

Éditorial

SUR UNE MÊME PLANÈTE ?

Céline Lemay, Sage-femme
Responsable du dossier périnatalité, ASPQ

Le présent numéro du Périscopop vous présente un dossier sur les nouvelles technologies de la reproduction (NTR), thème d'actualité retenu par notre comité de coordination. Ma première réaction par rapport au thème des NTR? C'est tellement spécialisé, que je ne peux pas en dire grand chose. Je devrais peut-être laisser les « experts » parler.

Ma deuxième réaction? Dans le monde de la périnatalité, nous sommes dans le monde de la promotion de la maternité comme processus normal, continuum naturel, événement familial et social. Nous soutenons l'utilisation appropriée de la technologie, le droit des femmes à faire des choix. En pensant aux NTR alors, on dirait que c'est un autre monde, une autre planète.

En fait, les préoccupations et les actions en périnatalité s'articulent « après » la conception. Mais silence sur la conception. Nous savons bien que parfois, elle n'est pas « naturelle », mais, après tout, c'est un choix personnel, c'est une affaire privée... Privée dites-vous? Eh bien, je crois qu'il est temps de réaffirmer, je dirais même de crier, que le privé est politique!

La politique a depuis longtemps favorisé la science et la technologie (et donc la biomédecine). Nous sommes ici au royaume du corps machine, du corps morcelé, jusqu'à la cellule-mère : l'ovule, jusqu'au gène. Nous sommes aussi au royaume du pouvoir sans fin de la technologie, parce qu'elle prospère en utilisant une réserve humaine infinie : le désir et la peur, les deux côtés de la même médaille.

Les NTR sont tellement spécialisées qu'on dirait que les femmes n'ont pas vraiment de pouvoir, sauf celui de faire des choix paraît-il. Un jour d'ailleurs, nous devons nous pencher sur ces fameux « choix éclairés ». Il va falloir reconnaître que l'information objective et neutre, appliquée

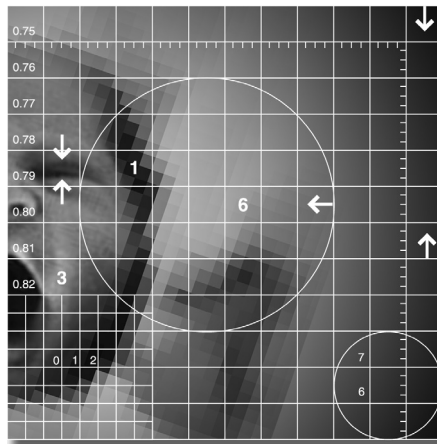
comme une technique envers la cliente-consommatrice peut être aussi une façon de faire l'économie de l'écoute et du dialogue. De façon plus brutale, cela revient à dire : choisis... et tais-toi.

Comment peut-on continuer à perpétuer le mythe de la technologie neutre! Comme les connaissances scientifiques d'ailleurs, elle est toujours inscrite dans un contexte social et historique de valeurs et de croyances. Au fond, que d'implications dans chaque technologie! Le simple dépistage prénatal implique une question immense : qui peut habiter le monde? Combien de temps il m'a fallu pour me rendre compte qu'en regardant la fameuse séquence de la fécondation in vitro, symbole du progrès technologique fréquemment utilisé, j'assistais, en fait, au viol d'un ovule? Même pas de consentement biologique...

C'est quand même difficile, pour moi qui ai porté et mis au monde trois enfants, d'entendre parler constamment des « miracles de la médecine » alors que je n'ai jamais entendu célébrer la contribution des femmes au « miracle » de la vie. Même si elle est spectaculaire, une technique est pourtant bien plus une prouesse qu'un miracle. Peut-être que les NTR sont des bonnes nouvelles

pour les femmes et les couples infertiles, mais ce progrès frôle un abîme que nous ne voulons pas regarder. La technoscience est obnubilée par sa capacité de voler au-dessus du vivant. Elle est aussi en train de voler le vivant. Réflexion optionnelle? À posteriori?

Le langage médical imprègne tellement les esprits que c'est difficile de parler de la grossesse et de l'accouchement dans un autre langage. Qui n'est pas familière avec le vocabulaire de la biologie et des techniques lorsqu'elle parle de sa grossesse et de son accouchement? La prise de poids, les protéines dans les urines, les heures de chaque stade de l'accouchement,



(suite de la page 1)

les résultats en poids, longueur, APGAR, points de suture, etc. Quand est-ce qu'on entend parler de sentiment océanique, de puissance, de transformation ?

Le thème des NTR me fait prendre conscience de deux choses : premièrement, c'est vrai que la reproduction est le lieu-clé de la gestion biomédicale de la vie des femmes. Deuxièmement, malgré leur omniprésence dans la production des soins de santé, les femmes ont toujours bien peu de place et de pouvoir dans leur organisation.

Oui, nous sommes bien sur la même planète mais il me semble que le genre féminin ne s'applique qu'au mot « planète ». Dans cet univers technique et gestionnaire, parti pour la gloire de l'efficacité et de l'efficacité, que peuvent apporter les femmes et les mères par rapport à la santé ? Ce que nous connaissons, ce que nous sommes : la capacité de faire du sens, de vivre avec l'incertitude et le mystère, les liens, la complexité, l'ambivalence... Que diriez-vous de créer une ouverture sur la grande santé, celle qui tient compte du vivant ? Possible, mais à condition d'arrêter de croire que le silence fait partie de la nature des femmes. ♦

Crédits

Les membres du comité de coordination en périnatalité de l'ASPQ agissent à titre de comité éditorial pour le Périscopop :

Julie Bouchard, *Chargée de projet en périnatalité à l'ASPQ*

Martine David, *Coordonnatrice de la Fédération du Québec pour le planning des naissances*

Lysane Grégoire, *Directrice générale de l'ASPQ*

Céline Lemay, *Présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec et responsable de la périnatalité sur le conseil d'administration de l'ASPQ*

Lucie Thibodeau, *Présidente du réseau des Centres de ressources périnatales*

Rédaction

Julie Bouchard
Sylvie-Louise Desrochers
Lysane Grégoire
Robert Laliberté
Céline Lemay
Nathalie Parent
Anne-Marie Poirier
Bernadette Thibaudeau
Pascale Turcotte
Louise Vandelac

Coordination

Julie Bouchard

Maquette

Lysane Grégoire

Mise en page

Caroline Brunet

Contribution financière

Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOMMAIRE

Dans ce numéro du Périscopop

Éditorial : Sur une même planète ?	p. 1
La périnatalité, bien vivante à l'ASPQ — Les projets en cours	p. 3
Prix Aurore Bégin	
Naissance Renaissance Estrie, récipiendaire 2003	p. 5
La reconnaissance du travail acharné d'une équipe « géniale »	p. 6
Dossier allaitement	
Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : une nécessité pour la société ?	p. 7
Ressources Internet sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS)	p. 10
Un code d'honneur : les suites de la formation	p. 11
Sages-femmes et domicile, lettre ouverte de l'ASPQ	p. 12
Dossier spécial : les NTRH	
La maternité à saveur technologique	p. 15
Clonage et l'illusion du double	p. 19
Où en sommes nous ? Le projet de loi fédéral sur les NTRH	p. 21
En bref	
Opération « cartes postales » : les femmes réclament les services des sages-femmes « Mieux vivre avec notre enfant », édition renouvelée	p. 23
« Pères enjeux », vidéo sur la promotion de l'engagement paternel	p. 24
« Pères enjeux », vidéo sur la promotion de l'engagement paternel	p. 25
Nouvelles des régions	
Journée internationale des sages-femmes : pour une première Maison de naissance dans les Laurentides !	p. 26
Gratuité du service avortement au centre de santé des femmes de Montréal	p. 27

123, Mt-Royal O.
Montréal, Qc
Canada, H2T 2S9

1-888-828-6647
(514) 289-9415
fax: (514) 289-8672

www.BUMMIS.com



Accessoires sans pareil
pour couches de coton...

Accessoires
sans pareil pour
couches de coton...

Systemes de couches de coton
très faciles à utiliser.

Doublures jetables
et sans épingle !

Économique et écologique.

• Soutien-gorges, vêtements et
coussins d'allaitement.

• Porte-bébé, baby joggers,
peaux d'agneau et une gamme
de produits naturels et Bio
pour maman et bébé.

visitez notre site internet
www.BUMMIS.com

La périnatalité, bien vivante à l'ASPQ

LES PROJETS EN COURS

Julie Bouchard
Chargée de projet en périnatalité, ASPQ

Le comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité poursuit ses rencontres afin de réfléchir sur l'évolution des projets prévus à son plan d'action. Le comité de coordination s'est aussi rencontré régulièrement pour assurer le suivi des travaux qui nous permettront d'avancer vers l'atteinte de nos objectifs. Cette année nous étions quatre sur ce comité, mais récemment, Martine David de la Fédération québécoise pour le planning des naissances est venue prêter main forte à Lucie Thibodeau, fidèle collaboratrice et directrice du Réseau des centres de ressources périnatales, à Céline Lemay, sage-femme et responsable du dossier périnatalité au CA de l'ASPQ, à Lysane Grégoire, directrice de l'ASPQ et impliquée depuis plusieurs années dans les dossiers sages-femmes et allaitement et enfin à moi-même. Merci à toutes de leur précieuse collaboration. Voici en bref les projets qui ont actuellement cours en péri à l'ASPQ.



LE PERISCOOP VOTRE BULLETIN

Depuis le début de son existence, ce journal sert de courroie de transmission entre les différentes régions du Québec et de moyen de diffusion d'outils efficaces et novateurs. Vous êtes donc invités à y participer pleinement!

Que ce soit par le biais d'articles de fond sur les points chauds de l'actualité périnatale, ou encore en partageant avec nous vos réactions, préoccupations ou opinions sur celle-ci,

LE PERISCOOP est à votre service!

Nous sommes aussi intéressés par ce qui se passe de façon plus spécifique dans votre région : pratiques novatrices, colloques, activités, expériences positives ou négatives, bilans, etc.

Pour ce faire, vous n'avez qu'à faire parvenir vos textes à nos bureaux. (Coordonnées complètes à l'endos)

Le Periscoop est tiré à plus de 2 000 exemplaires et rejoint plus de 10 000 intervenants en périnatalité des centres hospitaliers, des CLSC, des organismes communautaires ainsi que les étudiants des écoles de sciences infirmières tant collégiales qu'universitaires.

Colloque sur l'accouchement naturel

Le projet de Colloque sur l'accouchement naturel (titre de travail) a vu le jour lors de la démarche d'élaboration du plan d'action triennal du *Comité national*. Ce projet d'envergure nationale (et possiblement internationale), fait suite à la série de 5 journées annuelles en périnatalité (JAP). Un comité de travail a réfléchi à la formule la plus prometteuse pour la structure du colloque et en est arrivé à recommander deux actions plutôt qu'une.

Plus de vingt ans après les colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, qui à l'époque avaient mobilisé les intervenants et la population dans les régions du Québec, le comité souhaite mettre en place une démarche semblable de réflexion afin de faire le point sur où nous en sommes avec cette grande idée qu'on a nommée : humanisation des naissances. Les buts poursuivis par ce colloque et les activités qui y seraient liées, demeurent de permettre la réflexion sur le sens de la naissance, sa nature intrinsèque, sa « normalité » et de stimuler une approche critique sur les pratiques actuelles en remettant en question les interventions médicales en obstétrique, en particulier les interventions de routine.

Entre temps, le comité veut également offrir une journée de formation répondant plus directement aux besoins des intervenants concernés par l'accouchement comme tel et en lien avec le pré et le post natal. Un comité d'organisation est constitué et un comité de programme est en cours de formation. Des démarches seront également faites afin que l'événement permette l'obtention de crédits de formation. L'événement devrait se tenir à l'automne 2004.

Recueil de témoignages

Le projet de recueil de témoignages initié par le groupe MAMAN va bon train. L'ASPQ, à titre de partenaire a soutenu notamment la rédaction, le choix et la révision des manuscrits. Le groupe de travail a maintenant complété l'étape d'évaluation des textes reçus.

Selon notre calendrier de production, la publication devrait se faire au printemps 2004. Nous sommes par ailleurs à la recherche de photos d'accouchements (ou de nouveaux-

LA PÉRINATALITÉ, BIEN VIVANTE À L'ASPQ (suite de la page 3)

nés) qui serviraient à illustrer le recueil. Si vous êtes intéressées, faites-nous parvenir les vôtres à l'ASPQ (coordonnées complètes à l'endos de ce numéro). N'oubliez pas de bien identifier vos photos, en incluant une petite légende pour chacune, nous vous retournerons les originaux.

Rencontres prénatales

Dans chacune des régions du Québec, des rencontres prénatales sont offertes aux couples dont la femme est enceinte. L'organisation de ces rencontres, leur durée, leur contenu et leur accessibilité varient beaucoup d'un territoire à l'autre. Dans certains milieux, les rencontres ne sont accessibles qu'à des clientèles ciblées, par exemple les femmes primipares ou les femmes qui correspondent aux critères de vulnérabilité des programmes NEGS ou OLO. Les groupes sont parfois nombreux, ce qui restreint la possibilité d'échanges entre les parents et avec l'animatrice. Certaines organisations offrent les rencontres en demandant une contribution financière des parents. L'approche et le contenu des cours sont trop souvent centrés sur la préparation physiologique à l'accouchement. Le renouvellement des informations véhiculées et du matériel utilisé est souvent limité par les ressources financières de l'établissement et le manque de temps de l'animatrice face à l'ensemble de sa tâche.

