaginer sur les écosystèmes humains. Ou plutôt: avec l'impact qu'il faudrait imaginer, car sur ce plan la recherche est moins avancée que pour ce qui est des atteintes à la nature extérieure. On interdit la construction d'un chalet à moins de cinq cents pieds d'un nid de huards. Ces oiseaux ont des rites de reproduction subtils et fragiles. Et on pourrait détruire impunément les rites de la reproduction humaine? Sérions-nous donc les seuls animaux à être complètement machinés?

D'un côté un certain mystère, de l'autre la parfaite transparence, la sécurité au prix d'un contrôle médical absolu; avec le risque cependant que l'ensemble de l'entreprise échoue. Après tout ce ne serait pas la première fois qu'une entreprise totalitaire échoue.

1 VANDELAC, Louise, in *La Recherche*, no 213, septembre 1989.
2 *Discover*, juillet 1990.

# Les recommandations de la Commission d'enquête sur les NTR risquent de tomber à plat

*Presse Canadienne*

*QUÉBEC*

Parce que la santé est un domaine de compétence provinciale, les recommandations de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction (NTR) risquent de rester lettre morte, estime Edith Deleury, vice-doyenne de la faculté de droit de l'université Laval.

Comparaissant devant la commission, hier après-midi, Mme Deleury a clairement exposé ses critiques: le public a été trop peu informé sur les NTR, de sorte que seuls les «experts» viennent témoigner; à un an de la fin de son mandat, aucune recherche sérieuse n'a été commandée pour étayer les recommandations de la commission.

«Bon nombre de questions soulevées par la commission sont du champ provincial. S'il n'y a pas entente avec les provinces, les recommandations vont rester lettre morte», prévient Mme Deleury.

En entrevue, la présidente de la commission, Patricia Baird, affirme que la collaboration est très bonne avec les provinces, y compris le Québec. Mais un fonctionnaire du ministère de la Santé et des Services sociaux voit les choses autrement: «La consigne du gouvernement est claire, depuis le rejet de l'accord du lac Meech: nous ne leur donnons que l'information déjà publiée, pas plus; nous ne leur fournirons pas les dernières compilations de la Régie de l'assurance-maladie.»

«Qu'est-ce que ça donne les échographies? Comment se sentent les femmes qui sont passées par la fertilisation in vitro? Le désir d'avoir un enfant est-il naturel ou commandé par les normes sociales? Il faut chercher l'information auprès des femmes», a réclamé Maria De Koninck.

Quatre commissaires, dont Maureen McTeer, sont mécontents du fonctionnement interne de la commission. Sans consultation, le gouvernement fédéral a enlevé aux commissaires, un an après sa création, tout pouvoir de gestion pour le confier uniqement à la présidente. «Tout ce qui nous reste c'est d'écrire un rapport, et encore avec peu de matériel de recherche», proteste Louise Vandelac, qui trouve les méthodes du gouvernement peu démocratiques.

Mme Patricia Baird refuse de se laisser démonter par les critiques. «Ce n'est pas moi, c'est le gouvernement qui a décidé de confier tous les pouvoirs à la présidente... et c'est ainsi que fonctionnent toutes les commissions d'enquête», dit-elle.

LA PRESSE - 27-9-90 - P. B1

72 — LA PRESSE - 28-9-90 - P. C15

# Des experts préconisent le recours aux mères porteuses

PIERRE GINGRAS

■ Un document rédigé par un comité d'éthique représentant 1 300 médecins spécialistes et experts canadiens concernés par les nouvelles techniques de reproduction, soutient que les couples infertiles devraient avoir la possibilité de recourir à des mères porteuses et que les personnes seules, ou encore les couples homosexuels, devraient aussi pourvoir faire appel à des cliniques de fertilité afin d'avoir des enfants.

Le rapport mentionne aussi que, dans certaines circonstances, les parents devraient aussi être en mesure de choisir le sexe de leur enfant.

Autre recommandation percutante : les experts font valoir que les médecins devraient être en mesure faire des recherches sur les ovules humains fécondés, au stade pré-embryonnaire (pas plus de 15 jours après la fécondation) afin de détecter des tares héréditaires graves ou même, dans certains cas, de les corriger. À l'heure actuelle, au Canada, il y moratoire sur les manipulations génétiques chez les humains.

## Des experts de toutes disciplines

Intitulé *Considérations éthiques sur les nouvelles techniques de reproduction*, le document est le fruit de trois ans de réflexion d'un comité représentant les membres de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, ainsi que de la Société canadienne de la fertilité et d'andrologie, un regroupement d'experts où on retrouve notamment des philosophes, des avocats, des spécialistes en sciences sociales.

Le comité d'éthique fait valoir, par ailleurs, parmi ses 28 recommandations, que les donneurs de sperme, les donneuses d'ovules, ainsi que celles qui seront porteuses des embryons résultants d'une intervention réalisée dans une clinique de fertilité devraient être suivis durant plusieurs années afin de détecter tout problème génétique pouvant éventuellement apparaitre.

Serge Belisle, directeur du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de Montréal et un des rédacteurs du rapport, explique que ce suivi est essentiel. Par exemple, la chorée de Huntington, communément appelée « danse de Saint-Guy », est une maladie qui se manifeste seulement après trente ans. Il faudrait être en mesure de contrôler en tout temps la provenance de ce sperme ou de ces ovules, notamment pour enrayer dès que possible la manifestation d'une tare génétique semblable.

« Nous ne voyons pas pourquoi une femme porteuse d'un gène dangereux pour son enfant ou encore celle qui est dans l'impossibilité de concevoir ne pourrait avoir recours à une mère de substitution dans des conditions particulières, sur indications médicales et dans une encadrement très stricte ». Cette solution pourrait être valable, par exemple, pour les femmes porteuses du trait génétique PKU, une maladie congénitale mortelle, fréquente dans l'Estrie, au Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans Charlevoix.

Le médecin estime que les femmes porteuses d'un gène débilitant transmissible à des enfants d'un seul sexe pourraient être justifié de choisir le sexe de son enfant. Détectable, le gène responsable de la dystrophie musculaire de Duchesne est transmissible aux garçons seulement. Dans ce cas, une femme pourrait réclamer avant fécondation l'élimination du chromosome déterminant le sexe masculin du sperme de son conjoint.

## La manipulation du noyeau cellulaire

Le Dr Belisle convient par ailleurs que le sujet des manipulation génétique est fort délicat. Il insiste pour dire qie. même si le rapport a été rédigé par des experts de plusieurs disciplines non médicales, ce sont seulement des critères scientifiques qui ont prévalu dans l'élaboration des recommandations. « Le comité croit que la recherche sur des ovules fécondé peut être valable, pas plus de quinze jours après la fécondation, avant la différenciation cellulaire, dans la mesure où il y a un bénéfice possible pour la santé. »

Il signale, en guise d'exemple, que la science ne dispose pas de modèle animal pour étudier la dystrophie musculaire. « Il serait possible, par une manipulation du noyeau cellulaire, d'injecter les acides aminés manquant à ce stade et ainsi corriger la situation chez l'enfant à naitre ». Ces travaux doivent se faire sous un encadrement très stricte car il y a risque d'abus, reconnait-il.

