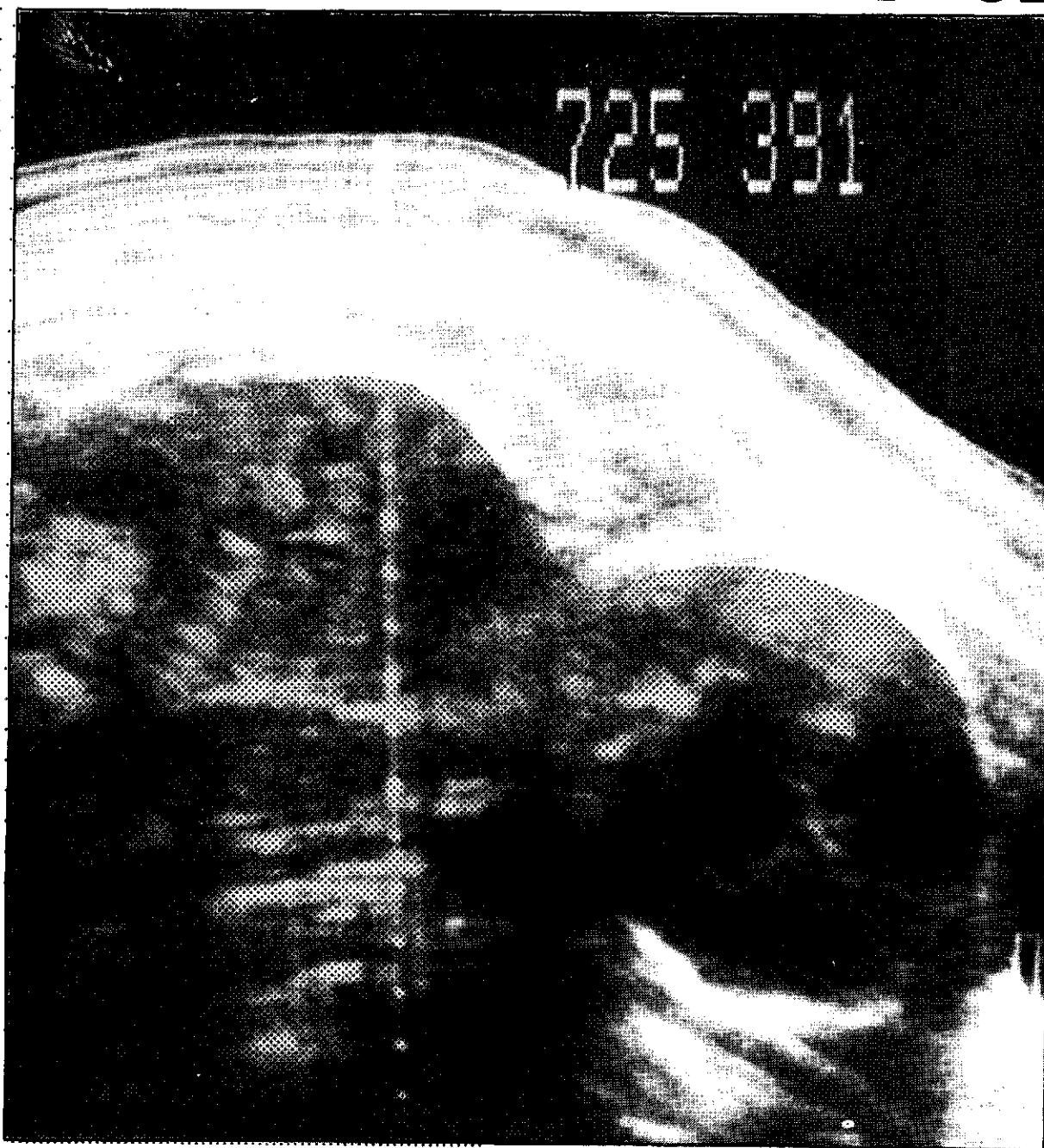


L'UNE A L'AUTRE



ÉCHOGRAPHIE

Un examen au-dessus de tout soupçon

LA CÉSARIENNE

Un raccourci qui en dit long!

ERRATA Vol. I, no 2

Des erreurs se sont malencontreusement glissées dans ce numéro. Nous vous prions de nous en excuser.

Page couverture: Un examen au-dessus de tout soupçon?
Le point d'interrogation a été omis.

Page 13: Suite au fameux rapport
La référence (1) ne devait pas figurer à l'article.

Page 16: Film
La première référence est la bonne soit:
30 Beekman Place, New York, N.Y., U.S.A. 10002.

Attention aux ultrasons

Sylvie Van Brabant

Nous tenons à vous remercier pour les nombreux abonnements reçus. Votre encouragement nous indique jusqu'à quel point ce journal, qui aborde la santé et les conditions de vie des femmes par rapport à la maternité et au cycle féminin, est nécessaire. Il nous fait plaisir d'accomplir cette tâche en vous donnant des informations percutantes appuyées sur des recherches de dernière heure et ceci dans une optique féministe de prise en main.

Notre deuxième numéro témoigne bien de cette démarche. Nous vous offrons dans la chronique «dossier» un article sur l'échographie, un des derniers-nés de la technologie médicale. Il nous paraît essentiel de vous donner toutes les informations pour que vous puissiez prendre une décision éclairée lorsque votre médecin vous prescrira une, deux, ou trois échographies au cours de votre grossesse. Ce

n'est pas la première fois que la médecine expérimente sur nos corps et celui de nos enfants un nouveau produit sans l'avoir éprouvé par une méthodologie rigoureuse et dans une période de temps adéquate. Il y a des études, comme vous allez le voir dans notre dossier, qui questionnent cette intervention, mais à date la médecine semble les ignorer. Ceci me rappelle malheureusement l'histoire du DES qui, vingt ans après son apparition sur le marché, allait briser la vie de milliers de femmes. En 1948, le DES, cette hormone synthétique à base d'oestrogène, fut acclamée comme le médicament-miracle pour prévenir les menaces d'avortement. Deux jeunes médecins de l'Université Harvard aux États-Unis publièrent cette découverte dans une revue obstétricale importante sans avoir procédé à une expérimentation scientifique rigoureuse. Par contre à l'Institut National du Cancer américain on avait déjà établi un lien entre le DES et le cancer,

Les médecins se jetaient sur le DES, le prescrivaient de plus en plus au «cas où» et, ceci au grand plaisir des compagnies pharmaceutiques. Ce n'est qu'en 1975 que ce médicament fut retiré du marché, mais il était déjà trop tard pour 25% des femmes qui avaient développé un cancer DES. Elles en étaient mortes. Combien de foetus ont été exposés au DES pour plus tard en souffrir les conséquences? Nous ne le savons pas encore, chaque année chez des jeunes filles de 15, 18, 20 ans on diagnostique un cancer vaginal. Nous ne pouvons et nous ne devons pas oublier l'histoire du DES. Elle doit nous servir de leçon afin de mettre fin au «gobage» sans questionnement des prescriptions de nos médecins. Nous devons nous assurer que les foetus à venir ne subiront pas eux aussi des séquelles – comparables à celles du DES... – mais cette fois dues à l'échographie.