Les intervenantes prénatales expriment le besoin d'être alimentées et elles n'ont pas suffisamment de temps pour faire toutes les recherches pour structurer et mettre à jour le

contenu de leurs rencontres en plus de les animer. De plus, les intervenantes déplorent le manque d'occasion d'échanges et de réseautage entre elles.

Afin de contribuer à créer un lieu d'échanges de ressources et de permettre le réseautage des intervenantes intéressées par les rencontres prénatales, un comité de travail a proposé de lancer un site web sur les rencontres prénatales à l'intention des professionnelles concernées. Le projet en est à ses balbutiements, mais les idées sont nombreuses, presque autant que les besoins exprimés. Le comité recommande aussi qu'une rencontre entre les intervenantes prénatales se tienne dans le cadre du colloque sur l'accouchement naturel, afin de cibler les stratégies d'actions futures et continuer à identifier les besoins.

NDLR : Nous tenons à remercier Julie Bouchard pour sa contribution à la périnatalité et pour son travail enthousiaste au sein de l'ASPQ. Julie nous a quitté pour vivre une expérience différente et un retour au domaine de sa formation, soit le travail social. Nous lui souhaitons la meilleure des chances dans son nouvel emploi et regretterons son sourire « rayon de soleil ».

Béké-BoBo

de Camillie

L'ourson magique qui « guérit » les bobos.



10 \$ + frais postaux

Maggy-Nadyne Lamarche
377, de Marseille
Sainte-Julie (Québec) J3E 1A6
(450) 922-0759

L'ourson s'utilise au **micro-ondes** et au **congélateur** pour soulager les colliques, les maux de dents, les douleurs, les maux de tête, la fièvre et les petits bobos.

Composé de céréales et de camomille, l'ourson offre un effet apaisant.

Béké-BoBo a été conçu pour soulager les bobos des enfants et des adultes qui se le procurent mais aussi pour soulager Camillie, 5 ans. L'argent recueilli par la vente permet à sa maman de rester auprès d'elle et de lui procurer les meilleurs soins.



LE PRIX AURORE BÉGIN

Naissance Renaissance Estrie, récipiendaire 2003

UNE EXPERTISE BÂTIE AU QUOTIDIEN

Par Julie Bouchard
Chargée de projet en périnatalité, ASPQ

Le Prix Aurore Bégin de l'ASPQ vise à reconnaître publiquement un projet de promotion de la santé influençant la culture entourant la période périnatale, en considérant celle-ci comme un processus physiologique normal de transformation personnelle, familiale et sociale. En d'autres mots, ce prix honore un projet qui propose une vision globale et multidimensionnelle de la naissance et qui contribue à ce que les femmes et les couples conservent leur pouvoir et développent leur autonomie tout au long de la période périnatale.

Cette année, le jury a choisi l'organisme Naissance Renaissance Estrie (NRE) comme récipiendaire du premier Prix Aurore-Bégin pour plusieurs raisons. Entre autre pour reconnaître une expertise de travail auprès des familles qui s'est bâtie au quotidien depuis plus de dix ans. Aussi, pour ses valeurs qui incluent le respect, la valorisation et l'autonomie et se concrétisent dans les services offerts par l'information transmise, la participation, la responsabilisation et la mobilisation des familles.

« La naissance d'un enfant fait naître des parents et des familles et Naissance Renaissance Estrie semble réussir à signifier sa présence et son soutien à tous les types de familles. »

Céline Lemay, membre du jury de sélection

Chez NRE on tient compte de la continuité de l'expérience de la naissance, soit dès le début de la grossesse et en postnatal au moins jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. Cet organisme permet à chaque famille de se préparer et de s'adapter au bébé qui entre dans sa vie en favorisant le repos et la mise en forme de la mère après l'accouchement, la poursuite de l'allaitement démarré à l'hôpital, l'enrichissement des compétences comme parents, l'harmonisation de la vie familiale avec les autres enfants, l'implication des pères et la prévention des problèmes et de leur aggravation.

Nous avons finalement constaté que non seulement cet organisme soutient une vision de la maternité comme processus normal, mais ce qui transparait beaucoup, c'est que la périnatalité pour eux est une affaire sociale : elle concerne la collectivité. C'est une de leur grande contribution à notre culture entourant la période périnatale.

Un bel hommage...

C'est aussi avec beaucoup d'émotions qu'Aurore Bégin a été présentée à l'assistance. En effet, Carmen Lapchuk, accompagnée de sa sœur, Françoise Lapchuk, ainsi que de leur mère, madame Pauline Kelly, sont venues rendre hommage à celle qu'elles ont bien connue de son vivant et de qui elles ont gardé un doux souvenir.

« Quel juste hommage à sa mémoire que ce Prix Aurore-Bégin. C'est avec une affection toute filiale qu'elle reste maintenant vivante dans nos cœurs, dans nos esprits. Elle qui avait laissé dans son testament, cette petite phrase : ...Il ne restera plus de moi qu'une petite poignée de cendre, mais mon cœur sera aussi dans cette cendre... que ce grain de poussière qui vous a aimé, vous aime encore et vous aimera toujours. »

Carmen Lapchuk,
enseignante et accompagnante à la naissance

Le Prix Aurore-Bégin de l'ASPQ a été remis pour la première fois le 25 avril dernier, dans le cadre du colloque organisé par la Fédération du Québec pour le Planning des naissances dont le thème était *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix ?* ♦



Dans l'ordre habituel : Caroline Lambert, assistante périnatale, Anne-Marie Poirier, directrice et Josée Cotmoir, coordonnatrice des services aux familles – Naissance Renaissance Estrie.



LE PRIX AURORE BÉGIN

La reconnaissance du travail acharné d'une équipe « géniale »

ALLOCUTION D'ANNE-MARIE POIRIER, DIRECTRICE CHEZ NRE

Mesdames et Messieurs,

C'est avec un immense plaisir que Naissance Renaissance Estrie accepte le prix Aurore Bégin 2003. C'est aussi un honneur d'en être le premier récipiendaire. Nous sommes ravies et honorées pour deux principales raisons.

Ce prix, c'est un message clair que nos façons de faire auprès des familles, les valeurs que nous prônons et les approches que nous développons, répondent à la vision que vous portez aussi, vous qui êtes nos collègues en périnatalité. Et c'est la première fois qu'un centre de ressources périnatales est reconnu par ses pairs.

Il y a 10 Centres de ressources périnatales au Québec — à Mont-Laurier, Lévis, Rimouski, Terrebonne, St-Eustache, Beloeil, Pointe-aux-Trembles, Victoriaville, St-Jean-sur-Richelieu et Sherbrooke. Nous avons tous la même préoccupation : offrir des services de qualité aux parents et aux familles dans le respect de leurs demandes, de leurs valeurs, de leurs choix. Nous développons en économie sociale des organisations souples et créatives, capables de s'adapter aux réalités des familles.

Vous êtes toutes ici des collègues, des femmes et des hommes qui travaillent en périnatalité. J'aimerais vous rappeler que les centres sont toujours des projets en expérimentation. Quand il sera temps de nous battre pour les faire reconnaître et assurer leur pérennité, nous comptons sur votre appui puisque aujourd'hui, vous nous signifiez clairement que vous croyez en nous.

La deuxième raison est beaucoup plus personnelle à Naissance Renaissance Estrie. Ce prix est un baume. Nous avons travaillé tellement, tellement, tellement fort durant les dernières années. Nous n'avons compté ni nos efforts, ni notre temps. Nous nous sommes battues tous les jours pour réussir à nous faire une place, à établir des collaborations intéressantes avec le réseau de la santé et des services sociaux, à développer la confiance des familles.

Si je pleure, n'y faites pas attention... c'est la ménopause!

Nous avons réussi, je crois, au-delà de nos espoirs les plus fous. En 1998 il y avait 1 travailleuse chez Naissance Renaissance Estrie. Nous sommes maintenant 14 travailleuses. De 8 000 \$ de budget annuel, nous sommes passées à 433 000 \$. De 4 services différents, nous en sommes à plus de 25. Mais ce qui est le plus important, c'est que de 200 familles soutenues en 1998, nous avons rejoint 2 500 familles en 2001-2002 et cette année, nous en rejoindrons au moins le double. Encore davantage de

familles qui vivent la période entourant la naissance d'un enfant et qui sont soutenues, accompagnées, informées, aidées; c'est notre passion.

C'est la première fois qu'un centre de ressources périnatales est reconnu par ses pairs.

Vous dire combien je suis fière de mon équipe de travail! Elle est mon moteur, ma raison de continuer et de m'investir. Elles vous diront que Naissance Renaissance Estrie ne serait pas où il est sans leur directrice, je vous dirai que Naissance Renaissance Estrie ne serait nulle part sans elles. Les deux filles qui pleurent à la table qui est à ma droite font partie de l'équipe! Laissez-moi vous présenter Josée Cotnoir, mon bras droit, mon bras gauche, ma jambe droite, ma jambe gauche et Caroline Lambert qui est assistante périnatale et qui aide directement les mamans à domicile.

Quand il sera temps de nous battre pour les faire reconnaître et assurer leur pérennité (des Centres de ressources périnatales), nous comptons sur votre appui puisque aujourd'hui, vous nous signifiez clairement que vous croyez en nous.

Je voudrais terminer en vous disant comment nous allons utiliser le prix de 1 000 \$ que l'ASPQ nous remet en plus de la plaque souvenir. Chez Naissance Renaissance Estrie, nous avons tous les ans en juin, la *Journée internationale des travailleuses géniales*. Toute l'équipe de travail est en congé payé et nous vivons ensemble une journée de loisirs et de rires. Le 1 000 \$ financera les activités de cette journée. Grâce à cette somme, la *Journée internationale des travailleuses géniales* sera un peu plus luxueuse que d'habitude!

Merci beaucoup. ♦



DOSSIER ALLAITEMENT

Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : UNE NÉCESSITÉ POUR LA SOCIÉTÉ ?

Lysane Grégoire
Directrice générale, ASPQ

Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) constitue l'une des actions prioritaires des Lignes directrices en matière d'allaitement au Québec (MSSS, 2001) afin de soutenir la création d'environnements favorables aux femmes qui décident d'allaiter.

Qu'est-ce que le Code exactement ? En quoi s'applique-t-il dans nos établissements ? Comment savoir si nos pratiques sont en accord avec le Code ? Que peut-on faire à titre d'intervenante, d'intervenant ou de gestionnaire pour le faire respecter dans notre milieu ? Quelle stratégie pourrait soutenir sa mise en oeuvre à l'échelle provinciale ?

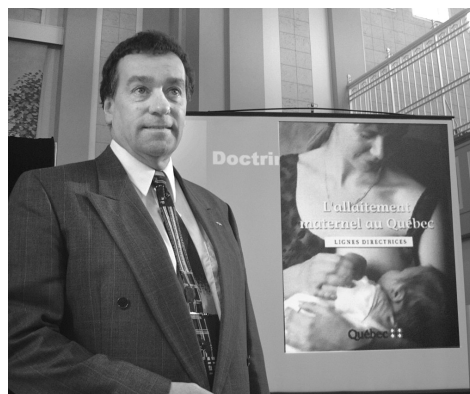


Très créatifs, nos trois conférenciers se sont inspirés des personnages de la saga Harry Potter pour livrer avec humour un contenu somme toute aride. Dans l'ordre habituel : Dr Jean-Claude Mercier, pédiatre, Dre Suzanne Dionne, médecin et Daniel Jolin, conseiller juridique et notaire.

C'est dans ce but que le Ministère de la santé et des services sociaux en collaboration avec l'ASPQ ont offert une journée de formation intitulée « Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : une nécessité pour la société ? » qui s'est tenue à Québec en février dernier. Des conférenciers et conférencières chevronnés dans le domaine ont démystifié le Code et proposé des stratégies concrètes afin de supporter son application.

Le contenu de la journée

Le programme de la journée comportait plusieurs présentations. Sous le thème « Allaitement maternel : caprice ou nécessité », le Dr Pierre Lévesque, obstétricien/gynécologue,



Monsieur André Gariépy de la Direction générale des services à la population au ministère de la santé et des services sociaux a introduit la journée liée à l'implantation des Lignes directrices en allaitement.



Dr Pierre Lévesque, obstétricien/gynécologue de Rimouski et spécialiste de l'allaitement

a démontré de nombreux problèmes liés à l'alimentation artificielle dont les répercussions sur la morbidité et la mortalité des bébés dans les pays occidentaux. Le Dr Jean-Claude Mercier, pédiatre et consultant pour le MSSS, a présenté les enjeux économiques, l'historique et les pratiques des compagnies fabriquant des préparations lactées. Dre Suzanne Dionne, médecin et experte au Comité québécois en allaitement, a exposé l'origine et l'historique du Code ainsi que ses applications pratiques, tandis que Daniel Jolin, conseiller juridique et notaire, en a présenté les aspects juridiques. Enfin, Louis Gauvin, coordonnateur de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, a décrit comment l'approche développée pour le contrôle de l'industrie du tabac peut s'appliquer, par l'action publique, à l'industrie des préparations lactées. →



DOSSIER ALLAITEMENT

Un événement mobilisateur



Monik St-Pierre de la Direction de la santé publique de Québec et Lucie Thibodeau du Réseau des Centres de ressources périnatales, nos deux animatrices du jour. La boîte de l'Avocat du diable a permis aux participantes de poser des questions sur tout ce qu'elles ont toujours voulu savoir sans jamais osé le demander!