Hier, lors du dépot du rapport, les experts ont souligné que les travaux sur de nouvelles techniques de reproduction avaient fait des progrès considérables ces dernières années et qu'on s'attendait à des résultats aussi spectaculaire dans le futur, notamment en matière de choix de sexe. Les membres du comité d'éthique espèrent que leur rapport servira de balise pour les travaux de recherches dans ce domaine et qu'il sera utile à la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction qui terminaient hier à Québec ses premières audiences publiques chez nous.

# La location d'utérus est légale en France

*Agence France-Presse*

*PARIS*

■ La Cour d'appel de Paris a admis que la pratique de la maternité de substitution, plus communément appelée «location d'utérus», n'était contraire ni à l'ordre public ni aux bonnes mœurs, a-t-on appris hier de source judiciaire.

Cette décision remonte au 15 juin, lorsque la Cour a reconnu par deux arrêts que Marie et Elise, nées en 1987 et 1988 d'une mère de substitution, pouvaient être abandonnées par cette mère biologique afin d'être adoptées par l'épouse de leur père.

La Cour a déclaré que cette pratique permettant à un couple atteint de stérilité d'obtenir la naissance d'un enfant était légale dès lors que «la renonciation de la mère naturelle aux droits que la loi lui reconnaît à l'égard de l'enfant résulte d'un acte d'abandon volontaire et définitif».

Les magistrats déclarent que si cette adoption crée une filiation artificielle, il en va de même dans un certain nombre de cas prévus par la loi, comme «l'abandon à la naissance suivie d'une adoption» ou «la reconnaissance purement formelle destinée à donner à l'enfant un statut légal favorable, indépendamment de sa véritable filiation».

## Aucun danger social

La Cour ajoute que si la convention entre un couple et une mère de substitution, qui porte sur le corps humain, c'est-à-dire sur une chose qui n'est pas dans le commerce, est passée hors de tout mercantilisme, il n'y a aucun danger social.

La Cour est entrée en contradiction avec un arrêt qu'elle avait elle-même rendu le 11 octobre 1988, prononçant la dissolution d'une association dont l'objet était de favoriser cette pratique.

Ce jour là, elle avait jugé que le contrat d'une mère porteuse, même désintéressé, était illicite. Il portait, disait-elle, sur un enfant à naître, «chose hors commerce» selon le code civil. Et il organisait une filiation contraire à la filiation réelle, ce qu'interdit le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes.

C'est avec ces mêmes arguments juridiques que la 1ère chambre civile de la Cour de cassation avait déclaré illicite les activités de l'associaton Alma-Mater, le 13 décembre 1989.

La décision de la Cour d'appel est définitive, les délais de pourvoi en cassation contre les arrêts du 15 juin étant expirés. Il reste la possibilité de faire un pourvoi «dans l'intérêt de la loi», mais en tout état de cause, la situation des deux enfants Marie et Elise ne peut plus être modifiée.

Selon un magistrat parisien, Christian Byk, la décision est importante puisqu'elle provient de la première des 32 cours d'appel françaises, «mais ne devrait pas faire tâche d'huile, car il n'y a pas de contagion dans le système judiciaire français, notamment dans le domaine du Droit de la Famille».

LA PRESSE

6 OCTOBRE 1990 - P. G10

# Le casse-tête des bébés-éprouvettes

## Le tabou de l'infertilité au coeur des travaux de la commission d'enquête

Josée Boileau

« L'INFERTILITÉ C'EST un échec, un phénomène social que l'on cache, » Me Bartha Maria Knoppers, spécialiste réputée des questions légales et éthiques que pose la procréation assistée, dresse simplement le constat. En tant que commissaire de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction ( les NTR ), créée par le gouvernement fédéral et dont les audiences publiques auront lieu aujourd'hui et demain à Montréal, elle a eu l'occasion de rencontrer des dizaines de groupes à travers le pays. Mais les premiers concernés, les couples infertiles, ont préféré se prêter à des rencontres privées avec les commissaires.

**Les couples en quête d'enfants, eux, n'attendent pas. Le tout nouvel Institut de médecine de la reproduction, un centre privé qui a ouvert ses portes à Montréal en septembre, a déjà une liste d'attente longue d'une centaine de noms.**

« Avec le temps, poursuit-elle, ces couples se font poser des questions, pourquoi ils ne veulent pas d'enfants. C'est très difficile à vivre pour eux. »

Me Knoppers n'insiste pas. Il y a de toute façon tant à dire sur les implications morales, sociales, médicales, légales, éthiques, et le reste, de tous les bébés-éprouvettes, mères porteuses ou les embryons surnuméraires dont on discute le sort aujourd'hui.

Le tabou de l'infertilité, à cet égard assez semblable à celui touchant l'avortement, éclaire pourtant le profond hiatus qui existe entre les femmes, et leurs conjoints, qui font appel aux cliniques de fertilité — d'ailleurs beaucoup moins nombreuses au Canada qu'on ne le croit —, et les organismes de tout ordre, notamment les groupes féministes, qui réclament une sévère réglementation, si ce n'est l'arrêt complet des expériences.

« Nous, il faut qu'on justifie pourquoi on veut un enfant. Est-ce qu'on demande la même chose aux autres couples dans leur chambre à coucher ? » s'indigne une jeune femme, professionnelle qui ne tient pas à être identifiée et qui a commencé les examens en vue d'une fécondation in vitro.

« Pensez donc : mon mari mesure six pieds et deux pouces, il pèse 220 livres et il est grec. Apprendre que son sperme ne valait rien l'a conduit au bord du suicide », racontait une autre, dans un témoignage révélateur du stigmate social, au magazine « L'Actualité » qui a récemment consacré un dossier à la question.

Après les belles années de la pilule, passées sous le signe « Des enfants quand je veux », s'apercevoir qu'un enfant, ce n'est pas toujours facile à faire cause un choc. Certain. Au point où là où autrefois les couples prenaient leur mal en patience en mettant le coeur à l'ouvrage, certains consultent au bout d'à peine quelques mois d'essais. De là le syndrome « l'enfant à tout prix » : y a-t-il ou non un droit à l'enfant ?

« Non, rétorque Marcelle Dolment du Réseau d'action et d'information pour les femmes. Aussi dommage que cela paraisse, il faut accepter la nature. Cet accès illimité n'est qu'un reflet de notre société de consommation. Ce sont les mentalités qu'il faudrait changer. »

Le point de vue de Mme Dolment est tranché, mais il correspond aux préoccupations de bien des groupes de femmes dont la porte-parole la plus connue fut la présidente du Conseil du statut de la femme, maintenant décédée, Mme Francine McKenzie.

« Je suis convaincue qu'il faut crever ce ballon indûment gonflé », écrivait-elle en 1988, en dissidence du rapport du comité de travail créé par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur lequel elle siégeait.

Mme McKenzie faisait alors état de la faible réussite des techniques in vitro, des femmes qui font appel à la fécondation artificielle alors qu'elles ont déjà des enfants, des risques encourus, du stade expérimental de certains traitements, du désir d'enfant qui devient acharnement.

Depuis, le Conseil du statut de la femme a émis un avis sur les nouvelles technologies de reproduction, recommandant de mettre l'accent sur la prévention et le traitement de l'infertilité, de limiter l'accès à l'insémination artificielle, d'interdire les contrats de grossesse et de considérer la fécondation in vitro comme une technique de dernier recours pour les femmes hétérosexuelles, en couple et à l'infertilité démontrée.

