

CAHIER  
FEMMES ET SEXUALITE

Fédération du Québec pour le Planning  
des Naissances

Numéro 5, Mai 1987



Bonjour lectrices!

Ce cahier a été préparé par Marie Lalancette, Margot Frenette et Marie Vallée, travailleuses à la Fédération du Québec pour le Planning des Naissances. Les opinions exprimées n'engagent que les auteures. On peut reproduire, en partie, 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.



## Table des matières

	Pages
INTRODUCTION	1
INFORMATIONS	
. Dossier SEXUALITE/POUVOIR DES FEMMES:	
- La sexualité	4
. Dossier CONTRACEPTION:	
- La saga des condoms	7
- L'éponge Pharmatex	10
- Le RU-486	12
. Dossier AVORTEMENT:	
- Revue de Presse	15
. Dossier ACTUALITE:	
- Les politiques de l'industrie pharmaceutique	18
- Conférence de Connie Clément: La surmédicalisation	22
- Mémoire du Collectif Féministe de Rouyn-Noranda	26
- Réseau canadien Femmes et Santé	28
- Présentation du Collectif Féministe de Montréal	32
. Chronique AUTO-SANTE:	33
REFLEXIONS	
. Dossier de PRESSE:	
- NTR	35
. Dossier NTR:	
- Nouvelles Technologies de la Reproduction; présentation	38
- Formation sur les mères-porteuses	40



. Dossier NTR (suite):	
- Formation sur l'infertilité et la stérilité: à la recherche des causes des NTR	51
- Le diagnostic prénatal	56
- Impressions dégagées à partir de la participation à "Droit de parole"	59
- Impressions de la participation à "Présent"	62
- Questionnements et réflexions soulevés par des discussions concernant les NTR	64
- Les NTR en parallèle avec les problématiques de la FQPN	66
. Petites annonces	77
. LEXIQUE	80

\*\*\*\*\*



# INTRODUCTION

## ENFIN UN CAHIER SPECIAL PORTANT SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION.

Nous avons résolu en juin dernier, lors de l'assemblée générale annuelle, de poursuivre la cueillette d'information sur les nouvelles technologies de reproduction (NTR) et de commencer à la traiter en vue d'en arriver à une prise de position sur le sujet. Nous devons aussi rechercher l'appui de d'autres groupes de femmes pour faciliter le traitement de ces informations (abondantes). Nous avons donc organisé une session de formation de concert avec les services aux collectivités de l'UQAM, avec Louise Vandelac sociologue, comme formatrice. Nous vous livrons donc nos "notes de cours" de deux de ces séances de formation. D'autres textes de réflexion sur les NTR ont été rédigés suite à des lectures et à la participation à différents échanges comme à l'émission Droit de Parole, à Présent, à une rencontre avec un groupe de femmes à Cowansville.

### QU'APPELLE-T-ON NTR AU JUSTE ?

Il s'agit de l'emploi d'un ensemble de procédés scientifiques destinés à assister ou, dans certains cas à se substituer à la fécondation, à la grossesse, à l'accouchement.

Les NTR les plus connues sont l'insémination artificielle (qui assiste la conception) et la fécondation in vitro ou bébé éprouvette (qui se substitue à la fécondation ou conception). La FIV est indissociable du transfert d'embryon (l'embryon doit être implanté dans l'utérus donc "transféré"). Nous n'aborderons pas cette dernière dans le présent numéro mais dans le prochain.

L'opérationnalisation de ces techniques (IA, FIV, et TE) serait pratiquement impossible sans les produits pharmaceutiques et sans le procédé de congélation des gamètes et des embryons. En effet, il faudrait s'astreindre à tellement d'interventions médicales et d'horaires folichons que les techniques

elles-mêmes ne pourraient prétendre à l'efficacité. Quelles sont les conséquences du surhormonage qui se fait en injectant des produits pharmaceutiques aux femmes dans le but de rendre le prélèvement d'ovules plus efficace ? Comment sont gérés la banque de sperme ,d'ovule et d'embryons ?

S'ajoute à la liste de NTR les diagnostics prénataux tels l'échographie, l'amniocentèse, la biopsie chorionique que nous définirons plus loin. Les diagnostics prénataux assistent la grossesse. Quels intérêts servent-ils?

D'anciennes technologies de reproduction ont laissé des marques sur les femmes: l'épisiotomie qui assiste l'accouchement, la césarienne qui s'y substitue, le DES qui assiste la grossesse etc.. Ces techniques de reproduction ne font pas l'unanimité. Qu'en sera-t-il des nouvelles ?

Les NTR distancent la conception de la sexualité. Ce fait a pour conséquence que l'on peut franchir les limites sexuelles du couple, l'introduction des contrats de mères porteuses prouvent cela. Les NTR dissocient la conception de la maternité et introduisent la possibilité d'utiliser des spécialistes (donneuse, porteuse) à chaque étape.

Les NTR causeront-elles une redéfinition des rapports entre les sexes? Si oui, dans quel sens?

Conscientes de la faible marge de manoeuvre dont nous disposons en matière de contrôle de notre fécondité,nous nous interrogeons, tout au long du bloc réflexion, sur les nouvelles possibilités de contrôle qui viennent outiller des pouvoirs qui nous échappent ( médical, scientifique , industriel, légal donc étatique).

La partie information parle de nouveautés en contraception: L'éponge spermicide et la pilule abortive.

Le dossier avortement rebondit dans les écoles de la CECM; une revue de presse définit les enjeux pour la sexualité des jeunes femmes.

Des articles traitent de sexualité, de l'industrie pharmaceutique, de la saga des condoms et de la mise sur pied d'un réseau canadien Femmes et santé.

Nous remercions Céline Métivier du collectif féministe de Rouyn-Noranda. pour la Santé de Femmes et le nouveau collectif féministe de Montréal pour leur participation,écrite à ce cahier.

**L'ÉQUIPE.**

Information Systems

# informations



## SEXUALITE: QUELQUES FAITS

Et ils ne sont guère plaisants ...

### PORNOGRAPHIE:

-En 1982, l'association de consommation de Penang calculait : 18 millions d'hommes aux Etats-Unis dépensent \$500. millions par année pour une industrie de 165 magazines pornos.

- Le cinéma porno, aux Etats-Unis, représente un chiffre d'affaire de \$1 million par jour.

- L'industrie de la porno fait des profits de \$4 milliards par année, aux Etats-Unis seulement.

- Les vidéos pornos sont vendus trois fois plus que les autres vidéos.

**VIOLENCE SEXUELLE :** Une étude effectuée à Londres en 1985 rapporte les faits suivants ( en définissant le viol au sens de pénétration du pénis dans le vagin sans que la femme ne consente, donc une définition très stricte ):

- 1 femme sur 6 a été violée ( sans compter les moins de 16 ans, ni les viols conjugaux ).

- 1 viol sur 12 est rapporté à la police.

- 3 agresseurs sur 4 sont connus de la victime.

### VIOLENCE EN FAMILLE:

- Une famille sur 3 au Caire ( Egypte ) connaît des relations incestueuses ( D'après N. El Soadawi en 1980 )

- 1 enfant sur 4 aux Etats-Unis sera violé ou agressé par un adulte en qui elle ou il a confiance, avant d'atteindre l'âge de 15 ans. ( Selon S. Brownmiller, 1976 )

- Près de 70 millions de jeunes Africaines ont eu une clitoridectomie. ( d'après le Women's International Network News, en 1980 )

Ces faits nous font constater que, dans chaque pays, les rapports hétérosexuels se tiennent dans l'ombre oppressive de la pornographie, de la violence sexuelle. Ces rapports hétérosexuels sont-ils vraiment satisfaisants ?

Quelle femme échappe à la peur du viol ?

Quel homme échappe à la propagande porno ?

La violence omniprésente n'intervient-elle pas au point d'affecter les relations de chacune et chacun nous laissant sur notre faim ? Il n'est pas étonnant d'apprendre dans le rapport Hite que 7 à 11 % des hommes aux Etats-Unis fantasment régulièrement sur le viol et que 1 sur 2 admet avoir déjà voulu violer une femme.

Selon les rapports Hite:

	<u>FEMMES</u>	<u>HOMMES</u>
"Normalité sexuelle":	32% des femmes ne sont pas satisfaites de leur vie sexuelle. 3 sur 4 veulent la changer	99% des hommes ne veulent pas ni changer, ni redéfinir "la" sexualité.
Désir	: 22% des femmes veulent avoir plus de relations sexuelles.	89% des hommes veulent plus de relations sexuelles.
"Préliminaires"	: 1 femme sur 3 aimerait en avoir plus.	66% des hommes sentent des pressions pour en faire plus qu'ils n'en font.
Pénétration et Ejaculation	: 80% des femmes éprouvent rarement l'orgasme durant la seule pénétration. 64% ne l'éprouvent jamais.	94% des hommes éjaculent toujours durant le rapport sexuel et dans le vagin de la partenaire. 97% <u>presque</u> toujours.
"Problèmes"	: 1 femme sur 2 souhaiterait avoir plus de plaisir. 70% pensent que leur partenaire éjacule trop vite. 80% de celles qui consultent des professionnel-le-s, le font pour baisse d'intérêt ou manque de plaisir.	66% de ceux qui consultent des professionnel-le-s à ce sujet, le font concernant l'érection et l'éjaculation précoce. 22% pour manque d'intérêt ou de plaisir.

A la lumière de ces chiffres, c'est fou ce que le modèle de comportement sexuel apparaît artificiel. Quand on pense qu'encore aujourd'hui, la non-consommation d'un mariage est un motif de dissolution. La société avoue de par ses mécanismes de régulation ce qu'elle attend de chacune et de chacun: l'exercice d'un rôle spécifique dans une sexualité définie strictement en vue d'une action minimale nécessaire à la procréation, i.e. aux femmes de se soumettre au rythme des hommes d'où le problème associé à cela; la frigidité, et aux hommes de performer, d'où le problème associé; l'impuissance.

Sur le dernier sujet, Hugh Drummond dans Mother Jones ajoute que la terreur face à l'impuissance atteint des proportions insoupçonnées, graisse la roue commerciale de l'industrie de la porno et intéresse le complexe médico-pharmaceutique.

Dans " l'homme de \$6 millions", émission tribune pour la transplantation d'organes, on répétait souvent : " Nous avons la technologie, nous pouvons le reconstruire." La question dans la tête de chacun surgissait : A-t-il ou n'a-t-il pas un pénis bionique ?

Aujourd'hui, non seulement la technologie existe mais elle est appliquée. Plusieurs hommes ont un pénis-prothèse semi-rigide. On dit que c'est suffisant pour assurer la pénétration. ( ! )

D'où vient que les hommes ne perçoivent pas ou peu la douceur, la sensibilité, la fragilité et le potentiel de plaisir différent de leur pénis ? L'image qu'ils en ont tourne autour de sa taille, garante de sa puissance, semblable au "trip" des muscles. Le pouvoir est intimement relié à ces perceptions. Quelle sorte de plaisir peut-on obtenir d'une "arme" entre les jambes ? Et si les armes peuvent être faites en plastique, pourquoi pas les pénis ?

Reste que l'érection permanente comporte certains désavantages de visibilité et n'est pas exempte, non plus, de bris mécaniques ...

Sources: New Internationalist. Avril 86.  
Mother Jones, Février/Mars 87.

## CONDOMS: LA SAGA

Depuis quelques semaines, les condoms font la manchette à titre de moyen préventif du SIDA. Le SIDA inquiète. Un sondage Gallup commandé par l'Association Canadienne de Santé Publique révèle que:

65% des répondantes et répondants souhaitent obtenir davantage d'informations sur le SIDA, proportion qui grimpe à 75% chez les 18-29 ans.

82% des personnes interrogées pensent que l'éducation sexuelle à l'école demeure le meilleur moyen de combattre le SIDA. Cette éducation devrait être fournie avant que les élèves ne deviennent actives et actifs sexuellement.

9% des répondantes et répondants estiment que ce type d'enseignement est plus néfaste que bénéfique.

L'Association, suite au sondage, suggère une campagne télévisée afin d'informer la population et de la sensibiliser à la prévention du SIDA.

Il ne fait aucun doute que le SIDA mobilise à la fois le public et les associations visant à promouvoir la santé. Les médias ne sont pas étrangers à ce phénomène. Constituant le dossier SIDA au siège social de la Fédération, nous avons été à même de constater le nombre disproportionné d'articles traitant du sujet.

Bien sûr, le SIDA est mortel mais l'épidémie de MIS est beaucoup plus importante et une campagne de prévention globale se justifierait plus à nos yeux.

Est-ce parce que le SIDA menace davantage les hommes et leur modèle de comportement sexuel que la publicité tapageuse et sensationnaliste se propage si bien ? Dans ce contexte, l'information exacte et la prévention peuvent-elles être les bienvenues ? Oui et non, nous verrons pourquoi.

Dans un premier temps, L'Ass. Canadienne de Santé Publique propose des messages télévisés éducatifs sur l'usage du condom comme moyen de prévention du SIDA. Les propriétaires des ondes opposent une résistance immédiate à ce projet.

Au Québec, le regroupement des départements de santé communautaire prend le dossier en mains. Il tente de convaincre les réseaux de télé et le ministère de la Santé et des Services Sociaux d'agir. La situation de propagation des MTS atteint une ampleur considérable: 200,000 cas de chlamydia sont déclarés chaque année. Les messages proposés sont:

" Sans condom, c'est non ! " et " Les condoms quand on les oublie, on s'en souvient ! ". Ils s'adressent en priorité aux 15-24 ans dans un cadre de prévention contre le SIDA et les MTS en général.

Suite aux pressions des parents catholiques, Mme Lavoie-Roux bloque les messages et les réseaux sont attentistes ...

Comment se fait-il que les pouvoirs politiques et médiatiques se liguent ouvertement contre les besoins de la population et son bien-être ?

" La sexualité est taboue " dirons-nous, mais encore ? Ne perdons pas de vue que le modèle de sexualité dominant est couramment diffusé sur les ondes et que cela ne semble poser de problèmes de conscience ni aux ministres ni aux propriétaires des ondes. L'association américaine de planning dénombrait 9,000 relations sexuelles dans la programmation télévisée en 86, et aucune mention au sujet du contrôle des naissances ." Source: The Gazette, 11/02/87.

#### QU'EST-CE QUI EST TABOU ? LA SEXUALITE OU LE CONTROLE DES NAISSANCES ?

" Le " problème " vient du fait que le condom est d'abord généralement perçu comme un moyen de contraception ( nous soulignons ) qui, accessoirement, peut jouer un rôle préventif en matière de MTS. " Source: La Presse, Pierre Gravel, le 14/02/87.

" La bataille qu'entreprennent les médecins préoccupés par la lutte au SIDA consiste donc à faire admettre aux responsables des grandes chaînes de télévision qu'un message publicitaire qui occulterait (Nous soulignons) le caractère contraceptif du condom au profit de ses vertus préventives devrait être diffusé dans l'intérêt public. " poursuit le même auteur.

#### L'INTERET PUBLIC ?

Le "problème" est que les hommes ont eu jusqu'à maintenant le privilège historique de la sexualité spontanée sans responsabilité. La sexualité sans risque pour les femmes ( hétérosexuelles ) a toujours signifié CONTRACEPTION.

Informez les hommes des risques qu'ils encourent avec les MTS a le profond désavantage ( sic! ) de garantir aux femmes une sexualité sans risque de grossesse, ni de MTS. Est-ce cela qui est tabou ?

Pour le New Internationalist, il faut voir le SIDA comme une pause salutaire propice à la redéfinition de la sexualité vécue jusqu'à présent comme l'extase des hommes, se résumant à une série de vaguelettes, trois ou quatre poussées du bassin, quelques gouttes de sperme et c'est tout.

Sources: New Internationalist, Mars 87.  
The Gazette, 11/02/87.  
La Presse, 14/02/87.  
" " " , 01/04/87.  
Le Devoir, 13/02/87.  
" " " , 12/03/87.

M.L.

## L'ÉPONGE PHARMATEX...

Disons tout d'abord que ce produit est encore à l'étape EXPERIMENTALE au Canada. Des études se font actuellement dans certains centres hospitaliers ( dont Notre-Dame et Maisonneuve-Rosemont ) sur ce produit. L'autorisation, pour la mise en marché comme contraceptif, a été demandée auprès de Protection de la Santé par la compagnie Interpharm. La décision n'a pas encore été rendue au moment de notre publication.

Il s'agit d'une petite éponge de formal polyvinylique (1) que l'on a enduit de spermicide ( crème pharmatex ) constitué de chlorure de diméthyl-alkyl-benzyl-ammonium (0.90gr.) (2) (3) et d'acide borique (2,00gr.) (3).

L'utilisatrice s'étend et introduit l'éponge à l'intérieur de son vagin. Elle place l'éponge contre l'entrée du col de l'utérus (4).

La crème se libère de l'éponge et recouvre la muqueuse vaginale. Elle ralentit les spermatozoïdes puis provoque la rupture de leur membrane. (5)

L'éponge en elle-même constitue une barrière.

La protection d'une éponge est immédiate après l'application et dure vingt-quatre ( 24 ) heures. Chaque éponge n'est utilisable qu'une seule fois. (6)

L'efficacité de l'éponge se compare à celle du stérilet selon certaines études. (7)

D'autres études concluent que l'utilisation de l'éponge diminue les probabilités de contracter certaines MTS . (8)

Le savon annihile les effets du spermicide. (9)

L'utilisation du produit est déconseillé aux femmes ayant un traitement vaginal en cours.

### ...QUELQUES QUESTIONS:

(1) Le formal polyvinylique est-il conçu pour être compatible biologiquement avec le milieu vaginal ?

(2) Le chlorure de diméthyl-alkyl-benzyl-ammonium (oufi)

respecte-t-il la flore vaginale ?

(3) La FDA ( Food & Drug Administration , l'équivalent américain de Promotion de la Santé ) met en garde contre l'ammonium quaternaire et les composés contenant du bore, elle les considère comme dangereux. La crème pharमतex est-elle dangereuse ?

(4) La seule mécanique d'introduction de l'éponge sera-t-elle clairement expliquée dans les dépliants accompagnant le produit ? N'oublions pas que le produit se retrouvera éventuellement sur les tablettes de pharmacies et que les explications des compagnies pharmaceutiques sont souvent du type : " Placer l'éponge dans le cul-de-sac postérieur du vagin ".

(5) Le produit ne "semble" pas absorbé par le corps des utilisatrices mais on peut se permettre d'être prudentes là-dessus.

(6) La compagnie mentionnera-t-elle la date de péremption du produit et la température de conservation ?

(7) Les études sur l'efficacité se fondent sur des échantillons restreints et les utilisatrices sont pleinement informées. Il s'agit donc de conditions idéales qui ne prévaudront pas en réalité. Le taux d'efficacité est-il acceptable ?

(8) Les études sont-elles suffisamment poussées là-dessus ?

(9) L'avertissement concernant le savon indiquera-t-il précisément combien de temps AVANT d'utiliser l'éponge, les deux partenaires ne doivent pas laver leurs organes génitaux au savon ? ? L'avertissement indiquera-t-il à l'utilisatrice de ne pas se laver les parties génitales durant les deux heures SUIVANT la relation sexuelle ?

Ce qui surprend le plus avec la compagnie Interpharm, c'est que d'une part elle vante la DOUBLE protection de l'éponge ( où "double" = éponge + spermicide ). Mais d'autre part la compagnie désire faire modifier le dépliant d'accompagnement de l'ovule pharमतex, dépliant qui recommande actuellement d'utiliser l'ovule avec un condom ou un diaphragme. La compagnie prétend que l'ovule ( qui est l'équivalent du contenu de l'éponge ) utilisé SEULE procure une protection suffisante. Il faut dire que les diaphragmes ne résistent pas au produit contenu dans l'ovule et percent après quelques utilisations seulement ...

Sources: Le matériel fourni par Interpharm.  
Healthsharing, Printemps 87.

## RU 486 DE LA CIE HOECH ST-ROUSSEL: UN ABORTIF CHIMIQUE.

Les oppositions, aux Etats-Unis, à la mise en marché de ce produit proviennent surtout du mouvement Pro-Vie. On devine pourquoi...