Pour l'ASPQ, cette activité s'inscrivait dans ses démarches de sensibilisation et de mobilisation afin de développer l'action publique dans le dossier de l'allaitement, tel que souhaité par les partenaires de la coalition québécoise pour l'allaitement maternel. Plus de 300 personnes se sont inscrites à cette formation et nous avons reçu plusieurs demandes afin de répéter l'expérience à Montréal ou dans d'autres régions. Cela témoigne selon nous du grand besoin d'information et de formation dans le cadre de l'implantation des Lignes directrices en allaitement maternel. Mais aussi, nous avons senti une forte mobilisation pour l'action vers une culture de l'allaitement au Québec, et on ne peut que s'en réjouir. Ce sentiment s'est confirmé par plusieurs commentaires recueillis sur les fiches d'évaluation à la question : Qu'avez vous retenu de cette formation ?

- Les impacts négatifs des pratiques de l'industrie pharmaceutiques, son omniprésence.
- Les détours des compagnies, l'importance de faire connaître ces stratégies, de dénoncer ces agissements.
- La réflexion amorcée par les conférenciers.
- Le rapprochement entre tous ces intervenants; voir des gens du milieu médical médecins et infirmières. On n'en voit pas dans nos milieux qui s'impliquent.
- Cette formation m'a convaincue de poursuivre mes actions de mobilisation dans mon milieu! Merci!
- Go au développement de l'action publique!
- Bon bagage d'informations à diffuser et à appliquer dans mon milieu.

- Il faut obtenir l'information pour être davantage critique, avoir l'autre côté de la médaille.
- Quelle belle mobilisation! Ça donne des arguments, des moyens et matière à réflexion concernant la poursuite de nos actions.
- J'ai appris beaucoup sur le contenu des produits commerciaux pour bébé, cela me donne des arguments.
- La volonté de travailler pour faire avancer le soutien, la protection et la promotion de l'allaitement. Bravo!
- Qu'il y a des médecins qui sont des apôtres de l'allaitement maternel.
- Le fait qu'il faut influencer plusieurs instances à promouvoir l'allaitement.
- J'espère par le dynamisme que vous avez transmis, être digne représentant à tout point de vu pour transmettre à d'autres la culture de l'allaitement. 1^{er} objectif : faire le ménage de mon bureau de tout ce qui est publicité des préparations commerciales et il en est de même pour la distribution faite des publications actuelles.
- Je repars avec de l'espoir.



Plus de 300 personnes ont assisté à la journée dans la Salle Marie-Renouard du Centre Hospitalier Robert-Giffard à Québec.



DOSSIER ALLAITEMENT

La nécessité de l'action publique

Plusieurs éléments tendent à démontrer la nécessité à l'heure actuelle de recourir à l'action publique et aux stratégies d'influence pour le soutien, la promotion et la protection de l'allaitement maternel au Québec. D'ailleurs, la 4^{ème} stratégie proposée dans les **Lignes directrices en allaitement maternel** du ministère, stipule que non seulement le ministère, mais le réseau en entier doit utiliser son pouvoir d'influence. Ainsi on peut lire, en page 32 des **Lignes directrices** :

Stratégie 4 – Le pouvoir d'influence

Le MSSS, les établissements et les intervenants doivent utiliser leur pouvoir d'influence pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger (ex. : autres ministères, secteurs de l'éducation, de la justice, des services sociaux et de la main-d'œuvre, industries et syndicats).

Dans un récent numéro du Péricoop (février 2003), nous vous exposons d'autres éléments qui démontrent la nécessité de recourir à l'action publique pour l'allaitement : les courants culturels de non-allaitement, les coûts qui y sont associés, les pratiques de marketing de l'industrie, la méconnaissance des journalistes sur ce dossier, etc.

Tabac et substituts du lait maternel, quel est le lien ?

Depuis 1996, l'ASPQ héberge et voit à la gestion de la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac* qui a été et demeure un outil majeur d'appui à la dénormalisation du tabac. La *Coalition* travaille à faire la promotion de mesures législatives comme moyens pour réduire le tabagisme.

L'action publique menée à la *Coalition* est complémentaire aux activités d'éducation, de prévention et d'aide aux fumeurs. La *Coalition* a fait face à un contexte réfractaire et a dû rechercher systématiquement des tribunes et multiplier les occasions pour exposer ses arguments sur la place publique. Les efforts de Louis Gauvin, coordonnateur de la *Coalition* et de Heidi Rathjen, directrice de campagnes, ont finalement porté fruits avec l'adoption de la *Loi canadienne sur le tabac* en 1997 et de la *Loi québécoise* en 1998. La *Coalition* a contribué de façon déterminante à l'adoption de ces Lois et elle continue à veiller au grain.

Ces lois visent le contrôle d'une industrie dont l'intérêt premier est financier et dont les stratégies de marketing sont finement mises au point. Ce sont là des points qu'ont en commun l'industrie des préparations commerciales pour nourrissons et les cigarettiers. L'action publique peut soutenir l'implantation du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et, plus globalement, contribuer à développer des ressources plus appropriées pour l'organisation du soutien aux mères qui allaitent. Les acteurs concernés par le fléau du tabagisme ont vu leurs objectifs grandement soutenus



Louis Gauvin, coordonnateur de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, a démontré dans sa conférence, comment l'approche développée pour le contrôle de l'industrie du tabac pouvait s'appliquer à l'industrie des préparations lactées.



Monsieur François Desbiens, Directeur de la santé publique de Québec, a accepté d'être présenté comme parrain de l'allaitement et a livré un message soutenant l'action publique en appui à l'allaitement tout en soulignant l'importance du travail à accomplir pour l'application effective du Code.

par le travail continu de la *Coalition pour le contrôle du tabac*. Les campagnes d'éducation et de sensibilisation, les contacts réguliers avec les décideurs et avec la population par le biais des médias ont agi sur la culture entourant l'usage du tabac et ont soutenu l'implantation de politiques publiques saines.

Par ailleurs, le Code vient avec un aura de préjugés et une gamme d'obstacles à son application dont la résistance même de certains de ceux qui devront l'appliquer. On a vu cette résistance dans le dossier du tabac, ne songeons qu'aux nombreux festivals et événements culturels dont on a prédit la mort si on empêchait leur commandite par l'industrie du tabac. Aujourd'hui cette loi est en vigueur et la santé des festivals aussi!

Tous interpellés pour une culture de l'allaitement

L'action publique, comme son nom l'indique, nous concerne tous et, la participation importante à la journée de formation sur le Code démontre combien nous nous sentons toutes et tous concernés par la nécessité de travailler à ce que de plus en plus de bébés et de mères profitent des bénéfices de la relation d'allaitement. Nous espérons que cette journée de formation aura été enrichissante et qu'elle aura des répercussions utiles dans les divers secteurs d'intervention des participants.

Si vous désirez être informés des développements au dossier « action publique et allaitement », communiquez avec l'ASPQ afin que votre adresse courriel soit ajoutée à notre liste de diffusion. ♦



Ressources Internet

CODE DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL (OMS)

NDLR : Merci au Dr Jean-Claude Mercier, pédiatre et conseiller au MSSS, qui a réuni ces ressources utiles pour mieux comprendre le Code.

LE CODE (OMS)

http://www.who.int/nut/documents/code_french.PDF

Autres documents de l'OMS

Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive : Résolution OMS

http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/fa54id4.pdf

Infant formula and related trade issues in the context of the International Code OMS

http://www.who.int/nut/documents/infant_formula_trade_issues_eng.pdf

Les préparations de suite dans le contexte du Code

http://www.who.int/nut/documents/follow-up_formula_eng.pdf

L'allaitement maternel au Québec — Lignes directrices

<ftp://206.167.52.6/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

Comité canadien pour l'allaitement

L'organisme national responsable de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés de l'OMS/UNICEF au Canada

<http://www.geocities.com/hotsprings/falls/1136/sommaire.html>

INFACT Canada

<http://www.infactcanada.ca>

Action pour l'Allaitement, France

<http://action.allaitement.free.fr>

Baby Milk Action, U.K.

<http://www.babymilkaction.org>

IBFAN (Réseau International des Groupes d'action pour l'Alimentation Infantile)

<http://www.gn.apc.org/ibfan>

IBFAN portail français

<http://www.ibfan.org/french/gatefrench.html>

IBFAN Surveillance du Code

<http://www.ibfan.org/french/codew00-fr.html>

NABA, USA

<http://members.aol.com/marshalact/Naba/>

UNICEF

<gopher://gopher.unicef.org:70/11/.s2pubdocs>

WABA World Alliance for Breastfeeding Action (Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel)

<http://www.waba.org.br/>



Mylène Turcotte, étudiante à la maîtrise en santé communautaire et coordonnatrice de la journée de formation.



Plusieurs mères accompagnées de leur bébé ont participé à la journée. Leur présence est le rappel bien vivant de pourquoi et pour qui nous travaillons tous et illustre la vivacité de l'implication communautaire.



DOSSIER ALLAITEMENT

WABA, Pages françaises

<http://www.waba.org.br/otherlanguages.htm#Français>

Allaiter France

<http://perso.wanadoo.fr/ipa/>

Sur le code

http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/code/code_pres.htm

http://www.who.int/nut/documents/infant_formula_trade_issues_eng.pdf

United States Breastfeeding Committee

<http://www.usbreastfeeding.org/>

Ted Greiner's site

<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3156>



L'organisme INFACT Québec a profité de l'occasion pour faire connaître ses actions et ses outils de soutien à l'allaitement. Informations : (450) 375-3413, infectquebec@pixelweb.net

Un code d'honneur

LES SUITES DE LA FORMATION

Bernadette Thibaudeau
Infirmière CLSC Côte-des-Neiges

Je tiens à vous faire part de l'impact de la formation sur le *Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel* organisée par l'ASPQ.

Cette formation arrivait pile avec nos démarches entreprises depuis peu afin de devenir un CLSC *ami des bébés*. Nous avons mis sur pied un comité allaitement et étions en train de rédiger notre politique.

**Pour nous, le message principal est :
Le code ne s'attaque pas aux femmes
mais à l'industrie et les courroies de
transmission qu'elles utilisent,
les établissements de santé et
les intervenants.**

Nous étions 5 intervenants à la formation (2 infirmières, une nutritionniste, un médecin et une sage-femme). Nous sommes revenues emballées par toute l'information reçue. Pour nous, le message principal est : Le code ne s'attaque pas aux femmes mais à l'industrie et les courroies de transmission qu'elles utilisent, les établissements de santé et les intervenants.

Nous avons donc décidé que les compagnies n'utiliseraient pas la notoriété du CLSC et ses intervenants pour publiciser leurs produits. Nous avons retiré les magazines et dépliants sur l'allaitement avec des publicités de formules industrielles et enlevé les affiches sur les murs dès le lendemain matin. Nous avons pris conscience à quel point ces publicités se trouvent partout. De plus, nous avons fait un répertoire des ressources disponibles qui se conforment au code.

Les autres intervenants ne comprennent pas toujours notre démarche. Certaines trouvent que l'on exagère. Je crois qu'il faudrait que cette formation soit disponible auprès de toutes les personnes qui travaillent auprès des femmes allaitantes. ♦



SAGES-FEMMES ET DOMICILE

LETTRE OUVERTE À MONSIEUR JEAN-K. SAMSON
PRÉSIDENT DE L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

Montréal, le 18 juillet 2003

Réaction de l'ASPQ

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE DES SAGES-FEMMES LORS D'ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

Renald Bujold *md*
Président, ASPQ

Le 4 juin dernier, la gazette officielle du Québec publiait le projet de *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*, rédigé par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) salue avec joie cette parution qui donne espoir de voir enfin le jour où les sages-femmes auront accès au domicile de leurs clientes. Les mouvements de femmes revendiquent depuis des décennies le droit d'accoucher dans leur maison avec l'assistance d'une sage-femme en toute légalité.

Depuis plus de vingt ans, la périnatalité constitue un volet majeur des activités de l'ASPQ qui fait la promotion d'une approche favorisant l'autonomie des parents et le développement des soins primaires, ainsi que la prévention des problèmes reliés à la grossesse et à l'accouchement. Dans cette optique, nous avons beaucoup travaillé à la reconnaissance de la profession des sages-femmes. De plus, une de nos voies prioritaires de développement est de travailler sur la vision qu'a notre société de la naissance en s'en préoccupant dans une perspective culturelle davantage sociale et familiale que médicale. L'ASPQ est d'avis qu'il faut agir avec vigueur et détermination pour la promotion de l'accouchement « naturel » qui n'est pas très en vogue à l'heure actuelle si on considère les taux d'interventions obstétricales et l'adhésion croissante de la population à une vision technologique de la maternité.