Autrefois vues avec suspicion car remettant en cause le dieu Science, comme le biologiste français Jacques Testard en a fait l'expérience lorsqu'il a refusé il y a quelques années de poursuivre ses recherches sur le sujet, ces réserves sont aujourd'hui légion. « Le dossier noir des bébés-éprouvettes » titrait récemment le magazine français « Le point ». « Les mystifications de la fécondation in vitro, fausse transparence et vrai mensonge », renchérissait le magazine scientifique « La Recherche » dans son édition d'octobre. L'Allemagne, elle, a adopté le mois dernier une législation qui limite sévèrement le recours aux NTR. Et tous les partis étaient d'accord avec le principe de cette loi, qui entrera en vigueur le 1er janvier prochain.

Au Québec, il y a actuellement quatre hôpitaux et une clinique privée qui pratiquent, à Montréal, Québec et Chicoutimi, la fécondation in vitro, la plus controversée des techniques. Depuis la naissance du premier bébé-éprouvette québécois en 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que 150 à 200 enfants ont vu le jour grâce à cette méthode. On compterait toutefois 6000 essais par année au coût moyen de 5000 $.

Par ailleurs, un sondage mené par « L'Actualité » et Télé-Métropole révèle qu'une majorité de Québécois approuvent l'insémination artificielle et la fécondation in vitro, rejetant toutefois les mères porteuses. Si 80 % souhaitent une réglementation des NTR, seules 15 % des personnes interrogées veulent qu'elle soit le fait des gouvernements. Pour décriés qu'ils soient dans le développement de la reproduction assistée, ce sont les médecins qui emportent la confiance pour fixer les cadres de l'utilisation des techniques.

« Les médecins, boucs-émissaires et sauveurs ! », résume Me Knoppers pour témoigner des sentiments ambivalents à leur égard.

À la Commission royale d'enquête, créée à la suite des pressions exercées par le mouvement féministe, les audiences publiques qui ont débuté le 11 septembre dernier ont permis de relever les multiples volets d'une question aussi complexe.

« Nous avons débuté nos audiences dans les Territoires du nord-ouest et cela a permis d'entendre un point de vue fort différent, disait hier Me Knoppers. Pour les sociétés de là-bas, le problème de l'infertilité se pose d'une toute autre façon. L'enfant fait partie de la communauté et les couples ne sont pas isolés dans leurs besoins. L'adoption intrafamiliale est reconnue et acceptée. Les liens ne sont pas purement biologiques. »

Mais de telles familles élargies n'existent plus dans nos sociétés occidentales. Ailleurs, ce sont d'autres problèmes que l'on identifie. Ainsi, dans trois provinces canadiennes ( Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick ), on dénonce plutôt l'absence d'accessibilité aux NTR, au sens le plus strict : on n'y trouve aucune clinique de fertilité.

L'obstacle monétaire, lui, est réel à travers le pays puisque seule le régime d'assurance-maladie de l'Ontario couvre le recours aux nouvelles technologies de reproduction.

Quant aux critères sociaux, inévitables en raison des listes d'attente qu'on trouve dans toutes les cliniques, ils sont dénoncés par des groupes d'handicapés ou des droits de la personne, s'opposant ainsi aux groupes féministes qui, aux côtés des communautés religieuses — quel paradoxe —, souhaitent un resserrement des critères.

« Le coût des NTR au sein du système de santé a toutefois été soulevé par tous », note Me Knoppers. Comment équilibrer les priorités ? Pourquoi ne pas miser sur la prévention des MTS, cause de l'infertilité de demain ? Et vu le faible taux de succès de ces techniques, plusieurs réclament aussi d'ajouter au principe légal du « consentement éclairé » la notion de « choix informé » qui ferait valoir les alternatives aux NTR. Ce qui signifie reparler de l'adoption, donc de la pénurie d'enfants disponibles et les lenteurs bureaucratiques... »

Phénomène complexe, si ce n'est insoluble que la Commission devra maîtriser d'ici le 31 octobre 91, fin de son mandat. « C'est très court, dit Me Knoppers, puisqu'après les audiences publiques, qui prendront fin en décembre, il restera 200 rencontres privées et les rencontres d'experts. Nous ne voulons pas bâcler notre travail. En fait, la qualité du rapport décidera de la fin véritable du mandat. »

Les couples en quête d'enfants, eux, n'attendent pas. Le tout nouvel Institut de médecine de la reproduction, un centre privé qui a ouvert ses portes à Montréal en septembre, a déjà une liste d'attente longue d'une centaine de noms.

« On peut discuter, conclut pour sa part la jeune professionnelle citée plus haut. J'avais moi aussi des réserves face à ces techniques. Jusqu'au jour où le problème de l'infertilité s'est posé. Ma décision a été longuement réfléchie, à cause du coût, de la technique, des risques. Je ne crois pas qu'on se lance dans cette aventure par caprice. Ceux qui le disent ne sont tout simplement pas dans notre situation. »

LE DEVOIR - 21-11-90 - P.B-1 et B-2

# Le recours à la mère porteuse provoque une levée de boucliers

PIERRE GINGRAS

■ Les membres de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction ont eu droit hier à une levée de boucliers en règle contre les mères porteuses, à leur première journée d'audiences publiques à Montréal.

C'est la première fois que les commissaires entendaient une dénonciation aussi vive sur cette question controversée. Pourtant, leurs travaux les ont déjà conduits dans plusieurs canadiennes.

Tour à tour, la Fédération des femmes du Québec, la Commission de la réforme du droit du Canada, des chercheurs du département d'obstétrique gynécologie de l'hôpital Saint-Luc, un expert en droit de la santé et l'Église anglicane du Canada sont venus dénoncer cette pratique utilisée un peu partout dans le monde par des couples infertiles.

La Commission de la réforme du droit estime que ni le corps, ni les embryons humains pas plus que le potentiel génétique ne devraient être considérés comme des marchandises commerciales, donc soumises aux fluctuations du marché. Son porte-parole réclame donc l'interdiction des contrats de mères porteuses et souhaite que l'État les déclare non exécutoires.

Pour leur part, les chercheurs de l'hôpital Saint-Luc et les porte-parole de l'Église anglicane jugent cette pratique inacceptable même si elle ne se fait pas pour des raisons commerciales. À ce sujet, une des membres de la Commission royale, la sociologue Louise Vandelac, a mentionnée que contrat ou non, la mère porteuse bénéficie toujours d'une certaines rétributions pour son travail.

Fidèle à ses prises de positions passées dans ce débat, la Fédération des femmes du Québec réclame aussi l'interdiction de cette pratique qu'elle associe à un véritable esclavage, « une exploitation sans précédent du corps des femmes ». À la Fédération, on favorise plutôt un accès plus facile à l'adoption internationale.

En entrevue, Cécile Coderre, porte-parole de la Fédération des femmes du Québec, a souligné que le recours aux mères porteuses est en constante augmentation. Aux États-Unis, a-t-elle indiqué, on parle des Mexicaines pour porter des enfants. Ces femmes vivent leurs grossesses en solitaire américain, sous étroite surveillance, chez les couples qui ont signé le contrat d'achat. Elles sont sous médication contrôlée, il leur est interdit de fumer ou encore de faire du sport afin de mettre au monde le bébé parfait.