Le produit empêche l'implantation et non pas la rencontre de l'ovule et du sperme.

### LE PRODUIT:

Le RU 486 est un stéroïde antiprogestérone ( ou anti-hormone ) qui empêche l'utérus de recevoir l'hormone progestérone nécessaire à la maturation de l'endomètre pour l'implantation de l'ovule fécondé. En l'absence de cette hormone, le corps réagit comme il le ferait en fin de cycle menstruel sans fécondation, l'implantation ne peut se faire.

Durant les quarante-huit ( 48 ) heures suivant la première dose, les saignements débutent, en principe.

### CE QU'EN DISENT LES CHERCHEURS DE LA COMPAGNIE HOECH ST-ROUSSEL PHARMACEUTICALS :

Les chercheurs disent que le produit peut être pris par voie orale ou par injection.

Ils prévoient la disparition de l'avortement avec le RU 486 : "Chaque femme pourra avorter privément durant les cinq à six premières semaines de grossesse ! "

Ils proposent aussi de prendre le RU 486 comme pilule mensuelle, cinq jours avant la date prévue des menstruations. Moyen, disent-ils, de mettre un terme à une grossesse sans savoir si grossesse il y a.

### LES EFFETS INDESIRABLES :

Aucun effet ne menaçant la vie ( ! ) n'a été rapporté parmi les 400 utilisatrices du produit. On rapporte cependant des effets tels:nausées, contractions douloureuses, hémorragie nécessitant transfusion et hospitalisation, plusieurs femmes ressentant une grande fatigue.

On n'observe aucune toxicité du produit sur l'animal. Par ailleurs, la durée des études n'est pas mentionnée. Les effets à

long terme sont inconnus.

#### LES EFFETS SOUHAITES SE PRODUISENT-ILS ?

Pas toujours et cela même dans des conditions d'utilisation idéales du produit.

Administré avec de la prostaglandine ( pour provoquer des contractions ) et en-dehors de dix (10) jours de retard des menstruations, le RU 486 a induit des avortements complets dans 85 à 90 % des cas. La dose utilisée est de neuf ( 9 ) comprimés. L'avortement ressemble à une fausse couche, les saignements sont importants et persistent environ une semaine.

Bref :

La méthode, encore au stade expérimental, n'a pas prouvé son efficacité et comporte des effets indésirables. A long terme, elle pourrait hypothéquer la fertilité des utilisatrices. Dans ce contexte, la proposition des chercheurs de l'utiliser à chaque cycle apparaît excessive, surtout que la dose efficace influence le prochain cycle en provoquant un délai dans la maturation du follicule.

Prudence donc, face aux prétendus miracles de ce côté.

#### Sources: Chatelaine 84, RU 486, super pilule ou mini bombe ?

Monique de Gramont.

M's, Avril 87, RU 486 The Unpregnancy pill, Sue M Halpern.

Bulletin Médical de l'IPPF, Vol 20, no 5, Oct. 86.

Off our backs, Janvier 87.

Marie Claire, Oct. 85.

Research in Reproduction, Vol 19, no 9, Janvier 87.

Frappante, l'attitude des scientifiques qui s'empressent de corriger que le RU 486 ne provoque pas un avortement puisque l'ovule fécondé n'est pas implanté au moment de l'activité du produit. Ils se réfèrent à la fécondation in vitro où les médecins ne considèrent pas qu'il y a grossesse tant et aussi longtemps qu'il n'y a pas implantation . Pas de grossesse ? Donc, pas d'avortement ! ( ...)

Le concept même de "vie" varie en fonction des intérêts de chacun: les médecins n'ont pas intérêt à ce que l'on parle de

"vie" au moment de la fécondation parce qu'ils deviennent des manipulateurs et se sentent moins légitimés dans leur pratique. De même, la compagnie fabricante trouve que la frontière "implantation" lui facilite l'entrée sur le marché.

Le mouvement Pro-Vie, avec comme idéologie de base; le sperme est sacré, place la "vie" au moment de la rencontre de l'ovule et du sperme et même avant puisqu'il s'oppose à la masturbation masculine nécessaire à la fécondation in vitro. Il s'oppose à tout contrôle de la part des femmes sur leur fécondité parce que c'est l'insulte suprême à la sacralité du sperme. Leur intérêt ultime est l'oppression des femmes.

Pour nous, les femmes, où doit-on placer la frontière de "vie" d'après nos propres intérêts ?

Le moment de la fécondation nous échappant souvent ainsi que celui de l'implantation, parler de "vie" à ces moments ne correspond en rien à NOTRE expérience, et a pour résultat de réduire notre marge de manoeuvre déjà pas très grande.

Dans le roman de John Irving, " L'oeuvre de Dieu , la part du Diable ", les personnages masculins, placés en position d'exercer la pratique médicale, confrontent leurs principes abstraits de "vie" à l'expérience réelle des femmes. Ils décident d'exécuter leur tâche en s'en remettant à la décision des femmes d'avorter ou de mener leur grossesse à terme.

L'auteur pose comme central le moment de l'éveil ( le moment où le foetus se manifeste à la femme en bougeant pour la première fois en elles. ) Ce moment constitue la frontière de "vie" d'après l'expérience des femmes. Avant cette étape, toute femme enceinte est mise au fait de son état par l'absence de ses menstruations. Elle a une marge de manoeuvre nécessaire à la prise de décision d'avorter ou de mener à terme sa grossesse.

Après l'éveil, revenir sur la décision de mener à terme la grossesse est beaucoup plus difficile physiquement, pratiquement et émotionnellement. L'éveil comme frontière de "vie" respecte l'intérêt des femmes et notre contrôle sur notre fécondité.

Quand cela fait l'affaire des chercheurs, l'avortement ne leur pose aucun problème moral comme le prouve le RU 486. N'est-il pas temps que nous déterminions nous-mêmes nos propres frontières ?

M.L.



## ACTUALITES: AVORTEMENT

La vie sexuelle des jeunes femmes fait l'objet d'une nouvelle offensive du mouvement Pro-Vie. A l'encontre de la loi sur la protection de la santé publique qui reconnaît aux 14-18 ans le droit de consulter et de recevoir des soins médicaux sans consentement parental, la direction de la CECM émet une directive d'informer les parents de toute absence des élèves de la CECM. Ces absences comprennent les consultations auprès de l'infirmière scolaire principale source d'information en matière de santé mais aussi en matière de sexualité et de contraception. Cette mesure répressive vise, bien sûr, d'abord et avant tout les jeunes femmes qui sont souvent les seules à se préoccuper d'éviter une grossesse.

Une enquête du journal The Humanist ( hiver 87 ) aux Etats-Unis établie que les membres des organisations Pro-Vie sont les mêmes personnes qui appuient la peine de mort et les perquisitions sans mandat. Les positions anti-avortement ne reflètent pas un respect de la vie humaines. Elles s'inscrivent plutôt dans une idéologie autoritariste qui va jusqu'à appuyer le recours à la violence pour arriver à contrôler la vie des gens.

La direction de la CECM ne cache pas son autoritarisme en tout cas.

M.L.

PRESSE - CLIP

### Les adolescentes qui avortent

■ Il y a quelques semaines, *La Presse* faisait état de l'aide qu'apportent les infirmières en milieu scolaire aux adolescen-

tes aux prises avec une grossesse non désirée. La réaction outrée de certains parents ne s'est pas fait attendre. Et le président de la CÉCM, Michel Pallascio, a déclaré qu'il se proposait de demander au gouvernement québécois de réviser la loi sur la Protection de la santé publique. À l'heure actuelle, cette loi permet aux mineur(e)s de 14 ans et plus de consulter des professionnel(le)s de la santé de manière confidentielle.

Si la question du droit des parents d'être informés de la fréquentation scolaire de leur enfant a tout de suite été évoquée, elle doit cependant être mise en parallèle avec le droit des mineur(e)s à la confidentialité.

C'est au nom des responsabilités qui découlent de l'autorité parentale que parents et commissaires de la CÉCM sont intervenus; ce faisant, on ne pose pas nécessairement le problème sur le bon terrain.

Nous doutons fort de l'opportunité de remettre en question la loi sur la Protection de la santé publique. À 14 ans et plus, une personne doit être appuyée et confortée lorsqu'elle fait face à une grossesse non désirée; elle a davantage besoin de compréhension que d'affrontements. Si, pour une raison ou une autre, ses parents ne lui apportent pas l'appui nécessaire, il nous semble tout naturel qu'elle trouve, dans son milieu scolaire, une oreille attentive et une orientation responsable.

À cet égard, l'attitude extrêmement éclairée et humaine que démontre le témoignage de cinq infirmières travaillant en milieu scolaire (Mmes Leveillé, Racine, Audet, Jacob et Drapeau) nous a réjoui.

La Fédération des femmes du Québec tient donc à les appuyer publiquement, car c'est tout à fait de cette ouverture d'esprit que les adolescentes ont besoin. **Ginette BUSQUE**  
Prés., Fédération des femmes du Québec

### L'avortement d'adolescentes

■ Les 20 et 21 décembre, *La Presse* publiait deux articles au sujet des références pour avortement faites par des infirmières en milieu scolaire sans consentement parental. Selon nous, ces articles étaient tendancieux et incomplets.

Des titres-chocs qui laissent entendre conspiration et crime. Des articles, dont l'un qua-

lifié de «dossier», qui donnent l'impression que les questions (pertinentes en soi) de responsabilité scolaire et de consentement parental sont ici des prétextes pour dénoncer indirectement l'avortement.

Il n'y a pas un mot, pas un témoignage, pas une entrevue auprès des principales concernées: les femmes adolescentes qui vivent une grossesse non désirée et qui choisissent d'avorter.

Au point où elles en sont rendues, ce n'est plus le temps de crier à l'outrage, mais plutôt d'accepter leur réalité et leur choix dans un climat de respect et de confidentialité, comme le font présentement des infirmières en milieu scolaire, en leur facilitant l'accès à un service d'avortement de qualité le plus rapidement possible, ce qui diminue grandement les risques de complications.

C'est aux femmes adolescentes de décider de poursuivre ou non leurs grossesses, ainsi que de décider à qui et quand elles vont en parler. Dans une société qui résiste à reconnaître aux femmes leur pouvoir et leur droit à disposer librement de leur corps et de leur vie, être confrontée à une grossesse non désirée est déjà assez difficile: les adolescentes n'ont pas en plus à se faire confronter contre leur gré à des directeur(trice)s d'école ou à leurs parents, surtout s'il n'existe pas de relation de confiance et de respect entre elles et eux.

**Josée BELLEAU**  
coordonnatrice  
Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

LIBRE OPINION

LA PRESSE 23/02

## L'avortement des adolescentes: la bonne question

L'auteure est infirmière. Elle écrit ici au nom du Regroupement des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Québec.

IRÈNE CHARTIER

■ On estime que de 5 à 10% des adolescentes vont devenir enceintes; donc, dans une école de 1 000 filles, il peut y avoir au moins 50 grossesses par année. Les infirmières en milieu scolaire interviennent de façon confidentielle auprès de très peu de jeunes, peut-être cinq adolescentes par année; pour ce qui est des autres, soit que les parents sont au courant et aident leur fille, soit que l'adolescente se débrouille seule ou avec l'aide de ses amis(e)s.

Les jeunes filles qui viennent consulter et demandent la confidentialité à une infirmière scolaire ou à un(e) autre professionnel(le) (mais oui, nous ne sommes pas les seules à aider confidentiellement les jeunes: il y a les psychologues, les travailleurs sociaux, les enseignants, les directeurs), ont de bonnes raisons pour le faire. Malgré cela, l'infirmière lui demande d'en parler avec ses parents. Une situation conflictuelle ou une peur de déplaire à des parents qu'elle aime, amène la jeune fille à vivre sa démarche (avortement, contraception, M.T.S.) sans en aviser ses parents. Parfois, quand le moment critique sera passé, elles pourront en parler avec leurs parents. C'est aussi le rôle de l'infirmière en santé scolaire de favoriser une meilleure communication entre parents et enfants.

### La question

La Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM) va consulter les parents. Si on demande aux parents: «Êtes-vous d'accord pour que des jeunes de 14-18 ans reçoivent des soins médicaux (exemple: avortement) ou des prescriptions médicales (exemple: contraception) sans que les parents soient avisés?», c'est certain que la majorité des répondants vont dire: non, puisque la grande majorité des parents ont de bonnes relations avec leurs enfants.

Dans leur question, la CECM ne doit pas oublier de spécifier que les jeunes qui utilisent ce droit de consulter sans que les parents soient avisés, sont des jeunes qui vivent des situations difficiles, qui n'auront pas le support nécessaire et la compréhension de leurs parents. La réponse pourrait être différente.

Les parents ont peut-être à réfléchir sur leur attitude face à la sexualité de leurs adolescents. Est-ce qu'ils sont capables d'en parler? de l'accepter? de conseiller leurs adolescents?

Il ne faut pas simplement attendre les questions des jeunes; en tant que parents, il faut créer un climat de confiance qui amènera le jeune à parler de sa sexualité qui est, pour lui, un sujet personnel et difficile à aborder. Avant de parler de son problème personnel (contraception ou avortement) à ses parents, le jeune a besoin de savoir ce qu'ils en pensent, en général.

La jeune fille à qui les parents ont dit: «Si tu deviens enceinte, tu prends la porte», pourra-t-elle parler de sa grossesse avec ses parents. Non, elle ira ailleurs. Mieux vaut qu'elle soit aidée par une personne compétente que de vivre son expérience de façon clandestine. L'infirmière en santé scolaire, à cause de sa préparation, pourra aider la jeune fille qui vit une situation difficile et saura faire le suivi une fois la crise passée.

## La CECM et l'avortement

# Le secret professionnel est contesté

MICHELINE GRATTON

La loi sur la protection de la santé publique, permet, selon une certaine interprétation, à des médecins ou à des établissements de santé de fournir des traitements ou soins médicaux, y compris la contraception et l'avortement à des mineures âgées de plus de 14 ans et sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement de leurs parents ni même de les prévenir.

Les commissaires de la CECM

jugent une telle pratique «*absolument inadmissible*» de la part du personnel de la commission scolaire. Ils considèrent cette interprétation comme contraire à l'obligation qu'ont les directeurs d'école de contrôler les absences des élèves et d'en aviser les parents. Le conseil des commissaires se propose de prier (sic) l'Assemblée nationale du Québec de clarifier la législation à cet égard. Ils voudraient voir cet article de loi modifié afin que le secret professionnel ne soit pas reconnu dans le cas d'avortement d'adolescentes. Ils ne se soucient guère de

l'éthique professionnelle de ces travailleuses et encore moins de santé et du bien-être des adolescentes fréquentant leurs écoles.

On se souvient de la position des commissaires à l'égard des professionnels non-enseignants du secteur anglophone: la CECM les empêchait de donner des renseignements personnels aux étudiants et aux étudiantes du secondaire en matière d'éducation sexuelle.

La CECM toujours fidèle à elle-même, continue de bafouer le droit à la liberté de conscience d'une partie importante de sa population scolaire.

Mouvement laïque Québécois  
Vol 8 No 1 mars 87

## LES POLITIQUES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE:

Source: Collectif de Vancouver pour la santé des femmes,  
Conférence de Nashilongo Elago.

Cette industrie se présente de nos jours comme la plus innovatrice et dynamique qui soit. Pour qui ? Pourquoi ? Dans l'intérêt de qui ?

Au Canada, l'industrie pharmaceutique se compose à 60% de filiales de compagnies américaines. Quels sont leurs objectifs ? La santé les intéresse-t-elles ? Ultimement non, ce sont les profits qui les motivent, comme toute compagnie qui se respecte...

### L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE : UN SECTEUR INDUSTRIEL PROTEGE.

Comment fonctionne le secteur industriel dans son ensemble ? Tout d'abord, la concurrence est à peu près inexistante puisque seulement quelques grosses entreprises dominent et se partagent les marchés. Par exemple, une firme se spécialisant dans les tranquillisants ne menace pas celle qui fabrique des laxatifs ou des antibiotiques.

En plus, le secteur fonctionne sous brevets et protection. Cela veut dire que l'entreprise protège ses découvertes ( par le brevet ). Ceci lui permet de vendre ce produit à un prix surévalué, dans le but de rentabiliser au maximum son investissement. La période de protection lui garantit d'être seule à fabriquer le produit donc sans concurrence . Ainsi aucun concurrent ne peut se retrouver sur ce marché à vendre à un prix moindre.

Le gouvernement canadien travaille actuellement à prolonger ces délais. Les consommatrices et consommateurs sont évidemment les premier-e-s à payer la note. Comment les compagnies obtiennent-elles les faveurs du gouvernement ? En contribuant aux caisses des partis politiques, en menaçant de fermeture et en faisant miroiter des investissements "massifs ( nous verrons plus loin ! ) en recherche et développement.

### APRES LE DELAI DE PROTECTION, LA CONCURRENCE ?

A la pharmacie, une fois le délai de protection expiré, nous exerçons, par nos achats, une certaine pression à la baisse sur les prix, en achetant les marques les moins chères.

Cependant, 70% des ventes de l'industrie sont des produits PRESCRITS, dont nous ne choisissons pas la MARQUE. Ce sont les médecins qui décident du dosage, donc de la quantité qui sera achetée, et du type de produit. Ceux-ci occupent donc un poste-clé dans la distribution et la vente des produits pharmaceutiques. Ils sont les "pushers" du réseau à la différence près que cela se fait légalement.

Ainsi les entreprises dépensent des millions ( en moyenne \$4,000. par année et par médecin ) pour promouvoir leurs produits. Un produit pour être rentable doit servir à plusieurs fins différentes. Nous reconnaissons ici la stratégie de la compagnie Upjohn qui cherche, par la publicité auprès des médecins et par le "lobbying" auprès du gouvernement, à étendre le marché du Depo Provera. De simple produit d'usage exceptionnel ( cas de cancer avancé ) on cherche à en généraliser l'usage en le présentant comme contraceptif.

#### COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES ET MEDECINS :

Les compagnies pharmaceutiques prétendent que leurs produits sont chers en raison des contrôles de qualité, de la recherche et de la publicité.

Constatons:

2% du chiffre des ventes va à la recherche et au développement.

2.4% " " " " " " " " " au contrôle de qualité.

25% " " " " " " " " " va à la publicité.

Les représentants de compagnies effectuent des tournées promotionnelles sans fin, rencontrent chaque médecin individuellement à son bureau, dans les congrès, dans les facultés de médecine. Ils orientent les pratiques médicales vers le curatif ( un bobo, ... une pilule ! ). Ils laissent des échantillons gratuits et différents trucs publicitaires pour rappeler le nom de la compagnie. Souvent, ils enseignent la pharmacologie dans les universités.

Les compagnies pharmaceutiques, avec leurs profits importants, échappent au fisc par le biais de dons aux organisations médicales. Ces dons peuvent rendre certaines personnes-clés reconnaissantes ( ... ! ).

Les compagnies financent aussi des études vantant leurs produits. Elles s'assurent de leur diffusion en achetant de la publicité dans les journaux médicaux. La plupart de ceux-ci

tirent au moins 50% de leurs revenus de cette publicité.  
Les médecins sont parfois partie prenante des compagnies pharmaceutiques en possédant des parts de celles-ci.

Bref, les médecins ont beaucoup plus de "chance" d'identifier leurs intérêts à ceux des compagnies pharmaceutiques qu'à la santé publique.

### ET LE GOUVERNEMENT ?

Puisque seulement 2.4% de la valeur des ventes va au contrôle de la qualité des produits, peut-on penser que les produits sont sérieusement testés avant d'être mis en marché ?

Nous pouvons nous rassurer avec le fait que le gouvernement réglemente l'accès au marché. Cependant, plusieurs produits sont acceptés, malgré des listes impressionnantes d'effets "secondaires" ( c'est-à-dire non souhaités ) reconnus.

Les entreprises effectuent les tests sur des animaux et sur des humains-cobayes, souvent des personnes coincées sur l'aide sociale ou en institution. Des femmes internées en Ontario, ont servi à des expériences afin de tester si leur cycle serait supprimé par le Depo Provera. Trois femmes décédèrent du cancer du sein pendant l'étude. Trois dans ce groupe restreint représentent 25 fois le taux général de cancer du sein dans la population !