Le 24 septembre 1999, après six années d'expérimentation en projets-pilotes (maisons de naissances) où la pratique sage-femme fut scrutée à la loupe, le gouvernement du Québec a légalisé cette profession. Les chercheurs ont reconnu et démontré que cette pratique est tout à fait sécuritaire et qu'elle a des effets positifs sur l'humanisation et la continuité des soins. De plus, avec les soins d'une sage-femme, on constate une réduction de la morbidité tant chez les bébés que chez les mères; en effet, cette pratique agit efficacement pour la prévention des naissances prématurées, des bébés de faible poids et, du côté des femmes, il y a une diminution importante

des déchirures et des hospitalisations. C'est pourquoi le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a recommandé le développement de la pratique sage-femme dans l'ensemble des lieux de naissance (domicile, centre hospitalier et maison de naissance). Pourtant, à ce jour, aucune entente n'a été conclue avec les centres hospitaliers et le Règlement sur l'accouchement à domicile n'a toujours pas été adopté par l'Assemblée nationale.

Lors de la légalisation, le ministère de la santé et des services sociaux a traité différemment les naissances en milieu institutionnel de celles devant avoir lieu à domicile, demandant à l'Ordre des sages-femmes du Québec, nouvellement créé, de rédiger un règlement concernant la pratique dans ce lieu spécifique. Le fait que des professionnelles de la santé aient à produire un règlement pour encadrer un *lieu* de pratique est tout à fait exceptionnel. Les lois professionnelles définissent les champs de pratique et les actes reliés à l'exercice de la profession, mais pas les lieux où elle s'exerce. C'est un autre des nombreux obstacles qui se sont posés en travers de la lente accession des femmes aux services des sages-femmes.

Les sages-femmes ont organisé leur pratique dans les maisons de naissances à l'image de leur longue expérience à domicile parce qu'elles ont constaté que ce lieu est bien normal pour mettre au monde un enfant. Elles ont comme philosophie que la naissance appartient aux femmes et à leur famille : quand une femme accouche dans sa propre maison, sur son territoire, qui peut lui imposer des choix? L'accouchement est un acte intime, physiologique et naturel, dans l'intimité de sa maison la femme peut mieux se concentrer dans son travail et les sources de dérangement sont mieux contrôlées.

Par ailleurs, les études internationales démontrent que le domicile est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, voire avantageux pour la santé et ce, avec une nette diminution des interventions obstétricales (épidurales, forceps, ventouses, épisiotomies...). Nous parlons d'accou-



SAGES-FEMMES ET DOMICILE

chements planifiés, pour des femmes en santé, lorsque l'accouchement se déroule normalement et qu'un mécanisme de transfert vers un centre hospitalier est présent (Méta-analyse de Olsen, 1997). Notons que c'est dans ces mêmes conditions que se déroulent les accouchements en maison de naissance et que se dérouleront les accouchements à domicile en vertu des normes de pratique proposées dans le règlement.

Partout dans le monde, des sages-femmes pratiquent à domicile. Au Canada, l'accouchement à domicile est déjà légal et pratiqué en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario. L'Organisation mondiale de la santé définit le domicile comme le meilleur lieu pour la naissance d'un enfant, autant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Que l'hôpital soit désigné d'emblée comme LE lieu de naissance est un fait très récent dans l'histoire de l'humanité.

Dans la Charte d'Ottawa (OMS 1986), la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci en se donnant les moyens d'obtenir l'information, les aptitudes et la possibilité de faire des choix sains. La pratique sage-femme à domicile va en ce sens puisque qu'elle permet aux femmes et aux familles de se prendre en charge, de demeurer sur leur territoire, de s'approprier les événements, de faire leurs propres choix et de se faire accompagner par des professionnelles qui les assistent dans ces choix. Cela ne semble pas si évident : dans un contexte où 98 % des femmes accouchent à l'hôpital, peut-on vraiment parler du choix d'un lieu de naissance ? N'est-ce pas plutôt une norme sociale ? Comme le dit Céline Lemay, sage-femme, « *au fond, ce qui est marginal, ce n'est pas de choisir d'accoucher à la maison, c'est de choisir* ».

Rappelons que les deux maisons de naissance situées sur l'île de Montréal, dans le quartier Côte-des-Neiges et dans l'arrondissement Pointe-Claire, refusent près de 800 demandes par années. Paradoxalement, de la première cohorte de finissantes de l'Université du Québec à Trois-Rivières, toutes n'ont pu se trouver du travail jusqu'à maintenant, la pratique étant toujours confinée à six maisons de naissance. Une nouvelle maison de naissance devrait cependant voir le jour sous peu à Nicolet. La population des Laurentides de son côté, bien que ce soit la région où l'on trouve le plus haut taux de natalité au Québec, réclame en vain depuis dix ans l'ouverture d'une maison de naissance et on observe le même problème en Montérégie. Il reste donc beaucoup à faire pour développer un réseau satisfaisant et ainsi répondre à la demande sans cesse grandissante des familles.

Pour toutes ces raisons, l'imminence de l'adoption du Règlement sur la pratique à domicile est plus que réjouissante.

Les familles qui choisiront d'accoucher à la maison devront signer un formulaire de « *consentement aux services d'une sage-femme pour un accouchement à domicile* » où elles reconnaîtront avoir été informées des particularités et des risques inhérents aux différents lieux d'accouchement. L'idée n'est pas mauvaise. En effet, toutes les femmes devraient avoir la possibilité de faire un choix éclairé. Mais pourquoi seulement dans les cas d'accouchements à domicile ? Cela ne laisse-t-il pas sous-entendre que ce lieu est moins sécuritaire ? Demande-t-on aux femmes vivant dans les régions de signer un consentement parce qu'elles accouchent dans un hôpital sans l'assurance d'y trouver un gynécologue ou un anesthésiste sur place ? Leur demande-t-on de signer un document les informant des risques d'exposition à des bactéries ou infections en milieu hospitalier ? Toujours selon l'Organisation Mondiale de la santé, un nombre significatif de personnes (8-10 %) acquièrent des infections et donc deviennent malades, parce qu'elles ont reçu des soins de santé dans un hôpital ; environ 100,000 personnes aux États Unis et 8,500 au Canada en meurent chaque année (Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Canada).

À l'expiration du délai de 45 jours suivant sa parution dans la gazette officielle, le gouvernement pourra approuver, avec ou sans modification, le dit Règlement. Nous souhaitons ardemment qu'il soit adopté le plus tôt possible pour que de plus en plus de femmes puissent choisir, en toute connaissance de cause, de faire naître leur enfant dans l'intimité de leur foyer. Les économies que l'état accomplira, vu l'absence de frais de séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance, ne sont certes pas à négliger, sans compter l'économie en soins de santé qui sera réalisée grâce aux bénéfices préventifs de la pratique des sages-femmes sur la morbidité. Mais avant tout, nous pensons que l'investissement dans la création de conditions favorables entourant la naissance produit un impact immédiat et à long terme qui assure un meilleur avenir à la génération naissante. La pratique des sages-femmes, par son approche plus humaniste et son respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux et porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes et des familles, est garante d'un mieux-être dont pourront bénéficier tous les membres de notre société. ♦

La conciliation famille-travail :

Propos et échanges

Conférence annuelle 2002 de l'ASPQ



ASSOCIATION POUR LA
SANTÉ
PUBLIQUE DU
QUÉBEC

Vivre sous tension?

Osons rêver l'utopie!

Programmation de la journée

Allocutions intégrales :

**Entre famille et travail :
une vie à double vitesse,**

Francine Descarries, sociologue,
directrice universitaire, Alliance de
recherches et d'études féministes
IREF/Relais-femmes, UQÀM

**La conciliation famille/ travail,
une responsabilité collective,**

Diane Lavallée, présidente,
Conseil du statut de la femme

**La société doit changer. Quel
équilibre souhaite-t-on entre la
famille et le travail ?**

Maria De Koninck, sociologue et
professeure titulaire, Département de
médecine sociale et préventive de
l'Université Laval



Résumés des propos des neuf panélistes incluant les périodes d'échanges avec la salle lors de deux tables rondes :

Famille, travail et santé : impacts sur les enfants et les parents

Les solutions d'aujourd'hui, les défis de demain

Soirée
publique

Allocution intégrale : Pour une CFT réussie, cohérence et intégration entre tous les acteurs, *Linda Goupil*,
ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'Enfance

Résumés des propos des onze panélistes sur le thème **Osons rêver l'utopie!** et du **Droit de parole aux familles**

Texte intégral de la pièce de théâtre : **Tranche de vie chez la famille Tendue**, conception TACcom / ASPQ

BON DE COMMANDE - LA CONCILIATION FAMILLE-TRAVAIL : VIVRE SOUS TENSION ? OSONS RÊVER L'UTOPIE !
COÛT : 20,00\$ + 1,40\$ (TPS) + 3,00\$ (PORT/MANUTENTION) = 24,40\$ / Membres : 16,00\$ + 1,12\$ (TPS) + 3,00\$ (PORT/MANUTENTION) = 20,12\$

Nom :

Organisme :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone : () -

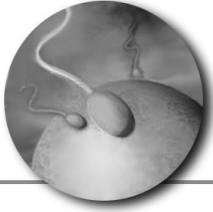
Quantité : _____ X 24,40\$ = _____ \$

Courriel :

Membres - 20% : _____ X 20,12\$ = _____ \$

Chèque au montant de : _____ \$

À l'ordre de : Association pour la santé publique du Québec - 819, rue Roy Est, Montréal, Qc - H2L 1E4
Tel : (514) 528-5811 / Fax : (514) 528-4490 / info@aspq.org / www.aspq.org



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

La maternité

À SAVEUR TECHNOLOGIQUE

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

Près d'un couple sur sept dans les pays industrialisés est dit infertile¹. Au Canada, cela représente environ 330 000 couples qui voient leur désir d'avoir un enfant devenir parsemé d'embûches. Pour ces personnes, les nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH) représentent une avenue remplie de promesses et d'espoir, la possibilité de réaliser leur rêve le plus cher d'avoir un enfant. Mais à quel prix ?



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

La stigmatisation sociale et la détresse psychologique que vivent certaines d'entre elles (les personnes infertiles) s'expliquent en partie par la pression exercée par l'entourage.

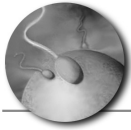
Les NTRH, une solution à l'infertilité ?

L'infertilité est une notion souvent mal comprise et souvent confondue avec la stérilité. Alors que la stérilité est l'impossibilité définitive de concevoir un enfant, le diagnostic d'infertilité, lui, peut changer. Un couple est déclaré infertile lorsqu'il n'a pas réussi à concevoir un enfant après avoir eu des relations sexuelles sans contraception pendant au moins un an. En France, deux ans d'essai sont nécessaires avant que les personnes puissent recourir aux services de procréation assistée subventionnés par l'État.

Les causes les plus fréquentes de stérilité et d'infertilité chez les femmes sont liées à : l'absence ou la malformation des organes reproducteurs, des déficiences ovariennes, l'obstruction des trompes de Fallope (causée par les salpingites ou l'endométriose), les maladies transmises sexuellement, l'exposition à des agents nocifs dans l'environnement, l'alcoolisme, le tabagisme, le stress, etc. Chez les hommes, on ajoute des problèmes liés à la production, à la morphologie ou à la qualité des spermatozoïdes (faible concentration ou mobilité) et l'obstruction des canaux éjaculateurs. Enfin, l'âge, les antécédents médicaux, l'état de santé général, l'alimentation et le poids peuvent aussi influencer la fertilité des hommes et des femmes. La fertilité de la femme décroît tranquillement à partir de 30 à 35 ans, et plus rapidement par la suite. Celle de l'homme décline également avec l'âge, mais ce déclin ne commence pas aussi tôt et n'est pas aussi marqué. Pour près de 25 % des couples, les causes de l'infertilité demeurent inconnues.

Pour certaines personnes, l'infertilité constitue un problème médical puisqu'elle est liée au dysfonctionnement de l'organisme. Pour d'autres, l'infertilité est davantage un problème d'ordre social puisque le désir ou le « besoin » d'avoir un enfant est nourri par la société. Les personnes infertiles ne sont pas malades, mais elles ne peuvent pas avoir d'enfant. La stigmatisation sociale et la détresse psychologique que vivent certaines d'entre elles s'expliquent en partie par la pression exercée par l'entourage. Ces différents points de vue sont importants à considérer lorsque la question de la gratuité des services liés au traitement de l'infertilité est soulevée. →

1. Cochrane Collaboration Consumer Network Inc. *Hot Topic of the Month : Unexplained Infertility*. December 2002.



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

Les NTRH n'offrent ni solution ni traitement à la stérilité et à l'infertilité. La fécondation *in vitro*, par exemple, ne constitue pas un traitement à l'obstruction des trompes ni une thérapie pour des ovaires « paresseux ». Après insémination artificielle, les spermatozoïdes trop lents ne seront pas plus rapides. Ainsi, quand on parle de NTRH, nous ne pouvons parler de « traitement » contre l'infertilité ou la stérilité puisque ces technologies ne s'attaquent pas à ce qui est à la source du problème. Elles sont davantage un moyen de les contourner.