« Ces femmes sont devenues de simples couveuses. Elles ont perdu leur dignité humaine », a ajouté Mme Coderre, en souhaitant qu'un organisme international d'adoption puisse un jour limiter la pratique des mères porteuses.

Par ailleurs, nombreux sont ceux qui exigent un contrôle très rigoureux de la qualité du sperme afin de protéger la santé de la femme et des bébés. Le porte-parole de la Commission de la réforme du droit a cité plusieurs exemples de maladies graves été transmises par le sperme dans certains pays. Plus près de nous, à Vancouver, on cite le cas du sperme d'un porteur du virus du sida qui avait été utilisé pour féconder 40 femmes, dont deux ont été déclarées récemment séropositives.

# La fécondation in vitro populaire et efficace

PIERRE GINGRAS

■ Une étude menée à la clinique de fertilité de l'hôpital Saint-Luc démontre qu'une femme sur quatre a une chance de mettre au monde un enfant après avoir eu recours à la fécondation in vitro.

Ces résultats ont été présentés hier à la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction par le docteur Claude Duchesne, chef du département d'obstétrique et de gynécologie. Selon lui, ce taux de succès de 25 p. cent serait supérieur à la moyenne américaine qui se situe aux alentours de 16 p. cent.

D'après l'étude, de septembre 1989 à juin 1990, 18 femmes sur 70 ont donné naissance à un enfant grâce à cette méthode qui consiste à stimuler la production d'ovules, à les extraire, à les féconder en éprouvette avec du sperme, généralement celui du conjoint, et à réinsérer l'oeuf fécondé dans l'utérus de la femme.

Cette clinique de fertilité a accueilli cette année 1 250 nouveaux couples qui sont venus consulter les profesionnels pour trouver une solution à leur problème d'infertilité. Près de la moitié avait déjà frappé à d'autres portes. Le nombre total de consultations s'est élevé à plus de 8000.

L'étude révèle aussi que l'on a pratiqué 382 inséminations intra-utérines et 594 inséminations avec donneur autre que le conjoint.

L'équipe de l'hôpital Saint-Luc a aussi tracé un portrait psycho-social de 678 couples qui ont fait appel aux services de la clinique. Il semble que la grande majorité sont des gens équilibrés n'ayant pas de problèmes conjugaux et sexuels. Dans l'ensemble, la technique de reproduction utilisée semble avoir peu d'impact sur la vie et le comportement du couple. Il y a toutefois une exception : l'insémination avec donneur cause parfois de l'anxiété et des bouleversements.

La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, dont le budget atteint cette année 785 000 $, terminera ses audiences publiques la semaine prochaine, à Victoria. Elle a visité une quinzaine de villes et entendu 350 groupes ou personnes. La présidente, Patricia Baird, généticienne à l'Université de Colombie-Britannique, a expliqué que le public attendait des réponses aux questions légales et éthiques, fort controversées, sur les bébés-éprouvettes, les mères porteuses, les embryons surnuméraires, le diagnostic prénatal, les interventions thérapeutiques, etc.

Après ces audiences, la Commission consultera de nombreux experts et rencontrera plusieurs couples à huis clos. Elle devrait présenter son rapport en novembre 1991. On espère que les recommandations conduiront à une législation pour mieux contrôler ces techniques nouvelles et leurs effets.

« Les Canadiens ont soif d'information dans ce domaine, dit Mme Baird. Ils veulent qu'on utilise ces techniques avec respect. » Selon elle, ils redoutent principalement de vivre une situation anarchique comme celle qui existe aux États-Unis.

Le Devoir, vendredi 23 novembre 1990 ■ A-3

# La CSN et l'AFÉAS réclament un moratoire sur la pratique et la recherche des nouvelles technologies de reproduction

**Josée Boileau**

LA CSN et l'AFÉAS ( Association féminine d'éducation et d'action sociale ) ont réclamé hier devant la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction un moratoire sur la pratique et la recherche en cours dans ce secteur au profit d'une vaste réflexion collective.

Si l'AFÉAS fixe un terme de cinq ans au moratoire proposé, la CSN estime pour sa part qu'il devra durer tant que les NTR ne feront pas l'objet d'un véritable encadrement. Mais les deux groupes ont fait état des mêmes inquiétudes pour expliquer leur position, d'ailleurs partagée par d'autres organismes ( comme la Fédération du Québec pour le planning des naissances et le puissant regroupement féministe, le Comité canadien d'action sur le statut de la femme ).

« Dans le grand public, on ne sait pas grand-chose de ces nouvelles technologies alors que pendant ce temps elles se développent à un rythme effarant », notait la vice-présidente de la CSN, Mme Monique Simard.

« Nous avons l'impression que tout ça est débridé », renchérissait la présidente de l'AFÉAS, Mme Christine Marion.

Ce sentiment n'est toutefois guère partagé par les médecins. Interrogé sur la surveillance qu'exercent les comités éthiques sur les centres de fertilité des hôpitaux, le Dr Gilles Bleau, du Centre de recherche en reproduction humaine ( CRRH ) affilié à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est exclamé : « On a l'impression qu'ils font bien leur ouvrage... Ils nous assomment sous les demandes d'information : ce n'est jamais assez, jamais complet ».

« Mais le grand public, lui, ne s'en rend pas compte. C'est une crainte que nous avons entendue partout », a rétorqué l'une des commissaires, Mme Susan McCutcheon. Le Dr Bleau n'avait pas de solution à proposer à ce problème.

Par contre, le CRRH rejoint des préoccupations déjà exprimées par plusieurs groupes lorsqu'il insiste sur la priorité qui doit être accordée au développement de nouvelles méthodes contraceptives et la prévention de l'infertilité avant la recherche sur les NTR.

L'Association québécoise pour la fertilité, qui regroupe une centaine de couples en traitement, a pour sa part tenu à démystifier certains mythes entourant le recours aux NTR tout en reconnaissant le besoin d'un plus grand contrôle de ces techniques.

Enfin, au cours de cette dernière journée d'audiences à Montréal, les membres de la Commission ont été invités par plusieurs participants à envisager le problème de l'infertilité de la manière la plus globale.

La CSN demandait notamment de prendre en considération les conditions de travail des couples infertiles. « On pose très rarement des questions sur le milieu de travail des couples en traitement, alors que les gens y passent le tiers de leur vie. Or, on sait que certaines conditions de travail peuvent altérer les capacités reproductives », a fait valoir Mme Simard.

Les audiences de la Commission se poursuivront à travers le Canada jusqu'en décembre. Des rencontres privées suivront avec des couples et des experts et la Commission devrait remettre son rapport l'automne prochain.

**Devant la commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction**

# La F.Q.P.N. demande l'arrêt des recherches et pratiques

**La Fédération du Québec pour le planning des naissances, qui se présentait mercredi devant la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine, demande un moratoire.**

**Un arrêt de toutes les recherches et pratiques, aussi longtemps qu'il le faudra pour que la société puisse en débattre et décider d'un consensus.**

Photo Albert VINCENT

**Marie-Thérèse Forest, Anne St-Cerny et France Tardif de la FQPN ont demandé l'appui des groupes de femmes pour le moratoire.**

**CLAIRE HARTING**

«C'est normal de vouloir un enfant. Mais si les femmes savaient exactement à quoi elles exposent leur santé, le peu de chances de réussite qu'elles ont de mettre au monde un bébé vivant, si elles savaient qu'elles servent de cobayes en s'engageant dans une démarche de procréation artificielle, peut-être y renonceraient-elles», de dire Anne St-Cherny, présidente de la Fédération.