### AILLEURS ?

Le Tiers-Monde intéresse les entreprises pharmaceutiques à deux niveaux :

- Comme main-d'oeuvre bon marché dans leurs plantations ( les produits sont souvent dérivés de plantes dont les principes actifs étaient connus depuis fort longtemps des sorcières et sorciers.).

- Comme marché pour les produits considérés dangereux dans les pays occidentaux, donc invendables ( pratique communément appelée "dumping" ) Le Dalkon-shield et le Depo Provera sont de bons exemples de cela.

En Namibie actuellement, les femmes se mobilisent. Elles ont formé le Namibian Women's Voice. La secrétaire générale du mouvement, Nashilongo Elago, nous a rendu visite à Montréal le 8 avril dernier. Elle rapporte que la minorité blanche domine et contrôle les richesses du pays et se donne comme politique de contrôler aussi l'évolution démographique de la majorité noire. Le Depo Provera, outil de cette politique, est utilisé sur les femmes namibiennes, à très grande échelle et sans leur

consentement. Les femmes n'ont pas le contrôle de leur fécondité et elles n'ont pas de choix quant aux moyens contraceptifs. Les informations concernant les effets indésirables du Depo Provera ne sont pas disponibles. Certaines entreprises forcent les travailleuses à se soumettre à l'injection ( Ex.: Coca-Cola ). Des médecins exigent la même chose comme pré-requis nécessaire pour obtenir des traitements à certaines maladies ( Ex.: tuberculose ). Des écoles ont adopté le programme Depo Provera.

Les femmes expérimentent la série d'effets secondaires dont nous avons parlé plusieurs fois ( réf.:Dossier Depo Provera, FQPN ): haute pression ,augmentation de poids, saignements excessifs, perte de libido, assèchement en cours d'allaitement. La mobilisation des femmes est telle qu'elle permet à la Namibian Women's Voice de faire une série de 10,000 entrevues afin de monter un dossier et de faire pression sur Upjohn.

Nashilongo Elago suggère d'écrire à la compagnie pour signifier notre désaccord avec ses politiques de "dumping". Ces faits nous permettent de prendre conscience de l'importance des enjeux internationaux entourant la décision du gouvernement canadien concernant le Depo Provera et de l'implication absolument partielle des médecins dans ce dossier.

La résistance au Depo Provera est un exemple d'action qui prouve aux compagnies pharmaceutiques que la population et en particulier les femmes , n'acceptent pas de mettre leur santé en jeu pour accroître leurs recettes.

M.L.

## Conférence de Connie Clément

Montréal, le 22 avril 87 dans le cadre de la semaine d'information concernant le DES

Connie Clément est une militante féministe, membre du Toronto Women's Network, de la Coalition Canadienne contre le Depo Provera et du comité de publication de Health sharing.

DES: Premier produit hormonal bon marché et efficace par voie orale, premier oestrogène de synthèse(1930) Il s'agissait d'une assistance médicale à la grossesse, une technologie de reproduction. Aux essais les chercheurs dirent: " Les grossesses anormales deviennent normales et les grossesse normales deviennent plus normales ! " (Dossier hormones) A la longue le médicament s'est avéré inefficace et préjudiciable.

### RESUME DE LA CONFERENCE

Nous disposons aujourd'hui de beaucoup d'information. Cependant les technologies et les connaissances scientifiques sont mal utilisées. Prenons l'exemple des produits pharmaceutiques: un des facteurs qui détermine leur utilisation est la surmédicalisation de problèmes familiaux et sociaux. Le sous emploi, la solitude, la pauvreté sont des problèmes sociaux. Ce type de problèmes demande des solutions d'ordre social non pas médical, et pourtant...

### LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Il y a près de 13,000 produits pharmaceutiques sur le marché au Canada. Ce nombre excède largement les 200 produits pharmaceutiques reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé comme essentiels.

Comment les médecins peuvent-ils connaître tous ces produits et leurs effets indésirables ? La plupart d'entre eux n'en prescrivent qu'une cinquantaine et au plus quelques centaines. Les connaissent-ils bien? Là encore, ce n'est pas sûr.

Une étude ontarienne révèle que sur 85 médecins ayant prescrit un médicament, seulement 69 estiment en connaître assez sur le produit pour le prescrire (!).

Les effets indésirables des médicaments agissent pendant ce temps. L'Ordre des médecins du Québec estime que 4% à 10% des 3,5 millions d'admissions dans les hôpitaux sont dues à une mauvaise prescription ou à des effets indésirables des médicaments.

### LA SANTE DES FEMMES

Le domaine de la santé est biaisé à l'endroit des femmes reflétant la situation sociale. Les caractéristiques définissant la santé des femmes diffèrent de celles pour les hommes, il y a cinquante ans. Cela a-t-il changé ?

Les femmes au Canada ont 2.5 fois plus d'opérations que les hommes et pas seulement en raison de l'appareil reproductif. Il y a 4 fois plus d'ablation de vésicule biliaire chez les femmes. Pourtant en Angleterre, le taux entre femmes et hommes est le même.

Au cours de sa vie, une femme a plus de probabilité de se faire prescrire des produits pharmaceutiques parce qu'elle est une femme.

Même avant la naissance, comme les hommes, elle sera exposée à des produits utilisés dans les diagnostics prénataux, à d'autres produits destinés à induire ou à retarder le travail de l'accouchement en fonction des horaires du personnel hospitalier.

Durant l'enfance, elle recevra des antibiotiques. Si elle a des problèmes de comportement à l'école, elle recevra d'autres médicaments.

À la puberté, les traitements en lien avec son système reproductif commenceront. Durant la dernière décennie, la médecine a accordé de l'attention au cycle menstruel, cessant de juger que la tension prémenstruelle est d'origine nerveuse. On s'empressa cependant à chercher des solutions basées sur les médicaments.

Ces médicaments proposés pour pallier à la douleur menstruelle ont rapidement été acceptés. L'acceptation rapide signifie une utilisation large avant que le temps nécessaire au cumul de l'information sur l'impact des produits ne soit écoulé.

Pour les femmes actives hétérosexuellement la contraception veut souvent dire consommer des produits pharmaceutiques avec effets indésirables.

Si elle décide de vivre une grossesse, des médicaments peuvent lui être proposés dans une situation de difficulté à concevoir. Les NTR dans ce contexte apparaissent comme la surmédicalisation d'une étape spécifique de la vie des femmes sur la base de diagnostic plus ou moins sérieux.

Si elle devient enceinte, il est possible qu'on lui prescrive différents produits pour des raisons telles les nausées. Le Bendectin, retiré du marché au Canada, servait à empêcher les nausées mais il s'avéra aussi causer des anomalies au fœtus. Des produits à contenu identique au Bendectin sont encore vendus actuellement (10,000 femmes en ont pris en 1986.)

À la ménopause, les femmes se voient prescrire des hormones. Les médecins les prescrivent "pour éviter l'ostéoporose et assurer la réceptivité du vagin." Soulignons que rien n'est prouvé à ce niveau. Les risques augmentent aussi de se voir prescrire toute sorte d'autres médicaments genre psychotropes. Une recherche de Ruth Cooperstock sur l'usage des tranquillisants démontre que des femmes et des hommes, consultant un médecin avec des symptômes identiques, sont traités différemment. Les hommes sont plus susceptibles d'être référés à d'autres tests, les femmes à être retournées à la maison avec une prescription.

Les femmes à la maison reçoivent statistiquement plus de prescriptions de psychotropes que les femmes actives en emploi ou faisant du bénévolat.

50% des femmes sous prescription de psychotropes ( en 70) avait une autre prescription.

2 fois plus de femmes que d'hommes ont 10 prescription ou plus par année.

À mesure que les femmes avancent en âge elles peuvent avoir une maladie chronique. Celle-ci multiplie les prescriptions ainsi que les effets indésirables. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets indésirables. D'après une étude ontarienne se référant à l'année 79, 16 prescriptions par personne dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, est la norme en Ontario.

Evidemment si une maladie mortelle se développe, les prescriptions pleuvent et les interactions incontrôlées entre produits augmentent exponentiellement. Certains produits peuvent être utiles mais en quoi un médicament peut-il soulager quelques problèmes sociaux que ce soit? À peine peut-il les

engourdir. Les femmes, de par leur situation sociale, obtiennent plus d'engourdissement. Les connaissances technologiques et scientifiques ne seraient-elles pas utilisées à meilleur escient si elles servaient à solutionner ces problèmes sociaux plutôt qu'à les faire digérer?

Les NTR comme solutions aux problèmes sociaux de rapports entre les sexes, aux problèmes environnementaux et aux problèmes causés par les médecins eux-mêmes changeraient-elles quoique ce soit au niveau des sources des problèmes.

Jusqu'où les médecins iront-ils ?

M.L.

## NON AUX COUPURES

Mémoire présenté à la Commission populaire itinérante  
par le Collectif féministe de Rouyn-Noranda  
Le 20 février 1987

Le Collectif féministe de Rouyn-Noranda est un groupe féministe d'action et de pression qui a comme objectif général de favoriser l'autonomie des femmes dans le domaine de la sexualité et de la reproduction.

Nous sommes peu nombreuses ( 6 pour le moment ) à travailler bénévolement pour faire avancer la cause des femmes, surtout dans le domaine de la santé. Nos dossiers prioritaires, cette année, sont : le droit à l'avortement libre et gratuit, la réflexion sur les nouvelles technologies de la reproduction et le développement des moyens de contraception efficaces et non nuisibles à la santé.

Nous sommes membres de la Fédération du Québec pour le Planning des Naissances, ce qui nous est très profitable pour différentes raisons. Entre autres, ce membership nous permet de recevoir une tonne d'informations et de réflexions à faire connaître à la population de l'Abitibi-Témiscamingue et nous pouvons profiter d'une subvention du programme OVEP ( environ \$6,000. par année ) par le biais de notre fédération.

Des coupures au sein de notre collectif ou de tout autre groupe s'occupant de planning seraient très néfastes pour la population surtout pour les femmes qui sont, malheureusement, les principales usagères de la contraception, les victimes du manque de services en avortement et souvent, les cobayes de la recherche en reproduction.

Les raisons sont nombreuses pour dire non aux coupures:

1. Nous ne pourrions plus produire de documents d'information et de réflexion sur divers sujets tels la contraception, l'avortement, les biotechnologies, la sexualité, etc... La population serait privée de cette information et elle devrait s'en remettre aux cliniques de planning, CLSC, hôpitaux, qui sont déjà débordés et qui, de toute façon, font appel régulièrement à notre fédération pour ce genre de documents.

2. La prévention auprès du public en matière de sexualité et de reproduction serait grandement affectée et les institutions ne

pourraient l'assurer puisqu'elles sont déjà débordées par le curatif. Il est donc indispensable que les groupes comme nous amènent la population par exemple, à se renseigner sur les méthodes de contraception pour prévenir la grossesse et ainsi éviter un avortement. Un programme à long terme de prévention bien organisé à la grandeur de la province permettrait d'économiser beaucoup d'argent dans les services sociaux et éviterait les coupures que l'on connaît.

3. Il n'y aurait plus personne pour effectuer le travail de chiens de garde face à des abus du monde médical, des chercheurs, du gouvernement, des compagnies pharmaceutiques, etc. Par exemple, s'il n'y avait pas eu de groupe pour mettre le débat sur la place publique, le Depo-Provera, produit très nuisible pour la santé des femmes, serait depuis longtemps sur le marché comme moyen de contraception.\* Nous sommes toujours aux aguets pour éviter que les intérêts économiques, médicaux et autres, ne passent avant la santé des femmes.

\* La compagnie Upjohn se fait de plus en plus pressante et il est presque certain que le produit sera sur le marché très prochainement ( malgré les protestations des femmes ).

4. Il nous serait impossible d'offrir un minimum de salaire à une permanente, même à temps partiel. Cette situation amène une grande rotation de personnel, ce qui déstabilise le groupe et empêche une planification des activités à long terme.

5. Une coupure dans notre subvention OVEP nous obligerait à déployer toutes nos énergies pour la recherche d'autres forme de financement. Pendant ce temps, le travail régulier ne se fait pas et la cause n'avance pas.

Que ce soit dans les services publics ou communautaires, les coupures sont néfastes pour l'amélioration de la condition des femmes. Dans les établissements de santé, elles seront d'autant plus affectées qu'elles en sont les principales utilisatrices et forment la majorité du personnel. Quand aux secteurs communautaires et populaires, les coupures affectent beaucoup les femmes puisqu'elles y sont omniprésentes.

Il est clair que, si l'Etat veut améliorer la condition des femmes, il devra, non pas diminuer les budgets dans ces secteurs, mais bien les augmenter.

**NON AUX COUPURES !**

Céline Mottivier  
pour le Collectif féministe de Rouyn-Noranda

C.P. 1051  
Rouyn-Noranda, QC  
J9X 5C8  
Tél.: (819) 769-4714

Lettre aux groupes/ regroupements de femmes du Québec concernant le réseau canadien pour la santé des femmes

---

Chères amies,

Voici un appel à toutes qui sont possiblement intéressées par un projet de mise sur pied d'un " Réseau canadien pour la santé des femmes ".

L'idée vient d'une concertation informelle entre des militantes et des intervenantes en santé des femmes lors d'un colloque sur " Les femmes et la toxicomanie " en mai dernier ( 1986 ), près de Toronto. Par la suite les groupes Women Healthsharing ( Toronto ), D.E.S. Action ( Toronto ) et Interaction - Santé - Femmes ( Ottawa et Winnipeg ) prenaient l'initiative de poursuivre l'idée et de créer un comité provisoire. Ce comité entre juillet et décembre 86, élabore objectifs et plan de travail, rédige des demandes de subventions. En décembre 86 le comité provisoire contacte une vingtaine de groupes à travers le Canada pour une première rencontre du comité consultatif à Toronto en février 86.

Au Québec, ce sont le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec et la Fédération du Québec pour le Planning des Naissances qui assistent à cette première rencontre. Une prochaine rencontre aura lieu à Montréal en juin 87, en vue de préparer une première grande consultation canadienne qui aurait lieu en novembre ou décembre 87 à Winnipeg à laquelle seraient convoqués une centaine de groupes pour la formation du réseau.

Le projet élaboré par le comité provisoire et évalué par le comité consultatif vise à créer un réseau pan-canadien d'échange/ information/ action en santé des femmes et à regrouper les groupes de femmes travaillant en santé des femmes.

Parmi les groupes présents à la première réunion du comité consultatif ( février 87 à Toronto ), on retrouve toutes les tendances du mouvement de santé des femmes, donc un féminisme populaire et pluraliste. Une majorité de groupes font de l'éducation et de la prévention en santé et quelques unes seulement offrent des services cliniques.

Pour vous donner une idée du potentiel du réseau quand au membership et aux thématiques, voici une liste de groupes consultés à date, les minorités représentées, les moyens d'actions privilégiés et les problématiques abordées par les groupes.

Groupes présents à Toronto, février 87:

- Association des femmes autochtones du Labrador.
- Regroupement des centres de santé des femmes du Québec.
- Fédération du Québec pour le Planning des Naissances.
- Women Today, Comté de Huron, Ontario
- Centre des Femmes Victoria-Faulkner de Whitehorse, Yukon.

- Coordination nationale des femmes immigrantes et des minorités visibles du Canada.
- Réseau d'éducation en santé des femmes ( WIEN ) du Centre des femmes du comté de Pictou, Nouvelle-Ecosse.
- Comité Santé du Comité National d'Action (NAC)
- Women's Health Interaction Santé Femmes ( Ottawa )
- Collectif de santé des femmes de Vancouver.
- Réseau d'information des femmes ( WIIN ) de l'Ontario du Nord-Ouest.
- Association Canadiennes des infirmières indiennes et inuit.
- DE Action de Toronto.
- Fédération Nationale des Femmes Canadiennes-françaises.
- Women Healthsharing de Régina.
- Collective de santé des femmes de Calgary.
- Réseau des femmes handicapées ( DAWN ) de Montréal.
- Women's Health Interaction Santé Femmes de Winnipeg.

Minorités représentées à date:

Autochtones, minorités visibles, immigrantes, handicapées, francophones du Québec et hors-Québec.

Moyens d'actions privilégiés entres autres:

Prévention, dépistage, formation, éducation populaire, entraide, documentation, publications, lobby, enquête, recherche, clinique, théâtre, production audio-visuelle, atelier, conférence, représentation, concertation.

Problématiques abordées par les groupes:

Pauvreté, toxicomanie, stress, alimentation, chômage, logement, maternité, grossesse, accouchement, allaitement, avortement, contraception, sexualité, santé mentale, auto-santé, auto-examens, hygiène, planning des naissances, nouvelles technologies de la reproduction, violence, sage-femmes, divorce, mères avec enfants handicapés, ménopause, syndrome pré-menstruel, affirmation de soi, abus et lacunes dans les services de santé, financement des groupes, tabagisme, médicaments et industrie pharmaceutique, in/fertilité, DES, Depo provera, Dalkon Sheild.

Dans chaque province ou région, il serait préférable que les groupes intéressés communiquent entre eux avant la grande consultation pan-canadienne prévue pour le début de l'hiver, afin de déblayer le terrain des ententes possibles, se concerter et organiser la délégation pour Winnipeg.

Vous trouverez en annexe un questionnaire-sondage pour les groupes intéressés au projet du réseau, et une ébauche proposant une définition de la santé et des principes de base pour le réseau.

Veuillez retourner vos réponses le plus tôt possible avant le 20 mai à l'adresse mentionnée au bas du questionnaire.

Alors si la santé des femmes vous passionne et que les échanges pan-canadiens vous enchante, communiquez le plus tôt possible avec nous.

Marie Vallée, FQPN, (514) 842-9501

ou

Johanne Chouinard , Centre de santé des femmes de MOntréal, (514) 842-8905

Solidairement,

Marie Vallée,  
FQPN

Josée Belleau  
RCSFQ

QUESTIONNAIRE

L'élément le plus important pour bâtir un réseau pan-canadien des femmes et de la santé est de bâtir des liens entre les groupes du Canada qui feront partie du réseau. Nous aimerions connaître votre opinion sur l'idée d'un réseau et de savoir comment le réseau pourrait être utile à votre organisation. Nous vous demandons donc de répondre aux questions suivantes:

1. Quel est le nom de votre organisation ?  
Pouvez-vous nous dire brièvement quels sont les buts et les activités de votre organisme ?
2. Que pensez-vous de l'idée d'un réseau pan-canadien des femmes et de la santé ?
3. Quelles sont les choses les plus importantes que vous aimeriez que le réseau accomplisse ?
4. Comment votre organisation utiliserait-elle le réseau ?
5. Votre organisation ferait-elle partie du réseau ?
6. Pouvez-vous nous donner vos commentaires sur l'ébauche du préambule et des principes du réseau ?

N'hésiter pas à inclure toute information telle, dépliants, bulletins et commentaires que vous jugez pertinents.

S.V.P. retournez toute information à:

Marie Vallée  
Fédération du Québec pour le Planning des Naissances  
3826 rue St-Hubert  
Montréal, Qc  
H21 4A5

## EBAUCHE: DEFINITION DE LA SANTE ET PRINCIPES DU RESEAU

### PREAMBULE

Nous définissons la santé des femmes à partir de l'analyse féministe qui a démontré qu'à travers le sexisme, les femmes sont une classe mise à part dans toute société.

Cette analyse affirme que l'oppression spécifique faite aux femmes est basée en grande partie sur le contrôle et l'appropriation par les "hommes" des capacités sexuelles et reproductrices des femmes. La santé des femmes s'avère donc un des lieux premiers de cette oppression car la notion de santé n'a pas été définie par les femmes mais par les institutions représentant le pouvoir des "hommes": Eglise, Etat, Philosophie, Science, Médecine, Etc.

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social influencé par l'environnement social, économique et politique. Pour atteindre cet état de bien-être, force nous est de constater que les femmes doivent et devront avoir le pouvoir individuel et collectif sur la définition de cet état de bien-être et sur les conditions de vie et de santé qui le déterminent.

Notre définition de la santé implique un questionnement de notre environnement culturel, social, économique et politique et du système en général dans le but de favoriser l'autonomie et la prise en charge de leur santé par les femmes. Nous privilégions une approche globale, préventive et collective qui regroupe les femmes et pose leurs intérêts communs en identifiant les enjeux et les rapports de force qui les maintiennent dans ce système d'exploitation et d'oppression spécifique qu'est le sexisme.