Mais de quoi parle-t-on au juste ?

Les NTRH incluent toutes techniques utilisées afin de faciliter la reproduction humaine. Elles comprennent les différentes techniques d'insémination artificielle et de fécondation *in vitro* de même que les techniques de contrôle et de diagnostic telles que l'échographie, les tests prénataux et le diagnostic pré-implantatoire.

L'insémination artificielle est avant tout un palliatif à l'infertilité masculine. Elle consiste à introduire, au moyen d'une seringue, du sperme (du conjoint ou d'un donneur) de bonne qualité à l'intérieur du col de l'utérus. Il existe des variantes à cette technique, notamment l'insémination intra-utérine par laquelle le sperme est déposé directement dans l'utérus. De plus en plus, l'insémination artificielle comprend aussi la stimulation hormonale (qui consiste à administrer des médicaments qui, en stimulant les ovaires, permettront de produire plusieurs ovules dans un même cycle) et la préparation du sperme (opération qui rend les spermatozoïdes plus aptes à féconder l'ovule). On peut aussi recourir à l'induction de l'ovulation qui consiste à faire prendre à une femme qui présente un cycle anovulatoire un médicament qui régularisera son cycle menstruel en le rendant ovulatoire.

La fécondation *in vitro* (FIV) s'adresse, entre autres, à des femmes dont les trompes sont absentes, obstruées ou altérées, ou qui souffrent d'endométriose. Elle est utilisée aussi dans des cas d'infertilité masculine ou d'association de causes féminines et masculines, ou lorsque l'infertilité est inexplicée. Cette technique reproduit en laboratoire (*in vitro*) les premières étapes de la grossesse qui se déroulent normalement dans la trompe de Fallope (rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde suivie de la fécondation). La FIV nécessite plusieurs étapes et exige en premier lieu la stimulation hormonale des ovaires afin d'augmenter les chances de récupérer plusieurs ovules matures et fécondables en un seul cycle. Cette hyperstimulation nécessite des injections d'hormones quotidiennes telles que PergonalMC, HumegonMC, Gonal-FMC ou PuregonMC ainsi qu'une surveillance clinique étroite.

Lorsque les ovules semblent à maturité, on déclenche l'ovulation par une autre injection d'hormones afin de déterminer le moment de la prochaine étape, celle du

prélèvement des ovules. Le prélèvement se fait à l'aide d'une aiguille introduite par le vagin sous anesthésie locale et médication pour éviter les douleurs². Vient ensuite l'étape de la fécondation *in vitro* proprement dite où les ovules sont mis en contact avec les spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur dans une boîte de Pétri (boîte de verre ronde, plate et transparente contenant un milieu propice au développement de l'embryon), et non dans une éprouvette, pour être fécondées. Deux jours après, on connaîtra le nombre d'embryons résultants. On procède ensuite à l'étape du transfert d'un ou de plusieurs embryons dans le fond de l'utérus de la femme par voie naturelle à l'aide d'une pipette en plastique. Les femmes doivent alors prendre d'autres types d'hormones (progestérone) afin de favoriser l'implantation de l'embryon. On implante plus d'un embryon afin d'augmenter les chances de réussite. Bien qu'il n'existe toujours aucun cadre réglementaire quant au nombre d'embryons pouvant être implantés, les cliniques limitent le nombre à trois pour les femmes de moins de 40 ans. Les embryons qui ne sont pas utilisés, qu'on appelle embryons surnuméraires, seront congelés pour utilisation future par le couple ou pour des fins de recherche.

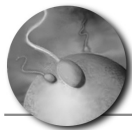
Ces cliniques opèrent toujours sans encadrement légal et ne sont assujetties à aucun contrôle gouvernemental.

Dans des cas d'infertilité masculine où la concentration ou la mobilité des spermatozoïdes est trop faible pour féconder spontanément les ovules, on a recours à l'injection intra-cytoplasmique du sperme (ICSI). Cette technique permet d'injecter le spermatozoïde au complet dans le cytoplasme de l'ovule. Contrairement aux autres techniques de FIV, l'ICSI a été directement développée chez l'humain et n'a pas été testée chez les animaux. Les premiers essais ont eu lieu en 1992. Les conséquences sur la fertilité future des enfants issus de spermatozoïdes de mauvaise qualité restent à être étudiées puisque le premier bébé issu de cette technique n'a, aujourd'hui, qu'une dizaine d'années.

Les enjeux : une pratique en liberté

Malgré les apparences, les NTRH demeurent des techniques qui ne sont pas très efficaces. On ignore toujours les taux de succès réels des cliniques de fertilité puisque chacune les calcule à partir de ses propres critères. Ainsi, les taux de réussite qui varient entre 13 et 27 % selon la littérature, peuvent être calculés en fonction de femmes enceintes plutôt qu'en fonction du nombre de grossesses menées à

2. Tiré du site Web de Procréa www.procrea.com



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

terme. Selon un reportage d'*Enjeux* diffusé en janvier dernier, les statistiques en France démontrent que seulement 18 % des femmes qui tentent une FIV accoucheront. Dans ce même reportage, on raconte l'histoire de deux couples qui, après trois essais FIV dans un cas et deux dans l'autre qui se sont soldés par des échecs, décident de se retourner vers l'adoption internationale. Après cette expérience éprouvante et coûteuse, où espoirs, échecs, et deuils s'entrecourent, l'une des deux jeunes femmes a conclu en ces termes : « L'adoption, tu investis 22 – 25 000 \$, mais tu as un enfant au bout. Nous, on a investi 22 000 \$ et on n'a rien. »

Jamais dans l'histoire de l'humanité une telle manipulation des gènes n'a été possible. « Notre nouvelle capacité de créer, de manipuler et d'altérer la vie humaine en laboratoire est plus excitante et plus alarmante que tout ce que nous n'avons jamais connu jusqu'à présent » remarque Maureen McTeer.

Il est difficile d'obtenir des informations sur les protocoles, le nombre de couples qui donnent naissance à un enfant, les techniques utilisées, etc., puisque les cliniques de fertilité n'ont aucune obligation de rendre leur pratique publique. Les quantités d'hormones administrées aux femmes varient d'une clinique à l'autre. Il n'existe aucune définition uniformisée des façons de calculer les taux de succès ou taux d'échec ni de procédure légale pour la collecte et l'enregistrement des données et des statistiques relatives à l'utilisation de la FIV ou des autres techniques. Ces cliniques opèrent toujours sans encadrement légal et ne sont assujetties à aucun contrôle gouvernemental.

Les enjeux en matière de santé

Les risques que représentent pour la santé des femmes les interventions nécessaires au prélèvement d'ovules ou à l'implantation d'embryons sont peu documentés. On a encore recours à des interventions lourdes dans le but de pallier le peu d'efficacité et le coût élevé des NTRH. Par exemple, l'hyperstimulation ovarienne par la prise de doses importantes d'hormones fait partie du protocole de la FIV afin d'avoir plusieurs ovules, de créer plusieurs embryons et d'en implanter plusieurs, car le taux de succès de l'implantation d'un seul embryon est trop faible. La prise d'hormones a aussi des effets

secondaires non négligeables tels que des nausées, ballonnements, maux de tête, bouffée de chaleur et troubles de la vision.

Les dernières études de l'impact des NTRH sur la santé des femmes remontent au début des années 1990. La pratique et l'expérimentation de nouvelles techniques telles que l'ICSI évoluent sans que des évaluations et des suivis rigoureux démontrant leur innocuité n'aient été effectuées. Nous savons, par contre, que les NTRH augmentent l'incidence de grossesses multiples ainsi que les naissances d'enfants prématurés. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sonne l'alarme quant aux grossesses multiples qu'elle qualifie « d'épidémie moderne », la fréquence de ces naissances multiples, et prématurées, ayant connu une hausse de 39 % au pays depuis 1974. Selon le Dr Raymond Lambert, professeur à l'Université Laval et chercheur au Centre de recherche en biologie de la reproduction, « On aurait jamais dû accepter l'implantation d'embryons multiples pour augmenter les chances de succès de la FIV. »³ Le Docteur Lambert s'inquiète des conséquences des naissances multiples et de prématurité qui augmentent les risques de malformations et de paralysie chez les enfants conçus par FIV.

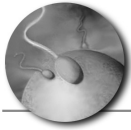
Nous avons en fait très peu de données sur l'impact des NTRH sur la santé des enfants qui en sont issus. Il est urgent de procéder à l'évaluation scientifique rigoureuse à long terme des NTRH concernant leur efficacité et leur innocuité et d'évaluer le développement physique, émotionnel et psychosocial des enfants nés de ces technologies.

Les enjeux sociaux et éthiques

Tout en permettant à quelques couples d'avoir un enfant, les NTRH, particulièrement la fécondation *in vitro*, ont ouvert la porte à toute une série d'expérimentations et de recherches sur la fécondation, la gestation, les biotechnologies et le génie génétique. Les NTRH requièrent le maniement de matériel reproductif humain (de sperme, d'ovule, d'embryons), elles nécessitent son entreposage, sa manipulation, sa vérification, son tri, sa capacitation (ou l'amélioration de sa qualité), sa collecte, son don, et pourquoi pas, sa commercialisation. Nous avons ainsi accès à du matériel génétique permettant diverses activités : manipulation des gènes, recherche sur les cellules souches, le clonage, la pré-sélection du sexe, l'élimination des embryons porteurs d'handicaps. Jamais dans l'histoire de l'humanité une telle manipulation des gènes n'a été possible. « Notre nouvelle capacité de créer, de manipuler et d'altérer la vie humaine en laboratoire est plus excitante et plus alarmante que tout ce que nous n'avons jamais connu jusqu'à présent » remarque Maureen McTeer, professeure de droit à la Faculté de médecine de l'Université de Calgary et auteure de *Vivre au 21 siècle : choix et enjeux* (Libre expression, 2000). Citée dans un article de la *Gazette des femmes*⁴,

3. Asselin, Pierre, *La Presse*, *La fécondation in vitro contestée*, 15 décembre 2002.

4. Dupont, Christiane et Claire Gagnon. *La Gazette des femmes*, *La techno-maternité : Faut-il s'en inquiéter?*, janvier-février 2001.



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

Madame McTeer s'inquiète de la recherche sur les embryons surnuméraires congelés entreposés dans les cliniques de fertilité et de ses applications possibles telles que la conservation d'un embryon identique à celui d'un enfant au cas où l'on en aurait besoin pour des traitements médicaux.

Grâce aux NTRH, un enfant pourrait avoir cinq parents : une donneuse d'ovule, un donneur de sperme, une mère porteuse pour mener l'embryon à terme et un couple qui élèvera l'enfant. Ces techniques permettent à une mère de porter l'enfant de sa fille infertile et d'être ainsi la mère et la grand-mère de cet enfant, à des femmes de 60 ans et bientôt à des « septuagénaires jusqu'à 95 ans d'enfanter » proclame le directeur⁵ du programme de reproduction assistée d'une université de la Californie. Ces techniques changent nos notions de la conception, de nos origines, des liens entre parents et enfants. Quelles seront les conséquences à long terme de ces changements sur les fondements même de notre identité humaine ? Pour Louise Vandelac, professeure au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, spécialiste des questions liées aux NTRH, « Cette transformation majeure de la façon même dont on se reproduit, qui implique naturellement la différence des sexes et des générations, s'avère une terrible régression... une éventualité absolument redoutable puisqu'elle nous fait littéralement sortir de l'espèce humaine. »⁶ Dans le mouvement des femmes, on s'inquiète de l'impact de ces technologies qui transforment les individus et leurs capacités de transmettre la vie en simples objets, en instruments, voire même en marchandises. Ces technologies ne mettent-elles pas la table pour un véritable marché de production du vivant ?

Les techniques de diagnostics prénatals, maintenant utilisées auprès de toutes les femmes enceintes de plus de 35 ans dans les pays industrialisés, nous permettent d'éliminer les possibilités d'avoir un enfant handicapé ou avec une maladie pour laquelle nous n'avons pas encore de traitement. Bien qu'il soit fort compréhensible sur le plan individuel de souhaiter avoir un enfant en bonne santé et sans handicap, que sommes-nous en train de dire comme société aux personnes handicapées ? Pour Abby Lippman, professeure au Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill et vice-présidente du Réseau canadien pour la santé des femmes, « l'augmentation du nombre d'affections détectables grâce aux différentes techniques de diagnostics prénatals et du nombre de femmes à qui ces tests sont proposés n'a pas été suivi d'une augmentation notable de solutions. » Les femmes ont deux choix : mettre au monde un enfant handicapé qui demanderait un accueil et un soutien social qui n'existe pas, ou procéder à un avortement.

Ces techniques, souvent promues comme étant des activités de santé publique qui permettront de faire des économies importantes pour la société, nous donnent l'impression de pouvoir défier le destin. Or, comment pouvons-nous prévenir les glissements vers l'exigence de l'enfant parfait, ou vers l'eugénisme, c'est-à-dire la mise en œuvre de moyens d'amélioration de l'espèce humaine, soit en éliminant les fœtus porteurs de handicaps ou de maladies, soit en favorisant l'apparition de certains caractères et traits humains. Le choix du donneur de sperme ou d'ovule par catalogues, par exemple, avec description de la couleur des yeux du donneur, est-il bien loin de cette possibilité ?