Anne St-Cherny, Marie-Thérèse Forest et France Tardif de la Fédération disent constater que les intérêts commerciaux et scientifiques priment de beaucoup sur les intérêts de la santé. Plusieurs des techniques utilisées actuellement dans les cliniques de fertilité sont encore au stade expérimental chez les humains. Mais les femmes n'en sont jamais informées ou si peu.

## Pas malades

«Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de femmes en santé, l'infertilité n'est pas une maladie, qui ne sont pas en phase terminale d'une longue maladie pour se permettre d'expérimenter sur elles sans leur donner les moyens d'y consentir librement», note Marie-Thérèse Forest.

«L'hyperstimulation ovarienne utilisée dans la fécondation in vitro cause des nausées, de la tension, des maux de tête, des troubles de la vision, parfois des kystes ovariens, mais on ignore les effets à long terme. Certaines hormones n'ont pas du tout été évaluées quant à leurs effets.

Au cours de leurs recherches, elles ont appris que les risques liés à une grossesse issue d'une fécondation in vitro (FIV) sont beaucoup plus élevés que dans une grossesse naturelle — 2 à 3 fois plus de fausses-couches, 3 fois plus d'accouchements prématurés, 2 à 5 fois plus de grossesses ectopiques, 50% d'accouchements par césarienne, etc.

## Réussite réelle

«Quant au taux réel d'efficacité des techniques de reproduction, il est très bas, de 0 à 5% pour la FIV, de 0 à 8% pour la fécondation in vivo, affirme France Tardif.

La Fédération déplore que les cliniques de fertilité soient avares de renseignements sur leurs interventions et leurs résultats depuis 1987. Même le ministère de la Santé ignore exactement ce qui se passe dans les cliniques. De plus, même si une démarche en clinique de fertilité est une épreuve pour un couple, on leur offre peu de soutien moral ou psychologique.

LE JOURNAL DE MONTRÉAL - 25-11-90

# Les recherches génétiques posent un problème d'éthique

*Presse Canadienne*

*JONQUIÈRE*

■ Plus la recherche sur les maladies génétiques progresse, plus le problème d'éthique se pose.

Les chercheurs Suzanne Veillette et Michel Perron, qui ont acquis une réputation qui dépasse les frontières canadiennes, se perdent, eux aussi, en conjectures quand vient le temps de commenter l'utilisation des connaissances scientifiques en génétique.

À tout le moins, ils soumettent une série de questions qui invitent à la réflexion. À quelles fins doit-on utiliser le diagnostic prénatal ? A quelles conditions le dépistage d'une maladie génétique est-il justifié ? Le recours aux différents tests prédictifs pose pour les individus concernés la question du droit de savoir et du droit de ne pas savoir. Enfin, quelles règles précises faut-il établir pour contrôler la circulation des données génétiques ?

À travers la finalité de la recherche qui est la diminution de la propagation des maladies héréditaires, le duo Veillette-Perron dégage une attitude à partir de situations réelles vécues dans la population régionale.

Dans le cas de la dystrophie myotonique, il est actuellement possible de détecter si une personne est porteuse, mais il n'y a pas de traitement au point. «Alors, s'interrogent-ils, comment offrir certains services, comme celui du choix de reproduction ? Compte tenu que la détection est possible sur le foetus, un couple peut avoir différentes options, incluant l'avortement.»

Pour la même maladie, les chercheurs du Groupe Ecobes se questionnent sur l'utilisation du diagnostic prédictif qui informe de l'arrivée de la maladie cinq ou 10 ans avant son apparition.

«Quels avantages peut-on tirer de ce diagnostic ? Quel sera l'impact dans la vie de la personne qui a eu un test positif ? Comment obtenir la collaboration des proches parents dans une perspective de confidentialité ?»

Les chercheurs prévoient que les impacts des découvertes en génétique se feront véritablement sentir que lorsque les nouvelles technologies seront au point. «Mais il est grand temps de s'interroger.»

La position des Québécois est ambiguë sur cette question. Un sondage publié par la revue Actualité a révélé que trois Québécois sur quatre se sont dits en faveur des interventions génétiques sur un embryon humain durant la grossesse dans le but d'éliminer les maladies héréditaires.

Un autre sondage, de la revue La Recherche celui-là, fait savoir que 81 pour cent des lecteurs estiment qu'il est devenu nécessaire de poser des règles qui limitent l'activité scientifique dans le domaine de la biologie.

Une enquête du Groupe Ecobes, menée auprès de personnes atteintes de dystrophie myotonique, démontre qu'une majorité (76 pour cent) affirme son droit d'avoir des enfants même s'il est favorable d'être informé de sa maladie. Au chapitre de la reproduction, une majorité (62 pour cent) est favorable au recours à la stérilisation comme moyen de prévention, mais 48 pour cent approuve le recours à l'avortement thérapeutique.

Parmi les maladies génétiques les plus répandues au Saguenay—Lac-Saint-Jean, on retrouve : l'ataxie récessive spastique de Charlevoix-Saguenay (un porteur sur 20 personnes), la polyneuropathie sensitivo-motrice (un porteur sur 24 personnes), la tyrosinémie (un sur 20), l'acidose lactique (un sur 28), le rachitisme vitamino-dépendant (un sur 25), la fibrose kystique (un sur 15) et la mucolipidose type 11 (un sur 40). Les incidences de ses maladies sont nettement plus élevées que partout ailleurs dans le monde.

LA PRESSE - 26-11-90 - P1 C12

ÉTHIQUE, POUVOIRS ET BÉNÉFICES

# La perversion de l'idéal de recherche

***Biologiste, Jacques Testart vient d'être expulsé du laboratoire de fécondation in vitro qu'il dirigeait depuis dix ans et où fut conçu le bébé Amandine en 1982. Ne pas se contenter de « faire de la recherche », mais s'interroger publiquement sur le sens d'un métier et son éthique, sur la place de la science dans la société, contrarie à l'évidence certains intérêts qui se parent du voile de la neutralité et du bien commun.***

Par
JACQUES
TESTART *

LE 10 octobre 1990, au cours d'un débat radiophonique, le président du Groupe d'études de la fécondation *in vitro* en France (GEFF) (1), déclarait avec assurance : « *Si Jacques Testart tient un discours tellement violent à propos de la procréation médicalement assistée* [PMA], *c'est parce qu'il vient d'être viré de son laboratoire !* » Il faut saluer ici l'éditeur le plus rapide du monde, puisque *le Magasin des enfants* (2) a pu être publié le 3 octobre, soit deux jours seulement après mon éviction du laboratoire de fécondation *in vitro* (FIV) de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart... et qu'il s'agit d'un ouvrage collectif impliquant dix-sept auteurs ! Le président du GEFF semblait aussi oublier les nombreuses publications antérieures par lesquelles, depuis 1982, seul ou avec les mêmes complicités, j'avais développé un point de vue délibérément critique à l'égard de la procréation médicalement assistée.