SOMMAIRE

La revue de Naissance-Renaissance

Vol. 1, N° 2

Printemps 1984

De la mère à la ménagère	4
Les sages-femmes du Canada	6
Échographie	7
L'auto-santé	10
La césarienne	11
Revue de livre	14

ISSN 0824-8230

© Naissance Renaissance 1983

Photo de la couverture:

conception Anne Morin
 Éditeur : Naissance Renaissance
 Coordination à la rédaction : Hélène Cornu-Jher, Dhyane Iezzi, Dominique Langevin, Sylvie van Brabant.

Collaboration : Françoise Braun, Michèle Champagne, Marie Desjardins, Dhyane Iezzi, Camille Larose, Céline Lemay, Andrée Normandeau, Louise Vaudelac, Hélène Valentini, Sylvie van Brabant.

Graphisme : Anne Morin
 Composition : Concept Médiatexte inc.
 Impression : Imprimerie Renaud Itée

Politique de la maison : Nous laissons aux auteurs l'entière responsabilité de leurs textes.

Tarifs d'abonnement pour 4 numéros :
 individuelles 10\$; groupe 15\$; de soutien 20\$ ou plus ; corporations ou institutions 25\$; de soutien 40\$ ou plus ; étranger : ajouter 5\$.

Adresse postale : Naissance-Renaissance, C.P. 249, Succursale E, Montreal H2T 3A7, tel. (514) 845-3368.

Dépôt légal : 4^e trimestre 1983.

NAISSANCE-RENAISSANCE

UN COLLOQUE ET UN LANCEMENT

Dhyane Iezz

NAISSANCE-RENAISSANCE se remet tranquillement de tous ses émois de la fin de l'année suscités par le colloque et le lancement du premier numéro de la revue «L'Une à l'Autre». Toutefois, l'énergie apportée par ces deux événements est toujours vivante et se répercute sur notre travail présent. Comme il n'est pas nécessaire d'insister sur le vif intérêt que tous(tes) portent à la revue depuis sa sortie, attardons nous à faire un petit retour sur le colloque annuel de formation des 3-4 décembre qui a eu lieu à Montréal.

A en juger par les nombreux commentaires positifs que nous avons reçus depuis le colloque, nous pouvons dire

que l'événement a été un succès.

Pour notre part, nous avons senti qu'il manquait une certaine ambiance et la chaleur habituelle de ces rencontres. Différents facteurs ont probablement contribué à cela, entre autres peut-être, la fatigue plus prononcée de toutes à cette période-là de l'année ainsi que la plus grande diversité des milieux de travail des participantes.

En effet, cette année, pour la première fois, nous avons ouvert nos portes beaucoup plus largement qu'à l'accoutumée aux intervenantes de CLSC. Nous nous sommes aperçues à quel point cette clientèle a besoin d'informations nouvelles et a soif de ressourcements et de contacts avec des groupes comme le nôtre. Nous en sommes d'ailleurs très touchées et nous espérons que ceci soit un premier pas vers une collaboration

nouvelle entre les différentes instances d'intervenantes dans le milieu.

Voici un extrait d'une lettre à ce propos, que nous avons reçue d'Helène Boucher, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a donné l'atelier «Physiologie de la grossesse, du travail et de l'accouchement» lors du colloque. Nous tenons à la remercier d'un témoignage aussi convainquant :

«Je considère NAISSANCE-RENAISSANCE comme un maillon important de la lutte pour l'humanisation de l'accouchement et la promotion de l'autonomie de la femme envers son corps et sa santé dans le processus de la gestation et de l'enfantement. Ce colloque m'est apparu l'occasion idéale d'échanger entre personnes de divers milieux et formations sur la grande préoccupation commune qu'est l'humanisation de l'accouchement quels que soient les besoins et les desiderata des femmes.»

Groupes-membres : (suite page 16)

Courrier

Nous sommes ouvertes à toute l'aide que vous avez envie de nous apporter ! L'Une à l'Autre comme l'indique son nom, est un véhicule d'informations pour toutes celles qui sont intéressées de près ou de loin à l'humanisation de la naissance. N'hésitez donc pas à y contribuer de la façon qui vous convient.

Peut-on participer ?

... J'aimerais savoir s'il y aura une section où on pourra envoyer nos petites découvertes nouvelles ou ancestrales, nos commentaires qui permettraient de prolonger l'échange et l'énergie vécue au colloque. Cette revue pourrait devenir très importante pour des gens comme moi, ne vivant plus dans les grands centres et n'ayant de contact avec les filles qui s'intéressent d'une façon ou d'une autre à la naissance autrement qu'à l'occasion du colloque. Je serais même intéressée à participer à une ou quelques réunions de la revue si je pouvais y apporter quelque chose.

Manon Groulx, Oka

Quel nom !

Avec mes félicitations pour l'élégance du nom de la revue qui tout en permettant de l'identifier aux femmes surtout (et d'une) inclut potentiellement le masculin dans le neutre de «l'autre».

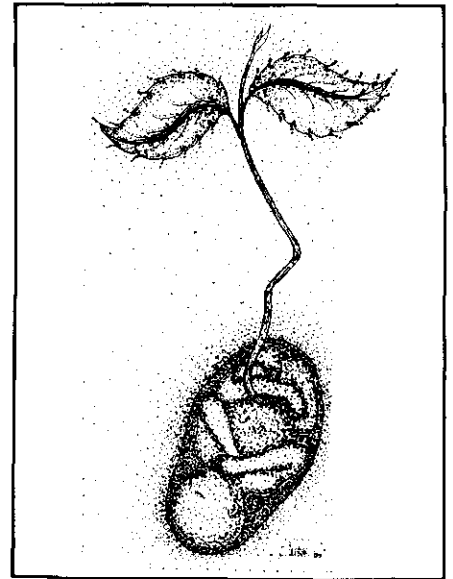
Gleason Théberge, Prévost

Pas que des braves

J'ai reçu récemment le premier numéro de votre publication «L'Une à l'autre», que vous m'avez envoyé à titre gracieux. Je déduis de mon apparition sur vos listes d'envoi que vous connaissez mon intérêt pour la maternité et mon engagement envers l'humanisation des soins obstétricaux.

Cette lettre se veut cependant une mise au point. Si je favorise l'humanisation des soins et la démedicalisation de la naissance normale, mon choix s'inscrit cependant dans la logique de ma pensée d'omnipraticien. En ce sens, je crois toujours que les soins de maternité sont des soins médicaux au sens de la loi médicale, et qu'ils ne relèvent que des médecins. De la même manière, je crois que la naissance doit se dérouler dans un milieu hospitalier, prêt à corriger des complications imprévisibles et de dernière minute. Ainsi la démedicalisation signifie pour moi l'élimination des routines, la remise en question de certaines attitudes interventionnistes et surtout l'adaptation de l'hôpital aux besoins de chaque parturiente, plutôt que l'inverse.

Dr Alain Neveu



ERRATA

Nous tenons à nous excuser auprès de Diane Duclos pour avoir omis de lui donner le crédit de la conception originale de ce dessin. Il a été accepté comme emblème officiel de NAISSANCE-RENAISSANCE lors du colloque de 1980. Il se retrouve maintenant dans les bureaux de l'organisme sous forme de peinture sur toile de 4' x 6'. Magnifique. Pascale Dubé, le nom qui figure au bas de l'illustration, est l'artiste qui a bien voulu reproduire le sigle sur papier. Merci à ces deux artistes pour leur collaboration.