Ces technologies ne mettent-elles pas la table pour un véritable marché de production du vivant ?

Ces « avancées » dans le domaine des technologies de la reproduction sont-elles vraiment exigées ou même souhaitées par l'ensemble de la société ? Y a-t-il eu de véritable évaluation globale, autant scientifique que sociale, de ces technologies avant de les offrir au public ? Y a-t-il eu de véritable débat ? Ces avancées et les recherches dans ce domaine sont souvent justifiées par les promesses de trouver des solutions à l'infertilité et à la stérilité, de trouver des solutions aux maladies génétiques. Pourtant, la plupart des maladies et des handicaps ne sont pas génétiques.

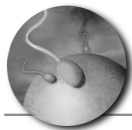
La psychanalyste française Monette Vaquin, citée dans la revue *Relations*⁷, résume bien toute l'ampleur des dilemmes soulevés par les NTRH :

« J'ai pu suivre les diverses étapes du traitement et j'étais absolument coupée en deux. De près, je voyais des couples avec le désir le plus émouvant, le plus indiscutable qui soit d'avoir des enfants. J'étais émue, évidemment, comme tout le monde. Et puis, en m'éloignant de l'hôpital, m'apparaissait une deuxième scène : aucune urgence humaine ne justifiait l'extraordinaire arsenal déployé pour maîtriser la vie au regard d'une situation ou tellement d'enfants dans le monde, orphelins, étaient livrés à eux-mêmes ». ♦

5. Dr Richard Paulson, directeur du programme de reproduction assistée de la University of Southern California, citée dans *La Gazette des femmes*, janvier-février 2001.

6. Citée dans *La techno-maternité, faut-il s'en inquiéter ?* *Gazette des femmes*, janvier-février 2001.

7. *Une génération en rupture de génération : une entrevue avec Monette Vaquin*, *Relations*, numéro 663, septembre 2002.



Clonage et l'illusion du double

LA TRAVERSÉE DU MIROIR DANS L'ÉVAPORATION DE L'ÉTHIQUE ET L'EFFACEMENT DE L'ALTÉRITÉ...

Louise Vandelac, Ph.D.

*NDLR : Louise Vandelac est professeure titulaire au département de sociologie de l'Institut des sciences de l'environnement, chercheure au CINBIOSE (Centre pour l'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement, un centre collaborateur de l'OMS et de l'OPS) et directrice du Groupe de recherche Technosciences du vivant et sociétés de l'Université du Québec à Montréal. Nous vous présentons des extraits de son texte paru dans *Le vivant et la rationalité instrumentale*, sous la direction d'Isabelle Lasvergnas, Éditions Liber et Cahiers de sociologie, UQAM, avril 2003.*



Louise Vandelac, sociologue, chercheure

« ... » Certes, lire l'éthique du temps à travers les franges du futur cloné qu'on nous dessine, et auquel certains nous destinent, peut sembler pour le moins paradoxal. Mais comment l'éviter? Depuis 20 ans, la technicisation croissante de la procréation, véritable mise en acte d'un fantasme de reproduction, distille dans l'imaginaire collectif une conception de plus en plus réductrice, morcelée et instrumentale de l'engendrement, parfois transformée en production sérielle de vivants dont certains sont destinés à naître et d'autres à n'être que matériel de laboratoire. Après avoir vu glisser la conception

des êtres hors de l'enceinte de la maternité et hors des paramètres ayant défini jusqu'alors l'espèce humaine (Vandelac 1996, 2001), nous voilà désormais conviés, dernière métaphore industrielle et ultime métamorphose de cette échappée de nous-mêmes, à tout cloner : plantes et animaux, mais aussi clones éternellement embryonnaires de nous-mêmes⁸, fontaines de jouvence incarnées pour lucratives lignées cellulaires et bientôt peut-être clones de certains Narcisses désirant des « vies xerox » à l'infini... « ... »

« ... » Une vis sans fin qui vrille d'abord les consciences...

Malgré l'indignation affichée de certains, l'acceptation du clonage s'insinue progressivement dans les esprits. Elle varie selon qu'il s'agit d'animaux, d'humains ou de leurs embryons. Elle varie selon les finalités annoncées, selon le stade de développement du clone, selon les prétentions thérapeutiques et selon l'allure du porteur : en sarrau blanc comme Dr. Antinori ou en survêtement blanc comme Raël. Ainsi, se cloner un embryon comme « matière première » dans l'espoir d'une vie à rallonge, constituerait déjà, pour plusieurs, un fabuleux progrès scientifique alors que d'autres baissent pudiquement les yeux devant l'éventualité de croiser un jour le regard et les questions de copies humaines clonées.

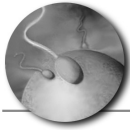
Éthique « guimauve » pour le moins élastique, donnant lieu à des législations qui le sont tout autant...⁹ Comme si, fascinés et sidérés par cet envoûtant vertige clonique, nous commençons à vaciller aux bords de nous-mêmes... Au point où, désarmés devant ce crime contre l'humanité, enrobé de sourires de bébés clonés, nous semblons déjà résignés à y consentir... « ... »

« ... » Des clones à faire peur, aux clones pour guérir : l'art de tout légitimer.

Désormais, les discours sur le clonage portent moins sur les redoutables armées de clones des romans de science fiction de jadis, et s'intéressent moins à la duplication d'une progéniture en 10 exemplaires, telle qu'illustrée, dans la foulée du Clonage de Dolly, par le célèbre photomontage du Times Magazine. Les discours sont plutôt centrés sur le « bouturage

8. Il s'agit ici de production de lignées cellulaires, et éventuellement de tissus et peut-être un jour d'organes, à partir d'un embryon conçu grâce aux cellules de l'adulte à qui il est destiné, opération qu'il importe de distinguer de la production de biomatériaux en utilisant des cellules adultes, mais sans passer par la création d'un embryon.

9. Le Canada est l'un des rares pays au monde à avoir refusé par deux fois un projet de loi contre le clonage humain tout en laissant traîner le troisième depuis 2 ans déjà, ce qui lui a permis, entre-temps, de laisser légitimer par un organisme de recherche en santé, le clonage de cellules souches d'embryons surnuméraires et de laisser ainsi les faits accomplis faire la Loi. Il a adopté la même stratégie dans le domaine des technologies de reproduction, où il a consacré \$30 millions en 15 ans pour ne rien faire, tout en s'appropriant avec l'actuel projet de loi à cautionner ce qui a été fait et même à reconnaître les contrats d'enfantement et de gestation...



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

à visées palliatives » mieux connu sous sa formule tautologique de « clonage dit reproductif », destiné à « réparer », au figuré, la douleur de la perte d'un enfant ou l'impossibilité d'en concevoir un. Ils portent également sur le « clonage dit thérapeutique », abus de langage s'il en est, puisqu'il s'agit de produire soit un « humain matériau embryonnaire » visant à « réparer », au sens propre, des tissus et organes de celui qui se « nourrirait » ainsi de son clone... ou visant à utiliser des embryons qualifiés de « surnuméraires »¹⁰ pour en cloner les cellules souches dans l'espoir d'accélérer la recherche et la production de tissus et organes de rechange. « ... »

« ... » Profitant de l'étonnant climat d'incrédulité et de naïveté sociale, le clonage, enrobé de plus en plus de prétentions pseudo médicales de « lutte contre la stérilité, la maladie et la mort » risque fort de donner lieu, derrière les premiers mouvements d'indignation, aux sempiternels discours de compétitivité internationale se jouant sur les mêmes airs « d'éthique accordéon ».

Ce qui rend d'ailleurs le clonage déjà si familier, c'est sa capacité de distiller dans l'imaginaire collectif l'idée de remodeler, aux goûts du jour et aux intérêts financiers du moment, de nouvelles filières de vivant transformés en purs objets d'insatiables désirs et d'illusoire connaissances des origines, bref en objets de consommation, de maîtrise et d'emprise, qui constituent déjà notre horizon de pensée. « ... »

« ... » Dans cette société profondément marquée par l'avidité boulimique des technosciences et par le cannibalisme du marché (Guillebaud, 1999) nous invitant à nous consumer à consommer, comment s'étonner que certains esquissent un sourire empreint de relativisme, en se demandent au nom de quoi, ils pourraient encore s'opposer à cet ultime tribut payé à la fatalité du progrès ? D'ailleurs, forts de tous les sondages sur le sujet, comment pourraient-ils même s'inquiéter de voir l'histoire accoucher de vrais clones humains, qui, ajoutent-ils d'un air entendu, « se feront de toutes façons ! « ... »

« ... » Dans un tel cirque médiatique, où tout se banalise et se commercialise à vue d'œil, on finit même par s'étonner de s'en étonner... Surtout dans cette Amérique, qui, maître dans l'exploitation de la crédulité, a même inauguré, en 1999, *Perpetuity*, un service visant à cloner votre animal de compagnie ou votre « pet » préféré ! Que certains veuillent maintenant faire du clonage une véritable stratégie de retour en enfance, d'autres un palliatif à l'infécondité, ou d'autres une stratégie de résurrection s'inscrit donc dans la même cacophonie surréaliste. « ... »



En primeur, le premier être humain cloné...
« Sapristi, ils me l'avaient même pas dit ! »
(Gracieuseté Chezmaya.com)

« ... » le clonage agirait comme double déni de la mort : mort réelle d'un enfant et mort symbolique de la toute puissance médicale. Le clonage incarnerait ainsi, dans la chair vive, le fantasme de faire revivre son enfant, comme si un enfant de chair contenait désormais son double de rechange, à réactiver en cas de défaillance du premier... « ... »

« ... » C'est donc une attaque sans précédent aux sexes, à la sexualité et à l'Altérité, à l'engendrement, à la filiation, à la généalogie et au lien social, bref à la suite du monde et à notre capacité même de le penser, dont il questionne « ... »

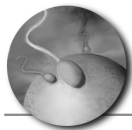
« ... » Comment alors nier que la mise en pièce, dite scientifique, de nos embryons pour un éventuel surplus de vie des uns, dans le mépris de l'émergence d'autres vies, accélérera les autres formes de réification, morcellera davantage la maternité et clivera plus encore le féminin maternel ? « ... » ♦

ASPQ
*une voix,
une présence,
une association*

**Une voix novatrice
pour la santé
et le bien-être**

www.aspq.org

10. Ces embryons résultent de pratiques médicales iatrogènes visant par la stimulation hormonale à multiplier le nombre d'ovocytes (ovules matures) pour les inséminations et produire ainsi de nombreux embryons à la fois (pour transferts multiples, congélation, transferts ultérieurs, don ou matériel de laboratoire) le tout visant à réduire les taux d'échec de la fécondation in vitro, une pratique qui n'aurait pu s'imposer avec des taux de succès de 0 % à 5 % durant les premières années et oscillant désormais, malgré cette production d'embryons, autour de 15 %.



Où en sommes nous ?

LE PROJET DE LOI FÉDÉRAL SUR LES NTRH

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

Dans les années 1980, l'évolution rapide des technologies de la reproduction humaine a obligé le mouvement des femmes à se pencher sur les enjeux et les impacts de ces technologies. Dès lors, les groupes de femmes demandaient un débat public ainsi qu'un moratoire sur le développement des NTRH jusqu'au moment où un encadrement légal serait mis en place. Plus de dix ans après la mise sur pied de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction, après maintes consultations et tentatives infructueuses de projet de loi, le gouvernement fédéral déposait, en mai 2002, un projet de loi qui sera fort probablement adopté dans les mois à venir. Il est grand temps que le gouvernement comble ce vide législatif. Voici un bref aperçu de l'évolution du dossier au point de vue législatif et des positions de la FQPN.

En 1989, la FQPN demandait à la Commission royale d'enquête de :

- décréter un moratoire complet sur toutes les recherches et les pratiques en nouvelles technologies de la reproduction humaine pour en faire une évaluation plus rigoureuse ;
- rendre publique et accessible l'information sur les techniques reliées à l'infertilité ainsi que sur leur taux d'échec et leur taux de succès réels (basés sur le nombre de bébés nés vivants) ;
- provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des nouvelles technologies ;
- investir dans la prévention de la fertilité ;
- allonger le temps d'essai de procréation, sans contraception, avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité (depuis une vingtaine d'années, ce délai est d'un an ; celui-ci était considéré comme trop court compte tenu que certains contraceptifs hormonaux font que la fertilité peut être recouvrée seulement après deux ans) ;
- tenir compte de la réalité psychosociale des enfants et de la demande en clinique de fertilité.

Parallèlement à sa présentation à la Commission royale d'enquête, la FQPN a diffusé une série de bulletins *Du chou à l'éprouvette* afin de vulgariser l'information sur les nouvelles technologies et de partager son questionnement avec un public plus large.

En 1995, pour reprendre quelques-unes des recommandations de la Commission royale d'enquête, le gouvernement canadien décrète un **moratoire volontaire**. Ce moratoire

repose sur la bonne volonté des chercheurs et des scientifiques pour interdire des activités telles que le clonage, la création d'hybrides, la manipulation des cellules de spermatozoïdes et d'ovules, et la manipulation génétique. La FQPN s'oppose à ce que ce moratoire soit volontaire et revendique un moratoire obligatoire.