En fait, par la voix de son président, la profession s'installait dans la négation du conflit réel pour le réduire à un conflit de personnes, comme on peut facilement en imaginer dans le sillage de la gloire : il était une fois un biologiste et un gynécologue... Impossible de nier que ces deux-là s'affrontaient depuis longtemps, précisément depuis ce jour de gloire (1982) où naissait Amandine, le premier bébé FIV, mais, aussi loin que la biologie se souvienne, il n'y eut jamais d'autres batailles que déontologiques et éthiques.

Dans la même émission, le président du GEFF s'indigna à plusieurs reprises de ce que les critiques visant la procréation médicalement assistée puissent s'appliquer aussi bien à d'autres spécialités médicales... « *Ah, mais ! Puisque c'est partout pareil, pourquoi s'attaque-t-on à nous ?...* » Risquons l'idée que c'est parce que la procréation médicalement assistée ouvre un champ très particulier d'interventions sur l'humain, comme le montrent aussi bien la création du Comité national d'éthique que les interrogations d'une grande partie de la société.

Déjà, la mise en place de réseaux de recueil, conservation et distribution de la semence humaine (CECOS) dans les années 70 créait un événement remarquable : la médecine revendiquait ainsi une fonction de régulation sociale en s'appropriant des actes non médicaux dans leur essence comme dans leur technicité. Très vite, la sélection des donneurs de sperme et l'« appariement des couples reproducteurs » devenaient l'activité essentielle de ces structures, de plus en plus marquées par un eugénisme bon enfant.

Puis arriva la fécondation *in vitro*, technique révolutionnaire pour vaincre l'infertilité féminine. Dans la foulée, on imagina des variantes supposées libérer le gynécologue de sa dépendance à l'égard d'un laboratoire (tel le transfert tubaire de gamètes ou GIFT) ou des additifs issus de la biologie et destinés à augmenter l'efficacité des actes (telle la congélation des embryons). On généralisa l'usage de substances n'ayant pas encore reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) aux fins de transformer la femme en un des mammifères les plus prolifiques (jusqu'à soixante ovulations, et en moyenne un accouchement multiple

* Directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale

lieu de l'expérimentation humaine, où la recherche de la notoriété, camouflée derrière celle des connaissances, s'exerçait sans contrôle et avec les subsides du système d'assurance sociale (3).

La disposition d'un plateau technique adéquat par des dizaines d'équipes et l'efficacité relative des actes encouragèrent presque partout l'élargissement des indications médicales : inventée pour remédier aux stérilités par absence ou occlusion des trompes, la FIV devenait la panacée pour réduire les délais usuels de procréation, prolonger la période reproductive (préménopause), contrecarrer les carences de l'ovaire (dysovulation), de l'utérus (endométriose), du col (glaire déficiente), du sperme du conjoint (infertilité masculine) et pour résoudre toute défaillance somatique ou psychologique, comprise ou incomprise (« stérilité idiopathique »). Tout se passait comme si le retard à procréer ne relevait plus des méthodes conventionnelles (thérapies anatomique, physiologique ou psychologique), ne relevait plus de la patience ni même de la médecine au sens large, mais seulement de l'artifice le plus extrême.

Les médias se firent l'écho d'inquiétudes variées. On créa un Comité consultatif national d'éthique (CCNE, 1983), dont la crédibilité s'évanouit à mesure que ses avis étaient bafoués, jusque par certains de ses membres. Il y eut des décrets (1988) pour nommer les lieux où la procréation médicale assistée était licite et remboursable, mais sans contrôle réel sur la justification des actes, leur efficacité et le respect des règles déontologiques et éthiques. Il y eut un avant-projet de loi (« projet Braibant ») qui s'abstenait de définir ce dont il traitait (« *stérilité* », « *affection d'une particulière gravité* ») et repoussait l'essentiel à de futurs décrets. Il fut cependant relégué aux oubliettes, sous la pression des idolâtres du progrès.

## Tri des embryons, eugénisme ordinaire...

DANS le même temps parvenaient de nouvelles propositions techniques d'une gravité incomparable à celle des bricolages qu'on s'était démontré incapable de réglementer. Sous la pression conjointe du Royaume-Uni et de l'Espagne, le Conseil de l'Europe produisait des textes (1990) pour définir le champ de l'expérimentation sur l'œuf humain (jusqu'à quatorze jours) et justifier l'intérêt du tri, selon leurs caractéristiques génétiques, des embryons produits en fécondation *in vitro* et susceptibles d'être transférés dans l'utérus. Le diagnostic préimplantatoire (DPI) s'interposant entre l'éprouvette et la matrice venait concurrencer le diagnostic prénatal (DPN) avec l'argument « éthique » d'un évitement de l'avortement. Comme si la décision d'avortement, en plaçant à chaque fois le couple devant de terribles responsabilités, n'était pas

nisme ordinaire. D'avoir prévu cette évolution dès 1986 (4) m'évita la surprise quand une équipe anglaise rapporta les premières grossesses obtenues après transfert d'embryons préalablement « sexés ». A l'occasion d'une enquête nationale à laquelle répondirent cent cinquante professionnels de la FIV (5), seulement 5 % d'entre eux se montrèrent défavorables au tri génétique des embryons produits par fécondation *in vitro*. L'argument, conforme à l'idéologie pionnière des CECOS, veut que la médecine ne peut pas éviter de « faire bénéficier » les patients de chaque possibilité d'assurer la « qualité » de leur enfant. Le Comité consultatif national d'éthique rappela récemment son avis défavorable concernant la détermination des caractéristiques génétiques des embryons humains avant leur transfert *in utero*. Qu'à cela ne tienne ! Des hôpitaux parisiens se sont lancés discrètement dans cette

caution de quelque comité local d'éthique, comme cela est déjà arrivé pour d'autres techniques, désapprouvées par le CCNE.

On constate donc une bipartition de l'éthique puisqu'elle s'agite selon deux partitions. D'un côté, un comité national, des textes, des colloques, des discours : la réflexion éthique se fait prendre pour un mouvement d'époque. De l'autre côté, la compétition pour de vrais pouvoirs et des bénéfices substantiels, la perversion de l'idéal de recherche, le mépris d'une référence extérieure : la pratique de l'éthique se veut l'affaire de chacun. Les plus forts ou les plus rusés se placent simultanément sur les deux terrains, mais ne se font voir que sur le premier, tandis que les petits attendent la caution que leur apportera immanquablement la stratégie achevée des intouchables. Soyons honnêtes, quelques-uns des « fivètistes », cliniciens ou biologistes, s'interrogent et confient leurs commentaires à huis clos, comme on doit faire dans le monde médiéval de la médecine, même dite « de pointe ».

Pour ma part, les positions que je soutiens publiquement depuis 1982 n'ont jamais impliqué mon retrait de la pratique des procréations médicalement assistées ou des recherches afférentes pour mieux réaliser ce dont on est convenu déjà, voire de certains développements ayant reçu une approbation autorisée. Elles en sont indissociables. C'est en ce sens que mon éviction du laboratoire de fécondation *in vitro* à Clamart a une signification qui dépasse largement ma propre personne.

---

(1) Structure rassemblant l'ensemble des cliniciens et biologistes de fécondation *in vitro*.