Autant la maternité, et particulièrement la maternité néo-romantique enveloppée d'images à la David Hamilton, peut être séduisante, autant le travail domestique, encore trop souvent caricaturé dans nos imaginaires par les ménagères aux bigoudis, est méprisé, voire complètement ignoré.

DE LA MÈRE À LA MÉNAGÈRE

Louise Vandelac

C'est assez paradoxal, car plus de Québécoises sont ménagères qu'au début du siècle. Le temps consacré au travail domestique est presque aussi long, et loin de disparaître ; il est à la fois la base et la face cachée des sociétés salariales.¹

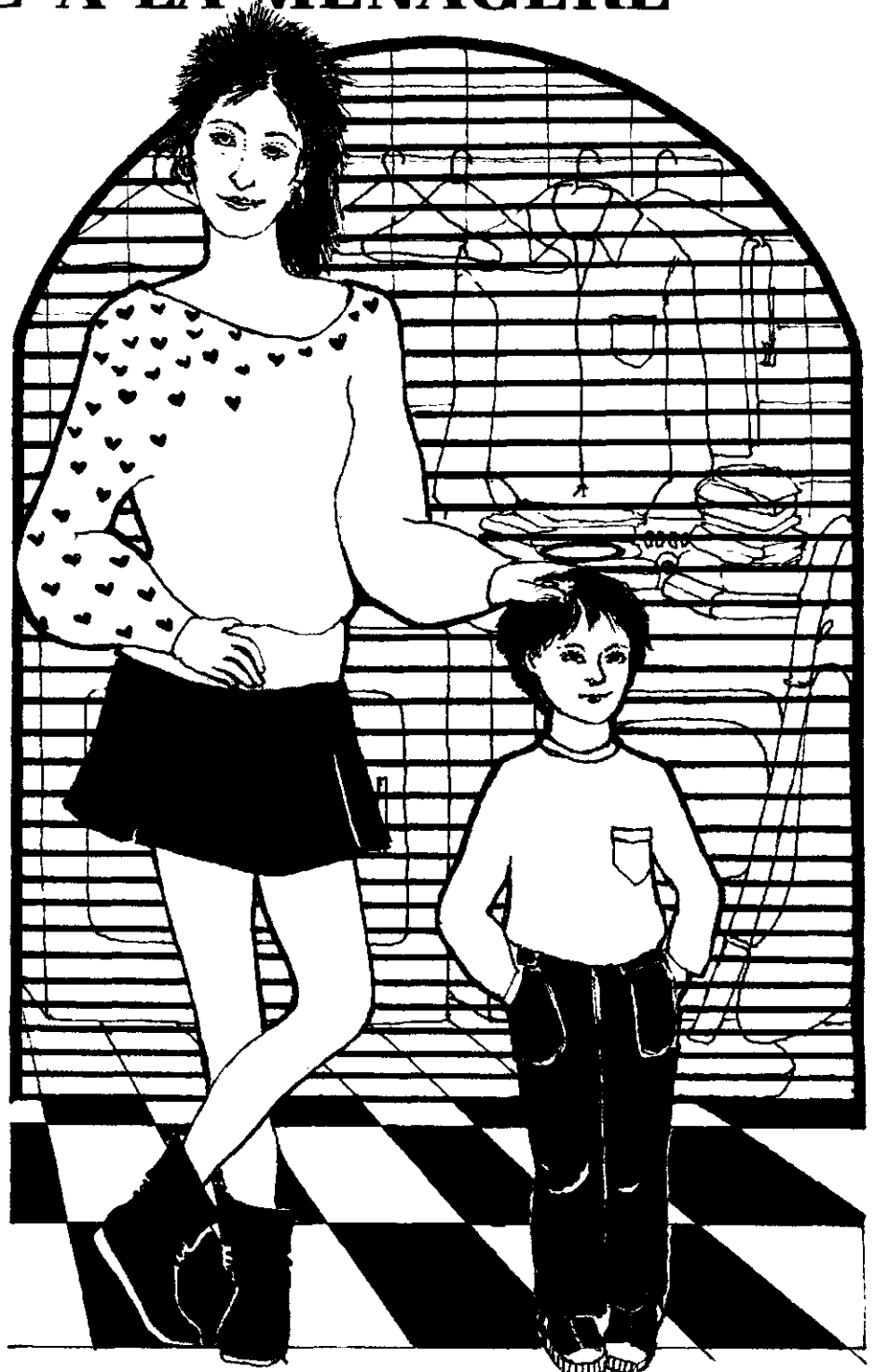
Si nous prétendons qu'il y a davantage de ménagères qu'au début du siècle, c'est qu'il y a en effet davantage de Québécoises qui sont épouses et mères. En effet, alors qu'environ 15% des femmes nées en 1887, 1903, 1907 ne se sont jamais mariées, seulement 10% de celles qui ont maintenant entre 32 et 47 ans sont restées « officiellement » célibataires.² Par ailleurs, alors que plus d'une femme sur quatre née en 1887, 1903, 1907, n'a eu aucun enfant, cette proportion a chuté en 1971 à 15% pour les femmes de plus de 45 ans et à 9% pour celles de 35 à 44 ans.³ Ainsi, comparativement à leurs aïeules du début du siècle, plus de Québécoises sont maintenant mères et/ou conjointes et peuvent donc être considérées comme ménagères.

Evidemment le profil des ménagères a considérablement évolué, et peu de femmes voient maintenant leur vie rivee au seul horizon de la famille et du travail domestique. Compte tenu que le taux d'activité des Québécoises est passé de 34,9% en 1970 à 46% en 1980, plus de femmes sont maintenant à la fois ménagères et salariées. La proportion de « conjointes et/ou mères en emploi » est en effet passée de 26% à 36% entre 1971 et 1979, alors que la proportion de femmes au foyer a chuté de 53% à 39%.⁴

Même salariées, les ménagères ne sont pas dispensées des activités domestiques, et c'est généralement au prix d'un allongement de leurs heures totales de travail et d'une diminution de leurs temps de repos et de loisir qu'elles cumulent les deux tâches.

Les « 3 P »

Quant à l'inflation verbale qui est faite autour du partage des tâches, elle tient



davantage du mythe que de la réalité : la plupart des hommes n'assument en effet que des tâches ponctuelles, clairement définies et mesurées, des tâches visibles, liées à l'extérieur, à leur métier, ou identifiées comme masculines, comme c'est le cas pour les «3 P» : poubelles, pelletage et pelouse. En moyenne, ils n'assument que de 10% à 35% du temps de travail domestique de leur conjointe.⁵ Même si certains hommes plus scolarisés, ayant des horaires de travail plus souples et soucieux de vivre des rapports plus égalitaires, commencent à mettre davantage la main à la pâte, il demeure que le plus difficile à partager c'est la conception même du travail domestique et celle du partage...

Ce qui rend d'ailleurs les choses particulièrement délicates, c'est que le travail domestique est encore souvent associé à des tâches manuelles très précises du type vaisselle, ménage, repas, etc. Or, les normes concernant ces travaux se sont multipliées et affinées (on ne fait pas un lavage annuel ou saisonnier mais bien hebdomadaire, quand ce n'est pas quotidien). En outre, les activités domestiques sont de plus en plus impalpables et liées à des services aux individus et souvent confondues aux loisirs. C'est le cas du transport qui, dans les banlieues américaines, absorbe une journée par semaine. C'est le cas aussi du magasinage ou encore

des services psychologiques, ces grandes oreilles écouteuses et attentives autour d'un café...