### PRINCIPES DU RESEAU

1. Habilitier les femmes individuellement et collectivement:
  - en reconnaissant le savoir et l'expérience collective des femmes.
  - en revalorisant l'auto-santé.
  - en développant une perspective critique.
  - en démystifiant les théories et les pratiques médicales autant traditionnelles qu'alternatives.
2. Etre accessible à toutes les femmes en reconnaissant les réalités spécifiques des groupes minoritaires suivants:
  - femmes immigrantes et des minorités visibles.
  - femmes autochtones.
  - femmes pauvres.
  - femmes des régions rurales et éloignées.
  - femmes lesbiennes.
  - femmes handicapées
  - femmes âgées.
  - jeunes femmes.
  - femmes francophones.
3. Soutenir les femmes à prendre le contrôle individuellement et collectivement sur leurs vies et à atteindre les habiletés et connaissances leur permettant de faire des choix informés et critiques au sujet de leur santé.
4. Etre bilingue ( français et anglais ).
5. Etre un réseau à but non lucratif.
6. Fonctionner d'une façon non hiérarchisée avec les responsabilités partagées tout en respectant l'autonomie des groupes.  
 Note: Le droit à la dissidence n'implique pas le droit au sabotage et l'entrave à la décision commune. ( C'est une pratique de solidarité.)

## COLLECTIF DE MONTREAL ... HEU! FEMINISTE !!!

Et oui, nous (re) voilà !

Nous sommes l'embryon de la FQPN.

Le nouveau Collectif Féministe de Montréal vient d'être fécondé.

Déjà quelques mois et même si nous avons perdu quelques membres, le projet se rendra sûrement à terme ...

Pas question d'avortement pour les prochains mois ... !!!

En fait, on parle même de se trouver des petites soeurs utérines !

**Collectif Féministe de Montréal**

Diane Lamarche

Nathalie Côté

Dominique Simard

## CHRONIQUE AUTOSANTE

Compte tenu de l'expertise qui se développe dans le domaine de la santé chez les groupes membres, il est logique d'ouvrir une nouvelle chronique sur le sujet.

**Avis aux intéressées à partager leurs découvertes.**

M.L.





# **réflexions**



D E B A T

# Devrait-il y avoir un moratoire sur les nouvelles technologies de reproduction?

■ Quand les sorciers évacuent les sorcières

Marie Lalancette

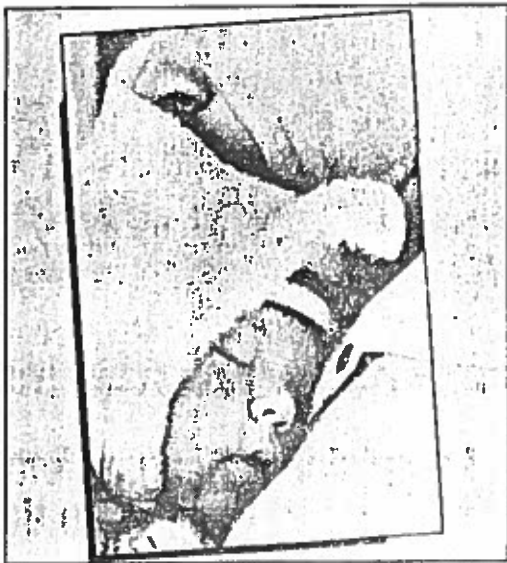
L'auteur est agente d'information à la Fédération du Québec pour le planning des naissances

OUI

Ils promettent « mère et monde » à l'aide de l'expérimentation qu'ils pratiquent sur le corps des femmes. Les façons « yuppies » de fabriquer le bébé in vitro meublent maintenant les conversations. Quant aux moyens d'éviter d'en avoir in utero, le problème, toujours présent, n'intéresse plus la galerie. Pire, ces moyens technologiques de contraception peuvent continuer, en toute quiétude, d'hypermédier la santé et la fertilité des femmes, sans remise en question, puisque les technologies de reproduction promettent « de rendre fonctionnel le corps des femmes devenu inefficace ».

La Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (FQPN) s'interroge et s'inquiète des implications de cette nouvelle tendance pour les femmes tant au niveau santé qu'au niveau social, légal, politique et économique; questions éclipsées par les succès scientifiques qui bénéficient d'une couverture médiatique incomparable.

Certes, les techniques de paraconception en elles-mêmes peu-



Les nouvelles technologies de reproduction aident les couples infertiles, mais ils ouvrent également un champ de recherches qui dépasse l'imagination. Plusieurs émettent des réserves quant à l'utilisation du corps des femmes qui peut en résulter.

vent servir à certaines femmes et à certains partenaires stériles désirant un enfant. Mais sous la mainmise des milieux scientifiques et médicaux avides de leur propre réussite, des problèmes se posent. Leur vo-

lonté de briller empêche la circulation de l'information entourant l'état des recherches. Concurrence oblige! Résultat, les participants aux programmes de traitement de fertilité consentent à livrer leur

corps à l'expérimentation à la lueur de ce que l'on veut bien leur dire. Soulignons qu'au Canada la fécondation in vitro a d'abord été pratiquée chez les vaches, malgré l'expertise hautement technique des éleveurs. Et pourquoi ne pas aller plus loin dans l'expérimentation, l'investissement justifiant des attentes de haute profitabilité. Le désir d'enfant mène-t-il à fournir la matière première à l'industrie naissante de la reproduction, échappant de plus en plus aux simples individus stérilisés de toute façon. (Plus d'un tiers des femmes en âge de procréer le sont déjà au Québec et de plus en plus jeunes).

Et si l'infertilité n'était qu'un simple prétexte nécessaire à l'émergence du marché médico-scientifique de la reproduction qui a « l'avantage », aux yeux de plusieurs, d'être très « sélect » et d'échapper au questionnement des femmes face à la reproduction. Les implications de l'explosion des nouvelles technologies de la reproduction se vérifient aussi côté idéologique. Pensons au cas des « mères porteuses ». En quoi une mère porteuse est-elle une nouvelle technologie tout d'abord? Ensuite, en quoi l'intervention médicale est-elle justifiée puisque la « mère porteuse » et le « père biologique » ne sont ni l'un ni l'autre stériles. Classifier les « mères porteuses » dans les traitements d'infertilité « nouvelle vague » ou faire intervenir médecin, psychologue ou avocat dans un tel processus démontre la rapidité avec

laquelle les NTR affectent l'imaginaire collectif et nous déconnectent de la réalité.

C'est entre autres pour ces raisons que la FQPN demande un moratoire sur l'ensemble des expériences dans le domaine des biotechniques de la reproduction pour permettre de faire le point sur l'état des recherches et de diffuser l'information essentielle à une évaluation des enjeux par les personnes et groupes intéressés.

Déjà, le Conseil du statut de la femme se positionne. Le Vatican condamne, mais le débat n'en est qu'à ses premiers balbutiements. Les milieux scientifiques et médicaux, actuellement juges et parties, doivent surseoir aux pratiques qui ont pour effet de placer la société devant des faits accomplis. S'ils travaillent au mieux-être de la population, ils se préteront au processus démocratique devant permettre d'encadrer socialement les nouvelles technologies de la reproduction.

■ Les couples infertiles doivent être aidés

Dr. Pierre Miron

L'auteur est obstétricien gynécologue à la clinique de fertilité et responsable du programme in vitro à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

NON

Plusieurs opinions souvent erronées et parfois mal intentionnées ont été récemment émises sur les nouvelles technologies en reproduction humaine, soit la fécondation in vitro et ses différents aspects potentiels en recherche. Je crois important qu'une mise au point soit faite pour clarifier certains faits et informer adéquatement la population générale.

L'infertilité affecte environ 10 p. cent des couples au Québec. Cette maladie peut à la longue me-

ner à des troubles émotionnels importants et parfois même à la dissolution du couple. La compréhension médicale de l'infertilité a évolué énormément depuis le début des années '70. Les nouvelles techniques de fécondation in vitro (FIV) et in vivo (transfert intratubaire de gamètes ou GIFT) représentent les développements les plus récents et les plus spectaculaires qu'ait connus la médecine de reproduction humaine. En effet, ces deux techniques nous permettent d'obtenir respectivement des taux de grossesse viable de 14 p. cent et de 25 p. cent par essai. Ces taux se rapprochent favorablement des taux de grossesse naturelle viable de 30 p. cent retrouvés chez les couples fertiles par cycle menstruel ovulatoire. Bien que ces techniques soient reconnues mondialement, nous sommes bien conscients qu'il existe encore énormément de place à leur amélioration.

L'expérience acquise en fécondation in vitro nous indique qu'il existe présentement plusieurs

opportunités en recherche qui pourraient améliorer les taux de succès en fécondation pour certains types d'infertilité. Nous pouvons facilement concevoir par exemple que l'amélioration des techniques d'induction d'ovulation permettant l'obtention de plusieurs ovules de bonne qualité, ainsi que l'amélioration des techniques de congélation d'embryons et d'ovules diminueraient le nombre d'interventions nécessaires pour obtenir une grossesse chez la femme. Un autre exemple, la micro-injection d'ovules par des spermatozoïdes autrement incapables de les féconder, pourrait résoudre certains types d'infertilité mâle. Le point commun de ces recherches devrait cependant se limiter à l'amélioration de techniques de reproduction humaine, le but ultime visant à la guérison de l'infertilité. Un moratoire sur ces types de recherche pourrait s'avérer désastreux pour plusieurs femmes et hommes infertiles au Québec. Par contre, une réglementation au Québec dans ce domaine serait

bienvenue. Pour l'immédiat, la population québécoise doit être rassurée sur le fait que sa communauté médicale n'est aucunement intéressée à procéder au clonage (replication d'individus identiques à partir d'un embryon) ou à toutes autres manipulations génétiques d'embryons humains.

Certains groupes se sont élevés récemment contre les nouvelles technologies en reproduction. Il est important de noter que ces groupes ne sont aucunement représentatifs des couples infertiles. Par ailleurs, la récente prise de position du Vatican contre toutes techniques de fécondation in vitro s'avère peu caractéristique pour les couples infertiles si désireux de fonder une famille, unité fondamentale de base de notre société et de la religion catholique.

Ces récents événements devaient, je l'espère, inciter les couples infertiles à former dans les plus brefs délais une association au Québec. N'oublions pas que les principaux concernés dans tout ce débat sont les couples infertiles et que leur opinion doit être entendue.

**LE MATIN**  
est publié par  
Les Publications I.D. Inc.  
235, rue Saint-Jacques Ouest  
Montréal, H2Y 1M6

---

Éditeur délégué  
**Jean-Guy Duguay**  
Directeur de l'information  
**Pierre Beaulieu**  
Directeur de la rédaction  
**Serge Gosselin**  
Directeur des projets spéciaux  
**Christian Bellavance**  
Vice-président marketing  
**Jean-Pierre Boudreau**  
Directeur des opérations  
**Luelen C. Richard**  
Chef des nouvelles  
**Bruno Houtet**  
Directeur artistique  
**Michel Saint-Denis**  
Directeur des ventes  
**Pierre Bourassa**  
Directeur des ventes locales  
**André Lagout**  
Directrice des annonces classées  
**Louise Piché**

---

Seule La Presse Canadienne est autorisée à diffuser les informations du MATIN. Tous droits de reproduction des informations particulières du MATIN sont également réservés.  
Le MATIN est imprimé sur les presses de l'imprimerie  
The Gazette  
250, rue Sainte-Antoine Ouest  
Montréal, H2Y 1M6  
Courrier de la deuxième classe; enregistrement en instance.

La Frontière 24/02/86

## Biotechnologies de reproduction

# Les femmes se questionnent et se donnent rendez-vous

Le développement des nouvelles technologies de reproduction humaine devient de plus en plus spectaculaire. Certains discours parlent même de "ma-

nufacture biologique d'un être humain conforme aux spécifications souhaitées".

Le premier problème avec ces biotechnologies

est les réponses aux besoins humains et suppléer aux lacunes dans le processus de la reproduction naturelle.

Dans le même ordre d'idées, ces biotechnologies représentent-elles un moyen de libération ou d'oppression pour les femmes? Dans un contexte social patriarcal de discrimination raciale et sexuelle et d'exploitation économique, les femmes ont très peu de contrôle sur le phénomène.

Pour l'instant il est difficile de prendre une position complète sur ce sujet. Toutefois, il est important d'indiquer ses inter-

rogations et ses inquiétudes vis-à-vis ces expériences qui comportent de nombreuses implications pour l'humanité et pour les femmes en particulier.

LE COLLECTIF FEMINISTE DE ROUYN-NORANDA VOUS invite à partager vos questionnements le 2 mars à 19h30 à la palestre de l'université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Il y aura présentation d'un vidéo réalisé par Francine Blondin avec Jacques Dufresne intitulé: Le temps des limites. Une entrevue abordant l'impact des nouvelles technologies de la reproduction.

# Contrôler les « magiciens de la vie »

21/04/87

## ■ Urgence d'un moratoire

LA FÉDÉRATION du Québec pour le planning des naissances s'inquiète du développement anarchique des nouvelles technologies de reproduction, et de ses conséquences. et pense qu'un moratoire s'impose afin de permettre, non seulement la tenue d'un débat public éclairé, mais l'encadrement d'un processus démocratique devant permettre d'encadrer ces NTR.

La couverture médiatique met le focus sur les succès spectaculaires des scientifiques et sur l'aspect strictement technique des choses. Certes, les techniques en elles-mêmes peuvent servir à certaines femmes et à certains partenaires stériles désirant un enfant. La reproduction, sans sexualité, évacue cependant les premières personnes concernées et livre leur matériel génétique aux milieux scientifique et médical, avides de leur propre réussite. Des problèmes se posent.

Tout d'abord, l'information circule peu : les participantes au programme de fertilisation confie leur corps à l'expérimentation, en pensant qu'il s'agit de techniques éprouvées. Soulignons qu'au Canada, la fécondation in vitro a d'abord été pratiquée chez les humains et, ensuite, chez les bovins, malgré l'expertise hautement technique des éleveurs.

Côté diagnostic, l'infertilité de-

les nouveaux ingénieurs que les médias consacrent « magiciens de la vie » ? La magie se résume-t-elle en l'apparition d'un patient à traiter à l'intérieur du corps des femmes ? Les évaluations demeurent dans les limites des connaissances en génétique, la encore, l'expérimentation règne en maîtresse. Par exemple, on sait pertinemment que l'échographie affecte les cellules des embryons et foetus.

Is sky the limit ? Les milieux scientifiques et médicaux, actuellement jugés et parties, doivent s'efforcer aux pratiques qui ont pour effet de placer la société devant des faits accomplis et qui comportent des risques non mesurés pour la santé.

Le gouvernement ne peut se contenter d'un simple comité sur le sujet, réunissant expertes et experts en médecine ou en droit. L'ensemble de la société sera touchée par la coupure entre reproduction et sexualité, et l'émergence d'une économie de reproduction affectant les rapports entre les sexes. La FQPN demande, par conséquent, au gouvernement québécois d'intervenir en faveur du moratoire et de prévoir des budgets pour financer l'élaboration démocratique de l'encadrement des NTR.

— MARIE LALANCETTE  
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Montréal, le 9 avril



mère « porteuse », ni le père « biologique » ne sont stériles (ou « malades ») ? Le bébé est-il un remède à cette maladie de couple, et la femme (mère porteuse), un outil nécessaire à la guérison ?

Au niveau génétique, qu'apporte l'évaluation de l'embryon faite par

vient une maladie de couple. Outre le fait que celle-ci origine majoritairement d'interventions chirurgicales, pharmacologique ou médicale antérieure, la « maladie » de couple ouvre la porte au recours aux mères dites porteuses. En quoi l'intervention médicale se justifie-t-elle puisque ni la



## NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION, FEMMES ET RAPPORTS DE SEXE.

Durant la session d'hiver 87, les représentantes d'une dizaine de groupes de femmes ont pu, grâce à une entente entre Relais-Femmes et les services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal, suivre une formation sur les Nouvelles Technologies de la Reproduction Humaine.

Cette formation initiée par Mme Louise Vandelac, la FQPN et le Regroupement des Centres de Santé des Femmes du Québec, avait pour but de permettre aux groupes de femmes intéressés d'amorcer une réflexion et surtout d'avoir accès à de l'information structurée et critique sur cette question qui prend chaque jour une importance plus grande et sur laquelle les femmes doivent le plus rapidement possible faire entendre leur point de vue.

La formation, donnée par Mme Louise Vandelac, nous a permis, tout en recueillant les informations scientifiques de base sur les techniques proprement dites, d'avoir un aperçu de leur développement historique, de voir les éléments clés du contexte qui ont permis la mise en place de cette "économie" de la reproduction et finalement de dégager des pistes de réflexion et d'analyse qui nous permettront d'intervenir dans ce dossier qui implique les femmes au premier chef et sur lequel on s'est bien gardé de leur demander leur avis.

Les deux textes qui suivent, portent sur les premières rencontres de la formation. Ils sont un résumé des notes de cours, des textes remis sur place et des textes conseillés en référence. Ils sont très denses et illustrent bien la complexité des questionnements soulevés par les NTRH. Dans le méandre des discours justificateurs tenus par les scientifiques, il n'est parfois pas aisé de s'y retrouver et de faire ressortir en quoi ces techniques posent problèmes pour les femmes.

Nous partageons ici avec vous les connaissances et les questionnements auxquels nous sommes actuellement confrontées. Nous espérons que votre intérêt sera éveillé, si ce n'est déjà fait, et que vous partagerez avec d'autres ces préoccupations.

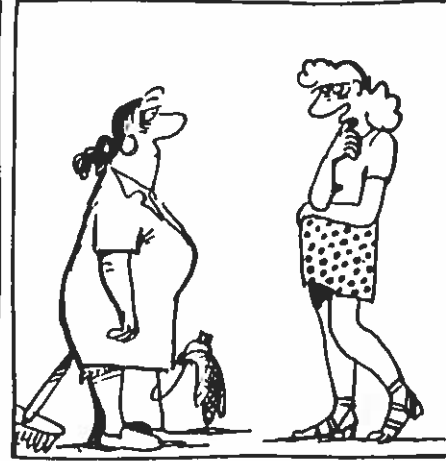
Nous tenons à remercier Louise Vandelac pour nous avoir permis d'utiliser le matériel de la formation et pour son enthousiasme à nous faire partager ses connaissances et réflexions. Nous

soulignons aussi l'apport à la production de ces textes, des discussions entre les participantes à la formation.

Bonne lecture et si vous êtes intéressées à aller plus loin, il y aura un cours à l'UQAM donné dans le cadre du GIERF, à la session d'automne 87. Vous pouvez aussi communiquer avec nous si vous désirez poursuivre la recherche et la réflexion sur le sujet.

M.V.

LES MERES-PORTEUSES



In : LE DESTIN DE MONIQUE;  
Bretecher, Claire; Ed. Par  
L'Auteure, Paris 1983.

A LIRE ABSOLUMENT !





## FORMATION MERE PORTEUSE

Voici les notes prises à la première séance de formation donnée par madame Vandelac auprès de quelques représentantes de groupes de femmes s'intéressant à la santé et à la reproduction. La formation porte sur les nouvelles technologies de reproduction humaine. Le dossier des NTR est blessant pour le mouvement des femmes parce qu'une partie du contrôle revendiqué: **choisir nos maternités**, nous est renvoyé comme un boomerang.

Avec les NTR un glissement se produit de la notion de "coNTRHôle" à celle de la programmation des maternités. L'alarmant est que ces techniques semblent donner aux individus de la puissance. Contrairement au nucléaire qui concentre le pouvoir les NTR semblent le redistribuer. Dans ce contexte, quelles seront les réactions de la population ?

### LA MISE EN PLACE DES NTRH.

Pour que ces technologies s'implantent, il doit y avoir des conditions nécessaires à leur implantation. La science doit avoir accès aux ressources nécessaires aux recherches ( ovocytes/sperme/utérus) . La population doit être prête, ou préparée, à participer.