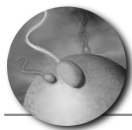
En 1995, un premier projet de loi (C-47) voit le jour et meurt au feuilleteau en 1997. Ce projet de loi canadien est une tentative de limiter les recherches sur le clonage et autres manipulations génétiques. La FQPN se montre inquiète, notamment parce que ce projet de loi propose très peu d'encadrement concernant les traitements médicaux et ne voit pas à ce que les informations techniques soient davantage disponibles. La FQPN continue aussi de dénoncer le manque de ressources dans la prévention de l'infertilité. Sur cet aspect, de petites sommes étaient investies sur les maladies transmises sexuellement mais très peu sur les polluants environnementaux pouvant avoir des impacts sur la fertilité.

En mai 2001, un nouvel avant-projet de loi est déposé par le gouvernement fédéral. La FQPN organise alors une journée de formation pour sensibiliser les groupes de femmes aux enjeux de la législation et encourager la mobilisation sur la question des NTRH. Après un an de consultation sur l'avant-projet de loi, le gouvernement fédéral dépose le projet de loi C-13 qui, au moment d'écrire ses lignes, serait à l'étape de la troisième lecture.

Ce que prévoit le projet de loi

Le projet de loi prévoit interdire une série d'activités liées au NTRH. Le clonage humain, peu importe la raison, serait enfin interdit. On interdira aussi la création d'embryon *in vitro* pour des fins autres que la création d'un être humain, mais on le permettrait pour l'apprentissage ou l'amélioration des techniques de procréation assistée. Les chercheuses et chercheurs pourraient donc créer des embryons dans le seul but d'acquérir des connaissances ou de perfectionner les techniques. Cette disposition du projet de loi nous inquiète car elle semble ouvrir la porte à de nombreux glissements.

La rétribution des mères porteuses fait aussi partie des activités interdites par le projet de loi. Par contre, les femmes désirant être mères porteuses pour des fins altruistes peuvent le faire et le remboursement de leurs frais est prévu. Cette mesure ne satisfait pas la FQPN qui s'oppose à la pratique des mères porteuses en tout temps. Le potentiel d'abus, les



DOSSIER SPÉCIAL : LES NTRH

incitatifs financiers et les enjeux liés à la commercialisation du corps des femmes sont trop importants pour ouvrir la porte à cette pratique dans certaines conditions.

Le projet de loi prévoit garder confidentielle l'identité des personnes qui font un don de sperme, d'ovules ou d'embryons. Seules les renseignements médicaux seraient obligatoirement accessibles aux personnes concernées. La FQPN réclame la levée de l'anonymat du donneur afin que les origines et les liens biologiques puissent être retracés par les enfants qui le souhaiteront. Le projet de loi devrait donc insister sur la divulgation obligatoire des renseignements de la part des donneurs.

Les activités suivantes seront également interdites :

- identifier le sexe d'un embryon créé à des fins de reproduction, sauf pour des raisons médicales telles que des anomalies liées au sexe;
- modifier le code génétique du sperme, des ovules ou des embryons humains de manière à rendre la modification transmissible aux générations suivantes;
- payer un donneur pour son sperme ou ses ovules, offrir des biens et des services en échange ou faire de la publicité pour un tel achat;
- vendre ou acheter des embryons humains, ou offrir des biens et des services en échange;
- utiliser du matériel reproductif humain dans le but de créer un embryon sans le consentement du donneur;
- transplanter le matériel reproductif ou l'embryon antérieurement transplanté dans un animal;
- créer des combinaisons humain/non-humain (chimère ou hybride) à des fins de reproduction.

Dans un deuxième temps, le projet de loi précise quelles sont les activités permises et qui devront être réglementées. Par contre, le projet de loi ne définit pas la nature des règlements en tant que tel. Les activités réglementées, contrairement aux activités interdites, peuvent être modifiées sans l'autorisation du Parlement et sans consultation publique.

La réglementation touchera, par exemple, les aspects suivants : la collecte, la modification, la manipulation ou le traitement de tout matériel reproductif humain, incluant le nombre maximal d'embryons pouvant être implantés chez la femme; l'offre de counselling pour les personnes faisant un don ou entreprenant des activités de procréation assistée; la collecte de renseignements médicaux sur le donneur; l'entreposage et l'utilisation de matériel reproductif et d'embryons; les types de recherches permises et les conditions dans lesquelles ces recherches seraient effectuées et la délivrance des autorisations aux établissements.

Les règlements régiraient également la recherche menée sur des embryons humains. Étant donné que seuls les

embryons donnés pourraient servir à la recherche, il faudrait élaborer des règlements afin de s'assurer que les donneurs ont toute l'information nécessaire pour un consentement vraiment éclairé.

Enfin, le projet de loi prévoit l'établissement d'une **agence de réglementation** chargée d'appliquer la loi et son règlement. L'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA) sera un organisme indépendant de Santé Canada qui relèvera du ministre de la Santé. L'Agence délivrera des autorisations aux cliniques de fertilité et aux chercheuses et chercheurs, surveillera les activités et verra à l'application de la Loi et de son règlement. Même avec une loi, il restera donc encore beaucoup de travail à faire avant que les pratiques et la recherche ne soient vraiment encadrées.

D'ici là, la FQPN continuera de porter les revendications suivantes, à savoir :

- que des sommes importantes soient investies dans la prévention et la recherche des causes de l'infertilité, soit autant d'argent qu'il y en a d'investi pour le développement et les recherches reliées aux NTRH;
- que les cliniques de fertilité soient obligées de rendre leur pratique publique : les protocoles, le nombre de couples qui donnent naissance à un enfant, les méthodes de calcul des taux de succès, les techniques et les hormones utilisées, le nombre d'ovules prélevés, fécondés, le nombre d'embryons implantés, congelés, etc.;
- que les femmes soient informées qu'il s'agit d'expérimentation et qu'elles signent un formulaire de consentement éclairé selon le principe de Nuremberg;
- que des normes de pratiques de procréation assistée soient implantées au niveau canadien;
- que l'organisme de réglementation prévu dans le projet de loi soit composé de personnes ne pouvant pas être en conflit d'intérêt avec la prestation des services ou la recherche dans le domaine des NTRH;
- que des évaluations scientifiques rigoureuses des nouvelles technologies soient effectuées quant à leur efficacité et leur impact pour la santé des femmes et des enfants nés de ces technologies;
- que la recherche sur le génie génétique et la manipulation des gènes soit interdite de façon permanente, qu'une enquête sur l'évolution des recherches effectuées pendant l'absence de législation, au cours des dix dernières années, ait lieu et que la population en soit informée;
- qu'un débat public, couvrant toutes les dimensions des NTRH telles que les enjeux éthiques et sociaux, les droits et les impacts reliés aux NTRH, ait lieu afin de déterminer les priorités en matière de procréation assistée et de recherches connexes. ♦



EN BREF

Opération « Cartes postales »

LES FEMMES RÉCLAMENT LES SERVICES DES SAGES-FEMMES

Sylvie-Louise Desrochers
Groupe MAMAN



Notre famille a bénéficié des services d'une sage-femme et nous désirons vous manifester notre grande satisfaction.

Nous vous demandons de poser les gestes nécessaires pour faire en sorte que toutes les familles du Québec aient aussi accès à une sage-femme et que la *Loi sur les sages-femmes* soit pleinement appliquée en ce qui concerne les différents lieux d'accouchement : la maison de naissance, le domicile et l'hôpital.

Signature : _____

Adresse : _____

Ministre de la Santé et des Services Sociaux
1075, Ch. Sainte-Foy
15e étage
Québec, (Québec)
G1S 2M1

Une initiative du

GROUPE
m a m a n

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*

Soutenue par



Dans le but de soutenir le développement de la pratique sage-femme, l'ASPQ s'est associée au Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel) pour lancer une opération « cartes postales ».

Adressées au Ministre de la Santé et des Services sociaux, ces cartes permettront aux familles qui ont eu recours aux services de sages-femmes de manifester leur satisfaction et de réclamer une meilleure accessibilité à ces services dans tous les lieux d'accouchement : le domicile, la maison de naissance et l'hôpital.

L'illustration, pleine de tendresse et de chaleur humaine, qui figure au recto des cartes a été réalisée par Karine Jolicoeur, vice-présidente du Groupe MAMAN, quelques jours à peine avant la naissance de sa troisième fille. Quelle superbe manifestation de l'énergie de l'accouchement!

La version française des cartes postales a été distribuée aux sages-femmes lors de l'assemblée générale spéciale du Regroupement Les sages-femmes du Québec, le 31 janvier dernier, puis dans les Maisons de naissance, qui les remettront à leur clientèle. La carte est également distribuée via le Regroupement Naissance Renaissance et ses groupes membres concernés. Une version anglaise est aussi disponible. Vous pouvez également vous les procurer auprès de l'ASPQ (514-528-5811). ♦



Mieux vivre avec notre enfant

ÉDITION RENOUELÉE

Pascale Turcotte
Institut National de Santé Publique du Québec
Membre du Comité national d'orientation et de
mobilisation en périnatalité de l'ASPQ

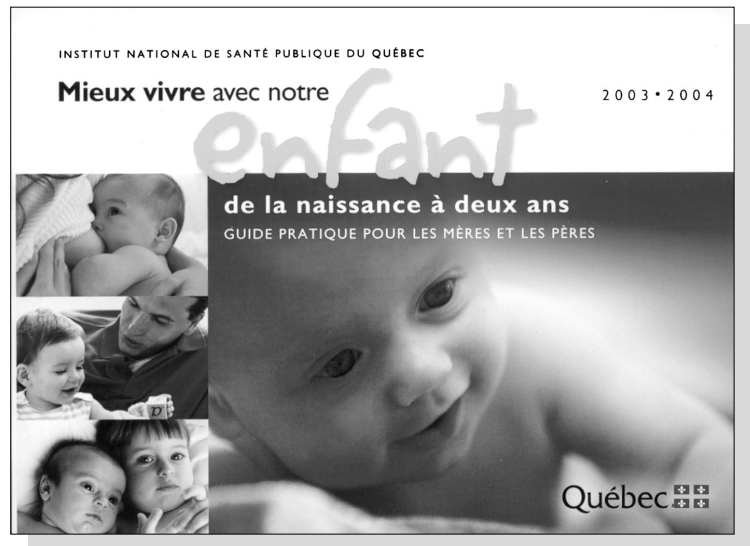
L'Institut national de santé publique nous a présenté le 23 avril dernier la nouvelle édition de *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères*.

Le contenu du *Mieux vivre* a été entièrement revisité à la lumière des connaissances scientifiques les plus récentes et ceci, grâce à la contribution de nombreux collaborateurs et experts associés à l'Institut. Cette tradition de rigueur scientifique a été initiée il y a plus de 25 ans par les auteurs Nicole Doré et Danielle Le Henaff qui ont laissé un héritage d'une grande richesse. L'Institut national de santé publique du Québec s'est engagé à poursuivre la tradition et à faire en sorte que la guide soit toujours aussi facile d'utilisation, ce qui fait d'ailleurs sa grande force.

Le contenu a été également réorganisé afin de regrouper les notions liées au bébé et à la famille, à l'alimentation et à la santé. Dans cette démarche de révision, le comité éditorial a choisi de développer davantage les aspects psychosociaux liés à la famille. On aborde des notions comme l'éveil à la lecture, la discipline, la stimulation de l'enfant, l'adaptation à la vie familiale, la réalité des jumeaux et le soutien aux familles. Le comité éditorial s'est positionné aussi clairement en faveur de la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois tel que recommandé par l'OMS. Josée Trahan a révisé la section portant sur l'alimentation en encourageant davantage les parents à la préparation des purées maison lors de l'introduction des solides.

Mieux vivre avec notre enfant c'est une histoire de collaborations. Au cours des deux dernières années 112 personnes ont collaboré à cette toute nouvelle édition.

Certaines personnes ont donné généreusement de leur temps. C'est le cas des lecteurs, duquel l'ASPQ fait partie, qui ont pris plusieurs jours afin commenter les nouveaux textes aux différentes étapes de cette révision majeure.



Mieux vivre avec notre enfant c'est une histoire de collaborations.

J'adresse un merci particulier à :

- Sylvie Payette et son équipe du magazine *Enfant Québec*
- Mélanie Doyle et son équipe de Ligue La Leche
- Aux membres du comité national d'orientation en périnatalité de l'ASPQ

Plusieurs professionnels dans les DSP m'ont offert leurs précieux conseils. Plusieurs intervenantes en CLSC y sont allées aussi de leur contribution.

Et parce que se sont les premiers concernés, nous avons accordé beaucoup d'importance aux commentaires des pères et des mères afin de nous guider dans la réécriture. ♦



Pères enjeux

VIDEO SUR LA PROMOTION DE L'ENGAGEMENT PATERNEL

Robert Laliberté, organisateur communautaire
Membre du conseil d'administration de l'ASPQ

Jeudi le 27 mars dernier, le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides (GPPL) lançait la vidéo documentaire « Pères Enjeux! », un projet auquel l'ASPQ est fière de s'associer à titre de partenaire.