En outre, les tâches domestiques elles-mêmes sont de plus en plus investies psychologiquement, si bien que changer la couche d'un bébé ce n'est plus seulement changer une couche mais marquer profondément la personnalité de l'enfant ; présenter un repas devient le reflet de notre amour, et ainsi de suite...⁶ Pas étonnant que dans un tel contexte affectif, les conseils contradictoires des experts en tous genres aient un tel impact et arrivent souvent à nous faire douter de nos gestes les plus simples.

La ménagère invisible

Enfin, même si, grâce aux merveilles de la technologie domestique (d'ailleurs largement inventée par les femmes),⁷ certaines tâches sont moins harassantes, cette technologie, grugeuse d'énergie (achats, réparations, entretien, etc.), épargne, somme toute, fort peu de temps réel.⁸

Cependant, comme pour le mythe du partage des tâches, elle en donne l'illusion et surtout elle contribue, de même que l'aménagement de l'espace et les nouvelles normes domestiques, à le rendre plus invisible que jamais. Ainsi, pratiquement finis ces «beaux» lundis avec le moulin à laver au milieu de la cuisine et les cordées de linge au vent. Les instruments de travail sont maintenant intégrés et fondus au mobilier ou encore camouflés sous des housses de Phentex, quand ce n'est pas la ménagère qui «disparaît» dans la salle de lavage du sous-sol. D'ailleurs le ménage lui-même est une activité paradoxale qui consiste à faire disparaître constamment toutes traces des autres travaux et à se faire disparaître lui-même comme marque de travail, puisque ce qui se voit c'est la saleté, mais rarement le ménage... Quant aux ménagères, comme d'ailleurs pour les jeunes mères, le nec plus ultra consiste à tout faire mais à camoufler les cernes et à afficher un air serein et

décontracté pour ne pas en avoir l'air... Enfin, les ménagères elles-mêmes contribuent largement à occulter le travail domestique dans la mesure où peu d'entre elles s'identifient à ce statut déclassé par le profil «new-look» des jeunes célibataires salariées⁹ et préfèrent, en général, se référer à leur métier, à leur formation ou encore se dire mères, éducatrices ou même «madame» (sic)...

Mais pourquoi nier ce travail domestique qui, d'après les dernières enquêtes françaises, représente 48 milliards d'heures de travail comparativement à 41 milliards pour le travail salarié ?¹⁰ Qui a intérêt à prétendre, d'un côté, qu'il s'agit d'un «travail d'amour» et, de l'autre, à nous en culpabiliser au point qu'on préfère le taire, sinon ceux qui profitent de cette source d'énergie, beaucoup plus payante que le pétrole ! Ce travail représente, en effet, entre 1/3 et 3/4 du produit intérieur brut,¹¹ soit, aux États-Unis, selon les estimations les plus faibles, plus de 499 milliards, alors qu'à titre de comparaison, le budget militaire de 1982 était de 183 milliards...¹²

Les rapports hétérosexuels et la maternité sont des éléments clés pour comprendre comment cette société extorque des milliards d'heures de travail non-payées aux femmes et les maintient dans une position dominée.

Se dire mère et refuser de se dire aussi ménagère, c'est comme jeter le bain en essayant de garder l'eau du bébé...

Notes

(2) Ce texte s'inspire pour l'essentiel d'une recherche de 900 pages sur la production domestique, que j'ai coordonné pour le Conseil du statut de la femme et qui a impliqué comme chercheuses principales Diane Belisle et Anne Gauthier. Ces documents, qui doivent être publiés sous forme de livre cet automne, sont pour l'instant disponibles au CSF sur demande. Écrire au 8, rue Cook, bureau 300, Québec G1R 5J7.

(3) Données préliminaires recensées par Marie Lavigne pour son article «Reflexions féministes autour de la fertilité des Québécoises», in *Maitresses de maison, maitresses d'école*, Nadia Fahmy-Eid et Micheline Dumont (ed.), Boreal Express, 1983.

(4) Annexe d'Anne Gauthier au document synthèse sur la production domestique, CSF, 1983.

(5) Le partage des tâches domestiques : mythes et réalités, Louise Vandelac, CSF, 1983.

(6) Schwartz-Cowan, Ruth, «Two washes in the morning and a bridge party at night : the American housewife between the wars», *Women's Studies*, vol. 3, n° 2, 1976, p. 147-172.

(7) Bernard, Jessie, *The Female World*, New York, The Free Press, 1981, p. 393-412.

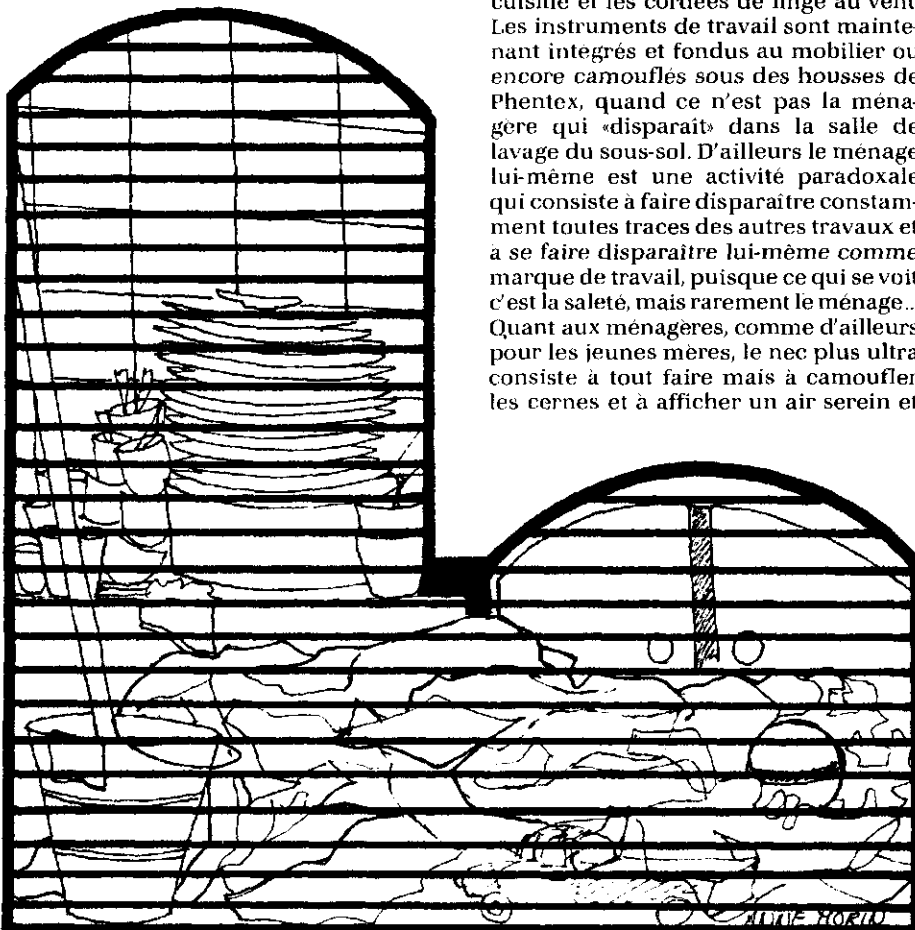
(8) Belisle, Diane, *Le temps du travail ménager sous le prisme et l'emprise du temps marchand*, CSF, 1983.