(2) Ouvrage collectif dirigé par Jacques Testart, François Bourin, Paris, octobre 1990 *(lire page 31)*.

(3) Lire Jacques Testart, « A la recherche du cobaye idéal », *le Monde diplomatique*, juillet 1990.

(4) *L'Œuf transparent*, Flammarion, coll. « Champs », Paris, 1986.

(5) Revue *Contraception, fertilité, sexua-*

La Presse

Éditorial

Paul Desmarais, président du conseil d'administration — Roger D. Landry, président et éditeur — Claude Masson, éditeur adjoint — Marcel Desjardins, directeur de l'information — Alain Dubuc, éditorialiste en chef

# Les zones grises de la «procréatique»

À qui appartient un embryon humain congelé en vue d'une future implantation? À la mère? Au couple? À la clinique?

Le recours à la fertilisation in vitro ou à l'insémination artificielle devrait-il être réservé aux couples stériles? Ou doit-il être accessible à tous, y compris les femmes seules ou homosexuelles? Faut-il limiter l'usage de plus en plus répandu de diagnostics prénataux aux cas à risque seulement? Jusqu'où peut-on pousser ces diagnostics sans risquer de tomber dans l'eugénisme?

Depuis deux mois, la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction (NTR) jongle avec ces questions d'ordre à la fois éthique, moral, légal et médical. Ses audiences viennent de se terminer. Mais son travail ne fait que commencer. Car pour arbitrer entre des opinions parfois diamétralement opposées, elle devra faire un boulot de Salomon.

L'une des plus importantes conclusions que l'on peut tirer de ces deux mois d'audiences, c'est que pendant que la «procréatique» avance à pas de géant, il n'existe aucune information fiable sur les risques qui y sont associés. C'est le constat qu'ont fait plusieurs groupes de femmes, qui souhaitent combler ce besoin criant d'information avant de donner libre cours à la prolifération de nouvelles cliniques de «reproduction médicalement assistée».

Un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé montre que cet appel à la vigilance est on ne peut plus justifié. L'OMS constate que les NTR sont très mal évaluées et que leur efficacité, probablement surestimée par les médecins, est actuellement impossible à déterminer. Il n'existe pas non plus de données adéquates sur les risques à long et moyen terme pour la mère et l'enfant. L'OMS note aussi que plusieurs femmes en cours de traitement deviennent enceintes... indépendamment de l'aide médicale. Serait-ce que dans l'impatience de procréer, des couples concluent trop rapidement à l'infertilité? Enfin, l'OMS signale que les bébés éprouvettes ont un taux de mortalité élevé et un poids inférieur à la moyenne.

Ces faits troublants montrent l'envers de la médaille de la «procréatique», dont les médias ne rapportent généralement que les aspects les plus sensationnels, en décrivant tantôt une *success story* de reproduction, tantôt quelque procès surréaliste sur la propriété d'un embryon.

Devant ce manque d'information, certains groupes vont jusqu'à demander un moratoire sur toutes les pratiques de procréation assistée. Est-ce réaliste? L'expérience démontre que le désir de procréer (ou de ne pas procréer) est plus fort que les lois.

En interdisant totalement l'accès aux NTR, on risquerait de voir se multiplier des cliniques clandestines, échappant à tout contrôle. Il vaudrait mieux tâcher d'éclaircir au plus vite les zones grises des NTR, de façon à ce que les femmes qui y recourent le fassent en toute connaissance de cause. Pas besoin d'attendre le rapport de la Commission pour entreprendre cette recherche.

D'autre part, comme l'ont fait valoir plusieurs groupes qui ont défilé devant la Commission, le recours à la technologie de pointe en matière de reproduction est lié à toutes une série de facteurs sociaux sur lesquels on peut agir de façon à limiter l'intervention médicale. Si l'on met davantage l'accent sur la prévention des maladies transmises sexuellement, on diminuera d'autant les problèmes d'infertilité dus aux MTS. Si l'on crée des conditions propices à la maternité, les couples auront peut-être moins tendance à la remettre à plus tard et à paniquer dès les premiers mois d'insuccès...

Au Canada, les NTR tombent dans un vide juridique total. L'un des mandats de la Commission, c'est justement de suggérer un futur cadre législatif.

Mais pendant que la Commission poursuit ses travaux, l'évolution de la science risque de soulever de nouveaux problèmes éthiques, juridiques ou médicaux. Le gouvernement fédéral doit donc combler ce vide et se doter d'un mécanisme permanent qui lui évitera de réagir à la pièce à chaque progrès scientifique. D'autres pays ont créé des comissions d'éthique médicale qui voient à ajuster les lois aux réalités nouvelles. Le Canada pourrait suivre cet exemple.

**Agnès GRUDA**

# Une première au Québec: naissance d'un bébé issu d'un embryon congelé depuis un an et demi

MARTHA GAGNON

■ La plus importante clinique dans le domaine de la fécondation in vitro au Québec, le Centre hospitalier de l'Université Laval, a annoncé hier la naissance du premier bébé provenant d'un embryon congelé depuis octobre 1989.

« A venir jusqu'ici, les tentatives de ce genre avaient échoué. C'est une première au Québec », expliquait hier Mme Michèle Boulanger, biologiste et directrice du laboratoire du centre de fécondation in vitro. La mère, qui préfère garder l'anonymat, a accouché d'une fille bien portante, pesant plus de six livres, au début du mois de février. On a attendu quelques semaines avant de divulguer la nouvelle.

La clinique d'infertilité du CHUL est aussi la première au Québec à avoir obtenu des grossesses par la méthode in vitro.

La congélation d'embryons est une réalité depuis quelques années. Au CHUL, on utilise cette méthode activement depuis 1987-88. Une réalité qui soulève cependant des questions éthiques importantes dans la population. C'est l'un des points sur lequel devra se pencher la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction qui a fait le tour du Canada et doit soumettre un rapport visant à guider les autorités dans ce domaine.

La question du statut de l'embryon humain est fort délicate. Pour l'instant, il n'existe aucune loi ou ligne de conduite au Canada et au Québec. Une centaine d'embryons ont été congelés au CHUL depuis le début du programme, en moyenne deux par couple. On a obtenu deux grossesses qui ne se sont pas rendues à terme.

Voyons ce qui s'est passé dans le cas de cette femme de 36 ans qui a été plus chanceuse que les autres. Grâce à la stimulation hormonale, neuf embryons ont été conçus, dont trois ont été transférés immédiatement dans l'utérus de la mère, sans succès, et six ont été congelés dans l'azote liquide pour être maintenus dans un état de dormance.

« En théorie, dit Mme Boulanger, on pourrait garder ces embryons congelés durant 100 ans, mais la limite imposée au CHUL est de deux ans. »

Après un premier échec, la dame est revenue à la clinique au mois de février. Là, on a procédé à l'implantation de trois de ses embryons décongelés. Mais elle n'est pas tombée enceinte. Trois mois plus tard, en mai, on a utilisé les derniers embryons congelés qu'il restait en banque; un seul s'est implanté pour provoquer une grossesse.

Dans la fécondation in vitro, il faut savoir que la stimulation hormonale produit plusieurs ovules qui, à leur tour, produisent plusieurs embryons. Les uns prennent immédiatement le chemin de l'utérus et les autres sont congelés. Une technique qui soulève des inquiétudes et des interrogations.