Ce nouvel outil de sensibilisation pour la famille a été élaboré à partir de recherches sur la paternité mais aussi en considérant certaines expériences vécues et observées sur le terrain. Au cours des dernières années, les intervenants ont pu constater toute la difficulté à rejoindre les pères. Il s'est donc révélé primordial que le document s'inspire d'eux, de leurs préoccupations, besoins, aspirations et espoirs, voire de leur silence entourant les événements de la vie familiale.

Plusieurs thèmes ont été développés, tels le désir d'avoir un enfant, la grossesse et la naissance, la transition au rôle de parent, le réseau des pères, les responsabilités et les compétences parentales, la séparation, la recomposition familiale ainsi que la conciliation famille-travail-loisir.

Du début à la fin, ce documentaire nous transporte dans des courants contrastés allant jusqu'aux paradoxes. Il est le miroir d'une réalité sociale en mouvement et présente les nombreuses facettes de l'implication des pères auprès de leurs enfants. Ce matériel sert à dévoiler les perceptions et les besoins des jeunes, des mères et des pères quant à l'engagement paternel ; à documenter et comparer les faits vécus des pères selon des contextes spécifiques ; à prévenir l'isolement social et psychologique vécu par certains pères ; à prévenir les problèmes engendrés par l'absence du père ; à identifier les besoins et les services en matière de soutien aux pères ; et enfin à favoriser chez les intervenants-es une appropriation des questions reliées à la paternité. ♦

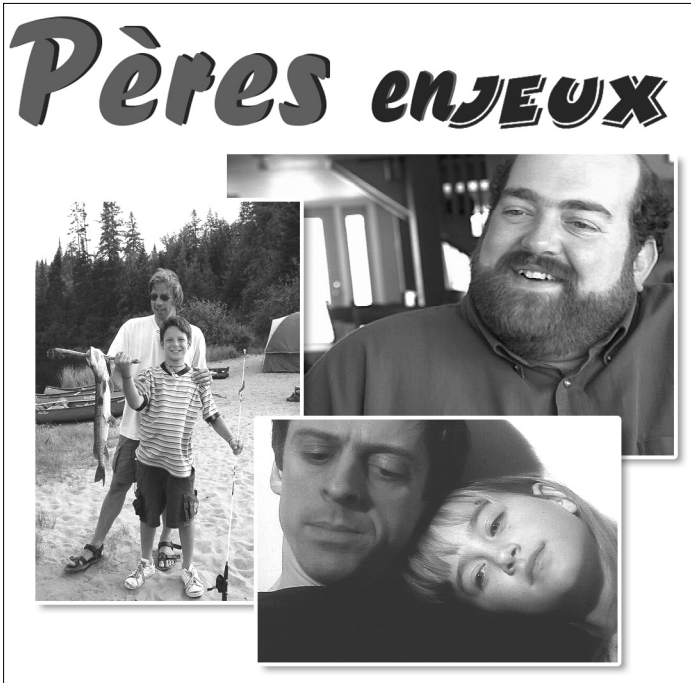
Du début à la fin, ce documentaire nous transporte dans des courants contrastés allant jusqu'aux paradoxes. Il est le miroir d'une réalité sociale en mouvement et présente les nombreuses facettes de l'implication des pères auprès de leurs enfants.

Description et bon de commande :

<http://www.unites.uqam.ca/grave/pere/Docjuin2003/PeresEnjeux.doc>

Renseignements :

Robert Laliberté, CLSC des Pays-D'en-Haut : (450) 227-3447 #364





NOUVELLES DES RÉGIONS

Journée internationale des sages-femmes POUR UNE PREMIÈRE MAISON DE NAISSANCE DANS LES LAURENTIDES !

Le 14 juin dernier, les neufs premières finissantes sages-femmes sont sorties de l'université du Québec à Trois-Rivières. Celles-ci, bien qu'elles soient très heureuses de terminer quatre longues années d'études, elles s'inquiètent pour l'avenir.

Pour l'instant, les sages-femmes membres de l'Ordre ne peuvent toujours travailler que dans les maisons de naissance qui ne desservent que 6 régions du Québec (Montréal : Pointe-Claire et Côte-des-Neiges, Sherbrooke, Gatineau, Mont-Joli, Saint-Romuald et bientôt Nicolet. L'accouchement à domicile et l'intégration des sages-femmes dans le milieu hospitalier se font encore attendre. Sur les neufs finissantes, quatre seulement se sont trouvées un emploi, les autres devront se contenter de remplacements pour l'instant.

À l'occasion de la Journée internationale des sages-femmes qui avait lieu le 5 mai dernier, l'organisme Maison de Naissances des Laurentides a tenu un rassemblement populaire devant la Régie régionale des Laurentides pour réclamer l'implantation d'une première maison de naissance dans leur région.

Il y a plus de 10 ans que les familles des Laurentides réclament les services de sages-femmes et l'implantation d'une maison de naissance dans leur région, un projet d'intégration de la pratique sage-femme a été déposé par la Régie régionale au ministère de la Santé et des Services sociaux en février 2002, une pétition réclamant l'octroi des sommes nécessaires à l'implantation d'une maison de naissance a déjà recueilli près de 3000 signatures, plusieurs décideurs publics de la région sont sensibilisés et favorables au projet. Une maison de naissance, ça presse !

Selon l'ASPQ, en plus de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des familles, l'accouchement en maison de naissances avec des sages-femmes constitue à la fois une solution intéressante à la pénurie de professionnels de la santé et représente une économie de coûts non négligeable pour le système de santé québécois. L'ASPQ espère donc que le ministère de la Santé et des Services Sociaux mettra tout en œuvre afin que votre projet devienne réalité pour les familles des Laurentides dans les plus brefs délais. ♦



Il n'y a pas d'âge pour manifester !



Gratuité du service avortement

AU CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE MONTRÉAL

A partir du 1^{er} juillet 2003 et suite à l'obtention d'un financement de la Régie régionale de Montréal-Centre, le Centre de santé des femmes de Montréal offrira gratuitement le service d'avortement à toutes les femmes qui désirent interrompre leur grossesse de premier et second trimestre.

Créé en 1975 lors de l'année internationale de la femme, ce n'est que quelques années plus tard, en 1981, que le Centre de santé des femmes de Montréal devient une des premières ressources alternatives sans but lucratif au Québec à offrir aux femmes la possibilité d'interrompre leur grossesse de premier et second trimestre. Depuis toutes ces années, le Centre de santé des femmes de Montréal sollicite les instances concernées pour une reconnaissance financière adéquate et récurrente permettant à toutes les femmes d'exercer leur droit à l'accessibilité et à la gratuité des services en avortement.

Bien qu'au Québec il y ait plusieurs lieux pour obtenir un avortement, (CH, CLSC, cliniques privées, Centre de santé des femmes de la Mauricie, de l'Outaouais et de Montréal) les femmes rencontrent toujours des obstacles quant à l'accès, la qualité et la gratuité des services, particulièrement pour les Québécoises vivant en régions éloignées ainsi que pour les grossesses de 15 à 20 semaines.

Toute une lutte que celle des femmes pour le droit à l'avortement libre et gratuit qui a marqué l'histoire du mouvement des femmes. Malgré tous les gains faits par et pour les femmes en matière d'avortement, ils demeurent

précaires et fragiles parce qu'ils ne sont pas jugés essentiels et obligatoires au même titre que tout autre soin de santé.

Le Centre de santé des femmes de Montréal est un organisme communautaire sans but lucratif qui intervient principalement en santé gynécologique en privilégiant une approche féministe, humaine et globale de la santé. Les femmes bénéficient d'un support personnalisé de la part des intervenantes et sont soutenues dans leurs choix, grâce à une approche profondément humaine et dénuée de tout jugement. Le Centre vise à regrouper les femmes sur la base d'un projet social commun en santé. Il se veut un lieu de rassemblement, d'échanges, d'information et de concertation. Ses interventions s'articulent autour de cinq volets distincts, soit : les services d'accueil et de références; les activités éducatives et de formation; les services d'interruption volontaire de grossesse; la recherche et la vulgarisation; les représentations politiques. En assurant un financement stable, la Régie régionale reconnaît les 28 années d'expertise développée au Centre de santé des femmes. De plus, elle améliore l'accessibilité aux services d'avortement en regard de la gratuité et aussi de la possibilité pour les femmes de choisir un lieu en dehors du cadre hospitalier, sans avoir à déboursier pour obtenir leur avortement dans un délai d'attente raisonnable. ♦

Informations :

Johanne B. de Passillé, Centre de santé des femmes de Montréal, www.csfmontreal.qc.ca, (514) 270-6113

Protect Enfant Inc.

6900 Décarie. Suite 107 Montréal



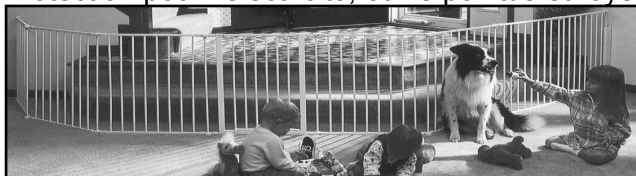
(514) 369-0337

www.ProtectEnfant.com

Le seul magasin au Québec qui se spécialise en sécurité enfantine

Nos services: Consultation, vente et installation de:

- Barrières de sécurité (plusieurs couleurs et styles)
- Loquets pour armoires, portes, fenêtres & appareils
- Protection pour l'électricité, coins pointus et foyer



Cours de Réanimation et de Premiers Soins

- Cours pour parents, grand-parents, gardiennes et éducatrices en garderie
- Cours privé, avec votre famille et vos ami(e)s, chez vous ou chez nous
- Cours et Recertification de la F.M.C.Q.

Devenez membre de l'ASPQ...



819, Roy Est
Montréal (Qc) H2L 1E4
Tél. (514) 528-5811
Fax: (514) 528-5590
info@aspq.org

www.aspq.org

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Renald Bujold, président
DSP Montréal-centre

Renaud Dubé, vice-président
MFE

Benoît Sévigny, trésorier
CQRS

Hélène Cornellier
AFEAS

Robert Laliberté
CLSC - CHSLD des Pays-d'en-Haut

Céline Lemay
Regr. Les sages-femmes du
Québec

Julie Lévesque
INSPQ

Lyne Mongeau
INSPQ

Richard Paquin
DSP des Laurentides

Silvia Shardonofsky
DSP Montréal-centre

Denis St-Amand
Association des CLSC et des
CHSLD du Québec

Hélène Valentini
INSPQ

PERMANENCE

Lysane Grégoire
Directrice générale

Martine Deschênes
Adjointe administrative

Dossier périnatalité

Julie Bouchard
Chargée de projet

Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP)

Valérie Blain
Chargée de projet

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT)

Louis Gauvin
Coordonnateur

Heidi Rathjen
Directrice de campagne

Joshua Katz-Rosene
Adjoint administratif

MEMBRE INDIVIDUEL

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél.: _____ Fax : _____

Courriel : _____

Organisme pour lequel vous travaillez : _____

Profession : _____

Champ(s) d'intérêt : _____

Renouvellement (X) _____ Nouveau membre (X) _____ Date : _____

Durée	Tarif régulier	Tarif réduit - Étudiant/retraité/bénévole (joindre une preuve de votre statut)
1 an	46,01\$ <input type="checkbox"/>	11,50\$ <input type="checkbox"/>
2 ans(-10%)	82,82\$ <input type="checkbox"/>	20,70\$ <input type="checkbox"/>
5 ans(-20%)	184,04\$ <input type="checkbox"/>	46,01\$ <input type="checkbox"/>

ADHÉSION CONJOINTE - Les individus peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et l'Association Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure d'inscription et pour une durée d'un an.

Coût d'adhésion régulier ASPQ: 46,01\$ + Coût d'adhésion régulier ACSP: 95,00\$ = 141,01\$

Coût d'adhésion réduit ASPQ: 11,50\$ + Coût d'adhésion réduit ACSP: 53,00\$ = 64,50\$

Cochez une seule case sur ce formulaire - Somme ci jointe : _____ \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Organisme : _____

Nom et prénom du contact : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél.: _____ Fax : _____

Courriel : _____

Fonction : _____

Champ(s) d'intérêt : _____

Renouvellement (X) _____ Nouveau membre (X) _____ Date : _____

Durée	Institution à vocation régionale sous-régionale ou provinciale	Institution à vocation locale	Organisme sans but lucratif
1 an	287,56\$ <input type="checkbox"/>	143,78\$ <input type="checkbox"/>	57,51\$ <input type="checkbox"/>
2 ans(-10%)	517,61\$ <input type="checkbox"/>	258,81\$ <input type="checkbox"/>	103,52\$ <input type="checkbox"/>
5 ans(-20%)	1150,25\$ <input type="checkbox"/>	575,13\$ <input type="checkbox"/>	230,05\$ <input type="checkbox"/>

Cochez une seule case sur ce formulaire - Somme ci jointe : _____ \$

La tarification est aussi valable pour les membres actuels qui renouvèlent leur adhésion.

Les tarifs incluent la TPS et la TVQ. - TPS 106733280 / TVQ 1006182166

La cotisation est renouvelable à la date anniversaire de l'adhésion.

Chèque à l'ordre de l'ASPQ - POSTEZ au **819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4.**

Merci!

...et prenez une part active pour la santé et le bien-être