(9) Ehrenreich Barbara et Deirdre English, *Des experts et des femmes*, Montréal, Ed. du Remue-Ménage, 1982.

(10) Chadeau, Ann et Annie Fouquet, «Peut-on mesurer le travail domestique», in *Economie et Statistique*, n° 136, INSEE, Paris, sept. 1981.

(11) *Ibid.*

(12) Kome, Penney, *Somebody has to do it*, Toronto, McClelland and Stewart, 1982, et Document synthèse de la recherche *Production domestique*, Louise Vandelac, CSF, 1982.



De toutes les provinces du Canada, ou presque, nous proviennent documents, bulletins, communiqués ayant trait aux organisations de sages-femmes provinciales. C'est dire jusqu'à quel point le mouvement en faveur du retour de la sage-femme et de la légalisation de sa pratique est important et solidement ancré dans l'histoire médicale canadienne contemporaine. Partout on discute, on réfléchit, on s'organise et, bien sûr, on assiste aux accouchements.

Les sages-femmes du Canada

Camille Larose

En Nouvelle-Écosse

Cette province retient particulièrement l'attention depuis janvier 1983 lorsque trois sages-femmes, Donna Carpenter, Charlene MacLennan et Linda Wheeldon furent accusées de **négligence criminelle entraînant des dommages corporels** sur un bébé accouché à domicile – bien qu'il fut conduit à l'hôpital quelques minutes après sa naissance.

La poursuite fut changée en **négligence criminelle entraînant la mort d'un enfant**, en juillet 1983, lorsque le bébé mourut après qu'on eut retiré l'appareil respiratoire qui le maintenait en vie. En novembre dernier, la cause était rejetée hors-cours par le juge William Gun de la Cour provinciale parce que l'enquête préliminaire n'avait pas fourni de preuves suffisantes pour un procès.

Cette accusation a cependant suscité beaucoup d'émotion dans tous les milieux de sages-femmes, partout au Canada. En quelques mois, on a réussi à amasser quelque \$12,000 pour assurer la défense des accusées. (Il reste encore \$3,000 de factures à pourvoir.)

Ces trois femmes viennent de vivre plusieurs mois d'expériences absolument traumatisantes – elles risquaient une peine d'emprisonnement à vie. Nous aimerions ici souligner leur courage et sympathiser avec elles. Si vous voulez les aider à défrayer le coût de l'enquête, envoyez vos dons à NAPSAC-Midwives Defence Fund, 19 Fairmount Road, Halifax, Nova Scotia B3N 1H5.



Robert Beaudet

En Ontario

Les sages-femmes d'Ontario jubilent. C'est la deuxième fois cette année qu'un juge se prononce en faveur de la légalisation du métier de sage-femme dans cette province, suite à des procès impliquant des mortalités d'enfants.

Ce coup de pouce venu d'en haut semble avoir relancé la difficile communication entre les sages-femmes ordinaires, les sages-femmes infirmières et les médecins. Les porte-parole officiels des médecins (le Collège des médecins d'Ontario) demeurent conservateurs, mais cela a permis à plusieurs individus, médecins et spécialistes, d'exprimer des opinions plus positives sur la ques-

tion et d'approuver à leur tour le travail des sages-femmes. Les associations d'infirmières aimeraient qu'on statue sur le sort des sages-femmes au niveau national plutôt que provincial. Les associations de sages-femmes et d'infirmières en ont profité pour produire une soumission au ministère de la Santé demandant un permis de travail sous forme de licence pour oeuvrer en milieu hospitalier, à domicile et dans des centres de naissance alternatifs, si et lorsqu'ils existeront.

De Colombie-Britannique

C'est en Colombie-Britannique que les mouvements pro-sages-femmes sont les mieux organisés et les plus avant-gardistes. L'Association des sages-femmes de C.-B. a longuement et clairement défini les rôles et fonctions de la sage-femme.

Un des aspects les plus novateurs du mouvement consiste en la présence d'un très actif «Task Force», comme on l'appelle là-bas, un groupe de pression multi-disciplinaire réunissant des sages-femmes, des médecins, des usagères et des usagers. Ce groupe travaille à promouvoir la sage-femme en Colombie-Britannique.

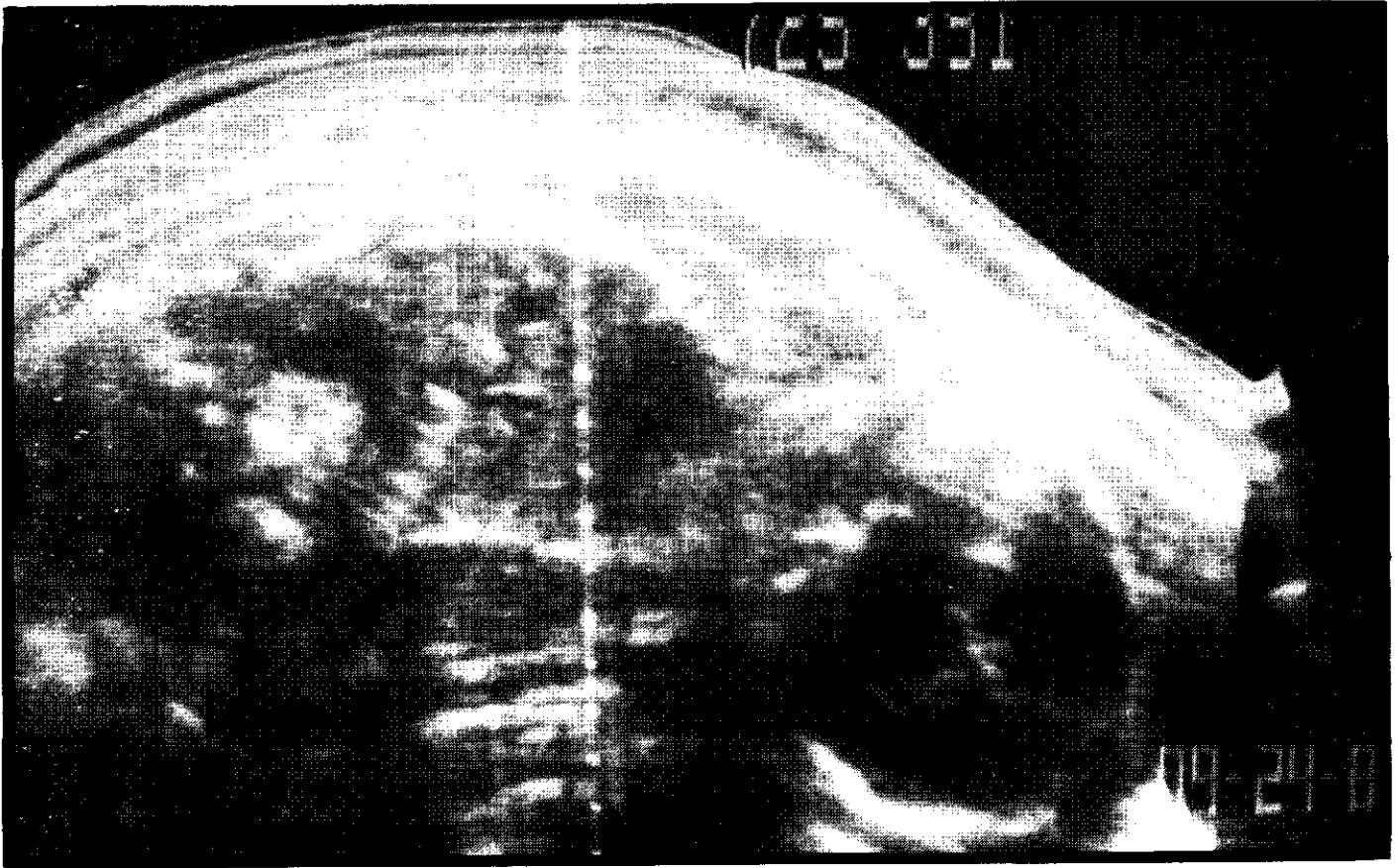
Le «Task Force», conjointement avec l'Association des sages-femmes, a publié plusieurs documents et a organisé les deux conférences tenues à Vancouver en 1981 et 1983. «Midwifery is a Labour of Love» (la sage-femmerie est un travail d'amour). Leurs documents, ces conférences et les nombreux rapports qui ont été acheminés vers les ministères concernés sont pour beaucoup dans la reconnaissance de la pratique de la sage-femme en Colombie-Britannique. Il ne serait pas surprenant de voir ce métier légalisé là, plus rapidement qu'ailleurs. Nous aurions peut-être intérêt à suivre leur exemple au Québec. Nous avons toutes les ressources nécessaires pour former un «Task Force» qui viendrait appuyer les demandes des groupes d'humanisation.