La situation globale dans laquelle s'inscrivent les NTRH est empreinte de la logique : " science et technologie améliorent toujours le bien-être de la population "" on ne peut arrêter le progrès" etc.

### LES MERES-PORTEUSES

Nous aborderons d'abord ce sujet parce qu'il est le premier à être apparu sur la place publique.

Le point de départ de l'analyse est que le phénomène des mères porteuses joue sur l'IDEOLOGIE puisque la seule technique impliquée est l'insémination artificielle, technique ne nécessitant même pas la participation de médecins. Remarquons qu'on utilise la technique pour deux personnes parfaitement

fertiles ( la mère-porteuse et le père biologique ).

Qui utilise les mères-porteuses ?

Pourquoi y recourir ?

Par quel biais a-t-on pris connaissance du phénomène?

En général les participantes à la formation répondent:

- Les couples dont la femme est stérile ou infertile l'utilisent.
- La femme en question souffre de ne pouvoir avoir d'enfant et elle ne veut pas refuser à l'homme la paternité.
- La mère-porteuse le fait par altruisme et pour l'argent.
- Les échos du phénomène proviennent des médias.

On peut penser que les médias, comme source unique de nos informations, ont pu organiser nos perceptions du phénomène. Il nous faut déconstruire le phénomène, jusqu'au langage, pour décoder ce qui se passe en réalité.

Le phénomène, traduit en chiffres, prend les proportions suivantes: environ 300 cas de mères-porteuses recensés aux Etats-Unis et 30 en France. 40 cas ont été fortement repris par les médias.

La revue de presse sur le sujet ne prouve en rien qu'une femme stérile ou infertile apparaisse dans le décor. Des cas se présentent où la femme est déjà mère. Surprenant ? D'autres cas où il s'agit d'un homme, seul, et qui veut un enfant. Enfin d'autres cas où la femme stérile-alibi ne veut absolument pas recourir à une mère-porteuse mais, à force de harcèlement, elle cède.

Du côté des femmes, mères-porteuses: les articles de presse font ressortir leur altruisme. Cela cache-t-il des situations sociales et économiques pénibles pour ces femmes ? Le vedettariat, construit par les médias constitue-il un incitatif pour certaines femmes ?

Du côté des hommes; ils sont à la source du phénomène, même si ce n'est pas évident dans nos perceptions. Voici la première petite annonce parue dans le San Francisco Chronicle, qui démontre clairement l'importance de l'homme dans le processus:

- " Childless husband with infertile wife wants test-tube baby.

English or Northwestern European background. Indicate fee and age " ( Homme sans enfant avec épouse infertile veut un bébé éprouvette. Origine anglaise ou d'Europe du Nord-Ouest. Indiquer tarif et âge)

Notez bien, l'annonce paraît en 1975, moment où les bébés-éprouvettes n'existent pas.

D'après le texte, on ne peut nier que la volonté part de l'homme, que l'aspect scientifique joue sur l'imaginaire et que les pré-requis raciaux sont là.

**ECHO-VEDETTE** ou rôle des médias dans le montage en épingle du phénomène des mères-porteuses.

Les médias ont tiré l'épingle du jeu en utilisant le sensationnalisme pour accroître leurs ventes. Non ? Pourquoi négocient-ils des contrats d'exclusivité de l'ordre de \$ 100,000 pour des photos d'accouchement, par exemple, avec certaines mères porteuses ?

**Revue de quelques cas de presse:**

La deuxième annonce parue réclamant une mère-porteuse reprend le même texte que la première à la différence que l'on demande une "donneuse ".

Un journaliste remarque l'annonce et demande une entrevue avec le couple en question. L'article, avec photos (prises de dos), est diffusé à travers les Etats-Unis.

On prétend que deux cents réponses parviennent au couple pour des prix de deux cents(\$200.00) à dix mille (\$10,000.00) dollars. La femme infertile impliquée dit qu'elle voulait adopter un enfant mais que son mari répliquait sans cesse qu'il pourrait trouver une femme disposée à se faire inséminer artificiellement et à donner l'enfant. Elle en devenait folle, d'après son témoignage.

La candidate mère-porteuse accepte après cinq minutes de rencontre avec le couple en disant " Tom est un mari idéal, c'est un couple idéal ".

Troisième cas:

Sue, dont la meilleure amie a eu une hystérectomie, désire lui donner le plus beau cadeau : un enfant. Il s'agit d'un cas convivial et autogéré, c'est à dire sans intermédiaire et sans commerce.

Keane ( de l'agence Keane) les amène à la télévision pour leur faire raconter leur histoire utile pour vendre sa salade ! Les retombées sont excellentes, pour lui, d'autant plus que Sue met l'emphase sur la ressemblance du processus avec l'Immaculée Conception "

Quatrième cas:

Keane réalise que la télé est drôlement plus efficace que les petites annonces. Il y amène son client, Joseph (pour continuer le mystère de l'Immaculée Conception ) homme seul, désireux d'avoir un enfant, ou plus exactement un fils.

Les média écrits et électroniques se lancent dans la couverture de la saga des mères-porteuses, construisant des romans fleuves dans certains cas.

Pendant ce temps les agences bénéficient de publicité gratuite. Le phénomène se banalise et devient de plus en plus difficilement contestable.

#### **AU NIVEAU DES RELATIONS HUMAINES :**

La relation entre mère-porteuse et père biologique s'érige sur l'évitement de l'adultère avec la caution scientifico-morale du médecin.

La femme mère-porteuse est conditionnée et se conditionne à concevoir l'enfant en vue de céder tous les droits et responsabilités au père biologique. Autrement dit, il s'agit d'éliminer la mère.

La relation contractuelle appropriée pour 9 mois le corps de la femme et lui demande de programmer une relation schizophrénique. La femme arrive à dire que " l'enfant n'est pas le sien " à l'encontre de l'évidence.

Le contrat exige plusieurs engagements de la part de la mère-porteuse:

- Assurer la paternité du père demandeur : donc ne pas avoir de relations sexuelles concurrentes durant X jours avant et après l'insémination artificielle.
- Se soumettre à différents tests prénatals tels l'échographie et accepter d'avorter en cas de repérage de cellules "indésirables".
- Se soumettre aux différentes technologies jugées nécessaires au moment de l'accouchement.

- Livrer l'enfant à la naissance.

Les mères-porteuses assume les séquelles physiologiques et psychologiques ainsi que le post-partum et les montées de lait *Que l'on pourrait songer à rentabiliser !!!* ).

**L'organisation des relations entre mères-porteuses et pères biologiques.**

La mise sur pied d'agences de mères porteuses répond à la "nécessité d'organiser le marché de façon plus efficace et uniforme ". Est-ce bien vrai ?

Keane, la plus grosse agence aux Etats-Unis doit beaucoup aux médias pour avoir **CREER LES BESOINS** et **RECRUTER** des mères-porteuses. La télévision a joué un rôle central. Rejoignant un vaste public, l'émission Donahue constitue le fer de lance du commerce de Keane ( avocat-proprétaire de l'agence Keane). Il présente en onde ses futurs pères biologiques recherchant désespérément la mère "machine".

A mesure que les candidatures, de plusieurs pays, s'acheminent auprès de Keane, il pense à systématiser ces données et à constituer un catalogue (!) de mères porteuses. Un certain continuum de "femmes de papier" s'installe: après les photos pornos du cubicle à l'hôpital pour inspirer le futur père à l'éjaculation, il sélectionne la future mère par catalogue.

Les agences américaines fonctionnent avec des médecins, des avocats et des psychologues. Le rôle de chacun est l'application de technologies médicales pour les uns, l'intermédiation pour les suivants. Les services des psychologues s'adressent à la mère-porteuse. Leur rôle consiste à vérifier les motivations de la candidate, afin d'établir, avec plus de certitude possible, si elle remettra bel et bien l'enfant.

Les agences, comme nouvelles entreprises, n'ont pas tardé à raffiner leur produit et à promettre l'enfant du sexe désiré. Cela dans le but de mousser le sensationnalisme et la publicité du même coup.

#### **LES JUSTIFICATIONS DU PHENOMENE PAR LES AGENCES**

Leur stratégie a été d'utiliser les médias et l'effet média (ou boule de neige) : " Ca se fait ... tout le monde le fait".

**Les arguments des agences tournent autour de trois axes:**

1- Baser sur l'échange d'un enfant contre de l'argent, le contrat ne scelle cependant pas une vente d'enfant. Les termes du contrat ( \$\$ et enfant) se comparent à l'adoption que l'on ne considère pas comme commerce d'êtres humains. Le paiement se présente comme une simple compensation pour les frais inhérents à la grossesse, frais médicaux par exemple.

2- Le contrat n'est pas illégal.

3- Une société qui ne s'oppose pas à l'avortement, ne peut s'opposer aux mères-porteuses.

### PARENTHÈSE

*contre-argument:*

1- *Sur la vente*

*Il s'agit d'une vente d'un enfant puisque s'il n'est pas livré, la mère-porteuse aura beau avoir mené une grossesse à terme, elle ne sera jamais compensée. La fin ultime est l'obtention de l'enfant, c'est ce qui réalise le contrat.*

2- *Sur la légalité*

*Le contrat devient illégal au moment où il est évident qu'il s'agit d'une vente d'enfant. L'analyse voulant qu'il s'agisse d'une vente d'enfant est court-circuitée et rendue ambiguë par le fait que les deux parties sont parents biologiques. Ces deux parties sont déjà engagées, chacune de leur côté dans un contrat concernant la reproduction (mariage) et qui chevauche le contrat de mère-porteuse.*

3- *Sur l'avortement légitimant les mères-porteuses:*

*Cet argument consiste à reprendre la libre disposition de notre propre corps à des fins utilitaristes pour une situation tout de même différente. Vivre une grossesse parce qu'on l'a choisie: voilà la disposition de notre propre corps. Justifie-t-elle de livrer un enfant? Pourquoi à la naissance ?*

L'adoption et le phénomène des mères porteuses se comparent-ils entre eux ?

Il y a la constante misère des femmes que l'on retrouve dans

les deux cas:

Les femmes, seules, en situation souvent difficile cèderont leur enfant à l'adoption. Elles n'ont souvent pas eu la possibilité d'avorter ce qui explique la croissance de l'adoption internationale. Les mères porteuses font-elles partie de classe sociale aisée ? Une femme riche portera-t-elle pour une serveuse ou une assistée sociale ?

### LES MOTS JUSTIFICATEURS

Les mots jouent un rôle important dans la justification du phénomène à travers les médias. Les mots eux-mêmes construisent l'argumentation.

Mères-porteuses: Cette appellation fait porter le poids de la situation aux seules femmes, occultant ainsi les rapports sociaux entre les sexes.

On peut comparer cela avec "prostituée" qui désigne l'ensemble du phénomène et organise les perceptions des gens pour faire croire que c'est leur faute. Pourtant la prostitution nécessite un "client". Caché derrière ce terme neutre et échappant à toute condamnation, se trouve un homme recherchant un rapport sexuel dans un contexte de rapport social spécifique entre les sexes.

De même, parler de "mères-porteuses" fait oublier que le phénomène origine d'hommes. Parler de "porteuse" occulte le fait que cette femme participe génétiquement à la création de l'enfant et qu'elle se charge de le mettre au monde. Parler de "porteuse" assimile son rôle à celui d'un incubateur.

Nous débouchons donc sur au moins deux catégories de mère:

- celle qui porte
- celle qui se "comporte" en "mère"

# Le tribunal donne des droits des visites à la mère biologique de Bébé M

DE VOIR  
à 11h05 197

TRENTON, New Jersey (AP) — La Cour suprême du New Jersey a rétabli hier le droit de la mère de substitution Mary Beth Whitehead à revoir l'enfant qu'elle a porté pour un couple stérile en échange de \$ 10,000 US.

Ce jugement de la Haute cour intervient 10 jours après une décision de première instance qui avait dénié tous droits parentaux à Mme Whitehead et confié l'enfant Bébé M à son père biologique, William Stern.

En fait, la Cour suprême du New Jersey a confirmé le verdict prononcé le 31 mars par le juge de la Cour supérieure Harvey Sorkow de considérer comme valide le contrat de mère-porteuse. Cependant, elle ajoute que Mme Whitehead pourra voir l'enfant une fois par semaine pendant deux heures, soit deux heures de moins que ne le demandait la mère-porteuse en appel.

## «Baby M»: les Américains sont satisfaits du jugement

Agence France-Presse 04 10 497  
WASHINGTON

■ Une grande majorité d'Américains approuvent le jugement rendu la semaine dernière à Hackensack (New Jersey), dans l'affaire de «Baby M», une fillette d'un an que se disputent sa mère porteuse et ses parents adoptifs, selon un sondage publié dans la dernière édition du magazine US News and World Report.

# La légalité du contrat est reconnue Le juge confie Bébé M à ses parents adoptifs

DE VOIR  
à 11h04 197

HACKENSACK, New Jersey (AP) — Le juge Harvey Sorkow du tribunal du New Jersey a décidé hier que le contrat selon lequel un enfant est né d'une mère-porteuse était valide et il a confié la garde de l'enfant à son père.

La décision du juge est la première aux Etats-Unis à reconnaître la légalité d'un contrat de mère-porteuse. Le juge a mis deux heures et demi à lire l'attendu de sa décision devant une salle remplie et attentive.

La mère de l'enfant connu sous le nom de Bébé M avait souhaité garder son enfant après lui avoir donné naissance.

Le juge a déclaré qu'il avait reconnu la légalité du contrat en estimant qu'une femme avait le droit de décider que faire de son ventre, tout comme les hommes ont le droit constitutionnel de vendre leur sperme.

Dans son attendu, le juge n'a créé aucune clause autorisant la mère-porteuse, Mary Beth Whitehead, à voir de nouveau l'enfant, une fille. Le juge Sorkow a souligné que Mary Whitehead était une femme cédant à ses impulsions et qui avait menti par omission sur certains aspects de sa vie durant le procès.

L'enfant, en d'autres termes, sera confié aux parents adoptifs, William Stern et sa femme Elizabeth, dont le juge a estimé qu'ils étaient les plus aptes à élever la petite fille, aujourd'hui âgée d'un an.

Ils lui expliqueront par la suite les circonstances de sa naissance, a-t-il

ajouté. Mary Beth Whitehead, qui a décidé de faire appel, a attendu le verdict chez elle après avoir rendu visite au bébé dans la journée et être allée à l'église allumer un cierge.

Lorraine Abraham, l'avocate de l'enfant désignée par la cour, avait recommandé de donner la garde du bébé aux parents adoptifs et de ne pas accorder de droit de visite à la mère biologique pendant au moins cinq ans.

William Stern avait entamé une procédure destinée à déchirer la mère-porteuse de tous ses droits parentaux afin de pouvoir adopter l'enfant.

La bataille juridique avait commencé quand Mme Whitehead, inséminée artificiellement par du sperme donné par William Stern, avait refusé de rendre l'enfant qu'elle avait accepté de porter pour la somme de \$ 10,000 US.

Sur le point d'être appréhendée par des policiers venus la trouver chez elle, la jeune femme avait fait sortir l'enfant par une fenêtre et avait fui en Floride avec son époux Richard. Les autorités les rattrapèrent après 87 jours de cavale et rendirent temporairement l'enfant aux époux Stern.

Un procès débuta alors, avec à la clé un problème juridique redoutable: peut-on forcer une mère à rendre l'enfant qu'elle a accepté de porter pour une autre?

Le jugement s'est déroulé à huis clos.

Selon des documents du tribunal l'avocat de la mère de substitution a fait valoir qu'une séparation continue de sa maman pourrait causer des «dommages irréparables» à la petite fille.

«Je la verrai quand et où on m'y autorisera», a déclaré Mme Whitehead dans ces mêmes documents.

L'avocat de M. Stern et sa femme Elizabeth, qui ont adopté l'enfant, ont maintenu que la reprise de ces visites seraient très néfastes pour la «paix et la sécurité» de la petite fille qu'ils ont appelée Melissa Stern.

La Cour suprême avait décidé plus tôt cette semaine de reconsidérer en appel le verdict du juge Sorkow et ont fixé la date d'un prochain débat contradictoire au 14 septembre prochain.

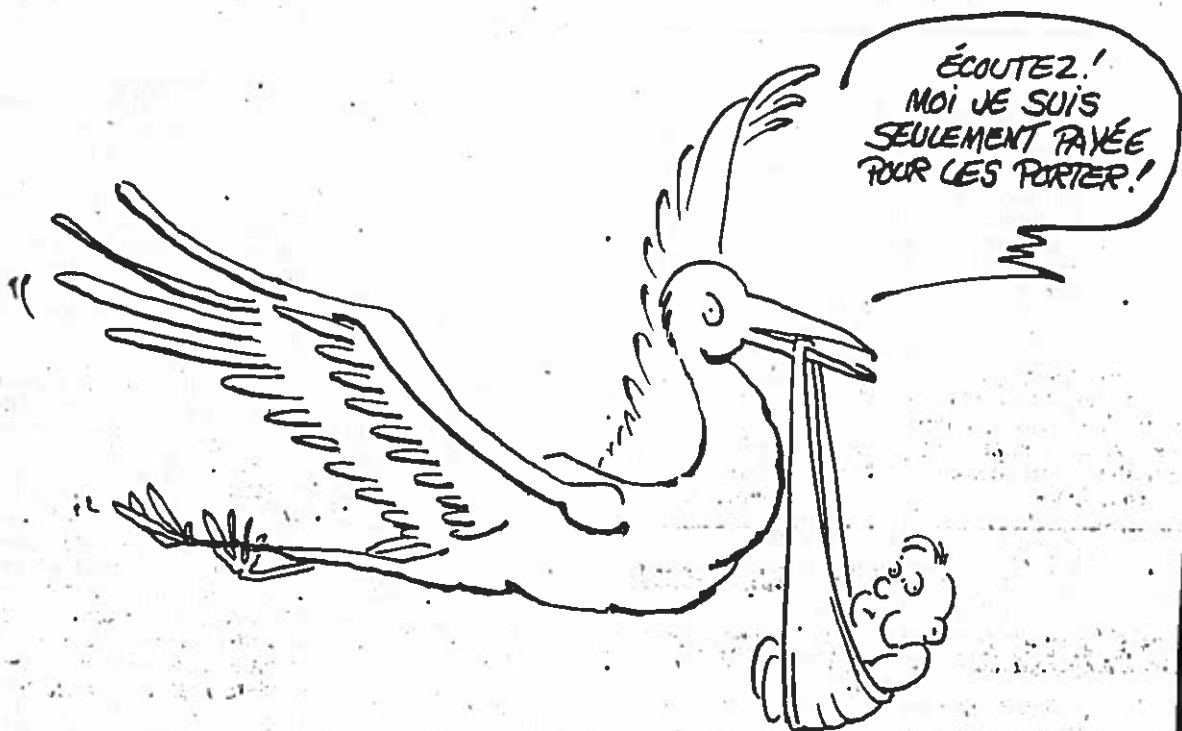
Selon le sondage, 75 pour cent des 1 014 personnes interrogées approuvent la décision du juge d'accorder la garde de l'enfant à ses parents adoptifs, les époux Stern, plutôt qu'à Mary Beth Whitehead, la jeune femme qui avait accepté d'être la mère porteuse de «Baby M» contre une somme de \$10 000.

Les sympathies vont également du côté des Stern (55 p. cent contre 20 p. cent), et en dépit des problèmes juridiques et moraux que le cas de «Baby M» a soulevés, 53 p. cent (contre 34 p.c.) des Américains estiment que l'établissement de contrats de ce genre ne devrait pas être interdit.

PRESSE - CLIP

Devoir 04/04/87

"LES MÈRES PORTEUSES"



EVANEZ

Il niait à son amie le droit d'avorter

## Un amant éconduit est débouté en cour

de VOIR 29/04/87

**BERNARD MORRIER**

L'entente entre deux personnes découlant d'une petite annonce où on sollicitait la rencontre de l'âme soeur avec des traits de caractère souhaités ne pourrait constituer un contrat valide entre les parties. Pas plus que l'amant éconduit

par la suite peut-il venir prétendre à une paternité si sa partenaire est déjà mariée et se refuse à toute obligation envers lui.