Que fait-on avec les embryons qui ne sont pas réimplantés? Que fait-on si les « parents » décèdent? Faut-il les détruire et peut-on le faire? Faut-il les congeler pour les implanter plus tard à la même femme ou même à une autre? Peut-on utiliser ces embryons à des fins d'expérimentation? Et finalement, ces questions conduisent toujours à la grande question: Quand débute la vie humaine?

Au Centre hospitalier de l'université Laval, on donne deux ans au couple pour décider de ce qu'il veut faire des embryons congelés. « C'est une sorte de contrat moral, explique Mme Boulanger. Il appartient au couple et à lui seul de décider du sort des embryons. Ce n'est pas à l'institution de prendre cette décision. »

Le CHUL suggère deux possibilités: la destruction de l'embryon ou le don de celui-ci à une autre femme infertile. On s'objecte catégoriquement à ce que les embryons soient utilisés pour des expériences scientifiques. A venir jusqu'à ce jour, les couples qui sont passés par la clinique du centre hospitalier ont toujours choisi de détruire eux-mêmes les embryons. Aucun n'a voulu faire un don.

Selon la responsable de la clinique, on espère avoir de moins en moins recours à la stimulation hormonale. On croit possible de mieux utiliser le cycle naturel et d'attendre que l'ovulation se produise naturellement. Ainsi, une femme à l'approche de ses menstruations se présente à la clinique. Le médecin, grâce à une légère intervention sous anesthésie locale, recueille l'ovule en se guidant par l'échographie. « C'est une nouvelle approche, une nouvelle vision. On commence à le faire », dit Mme Boulanger. Dans ce cas, il n'y a plus d'embryons surnuméraires ou congelés. Et d'après des études effectuées dans d'autres pays, les résultats sont encourageants.

LA PRESSE - 20 FEVRIER 1991 - p. A-3

## DEJA PARUS...

Cahier no 1: Propose entre autres une analyse de la situation de l'avortement réfutant l'idée, exemples à l'appui, que tout est gagné au Québec.
Prix: 6,00$

Cahier no 2: On y trouve entre autres une analyse critique du rapport de la direction de la protection de la santé sur les contraceptifs oraux et des articles critiques concernant un sondage de la Corporation des médecins du Québec sur l'accouchement en milieu hospitalier.
Prix: 9,00$

Cahier no 3: On peut y lire entre autres un article de la journaliste Colette Beauchamp sur la place des femmes dans les médias et la suite de la réflexion sexualité/pouvoir des femmes.
Prix: 6,00$

Cahier no 4: Ce cahier vous demande si vous êtes hétérosexiste, qui répertorie les arguments pro-choix, qui amorce un questionnement sur les nouvelles technologies de reproduction entre autres.
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 5: Cette publication propose une série d'articles visant à susciter des questions face au développement anarchique des nouvelles technologies de reproduction humaine. On peut aussi y lire sur l'éponge Pharmatex et le RU-486.
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 6: On y trouve une continuité de réflexion sur les nouvelles techniques de reproduction, plus spécialement sur la fécondation in vitro. Aussi des articles sur l'avortement, la contraception et autres sujets.
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 7: Ce numéro passe en revue les réactions et positions suite au jugement de la Cour suprême sur l'avortement. Il contient aussi un texte sur les droits du foetus. Vous y trouverez également le compte rendu de la tournée provinciale de la Fédération du Québec pour le planning des naissances sur les nouvelles technologies de reproduction.
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 8: Ce cahier propose une réflexion particulièrement actuelle sur l'avortement et la contrainte à la maternité. Vous y lirez aussi des textes critiques sur l'Unidose Pharmatex, le RU-486 et les nouvelles technologies de reproduction; des réactions-chocs sur le phénomène des mères porteuses et le compte rendu d'études sur le rôle des tissus gras dans le système reproducteur.
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 9: Réflexion: entre la législation et la médecine, quelle place reste-t-il aux femmes face à l'avortement? Congrès ACFAS 1989: nouvelles techniques de reproduction; expériences de la maternité. Témoignage: les ravages du Depo-provera. Textes préparatoires au colloques "A notre santé! Bilan et perspectives de mouvement de santé des femmes au Québec" (septembre 1989).
Prix: individu-e-s/groupes 9,00$, institutions 12,00$

Cahier no 10: Les nouvelles techniques de reproduction comme solution à l'infertilité: témoignages, réflexion, position de la FQPN, orientations gouvernementales, Commission royale d'enquête; les lendemains de l'annulation du projet de loi C-43 sur l'avortement; la "Souveraineté des femmes sur la fécondité": opinion de 600 femmes; revue de presse.

Le mémoire présenté à la Commission Rochon où la F.Q.P.N. demande à l'Etat de reconnaître, dans les faits, le droit des femmes de choisir leur(s) maternité(s).
Prix: 3,50$

Du contrôle de la fécondité au contrôle des femmes: document où la F.Q.P.N. s'interroge sur les gains véritables des femmes dans le domaine de la contraception.
Prix: 3,50$

Dossier stérilet: préparé pour faire la démonstration que les femmes paient trop cher le stérilet.
Prix: 3,50$

Dossier Depo Provera: où la F.Q.P.N. dénonce ce médicament, que le gouvernement canadien hésite à accepter comme contraceptif, et en donne les raisons.
Prix: 3,50$ résumé du dossier, 5,00$ dossier complet

La ménopause des mesures alternatives à la prise d'hormones.
Prix: 5,00$

Guide des ressources en avortement (en revision; prix à déterminer, disponible en juin 1991).

Mémoire sur l'étude de l'avant-projet de loi "Loi sur les services de santé et les services sociaux", janvier 1990.
Prix: 4,00$

Présentation et mémoire Fédération du Québec pour le planning des naisances et Regroupement des centres de santé des femmes du Québec sur le projet de loi C-43 sur l'avortement, 1990.
Prix: 3,50$

Du chou à l'éprouvette, 10 numéros.
Prix: 6,50$

Mémoire de la Fédération du Québec pour le planning des naissances, présenté à la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction humaine, novembre 1990.
Prix: 2,50$

Actes du colloque: A notre santé! Bilan et perspectives du mouvement de santé des femmes au Québec, septembre 1989.
Prix: 10,00$ individu-e-s et groupes, 13,00$ institutions.

Fédération du Québec pour le planning des naissances
2540 est Sherbrooke, bureau 01
Montréal, Québec
H2K 1E9

Téléphone: (514) 522-6511

## DEVENIR UNE MEMBRE INDIVIDUELLE DE LA F.Q.P.N.?

Joindre un groupe de femmes qui fait la promotion de l'autonomie des femmes! Pourquoi pas!

— J'aurai accès à l'état des dossiers :
  - Contraception
  - Avortement
  - Nouvelles technologies de procréation

  produits à tous les conseils d'administration.

— Je pourrai participer à l'assemblée générale annuelle de la F.Q.P.N.

L'information c'est indispensable pour des choix réels et éclairés!

Tout cela pour $ 25.

---

Oui, je me branche au réseau F.Q.P.N.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

---

F.Q.P.N.
2540 rue Sherbrooke est, bureau 1
Montréal, Québec
H2K 1E9
(514) 522-6511