Au Québec, comme dans tous les pays où la grossesse et l'accouchement sont de plus en plus médicalisés, l'échographie est devenue un examen de routine. Face à cet envahissement technologique et à la dépendance qu'elle crée, de plus en plus de femmes s'interrogent et prennent position. C'est dans cet esprit que s'inscrit ce dossier.

*** Une première version de ce dossier a été produite dans le cadre d'un projet «Été Canada 83» marrainé par Alternative Naissance. Andreanne Forget en a été la principale réalisatrice. Nous tenons aussi à remercier Dhyane Iezzi, Hélène Cornéliier, Isabelle Brabant ainsi que toutes les autres femmes qui nous ont aidées.*

ÉCHOGRAPHIE un examen au-dessus de tout soupçon ?

Françoise Braun et Hélène Valentini



Quelle est la situation ?

L'échographie constitue un examen auquel des milliers de femmes enceintes sont soumises une, deux et parfois même trois fois pendant une grossesse sans complication. Parmi ces femmes, combien sont informées par leur médecin traitant des raisons de l'examen ? Combien connaissent le principe de l'échographie ? Et que savent-elles des effets possibles d'une exposition à cette forme d'ultrasons ?

Alors que de nombreuses interventions médicales concernant la grossesse et l'accouchement sont remises en question pour leur efficacité et leur utilité thérapeutique, l'échographie demeure encore trop souvent intouchée, voire au-dessus de tout soupçon.

Au Québec, l'utilisation de l'échographie comme examen prénatal a plus que triplé au cours des cinq dernières années alors que le nombre d'accouchements pour la même période est passé de 96,047 à 91,740.

Année	Nombre d'échographies
1978	41,472
1979	67,846
1980	99,158
1981	120,284
1982	129,356

*Données fournies par le R.A.M.Q., 1984.

Pourtant, parallèlement à son usage croissant, de récentes recherches examinent sa véritable utilité et les risques

encourus par le fœtus et les générations à venir.

D'où vient l'échographie ?

L'existence des ultrasons est découverte en 1794 par un chercheur italien qui observait les chauves-souris. Une de ses premières applications donne lieu à l'invention du radar lors de la guerre 1914-18. À partir de 1958, le docteur anglais Ian Douglas utilise les ultrasons expérimentalement en obstétrique. Mais c'est surtout depuis 1975 qu'ils servent systématiquement au diagnostic intra-utérin par le biais du doppler (foetoscope électronique), du moniteur foetal et de l'échographie.

On le voit, l'application des ultrasons aux femmes enceintes, bien que passée maintenant dans les mœurs médicales, demeure un phénomène très récent.

Que montre-t-elle ?

Echographie signifie image de l'écho. Pour capter cette image, on utilise des ultrasons, d'une fréquence trop élevée pour être perçue par l'oreille humaine, transmis par une sonde appelée transducteur. Ceux-ci traversent le corps et rebondissent selon la densité des obstacles rencontrés : os, organes, liquide, etc. Les échos alors captés sont transmis électroniquement sur un écran où ils forment une série de points brillants qui est appelée «image». Il existe deux types d'échographie qui produisent différentes sortes d'images. Le premier, de «mode A» – le mode étant l'intensité de la fréquence –, produit une représentation unidimensionnelle constante. Le second, de «mode B», donne un portrait bidimensionnel en mouvement continu – en temps réel – qui correspond au changement de l'objet examiné.

Comment se déroule l'examen ?

On demande d'abord à la femme de boire pour que sa vessie soit gonflée. Ce gonflement permet de se servir de la vessie comme point de repère tout en provoquant une remontée de l'utérus qui devient plus accessible lors du sondage. Ensuite, la femme s'allonge et on badigeonne son abdomen de gelée lubrifiante ou d'huile d'olive pour assurer la conductibilité des ondes. La sonde est alors passée.

L'image obtenue peut être lue immédiatement sur un écran ou photographiée pour une révision ultérieure. L'examen prend en général de 10 à 15 minutes.

Quand s'effectue cet examen ?

L'échographie est pratiquée tout au long de la grossesse. Ce qui est recherché devrait déterminer le moment de sa

réalisation.

– Dès la cinquième semaine d'absence de menstruations, et tout au cours du premier trimestre de grossesse, l'échographie décele s'il y a gestation, si l'œuf est bien implanté et si sa structure générale et ses mouvements paraissent normaux. La mesure de la longueur de l'embryon et du diamètre du sac gestationnel grâce aux ultrasons est une manière parmi d'autres d'évaluer l'âge de la gestation.

L'échographie du premier trimestre reste cependant moins révélatrice et plus dangereuse que des examens subséquents, le fœtus n'en étant encore qu'à ses premiers stades de développement. L'examen précoce est malgré tout recommandé par les médecins si des saignements, des douleurs abdominales, une masse para-utérine apparaissent, ou si la femme a des antécédents chargés tels des fausses couches, un bébé prématuré, ou sévèrement malformé.

Malgré les recommandations des médecins, on peut douter de la pertinence du moment de cet examen puisqu'au premier trimestre, le fœtus est encore très peu développé, ce qui ne permet pas de recueillir beaucoup d'informations sur son état. De plus, c'est le moment où il est le plus sensible, donc le plus vulnérable.