Un déménageur de l'île des Soeurs, Georges Guay, avait demandé à la Cour supérieure, vers la fin du mois dernier, d'émettre une injonction Interlo-

Voir page 12 : Un amant

### ◆ Un amant

cutoire afin d'obliger son ex-concubine de mener à terme une grossesse commencée au début de l'année. Toutefois, il lui interdisait de quitter le pays, et la forçait à rendre compte de toute démarche qu'elle pourrait entreprendre auprès d'un CLSC ou d'un hôpital pour se faire avorter. Advenant un tel avortement, Guay expliquait par ailleurs qu'il demanderait éventuellement un dédommagement de \$ 10,000.

Dans un premier temps, le juge Alphonse Barbeau explique que le tribunal ne peut agréer une demande pour interdire à quelqu'un de pratiquer ce que la loi prescrit déjà, référant ainsi à l'article du code criminel qui ne tolère que l'avortement thérapeutique. « La mise en vigueur des lois criminelles incombe, rappelle-t-il, aux forces policières sous l'autorité du Procureur général. Les tribunaux n'ont à leur disposition ni les rouages ni les mécanismes voulus pour remplir cette tâche ».

Voulant refaire sa vie à la suite d'un divorce, Guay avait placé en septembre dernier, à l'un des nombreux babillards de l'Université de Montréal (pavillon Lionel-Groulx), une petite affiche par laquelle il sollicitait une rencontre avec une personne de sexe féminin. Cette dernière devait être capable de partager les joies simples de la vie... et devait désirer avoir éventuellement des enfants, en acceptant pleinement de faire ce choix... Le même message fut publié dans le journal de l'île des Soeurs et, quelques jours plus tard, vint la réponse de Renata S. Une idylle s'engagea presque immédiatement et un mois après, le couple habitait sous le même toit avec toute la promiscuité que cela commande.

Toutefois, les relations vinrent tendues en mars dernier et, après deux mois de grossesse, Renata évinçait Guay de son appartement, tout en lui annonçant son intention de se faire avorter.

En s'adressant à la Cour supérieure, Guay a soutenu que les termes de ses deux annonces avaient été acceptés par Renata et constituait un contrat valide entre les parties. À cet égard, Renata était liée envers lui, d'où sa demande de faire interdire à celle-ci son voeu de mettre fin à sa grossesse.

Après avoir disposé de la légalité de cette entente qu'il décrie comme une simple sollicitation où des goûts furent partagés, le juge aborde la question de la paternité, non sans référer au récent jugement de la Cour fédérale du New Jersey sur l'affaire *Baby M*. Bien que cette décision ne lie aucunement les tribunaux canadiens, le juge Barbeau estime que la situation de mère porteuse dans une société similaire à la nôtre ne saurait être entièrement écartée dans la recherche des solutions à apporter à des situations de même nature aux termes des lois de notre pays. Toutefois, a-t-il ajouté, la situation juridique à l'égard de l'avortement aux États-Unis est fort différente de celle du Canada.

Par ailleurs, si la vie humaine est susceptible d'être l'objet d'une vente, d'un achat au même titre qu'une transaction commerciale, le juge opine qu'il n'appartient pas à son tribunal d'apporter réponse à ces questions dans le présent litige. Il a expliqué que les lois pour réglementer les initiatives et activités de ceux désirant s'engager dans ce domaine (donneurs, agents porteurs, entremetteurs de divorces naturels) n'existent pas, et qu'on ne peut alléguer non plus quels principes de filiation s'appliquent à ces générations aux origines confuses sinon multiples. « Faudra-t-il voir les implications morales ou juridiques de la géné-

rique et de la cryogénie », s'interroge-t-il, pour finalement souligner l'ampleur des débats susceptibles de se soulever dans les instances de cette nature.

Pour l'instant, le juge s'en remet au code civil qui édicte que l'enfant né du mariage est présumé être l'enfant du mari. Cette situation ne peut avoir lieu qu'entre époux. Le code précise ensuite que l'enfant né d'une mère porteuse a pour père le mari de cette femme.

Bien que Renata ait refusé de témoigner, s'étant contentée de déposer une déclaration assermentée par laquelle elle niait toute paternité de Guay, la preuve n'a pu que démontrer que celle-ci est une femme déjà mariée, dont on ne sait cependant pas si elle est divorcée ou séparée légalement. Aussi, aux yeux du juge, l'enfant qu'elle porte peut-il être présumé avoir pour père le mari de cette femme.

Le juge en conclut donc que Guay ne peut, à moins d'une déclaration judiciaire préalable de paternité en sa faveur, réclamer autrement. Ce qui le prive de tout droit apparent, clair et précis à l'injonction qu'il sollicitait, mais qui ne lui interdit pas d'exercer son recours en dommages comme il le projette.

## FORMATION INFERTILITE / STERILITE.

Deuxième partie de la formation:

### Les causes officielles de l'émergence des NTRH.

Le nombre de couples ayant des problèmes de procréation, infertilité et stérilité, constituent la "demande" pour les techniques de reproduction, c'est du moins ce que l'on croit. Et l'on croit aussi que les NTRH proposent de soulager, la "douleur", "détresse", des couples stériles.

Il devient crucial d'étudier les concepts d'infertilité et de stérilité afin de mesurer l'ampleur des problèmes ( ? ). Soulignons que stérilité et infertilité sont deux concepts décrivant deux réalités différentes. Soulignons également que le concept de maladie, au sens pathologique, s'applique à une personne et non à un ensemble de personnes ou à un couple.

Les NTRH sont une réponse médicale à un problème posé médicalement, mais ce diagnostic correspond-t-il à la réalité ? Ces réponses médico-techniques se justifient avec des arguments humanistes. Les réponses sont apportées cas par cas, créant des précédents, tranquillement. Y a-t-il une orientation unique à cette série de précédents.

Voici quelques définitions: ( Sources: Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités, Madeleine Rochon, Etudes de santé, Nov. 86, Québec, MSSS. )

**Fertilité:** capacité de donner le jour à des enfants nés vivants, c'est-à-dire de procréer.

**Stérilité (définitive):** incapacité de donner le jour à des enfants nés vivants.

**Stérilité primaire:** stérilité qui survient avant toute naissance vivante.

**Stérilité secondaire:** stérilité qui survient après au moins une naissance vivante.

**Fécondité:** le fait de procréer.

**Fécondabilité:** probabilité de concevoir en cours d'un cycle

menstruel.

En anglais:

**Fecundity:** capacity to produce a live birth  
(donc FERTILITE en français ).

**Sterility:** lack of the capacity to produce a live birth.  
Used alone, sterility usually carries the connotation of  
irreversibility ( donc stérilité ).

**Fertility:** refer to reproductive performance rather than  
capacity ( donc FECONDITE ).

Une inversion de sens de l'anglais au français, cause des  
problèmes de traduction, des risques d'erreurs et de mauvaises  
utilisations de certains de ces termes.

**Définitions médicales:**

Mais pour les médecins québécois, infertilité veut dire: absence  
de conception après un an de relations sexuelles sans  
contraception. Cela est-il réaliste ?

On peut penser que oui, compte tenu des probabilités de  
concevoir au cours d'un cycle ( 25% ). Logiquement, on peut  
calculer que le nombre de mois nécessaire à la conception est de  
quatre (  $4 \times 25\% = 100\%$  ). Ainsi un an (  $3 \times 4$  mois ) apparaît  
un délai plus que raisonnable. Bravo, sauf que nos gentilles  
probabilités supposent a priori que:

- 1) Ne pas utiliser de contraception signifie qu'il y aura  
conception "automatiquement".
- 2) Le couple en question a des relations fécondante en  
fonction de connaissance du cycle. Cela est très loin de la  
réalité. Une étude américaine réalisée en 1985 a révélé que 93%  
des gens ignorent le moment de l'ovulation, la longévité de  
l'ovule et des spermatozoïdes et sont incapables d'identifier le  
moment propice à la fécondabilité.
- 3) Il est possible d'établir une moyenne en matière de  
fécondation. Cela n'est pas évident puisque la fécondation  
varie en fonction de facteurs tels l'environnement, le stress,  
les conditions de travail des partenaires, le cycle de chacune,  
...  
etc., etc.

" Il y a de plus en plus de couples stériles " affirment les  
médecins du haut de leur profession, mais qu'en est-il  
réellement ?

Plusieurs mélanges se produisent entre les concepts de stérilité, infertilité et infécondité. Cela porte-il à conséquence dans les perceptions de la réalité ? Par exemple, un couple infertile peut très bien déjà avoir des enfants. Les mauvaises traductions donnent des fausses statistiques-chocs telles: 10 à 15% des couples sont stériles.

Une enquête québécoise de 1971 donne un chiffre de 3 % de stérilité primaire et secondaire chez les femmes. Et est-ce que toutes ces femmes souhaitent avoir un enfant? Cela n'est pas évident.

### STERILISATION

Il y a cependant de plus en plus de stérilisation " volontaire " (on peut se poser la question de la volonté puisqu'il y a tellement peu d'alternatives en matière de contraception), et cela, les médecins sont très bien placés pour le savoir. Au Québec, un tiers des femmes en âge de procréer sont stérilisées, et cela, de plus en plus jeunes.

Pourquoi tant de stérilisation ? Les femmes ne s'exposent-elles pas à une intervention chirurgicale inutile, à des regrets ultérieurs, avec réversibilité quasi impossible, d'autant plus que la mobilité des couples est grande ? D'où vient la tendance à l'abaissement de l'âge de cette stérilisation ? Pouvons-nous y voir une suite logique à la contraception dure ? Ingurgiter une pilule à tous les jours, ceci associé à une méconnaissance de notre corps, entretient-il l'impression d'une fertilité en tous temps ?

La réponse médicale à la fertilité permanente des hommes et aux pratiques sexuelles orientées vers les rapports fécondants est logique: rendre les femmes stériles ( pilule puis stérilisation). Cependant cette réponse est-elle satisfaisante pour nous ?

L'infertilité et la stérilité sont-ils des problèmes construits de façon iatrogène ( provoquée par le médecin ) ? ou en bref : des tours de passe-passe !

**Preions l'élément temps:** les délais pour concevoir varient beaucoup. La norme d'un an repose sur une moyenne purement statistique mais signifie peu de chose pour chaque personne. Par exemple, peut-on parler du nez moyen statistique ( le nez moyen égale la somme des mesures de nez de chacun divisée par le nombre de personnes ) ? Il y a des différences entre les corps et la même chose se retrouve au niveau de la fécondité. D'autres facteurs interviennent également: par exemple, l'aspect psychologique. Lorsque l'année fatidique est écoulée, la

situation n'est psychologiquement pas propice à la fécondité puisqu'alors on s'énerve d'être hors normes.

Vouloir programmer l'arrivée d'un enfant joue un rôle important dans la création du sentiment d'urgence. La programmation intègre deux idéologies: le malthusianisme et le rationalisme. Concrètement cela se traduit par le choix du moment optimum pour avoir un enfant ou avoir une satisfaction maximale au moment X où l'enfant nous rapporte. On réunit donc les conditions estimées nécessaires et si l'enfant n'est pas au rendez-vous à l'étape de la consolidation de la relation, c'est la catastrophe !

Le fait d'avancer en âge implique aussi l'accroissement du sentiment d'urgence.

Donc si on revient au début de notre discussion sur la construction de l'infertilité, on peut voir que le médecin et son diagnostic sont les préalables à l'utilisation des NTRH mais aussi que le médecin est intéressé et le diagnostic, biaisé.

**Autre élément: le type de contraception précédemment utilisé.**

La contraception peut influencer sur la fertilité future. Pensons à la pilule ou au stérilet, leur utilisation à long terme peut signifier pour l'utilisatrice des délais beaucoup plus longs pour retrouver la fertilité que pour une utilisatrice de méthode de barrière. L'idéologie "pilule" ( penser être fertile en tous temps vu que la pilule s'ingère à tous les jours ) pèse aussi lourd dans les perceptions de délai raisonnable pour concevoir. Quelqu'une qui se croit fertile tout le temps est certainement déçue après 365 jours d'infécondité ! Ici le critère médical d'un an ne tient pas compte des antécédents.

**Elément: stérilisation "volontaire":** Outre ce qui est mentionné précédemment sur ce sujet, les gens pensent souvent que la stérilisation est réversible, chose qui ne se vérifie pas. La tendance à la stérilisation massive pourrait être renforcée par l'existence des NTRH. Pourquoi se donner le mal de se contracepter avec des méthodes plus ou moins efficaces et qui comportent des dangers. La solution, faute d'alternative, réside dans la stérilisation avec la possibilité de recours aux NTRH ?

**Elément: MTS associées au type de contraception utilisé.** La prolifération des MTS hypothèque la fertilité et la santé des femmes et cependant, le corps médical semble moins enclin à la prévention qu'à l'expérimentation. La solution pilule continue d'être proposée comme panacée aux jeunes femmes.

**Elément: intervention chirurgicale antérieure:** Certaines

interventions d'ordre médical peuvent affecter la fertilité, un exemple: l'appendicite. Une césarienne peut aussi favoriser l'infection et affecter la fertilité.

Ces éléments font ressortir que le pouvoir médical est souvent LA SOURCE des problèmes d'infertilité et de stérilité. Problèmes par ailleurs définis assez arbitrairement par ce même pouvoir médical.

Les NTRH sont une nouvelle réponse médicale a un problème médicalement posé. Elles s'inscrivent dans une série d'autres interventions médicales sur les femmes et qui veulent tout autant répondre médicalement à des problèmes sociaux. La contraception médicalisée ( allant de la pilule à la stérilisation "volontaire" ) est une réponse médicale à un problème de rapports sociaux entre les sexes, spécifiquement un problème de comportement sexuel. A long terme, ces réponses médicales s'avèrent inadéquates et génèrent des problèmes de fertilité. Les NTRH sont-elles des réponses plus adéquates ?

M.L.



## LES DIAGNOSTICS PRÉNATAUX (DPN)

Le DPN comporte différentes techniques médicales en vue d'évaluer l'embryon et ses caractéristiques génétiques; l'échographie amniocentèse, biopsie chorionique .

Voici les définitions sommaires de chacune d'entre elles:

(Source: ENJEUX, document du CSF)

**échographie:** émission d'ultrasons à travers la paroi abdominale qui permet d'obtenir sur écran l'image du fœtus. Le procédé peut déceler certaines anomalies, l'âge, la taille et possiblement le sexe.

**amniocentèse:** à l'aide de l'échographie, l'introduction d'une fine aiguille dans l'utérus en vue de prélever du liquide dans lequel baigne le fœtus. L'analyse en laboratoire de ce prélèvement peut indiquer certaines anomalies génétiques.

**biopsie chorionique:** prélèvement d'une parcelle de la membrane qui entoure l'embryon. L'analyse de ces tissus permet d'établir le sexe du fœtus et de détecter les anomalies et maladies.

Bref il s'agit d'évaluer si quelques tares génétiques ou autres qui affectent l'embryon. Ces techniques de dépistage donnent-elles des résultats fiables? Cela n'est pas sûr puisque les connaissances en génie génétique sont limitées. Advenant la détection de problème: que faire?

Pourquoi recourir au diagnostic prénatal? Les médecins proposent/imposent la vérification de l'embryon lorsque les avantages de le faire dépassent les inconvénients. Dans le cas de l'échographie, devenu automatisme au Québec, on peut s'interroger sur ses inconvénients et ses avantages.

### Quels sont les inconvénients ?

Au point de vue des risques de l'utilisation de la technique, à vrai dire, on l'IGNORE. L'échographie comporte des risques non-mesurés. Selon le Dr. Bloom, directeur de la clinique génétique du collège universitaire de médecine et de chirurgie

de New-York, l'échographie peut produire des malformations chez l'embryon.

D'ailleurs la routine s'est établie avant qu'aucune étude ne soit disponible sur les effets de l'utilisation de l'échographie.

Pour les femmes, pas un mot non plus.

**Quels sont les avantages, si importants, qui supplantent tout inconvénient, quel qu'il soit ?**

**Pour les médecins:** L'avancée technologique ? Parce que le DPN n'en est qu'à ses balbutiements ainsi que le génie génétique? L'accroissement de pouvoir ? La création d'une nouvelle discipline: le traitement ou la chirurgie foetale ?

**Pour la société patriarcale :** La réduction des coûts de santé par l'élimination à la source des "problèmes" ? ou l'eugénisme ?

**Le sexage:** Aux Indes, les cliniques de DPN pratiquent des avortements sélectifs sur demande. On s'en doute, ce sont les embryons femelles qui sont la cible de ces avortements sélectifs.

**Et pour les femmes ? Des questions.**

Quelles seront les conséquences pour nous de cette avancée technologique ? Cela nous obligera-t-il à nous soumettre à tous les tests ( décidés par qui? ) et à tous les traitements nécessaires tels que définis par les médecins sous peine de s'exposer à des poursuites du mari, du médecin ou de l'enfant plus tard ?

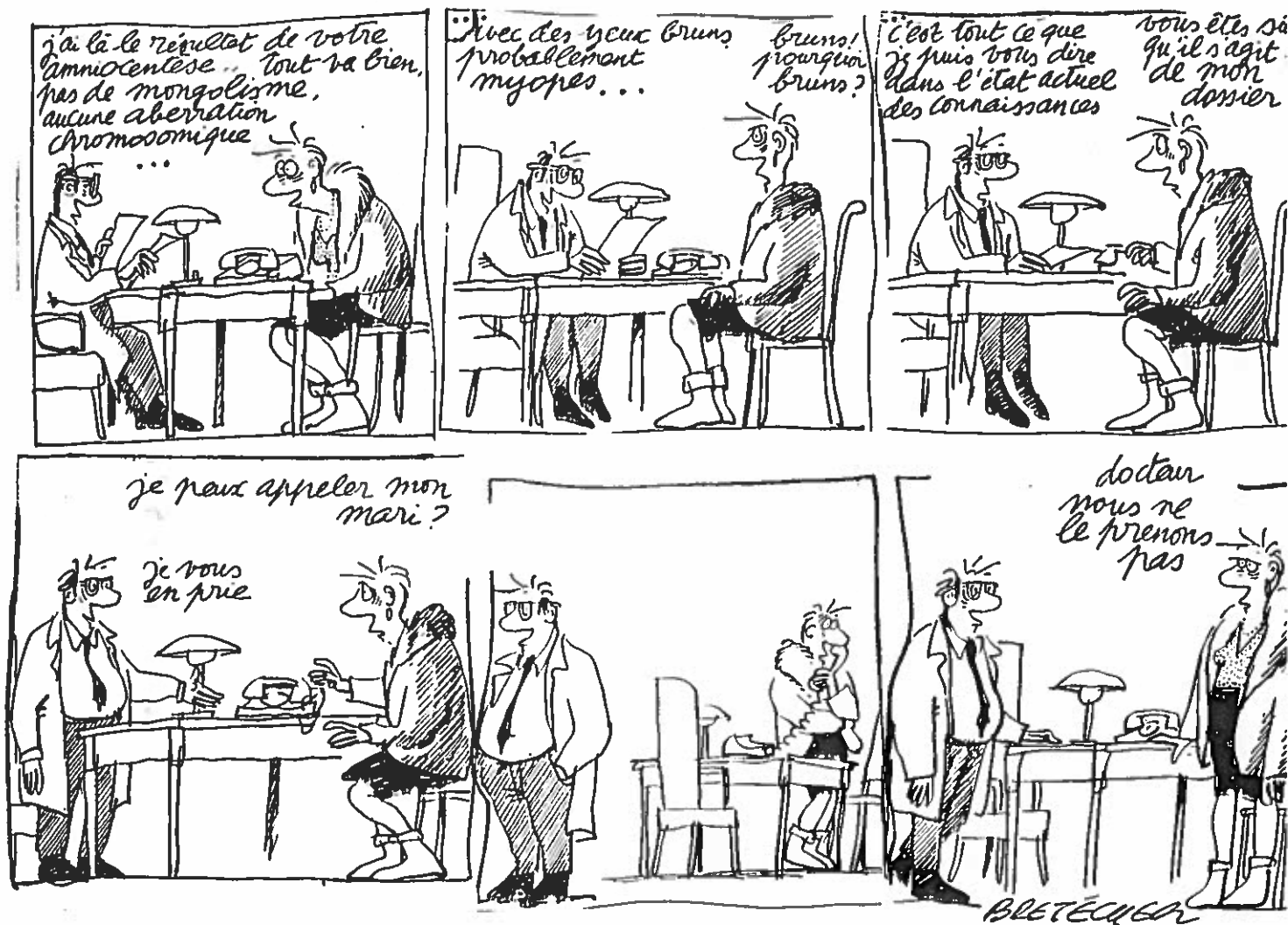
Le diagnostic prénatal piège les femmes dans des "choix" non-volontaires. Au moment où nous voulons un enfant, le pouvoir médical oppose son veto "social" en signifiant qu'il y a des risques à ceci, à cela ... Bien sûr, les femmes ne souhaitent pas un enfant "déficient". mais quels sont nos critères de déficience ? Le sexe de l'embryon ?