– L'examen du deuxième trimestre sert à apprécier l'âge foetal en se servant cette fois de la mesure du diamètre bipariétal¹ pour localiser le placenta dans le cas d'une amniocentèse,² et à examiner la tête du fœtus. Dans ce dernier cas, l'exploration peut révéler certaines malformations du cerveau telles l'hydrocéphalie,³ l'anencéphalie.⁴ À ce stade, il permet aussi de déterminer les grossesses gemellaires. Il est de plus recommandé par les médecins s'il y a discordance entre la taille de l'utérus et la durée de l'absence des menstruations. Cet écart peut révéler que l'âge de la gestation a été mal évalué ou que le développement du fœtus n'est peut-être pas tout à fait normal.

D'autre part, l'échographie pratiquée aux alentours de la 18^{ème} semaine de grossesse, permet à une femme enceinte d'un fœtus avec des malformations visibles de se faire avorter par méthode saline.⁵ Rappelons qu'au Québec, l'avortement thérapeutique est autorisé jusqu'à la 20^{ème} semaine de grossesse.

– L'échographie du dernier trimestre est la plus révélatrice, comme bien d'autres examens à cette même époque. Elle permet parfois de déceler un certain nombre de malformations du cerveau, des organes et des membres. On s'en sert aussi accessoirement – souvent comme appât – pour connaître le sexe du fœtus. Finalement, l'examen tardif permet de localiser le placenta et la position foetale. Mais comme tout organisme vivant, il faut se rappeler que le fœtus bouge et que si à 8 mois il se présente d'une certaine façon, il se présentera peut-être différemment lors de sa

venue au monde.

Les indications qui viennent d'être énoncées sont celles que la plupart des médecins évoquent pour demander une échographie. Bien souvent cependant, aucune raison n'est présentée et l'examen est fait d'office «juste pour voir». Dans ce cas, la décision est laissée à l'arbitrage total du médecin qui, poussé par diverses raisons, va le recommander ou pas. La prescription de l'échographie est certainement liée à l'accessibilité des équipements. **Dans les régions du Québec les mieux équipées, le taux d'échographie atteint des records alors qu'il ne semble pas avoir de répercussion significative sur les taux de mortalité et de morbidité infantile.** On est donc en droit de se questionner sur les raisons réelles de cette intervention.

«Aimeriez-vous une photo de votre bébé ?»

On peut différencier l'échographie de routine, la plus commune, de celle prescrite à cause d'antécédents gynécologiques ou de signes permettant de prévoir des complications. Dans le premier cas, son utilité médicale est très restreinte car le dépistage d'une malformation, par exemple, demande un examen beaucoup plus approfondi que l'examen de routine. Il existe d'autres moyens beaucoup moins envahissants pour s'assurer d'un bon déroulement de grossesse. C'est le cas d'un «suivi» bien fait, où suffisamment de temps est pris à l'évaluation attentive de la croissance du fœtus par rapport à la date de conception. (L'échographie est devenue presque «nécessaire» maintenant que le médecin prend moins d'une minute pour palper le bébé.)

Dans le second cas, celui des grossesses dites à risque élevé, les avantages de l'échographie sont aussi discutables, surtout quand elles sont faites de manière répétitive. Avant d'accepter le verdict de «grossesse à risque» qui est maintenant si vite déclaré, il faut d'abord évaluer à fond la situation.

Quels sont les effets secondaires de l'échographie ?

Peu d'études ont été faites sur les ultrasons dans le diagnostic prénatal. La plupart d'entre elles tentent de prouver ou au moins d'évaluer l'existence d'effets subtils mais réels à l'exposition aux ultrasons. Le docteur Liebeskind, après avoir exposé des cellules en suspension à des ultrasons de faible intensité pendant trente minutes, observa des transformations anormales du niveau de la croissance des cellules et de la synthèse de l'ADN.⁶ On peut se demander si ces changements (particulièrement en ce qui concerne la rupture des chromosomes) sont réversibles ou si leurs conséquences ne sont pas définitives, même

si elles n'apparaissent qu'après plusieurs générations.

Par ailleurs, il est notable que le doppler augmente d'une manière significative l'activité foetale, et même si la cause de cette réaction n'a pas encore été identifiée, on ne peut ignorer que les tissus foetaux en croissance rapide constituent des cibles particulièrement sensibles.

Des expérimentations en laboratoire effectuées sur des animaux exigent la considération d'autres indices même si l'extrapolation des résultats obtenus sur des animaux et appliquée aux êtres humains n'est pas sans faille. Des anomalies congénitales touchant le deve-

cherche sur les effets insoupçonnés de l'échographie – soutenus par les pressions des groupes qui militent en faveur de la démedicalisation de l'accouchement –, les organismes officiels recommandent la prudence et déconseillent l'échographie comme examen de routine. Le FDA (Food and Drugs Administration, USA) qui n'est certainement pas reconnu pour ses positions critiques envers les technologies de pointe, recommande d'éviter l'utilisation systématique des ultrasons car: «Aucune étude n'a été réalisée à long terme, et les effets cumulatifs demeurent inconnus jusqu'à présent.» Le Collège américain de radiologie, emboitant le pas, fait la



loppement neuro-musculaire, une immunité réduite face aux maladies, une diminution du poids foetal et un comportement perturbé ont été mis en évidence.

Un autre phénomène a été observé. Il s'agit de la cavitation, soit la formation de bulles ou de cavités contenant du gaz ou de la vapeur dans des milieux liquides sous l'activité d'ondes sonores. Les tissus exposés et les organes (cerveau, coeur, vessie) présentent alors temporairement des modifications intra-cellulaires.

Que conclure des risques que le foetus encourt lors d'une ou plusieurs expositions aux ultrasons? Bien qu'il soit trop tôt pour se prononcer sur les effets définitifs de l'échographie, la plupart des recherches nous suggèrent:

- que les ultrasons interfèrent dans le développement et le comportement du foetus;
- qu'ils influencent le poids des nouveaux-nés;
- qu'ils provoquent des transformations génétiques qui pourront affecter les générations à venir, surtout les femmes.

D'autres pistes sont aussi à surveiller.

Même la FDA recommande la prudence!

Depuis la parution des travaux de re-

même recommandation à ses membres. Au Canada, Santé et Bien-Être encourage aussi à la prudence. Et pourtant, au Québec, les chiffres ne cessent de s'accroître...

Que pouvez-vous faire?

D'abord, vous pouvez refuser toute échographie de routine puisqu'elle est souvent inutile et dangereuse, et exiger plutôt de votre médecin un bon suivi clinique approfondi et consciencieux. Ensuite, dans un cas problème, il faut connaître les raisons exactes de cette prescription. Il faut s'assurer alors que les résultats de l'examen sont essentiels au déroulement de la grossesse. Règle générale, il faut toujours étudier attentivement les problèmes quand ils se posent et d'abord tenter d'y remédier. Par exemple, quand un retard de croissance en milieu de grossesse est détecté, on agira d'abord sur tous les facteurs qui peuvent affecter la croissance foetale: conditions physiques et socio-affectives de la mère. C'est seulement si le problème persiste ou s'accroît que l'on aura recours à l'échographie.

Finalement, il faut se rappeler que plus l'examen est précoce, plus il est nuisible pour le foetus. Dans le cas où la femme a choisi de passer une échographie, la date la plus tardive – dans la mesure du possible – sera la meilleure.

Comment limiter les effets néfastes de l'échographie?