96% des échographies ne révèlent rien d'"anormal".

**Le jeu en vaut-il la chandelle ?**

M.L.

DIAGNOSTIC PRENATAL





## IMPRESSIONS DE LA PARTICIPATION A DROIT DE PAROLE: "DOIT-ON PERMETTRE A LA SCIENCE DE FABRIQUER DES BEBES" ?

Tout d'abord, les invité-e-s étaient principalement des couples suivis en clinique de fertilisation ou ayant passé à travers le processus ou encore ayant refusé de le faire.

Les couples en plein processus ont un sentiment d'urgence, de légitimation et sont souvent pleinement conscients des efforts demandés. Par contre, l'analyse globale de la situation ne les intéresse pas et "elles et ils" croient qu'elle n'a pas à se faire ou à les questionner personnellement.

Certaines personnes défendent de façon inconditionnelle les interventions médicales, même les plus suspectes.

Il est urgent de travailler la notion de maternité à tout prix et de faire pression pour le développement de la prévention de la stérilité et de l'infertilité.

### LE DESIR D'ENFANT A TOUT PRIX EST-IL QUESTIONNABLE ?

Plusieurs personnes critiquent le processus, par contre la séparation reproduction/sexualité ne semble pas poser de problèmes. Cette séparation pourtant a le potentiel de changer les rapports entre les femmes et les hommes. Cela n'est certainement pas mauvais en soi, ce qui est inquiétant, c'est que les techniques de harnachement de la reproduction sont dans les mains de la société patriarcale et de ses chevilles de pouvoir tels: la science, la médecine, l'industrie et les lois. Et ces pouvoirs ont des retombées autrement importantes que celles des seuls groupes de femmes sans financement adéquat, sans moyens de diffusion et sans "uniforme" pour assurer la visibilité d'un point de vue critique.

M.L.

# LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION

## Bébé, inc.: la PME québécoise de la fécondation humaine



Photo: J. Lapierre / L'Express

### Quand la reproduction devient commerce

Dans leur clinique du nord de Montréal, le Dr Vito Cardone (à gauche) et le biologiste français Claude Ranoux pratiquent la fécondation en éprouvette sur une case commerciale. Le Québec résistera-t-il longtemps à l'envahissement des cliniques privées américaines ?

### L'économie de la reproduction:

#### MYTHES OU REALITES ?

#### LAURENT SOUMIS

• Commercialiser la reproduction humaine en offrant la compétence scientifique... J'en suis, je suis ou et c'est partant... »

Dans sa clinique du nord de Montréal, le Dr Vito Cardone, directeur de l'Institut de fertilité de Montréal, n'a que faire des nouvelles que suscite, son entreprise. La première PME québécoise en fécondation in vitro et transfert d'embryon.

En novembre 1986, cet ancien gynécologue de l'hôpital Sainte-Justine qui preside une agence de voyages s'est lancé dans la production commerciale des bébés-éprouvette en clinique privée.

Il rentrait alors d'un stage de sept mois à l'hôpital universitaire Cochin-Port, Royal de Paris où il avait rencontré son futur associé, le biologiste français Claude Ranoux.

« Les problèmes budgétaires des hôpitaux publics empêchent l'acquisition des équipements les plus performants. Certains n'ont jamais obtenu de résultats ou de grossesses », déclare le Dr Cardone en entrevue au DÉVOIR.

Moi, j'offre des équipements de pointe et la compétence scientifique dans un contexte plus humain et agréable. C'est probablement parce que je prends le temps de parler à

mes patients qu'on me pointe du doigt. »

Le Dr Cardone a investi près de \$250 000 dans sa clinique, dont \$80 000 pour l'achat d'un échographe pour le prélèvement guidé des ovules.

« J'ai perdu beaucoup d'argent, affirme-t-il, mais je n'ai pas renoncé à un autre investissement de \$500 000 pour une salle de chirurgie, un laboratoire et un congélateur d'embryons. »

Avec un seuil de rentabilité fixé à 300 ou 300 tentatives de fécondation in vitro, le chiffre d'affaires annuel de l'entreprise pourrait dépasser le demi-million, rêve déjà le Dr Cardone.

« Car j'ai un avantage: mon personnel est motivé et les frais de laboratoire sont strictement contrôlés. »

C'est, d'ailleurs, pour des raisons de coûts liées à la détection des maladies transmissibles qu'il a écarté le projet d'une banque de sperme. Tout se fait ici avec les spermatozoïdes et les ovules des conjoints.

« Cent-vingt-cinq couples figurent en liste d'attente. Il y a quatre mois, une première série de 19 tentatives effectuées sur autant de couples s'est soldée par 11 échecs, deux fausses couches et une grossesse en cours. Le premier « produit » de la

clinique devrait naître en septembre prochain.

On est encore loin du taux de succès de 39 % obtenu lors de son stage en France et que veut un prospectus de sa clinique. « Mais, pour une première fois, je suis assez fier », confie le docteur, qui ne se gêne pas pour mettre en doute la compétence de certains confrères québécois.

Un autre groupe de couples, dont plusieurs en seront à leur deuxième essai, attendent bientôt l'expérience. Plutôt que de cultiver les embryons en laboratoire pendant 48 heures, on procèdera alors à l'élevage in vitro, selon une technique mise au point en Europe.

Pour l'heure, le médecin de 37 ans reçoit ses clients « sept jours par semaine ». Ils ont généralement subi ailleurs les investigations nécessaires. Souvent, il relève d'une dépression à la suite d'un échec en clinique publique, affirme le Dr Cardone.

« Ils viennent, attirés par ma réputation et la publicité des médias », poursuit-il. Lors de l'ouverture de la clinique, le Dr Cardone avait poussé le sens des relations publiques jusqu'à convoquer plusieurs journaux en promettant à chacun l'exclusivité.

Dans sa clinique, il n'y a pas de code d'éthique, pas de suivi psychologique par un professionnel, ni de consentement écrit, exigé des couples. « Je fais ça pour rendre service. C'est ma job. Je suis un type empathique et le contact humain me suffit. »

La sélection s'effectue lors d'une rencontre qui dure de « deux à trois heures ». « C'est la seule chose (122) que je facture à la Régie de l'assurance-maladie, affirme le Dr Cardone.

« On n'a pas besoin de psychologue pour une visite biliaire, pour qu'on aïors pour un by-pass de trompes de Fallope. »

Les tarifs du Dr Cardone sont nettement plus élevés que ceux des autres cliniques. De \$2 200 à \$2 500 la tentative, c'est près de 10 % plus cher qu'ailleurs. « Mes équipements sont dispendieux », souligne le docteur.

« Si les candidats « marginaux » lui répugnent pour l'instant, « pour des raisons morales », il procède sans remords à l'égard des femmes de 42 et 44 ans, malgré les dangers pour leur santé, les faibles chances de succès

et les risques élevés d'anomalie embryonnaire.

« J'essaie de les dissuader, mais ce n'est pas à moi de décider. Si l'au interrompt en cours de route, je les rembourse. Et puis il n'y a pas de différence avec les femmes de cet âge qui tombent enceintes à la suite de relations sexuelles normales. »

« Il advenait qu'une grossesse annonce la naissance d'un enfant mongolien, je conseillerais l'avortement », ajoute-t-il avec assurance. En attendant une future législation québécoise, « on ne doit pas priver ceux qui veulent un enfant à tout prix sous prétexte qu'on a des craintes d'une utilisation irrationnelle des technologies », conclut-il. Après, on saura jusqu'où on peut aller. »

Dans le baby-business? « Si je voulais faire de l'argent, j'irais aux États-Unis, répète-t-il. Mais mes enfants et ma femme sont nés ici. »

Le Dr Cardone ne prise guère les comparaisons. « Il suffit pas d'outre-frontières avec la médecine de l'enfère liberté de choix », elle que prôné par Lawrence Susy, président de la société américaine Fertility and Gender Research.

Muni d'un capital initial de \$4 millions (US), Lawrence Susy a mis sur pied, l'automne dernier, deux compagnies de vente d'embryons avec l'aide de sommités médicales. L'une est une société au Harbor Medical Center de l'Université de Californie à Los Angeles, l'autre au Memorial Medical Center. Tune des plus importantes firmes médicales des États-Unis.

En échange de \$200 ou \$300 (US) par mois, des « donneuses » vendent leurs embryons aux mères reeveuses qui paient \$2 000 (US) pour quatre tentatives d'implantation.

Coûtée en Bourse, l'entreprise a fait braver sa technique de lavage d'ovules mise au point pour l'élevage d'ovules.

Le Québec résistera-t-il longtemps aux pratiques américaines? Déjà des couples traversent la frontière québécoise en quête de mères porteuses. Faut-il y voir le développement souterrain d'une forme particulière de libre-échange?

(A suivre)



et qu'est ce que c'est que le gène qui nous marque là... l'adversité de la conscience n'a fait le n'est pas notre genre



voyons... mais je balancer un jet d'acide unique dans cette vieille cellule... bon pour sa petite agressivité ça... ou bien demain?



Non tout de suite tiens... là... la va nous détenir



eh bien nous allons obtenir un affreux personnage... qui fera beaucoup de peine... Pein mon petit trésor?



un petit Néron... un petit Hitler... un petit Staline... ou bien au frigo!



bon-ouh... le grand silence... blanc.

In: LE DESTIN DE MONIQUE; Bretecher, Claire; Ed. Par L'Auteure, Paris 1983.



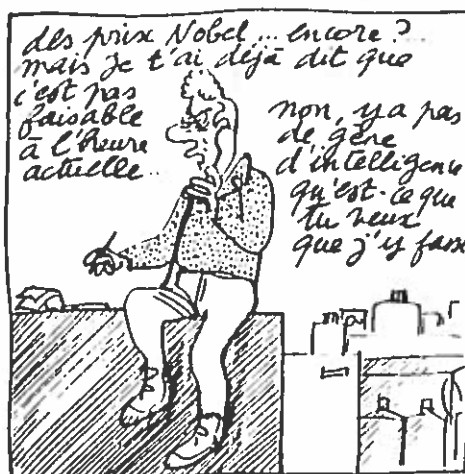
mais non aucun problème... j'injecte un gène d'hormone de croissance dans une cellule... je balance dans un embryon après je clone aussi



trente actrices de hard?... rien jusqu'ici l'hormone de lactation donne de bons résultats pour les gros seins... c'est plutôt les culs qui posent... question... t'as pas besoin de le dire aux Hollandais



d'ailleurs je leur balancerai le triple d'œstrogènes à ces Chiennes le sera tout bon quoi d'autre?



des prix Nobel... encore? mais je t'ai déjà dit que c'est pas faisable à l'heure actuelle... non, y'a pas de gène d'intelligence qu'est-ce que tu veux que j'y fasse?



ça qu'elle... le commerce c'est toi la recherche... c'est moi tu vois le jeu je veux dire



je raccroche... je sens l'arrivée d'un à la porte... naturellement je suis prudent... tu me prend pour un con? GRAT GRAT

## IMPRESSIONS DE LA PARTICIPATION A PRESENT ( RADIO-CANADA )

Quatre invité-e-s se partagent le temps d'antenne : un éthicien, la présidente de la FFQ, un médecin d'un département pratiquant les NTR ( Hôpital St-Luc ) et une représentante de la FQPN.

Le praticien des NTR m'a particulièrement fasciné par sa naivet  face aux NTR. Evidemment, il y va de son propre intérêt d'être ouvert à ces techniques. Il n'ignore pas que les NTR comportent des dangers puisqu'il les compare au nucléaire en s'empressant d'ajouter que le nucléaire a des applications utiles. En toute bonne conscience il avoue EVALUER les couples qui recherchent la fécondité. Il spécifie que l'évaluation se fait suivant ses critères de stabilité et de conformité. Il s'agit pour lui de rendre service aux "p vres" couples infertiles.

Sa définition d'infertilité: un an de rapports sexuels sans contraception et sans conception, correspond à celle critiqu e dans l'article infertilité/stérilité. Ce praticien confirme donc que plusieurs personnes sont aiguill es vers les NTR sans que cela ne soit "nécessaire".

Qui sont les médecins pour s'arroger le droit d'évaluer des gens en santé (l'infertilité n'est pas une maladie ) suivant leurs propres critères NON-médicaux ? Pourquoi s'accrochent-ils désespérément au modèle de couple pour limiter l'accès à ces techniques puisque en réalité la technique évitent les limites des voies sexuelles. Elle n'en a que faire ? Comment le pouvoir médical pourra-t-il longtemps refuser quelque candidature que ce soit ? Le "droit" de se reproduire sera-t-il interprété comme individuel par le pouvoir légal compte tenu des possibilités médicales ? Les contrats de mère-porteuse sont la preuve que le modèle de couple conforme et stable ne s'applique pas de façon exclusive dans l'économie de la reproduction.

Chaque personne possède ses propres possibilités de reproduction, son propre capital. Pour créer une économie de la reproduction, il faut créer une rareté de ces moyens de se reproduire d'où l'importance de la stérilisation et des conséquences néfastes de la contraception dure et des MTS. Il ne faut cependant pas détruire tout ce capital, il faut en déposer à la banque ( banque de sperme, d'ovules, d'embryons ) et ensuite seulement procéder à la stérilisation. Une fois la

rareté créée, le marché peut fonctionner, nul-le ne peut se reproduire par ses propres moyens et doit recourir aux intermédiaires médicaux ( outillés techniquement ) et marchands. (car il faut payer). Les raffinements du marché mèneront-ils à l'évaluation des embryons-produits, au sexage et que sais-je , à la femme outil de reproduction sous contrôle médico-légal. ( N'est-ce pas cela une "mère-porteuse" ? )

Passer par le marché évince le critère de couple conforme et stable au profit du seul homme demandeur d'enfant et payeur. La femme outil de reproduction peut-elle y gagner quelque chose à part être sous-payée pour son travail de grossesse et d'accouchement et être confinée à ce rôle ?

M.L.

QUESTIONNEMENTS ET REFLEXIONS  
SOULEVES PAR DES  
DISCUSSIONS CONCERNANT LES NTR:

La question des enjeux soulevés par les NTR dans les rapports entre les sexes n'est pas toujours claire. Souvent des participants aux discussions pensent que les NTR constituent davantage une solution plutôt qu'un problème.

L'aspect technique fascine beaucoup les gens. Les conséquences possibles de l'utilisation de ces techniques inquiètent pour ce qui est de l'embryon. Les conséquences sur les femmes semblent plus acceptables, pourquoi ?

Le glissement de la technologie aux mères-porteuses, se fait automatiquement dans l'imaginaire. On ne constate pas à ce moment précis que l'économie de la reproduction est bel et bien en marche et que le couple, désuet, est dépassé par le père contractANT et la mère contractUELLE. Il est difficile de faire ressortir que celle que l'on appelle mère-porteuse est tout simplement une femme ayant toutes les responsabilités de la reproduction biologique, qu'elle assume seule, sous tutelle médicale, sans support du père biologique. Elle "sacrifie" tous ses pouvoirs au profit de cette paternité certifiée médicalement et légalement, que l'on se rappelle le cas Bébé M.

Les NTR posent à la société le problème du matériel à potentiel reproductif qui échappe au contrôle des principaux intéressés. Qui contrôle ce potentiel ? Chaque personne peut-elle tenir une comptabilité serrée des ovocytes en banque ou des spermatozoïdes ? Les chercheurs et les scientifiques ont aussi leur propre intérêt tel l'obtention d'un prix Nobel ou la motivation d'ordre strictement capitaliste de faire fortune avec un procédé industriel. Et que dire des manipulations génétiques ... ?

Les NTR posent à la société le dilemme des embryons surnuméraires. L'Etat définira-t-il le statut de ces embryons, pour des questions d'héritage ou pour éviter des expérimentations mutagènes ?

Le matériel et les embryons, une fois réglementés, poseront problème aux femmes face à l'avortement. L'avortement implique un embryon ou fœtus. La fécondation in vitro implique également

un ou des embryons. La congélation d'embryons décale cet embryon dans le temps. Définir le statut de l'embryon limite la marge de manoeuvre des scientifiques en matière d'expérimentation, ce qui est dans doute souhaitable quand on pense aux chimères ou au clonage. Par contre, et encore plus sûrement, définir le statut de l'embryon limitera la marge de manoeuvre des femmes. Si les "prestigieux" scientifiques ne peuvent pas manipuler d'embryons, comment tolérer l'élimination d'un embryon sur la base de la décision d'une "seule" femme ?

Doit-on jouer à l'autruche ? Le statut juridique de l'embryon est à l'étude actuellement au Canada et l'avortement sur demande, illégal.

M.L.

## LES N.T.R. EN PARALLELE AVEC LES PROBLEMATIQUES DE LA FQPN.

La FQPN a choisi d'analyser les questions relatives à la santé des femmes et la reproduction dans un cadre global: Sexualité /pouvoir des femmes.

Ce cadre questionne les rapports de domination entre les sexes et le modèle de comportement sexuel imposé dans le but de la procréation.

Regarder les N.T.R. avec cette approche ne simplifie pas la tâche mais d'emblée deux remarques s'imposent:

- Les N.T.R. sont destinées à nous faire jouer notre rôle de mère et même à le renforcer.

- La sexualité est évacuée et remplacée par la technologie et les intermédiaires médicaux qui manipulent ces technologies. Les N.T.R. ouvrent la porte à une libre association des matériaux humains, non limitée par les rapports sexuels, ce qui conduit à avoir recours à des palliatifs tels les donneurs de sperme et les mères-"porteuses". D'autres intermédiaires se greffent; les commerciaux tels les agences de "mères"-porteuses qui recrutent le "personnel" pour pallier aux insuffisances technologiques et humaines et les intermédiaires légaux pour l'élaboration de nouveaux contrats entre les sexes!

### Qu'arrive-t-il au pouvoir des femmes?

Peut-on croire en la persistance de deux façons de se reproduire: la naturelle et l'artificielle ou industrialisée.

Longtemps, selon Gena Corea, on a pensé qu'il n'y avait pas de contradiction entre le cheval et l'automobile et pourtant, cette dernière a complètement supplanté le premier au nom de l'efficacité et du rendement. C'est grâce à la technologie que les hommes dominent le monde, disent les encyclopédies. Le défi de la cellule devenant être humain fascine les scientifiques.

Pourquoi s'arrêter dans la conquête du "Surhomme" ?

En admettant que l'économie de la reproduction succède à la

reproduction basée sur les rapports sexuels, les rapports entre les sexes échapperont-ils à une redéfinition? Et quelle sera la place des femmes?

Discutons d'abord de l'émergence de l'économie de la reproduction.

Pourquoi l'industrie naissante, basée sur les technologies de la reproduction et les banques de matériel humain cherchera-t-elle à s'accoître? Parce qu'elle voudra une rentabilité maximum et, pour cela, créera des nouveaux marchés.

Le marché des couples "stériles" ne suffit pas, incluons donc les infertiles et ensuite les parfaitement fertiles. Mais comment convaincre ces derniers? En offrant un produit sur mesure: sexe souhaité, yeux de telle ou telle couleur, tout cela évidemment sans défaut de fabrication!

Comment les femmes désireuses d'employer "l'ancienne méthode" pourront-elles prétendre le faire? La façon désuète est beaucoup trop risquée! C'est le phénomène d'obsolescence...!

Est-ce parce que la façon est vraiment risquée ou passée date? **NON!** Ce sont les rapports de pouvoir qui, après un siècle et plus d'exercice en faveur des hommes dans le secteur de la santé, font que les femmes ont recours, lors d'un accouchement à un gynécologue (mâle à 94%) plutôt qu'aux sages-femmes (illégales à 100%).

Les sages-femmes et les femmes ne sont pas tombées en désuétude, en ce qui concerne l'accouchement, suite à l'arrivée des "techniques meilleures" mais suite à un rapport de pouvoir derrière ces techniques. Maintenant c'est le médecin qui accouche !

**Quels sont les rapports de pouvoir derrière les N.T.R. ?**

La science atteint presque le statut de religion par les temps qui courent et la profession médicale est probablement la plus prestigieuse de notre société. L'économie de la reproduction, dont les entreprises aux Etats-Unies sont déjà inscrites en bourse, bénéficie de la caution morale d'agents de pouvoir puissants (médico-légal) qui y voient leur profit.( le prix Nobel, l'appât du gain, les sagas rentables en cour,...). Les médias, comme quatrième pouvoir dans la société y tirent leur profit aussi. La signature de droits exclusifs concernant certaines affaires juridiques avec les mères-porteuses illustre cela .

Les gens en général voient dans les N.T.R. des solutions et sont optimistes quant aux possibilités de la science. A l'émission "Présent à l'écoute" (Radio-Canada) plusieurs personnes diront être en faveur de la programmation de l'embryon par les gènes.

Les éléments sont en place pour l'installation de l'économie de la reproduction: la population coopère et plusieurs agents de pouvoir sont déjà en jeu.

### **Conséquences sur la maternité "ancienne mode" (naturelle) ou pourquoi la maternité deviendrait-elle désuète (obsolète) ?**

Séparer reproduction de sexualité débouche sur le recours aux mères-porteuses, ( la réalité parle malgré les résistances de certains médecins) ou le recours à d'autres contrats que le contrat de mariage, lui même rapport légal entre les sexes construit sur la reproduction sexuée et les rapports de domination des hommes sur les femmes. Le contrat de mariage connaît des transformations depuis quelques décennies en raison d'une certaine négociation entre les sexes, ce qui permet aux femmes d'enregistrer certains gains ( le nom de famille, le partage des biens). Le contrat de mère-porteuse, centré par définition sur la fécondation, la grossesse, l'accouchement et la remise de l'enfant, vient encadrer la maternité biologique. Le contrat s'articule sur l'évitement technologique de l'adultère (infraction au contrat de mariage), la notion de certification de la paternité et sur la filiation paternelle.

La mère-porteuse s'engage à suivre les directives du médecin concernant:

1- Les activités dans la période où a lieu l'insémination artificielle ( éviter toute relation sexuelle).

2- Les activités durant la période de grossesse ( ne pas boire, ne pas fumer, ne pas faire certaines activités, informer de tout événement traumatisant)

3- L'avortement

4- Les interventions chirurgicales comme traitement foetal.

5- L'accouchement.

Les outils du médecin qui lui serviront à établir la désirabilité du foetus, donc de prendre les décisions de pratiquer un avortement ou des interventions chirurgicales sont les diagnostics prénatals. Ceux-ci deviennent la référence. La tutelle médicale est évidente dans un tel processus. Un tel

carcan est-il souhaitable pour les femmes? L'arsenal technologique s'imposera-t-il afin de limiter les risques? Pour qui? Pourquoi? Le précédent des mères-porteuses engage-t-il finalement toutes les femmes? et malgré elles?

Bien sûr, à prime abord, les femmes mères-porteuses acceptent le contrat. Cela signifie-t-il pour autant que le contrat tel quel est acceptable pour l'ensemble des femmes? Une grossesse aussi encadrée ne propose-elle pas un meilleur produit?

Y a-t-il une comparaison possible entre le donneur de sperme et la mère-porteuse?

**Le donneur de sperme:**

En donnant son sperme, la personne reste anonyme face à celle qui sera inséminée avec ce même sperme. Ce sont les "règles du jeu établies" et les médecins sont responsables au niveau du secret.

Le donneur de sperme est peut-être père, son sperme a peut-être contribué à la conception d'un embryon, devenu enfant. Mais il est père anonyme face à lui-même parce qu'il ne sait pas si son sperme a réellement contribué à une grossesse.

*Remarque: Le donneur de sperme, dans le cas où il est père contractant dans une entente avec mère-porteuse, ne s'implique PAS PLUS mais devient PERE avec droits et responsabilités, bizarre, non ? La volonté des hommes l'emporte-t-elle sur la réalité des femmes ?*

**La mère-porteuse:**

En contribuant avec ses ovules, sa vie durant neuf mois et en courant les risques de la grossesse et de l'accouchement, bref en remplissant son "contrat", la personne décline tous droits et responsabilités concernant l'enfant né.

Cependant la grossesse et l'accouchement comportent des responsabilités qui seront assumées par la mère contractuelle. Le pouvoir de décision concernant la grossesse et l'accouchement est remis entre les mains du médecin et du père contractant.

La mère-porteuse NE PEUT ETRE anonyme face à elle-même puisque sa grossesse est un FAIT vécu.

Pour Gena Corea, il y a une différence entre la larve et l'oeil et toute comparaison entre l'apport des hommes et l'apport des femmes au niveau de la reproduction biologique est faussée.

**Le jugement bébé M**

" Le juge a déclaré qu'il avait reconnu la légalité du contrat

en estimant qu'une femme avait le droit de décider que faire de son ventre, tout comme les hommes ont le droit constitutionnel de vendre leur sperme "

(La Presse 01-04-87)

Est-ce au nom de la liberté des femmes?

Alors pourquoi tant d'obstacles de tout ordre pour les femmes seules, sans contrat (mariage ou mère-porteuse) qui ont des enfants? Une femme seule ne peut-elle jamais avoir d'enfant autrement que comme punition ou dans la misère? Est-ce parce qu'il est fondamentalement "illégitime" pour une femme de vouloir un enfant? Tout comme il est illégitime, jusqu'à l'illégalité, de décider d'avorter.

N'est-ce pas plutôt au nom de la liberté des hommes de se reproduire sans les femmes, que le contrat des mères-porteuses, transaction fondamentale de l'économie de reproduction, se construit? La filiation biologique du père prend une importance démesurée au point d'éclipser la contribution génétique de la mère-porteuse et de nier l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Le fantasme de l'homme enceint n'est pas étranger à l'idéologie patriarcale de notre société. A la base des religions de notre temps, on trouve un dieu créateur de vie (enceint de façon abstraite).

Le qualificatif même de "porteuse" trahit la volonté de contrôle des hommes, ramenant la participation des femmes à un rôle de valet de la production (des hommes). On croirait revenir au Moyen-Age où les enseignements de l'Eglise Catholique disait: "La semence est le petit être déjà complet, avec une âme. Il demeure dans les entrailles de la femme pour une période de neuf(9) mois sans que ce petit être ne prenne AUCUN des attributs de la mère elle-même". (Source: Ehrenreich Barbara, Sorcières, Sages-Femmes et Infirmières, 1983, Ed. du Remue-Ménage, p.281.)

Le contrat des mères-porteuses revient-il à considérer les femmes comme outil technique de reproduction? Elles ont toujours été considérées ainsi direz-vous. La fonction prédominante des femmes dans la société patriarcale est de produire des enfants pour porter le nom des hommes, hériter de leur propriété, devenir soldat, travailler, consommer. Au moment où les femmes redéfinissent les termes du premier contrat afin de prendre la place qui leur revient socialement, un nouveau jeu avec de nouvelles règles change le portrait.

### **Dans ce contexte, les NTR sont-elles innocentes?**

Allons plus loin, les NTR ont des applications connues. Les fermes d'élevage en constituent le prototype. Le contrôle technique de la reproduction des bêtes a débouché sur la séparation du processus par étapes. A chaque étape, on trouve une bête spécialisée ( une porteuse, une donneuse)." Ce sont des machines" dira un gérant d'une de ces fermes, rencontré par Gena Corea. " Une très très productive devient une donneuse, une plus large, ayant un meilleur cycle, plus de lait, et un utérus plus accueillant, une " porteuse" poursuit-il. L'arbitraire fait sourire!

### **Le processus:**

**Donneuse:** On lui extrait des oeufs fertilisés par donneur. Cela est rentable à condition que l'on en trouve "pour la peine" donc on utilise des hormones pour stimuler la production d'oeufs. La chirurgie fait partie intégrante du processus de "récupération" des oeufs.

**Porteuse:** Il faut ajuster son cycle pour préparer l'utérus au transfert d'embryons donc utilisation d'hormones.

La reproduction industrialisée a-t-elle mis du temps à s'implanter?

Le commerce de transfert d'embryons a vu le jour en 1972 aux Etats-Unis. Avant 1980, l'industrie était multimillionnaire.

Le transfert d'embryons est très prometteur en soi puisqu'il permet l'évaluation sous microscope de l'embryon. On propose même l'utilisation du transfert d'embryonsd entre espèces semblables pour protéger les espèces menacées d'extinction. Continuons de détruire l'environnement, les scientifiques ont décidément toutes les solutions...

**Le modèle industriel des fermes d'élevage peut-il être repris pour les êtres humains?**

La séparation du processus de reproduction biologique en spécialité : don d'ovules transfert d'embryons, grossesse, accouchement, au nom de l'efficacité ou de la diminution des risques, etc, est en continuité logique avec l'organisation plus performante des NTR, le pouvoir médical accru sur les femmes (la conception et la grossesse) et le pouvoir de législation sexiste.

Andr ea Dworkin prévoit une variante au modèle des fermes pour les êtres humains: le bordel reproductif. L'envahissant contrôle médical implique des inspections, des sélections voire une dévaluation des femmes vues comme machines à bébés.

Les procès américains de médecins poursuivant des femmes ayant décidé d'accoucher à la maison augurent mal pour nous. Le contrôle médical a-t-il l'appui de la sphère légale? Les mères-porteuses préfigurent-elles le bordel reproductif et les agences, les nouveaux "pimp". L'industrie du "pimping" est la troisième plus profitable en France. Les agences de mères-porteuses ne peuvent se plaindre non plus puisqu'elles encaissent plus que la mère porteuse. Le modèle de l'industrie de l'élevage impose aux animaux femelles une vie centrée sur la reproduction biologique exclusivement.

Pourquoi arrêter le progrès?

Pourquoi développer des êtres femelles complets? N'en développons que quelques-uns destinés au bordel reproductif à titre de porteuse.

Les " donneuses n'ont pas à exister puisque les embryons peuvent fournir le capital reproductif (les ovaires) qu'on pourrait extraire et mettre en culture, Les embryons femelles, ayant fourni le matériel deviendront inutiles, ( contrairement aux hommes qui renouvellent toujours leur capital reproductif intarissable. Pourquoi les mener à terme?

Le premier harnachement de la reproduction consistait pour les hommes à s'approprier les femmes. Comment se traduira le harnachement actuel de la reproduction via les NTR?

**Les négociations entre les sexes entreprises par les femmes.**

Nous avons cherché à transformer les rapports entre les sexes pour mettre fin à la domination des hommes. Nous répondent-ils par la bouche de leur canons technologiques? Négocier le processus de reproduction **BIOLOGIQUE** est impensable au moment où les hommes n'ont fait aucun compromis au niveau de la reproduction **SOCIALE**, ni au niveau du contrôle de **LEUR PROPRE FERTILITE**.

Reproduction **SOCIALE**: Le partage de la responsabilité des tâches plafonne.

**LEUR FERTILITE** permanente est toujours **NOTRE** problème.

Mais la société patriarcale ne semble pas désireuse de négocier non plus, elle procède au d ment lement de la reproduction

biologique en étapes et impose son contrôle technologique. Elle va jusqu'à proposer de nous poursuivre pour fraudes les mères-porteuses qui garderaient leur enfant, cela après nous avoir de tous temps refusé l'avortement.

**Les NTR, le nucléaire: les deux côtés d'une seule médaille.**

La course aux armements vise le contrôle des populations du globe en fonction des intérêts de quelques puissants. La course aux NTR a-t-elle les mêmes objectifs ? Contrôler l'évolution des populations n'est pas un phénomène nouveau: les êtres humains ont de l'expérience en matière d'autoritarisme dans ce domaine. Prenons l'exemple de la Namibie dont nous avons parlé plus tôt!

Il est frappant de constater que les industries pharmaceutiques s'intéressent et financent les expériences de guerre des étoiles et les recherches en génétiques. Effet du hasard?

Science-Fiction ou hystérie de féministes enragées?

**Voici quelques recommandations de la commission de réforme du droit en Ontario, 1985:**

17.(1) Les banques de gamètes, les banques qui vendent et achètent du sperme, des ovocytes et des embryons, devraient pouvoir opérer sur une base commerciale...

19.(2) Le donneur de sperme ou d'ovocyte devrait ne pas avoir de relation légale avec l'enfant provenant de ces dons: de ne pas avoir de droits et devoirs parentaux par rapport à l'enfant conçu artificiellement.

26. Il ne devrait pas y avoir d'interdiction de la pratique du transfert multiple d'ovocytes fertilisés à une femme, peu importe qu'il y ait un-e seul-e donneur-euse.

27.(2)(a) Un-e donneur-euse de gamète ne devrait pas avoir le droit légalement de contrôler l'utilisation ou la disposition d'un d'un ovocyte fertilisé auquel il ou elle a contribué génétiquement.

28. La loi ne devrait pas intervenir pour décider si oui ou non les gens devraient obtenir l'information concernant le sexe d'un ovocyte fertilisé qui doit être implanté à une femme.

#### **MÈRES-"PORTEUSES"**

34- Reconnaissance juridique des arrangements pour obtention de mères-porteuses.

40. Lorsque la gamète donnée pour être inséminée ou être transférée à la mère-porteuse n'appartient pas aux parents sociaux prévus, la recommandation 19-(2) s'applique.

*(Quand ça fait l'affaire, on change tous les droits et devoirs afférents: ex. si un homme donne son sperme pour obtenir un enfant d'une mère-porteuse, alors il obtient tous les droits parentaux!)*

42. La cour évalue et approuve la candidature de la mère-porteuse.

44. *(Les critères sont laissés à la discrétion de la cour)*

46. La cour devra requérir l'information reliée au type de sang...etc. de la mère-porteuse, son mari et/ou son " chum " et les personnes produisant les gamètes impliquées afin de minimiser l'incertitude concernant les liens biologiques de l'enfant.

*( vérification légale de la paternité )*

48. L'anonymat devrait être préservé. Les audiences devraient être entendues sur vidéo et le matériel accessible seulement sur approbation de la cour.(!)

49. L'enfant doit être rendu à la naissance. En cas de refus, la cour devrait ordonner le transfert.

51. Le paiement est approuvé cas par cas.

52. Les parents sociaux le sont pour toutes fins légales, donc il ne devrait pas y avoir de clauses spéciales dans le contrat traitant de responsabilité civile.

*( Ce qui n'est pas pour rassurer quant au contrôle médical que cela implique pour la mère-"porteuse". )*

55. Le contrat peut comprendre différents items dont des restrictions parentales quant aux activités de la mère "porteuse" avant et après la conception, incluant des diètes, l'obligation à certains DPN, etc.

56. Après la naissance, les parents sociaux sont parents de l'enfant légalement et la femme mère-"porteuse" ne devrait pas avoir de liens légaux avec l'enfant.

58. Dans l'acte de naissance, la femme mère "porteuse" ne devrait pas être mentionnée, ni le fait que l'enfant est issu d'une femme mère-"porteuse".

62. Quand la candidate mère "porteuse" approuvée ( par la cour ) devient non disponible ( entendre elle est enceinte ), il devrait y avoir une procédure sommaire pour la remplacer afin de ne pas gaspiller (sic !) l'oeuf fertilisé.

Nous invitons chacune à évaluer si l'économie de la reproduction à nos portes ou non et si elle aura des implications pour les femmes.

M.L.



CONTROLE DURANT LA GROSSESSE



Des communiqués plus détaillés de chacune des productions de la FQPN sont disponibles sur demande et moyennant des frais de 1.00\$ à l'adresse suivante :

Fédération du Québec pour le Planning des Naissances  
3826 rue St-Hubert  
Montréal, Qc  
H2L 4A5

## LEXIQUE

Afin de faciliter la compréhension de certains textes, nous vous proposons ces quelques définitions, principalement provenant du Petit Robert.

---

**CHIMERE:** organisme composé de tissus génétiquement différents (par exemple: matériel humain et matériel d'un autre animal ).

**CLONAGE:** à partir d'un organisme unique, concevoir par reproduction asexuée (sans fécondation) des individus génétiquement semblables.

**EUGENISME:** "science" qui étudie et met en oeuvre les méthodes susceptibles d'"améliorer" les caractères propres des populations humaines.

**GAMETE:** cellule reproductrice asexuée possédant la moitié des chromosomes des autres cellules de l'organisme et qui, en s'unissant à une autre cellule reproductrice de sexe opposé, forme l'oeuf d'où sortira un nouvel être vivant ( donc ovule et spermatozoïde ) .

**GENETIQUE:** relatif aux gènes. Gènes: unités responsables de la production des caractères héréditaires ( transmission de caractères spécifiques, tels raciaux ).

**OVOCYTE:** Ovule ou gamète femelle.

**INSEMINATION ARTIFICIELLE:** Insérer par voie vaginale, du sperme, prélevé suite à la masturbation, en utilisant une seringue (sans aiguille).

Gena Corea écrit dans Mother Machine un historique intéressant concernant l'insémination artificielle. En 1779, Lazzaro Spallanzani démontre pour la première fois que, pour qu'il y ait conception, l'ovule et le sperme doivent être mis en contact. De cette connaissance scientifique du rôle du sperme dans la procréation, une première tentative d'insémination artificielle a eu lieu en 1790.

La première insémination artificielle, portant fruit, est rapportée en 1884. Elle a été faite sans le consentement de la femme impliquée. (!)

Pourquoi l'insémination artificielle s'est-elle développée à pas de tortue ? La congélation du sperme a été réalisée en 1949 et on a démontré en 1954 que le sperme décongelé peut fertiliser un ovule. Mais les banques de sperme ne se sont pas développées. Les scientifiques avaient-ils peur de la technologie? Ils pensaient que l'insémination artificielle menaçait la famille patriarcale et la descendance, fournissant ainsi de moyens de rébellion aux femmes.

1) Une menace à la famille patriarcale:

Au début, l'insémination artificielle par donneur ( IAD ), c'est-à-dire insémination avec du sperme autre que celui du mari, constituait un adultère pour les tribunaux et par conséquent, produisait un enfant illégitime. En 1948, une commission en Angleterre propose que l'IAD soit considérée comme une offense criminelle. En 1965, l'association médicale britannique prend position: l'IAD est une offense contre la société.

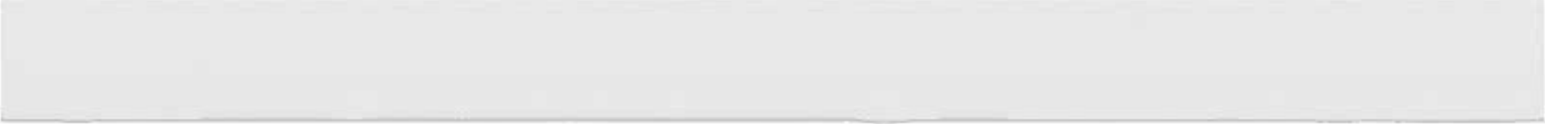
2) Une menace à la descendance patriarcale:

L'IAD pourrait être à la source de famille sans homme car les hommes ne peuvent l'empêcher et il s'agit d'une technique pas compliquée ne nécessitant pas le recours aux médecins ... Pour contrer cela, les hommes ont tenté de limiter l'accès à l'IAD aux seules femmes mariées. En 1974, l'association médicale américaine déclare que l'IAD est un procédé médical et pour cela elle doit être pratiquée par les médecins.

Au Québec, les médecins "prescrivent" le sperme. Il est considéré comme produit prescriptible donc remboursable par les assurances médicaments. Les médecins élaborent donc des critères pour permettre une telle thérapie dont le principal est le mariage.

Les femmes seules ayant eu recours à une IAD ont vu le donneur obtenir des droits face aux tribunaux tandis que pour les femmes mariées, la technique médicale fait disparaître le donneur, le rend anonyme (invisible) et couvre la stérilité du mari.

M.L.



Blank page with faint vertical text on the left side.