- Évaluer si l'examen déterminera un changement dans les soins/interventions.
- Déterminer le moment le plus adéquat.
- Limiter le nombre et la durée des expositions en tenant compte, par exemple, que pour évaluer la position du foetus le temps requis n'est que de deux à trois minutes. Dans ces cas, un examen d'une vingtaine de minutes «juste pour voir» est tout à fait inutile.
- Choisir avec soin et selon ses compétences le professionnel qui fera passer l'échographie.
- Ne pas hésiter à poser des questions à l'opérateur sur l'appareillage et sur le déroulement de l'examen.

Rester vigilantes...

Tant qu'il n'existe pas de preuve absolue sur l'inocuité des ultrasons, c'est-à-dire tant que cette technique n'aura pas été éprouvée pour une période couvrant plusieurs générations, il faut rester très critique face à son usage systématique.

L'expérience de la thalidomide⁷ et plus récemment du DES⁸ prouve qu'il n'est jamais trop prudent de se méfier des médicaments et techniques qu'on dit sans danger.

LEXIQUE

(1) *Bi-pariétal*: os pariétal au nombre de deux qui constitue la partie moyenne et supérieure du crâne.

(2) *Amniocentèse*: analyse du liquide amniotique qui permet de détecter un certain nombre d'anomalies. Au Québec, cet examen tend à être imposé systématiquement aux femmes de 35 ans et plus. Comme l'échographie, cette technique n'est pas sans risque. Elle est d'ailleurs elle aussi fortement remise en question.

(3) *Hydrocéphalie*: accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien à l'intérieur des ventricules cérébrales.

(4) *Anencéphalie*: absence de cerveau.

(5) *Avortement par méthode saline*: (nécessite une hospitalisation de 2 à 3 jours) «A l'aide d'une longue aiguille creuse qui traverse la paroi abdominale et s'introduit dans l'utérus, on prélève du liquide amniotique qu'on remplace par une solution saline ou de composés chimiques naturels. 24 à 48 heures plus tard, le foetus sera expulsé suite aux contractions utérines». *La Vie en Rose*, mars-avril-mai 1982, page 24.

(6) *ADN*: chaîne protéique qui contient l'information génétique d'un individu et sa transmission.

(7) *Thalidomide*: tranquillisant administré aux femmes enceintes dans les années 50-60. Les «enfants de la thalidomide» sont nés avec des membres atrophiés.

(8) *DES*: le diethylstilboestrol est un médicament à action hormonale, administré aux femmes enceintes de 1941 à 1971 contre les fausses couches. On détecte maintenant chez les femmes des cancers du sein et chez leurs enfants, filles et garçons, des anomalies, malfonctionnement et cancer de l'appareil genital. (suite page 16)

De plus en plus, nous questionnons la médecine symptomatique, cette médecine qui, trop souvent, détruit des organes par la chirurgie sans aller voir la cause réelle du mal. Les preuves de l'inefficacité de cette médecine deviennent de plus en plus apparentes. Mais face à cette remise en question, quelle direction prenons-nous ?

L'AUTO-SANTÉ

Sylvie van Brabant

Souvent nous cherchons, dans le monde des médecines alternatives, une personne qui va remplacer le médecin allopathe, et nous mettons toute notre confiance et notre pouvoir dans les mains de l'acupuncteur, l'herboriste, l'iridologue, la sage-femme ou le naturopathe. Qu'est-ce qui a changé ? Nous remplaçons tout simplement la pilule par la tisane ou l'huile essentielle, l'alimentation et le repos par la vitaminothérapie, etc. Nous parlons beaucoup de prise en charge et d'auto-santé mais adoptons-nous vraiment cette démarche ?

Avant de parler d'auto-santé et de guérison, il faut se débarrasser de certaines vieilles croyances. Premièrement, nous avons appris à voir la maladie et la santé comme étant diamétralement opposées au lieu de les voir comme faisant partie d'un même cycle. Nous percevons la maladie comme quelque chose à l'extérieur de nous. Notre langage est révélateur : «J'ai attrapé un rhume», «Je suis atteinte d'une pneumonie». Nous avons appris depuis la tendre enfance à avoir peur des microbes.

La santé et la maladie étant ainsi polarisées, il n'est pas étonnant qu'on s'irrite d'une douleur ou qu'on prenne en grippe un mal ! La maladie est pourtant un moment idéal pour se regarder en face, écouter notre corps qui nous parle et qui exige de nous des changements. Elle provient souvent d'un déséquilibre dans nos émotions, notre alimentation, notre travail et même notre pensée. Il faut prendre le temps de chercher, de remonter à la source de cette débâcle plutôt que d'avaler sa pilule.

«La guérison est un voyage à l'intérieur de soi – un moment pour sonder son âme, l'essence de son être. À travers la guérison, nous cherchons à équilibrer et intégrer

les mondes intérieurs et extérieurs. La guérison, c'est la réunion du corps, de l'intellect et de l'esprit.»⁽¹⁾

(1) Mariechild, Diane, Mother Wit, A Feminist Guide to Psychic Development, Ed. The Crossing Press, Feminist Series, 1981.

RECETTE D'AUTO-SANTÉ

Marie Desjardins

L'ÉQUILIBRE ÉCOLOGIQUE DU VAGIN

Qu'est-ce qui peut détruire l'équilibre écologique du vagin ? Le vagin n'est pas un organe isolé, il fait partie de notre corps et ce qui nous arrive peut avoir une influence sur notre santé. Il est plus facile d'attraper une infection si notre résistance est amoindrie par :

- une autre infection
- un régime alimentaire malsain
- un manque de sommeil
- une anémie
- un foie encrassé et des intestins qui éliminent mal
- l'absorption de certaines hormones comme la cortisone ou la pilule
- des pratiques «hygiéniques» malsaines comme l'utilisation d'aérosols vaginaux ou de bains moussants trop fréquents.

Prévention des infections

- Se laver la vulve de préférence avec la main plutôt qu'avec une débarbouillette, nid à germes idéal.
- Ne pas abuser des douches vaginales pour ne pas éliminer les bactéries qui protègent l'acidité du vagin.
- Utiliser un savon acide (le savon sur le marché est basique).
- Abandonner les aérosols dits intimes.
- Éviter les sous-vêtements en fibres synthétiques qui empêchent une bonne circulation d'air.
- Ne pas laisser sécher sur soi un costume de bain, il peut contenir des spores (germes en repos). Après le bain, laver et sécher le maillot.
- Le partenaire aussi devrait avoir une bonne hygiène ; se laver tous les jours le pénis et avant les rapports sexuels.
- Avoir un foie en bonne santé et des intestins qui fonctionnent bien aide toujours à prévenir les infections.

Anesthésie, coupure, épidurale : des termes que j'ai encore peine à entendre parce qu'ils me rappellent mon échec à l'accouchement par voie naturelle.

LA CÉSARIENNE

Andrée Normandeau

*Centre de documentation
des médecines douces
des Bois-Francs*

La césarienne est un acte chirurgical consistant à couper l'abdomen et l'utérus, au dessus du pubis, à l'horizontale ou à la verticale, selon l'urgence de l'opération ou les habitudes du gynécologue, pour en extraire le fœtus et le placenta. L'opération peut se faire sous anesthésie épidurale ou générale. C'est une opération majeure avec des risques pour la femme et pour l'enfant (risque d'asphyxie, eau intercellulaire, poumons mouillés). Les césariennes sont souvent planifiées pour une date fixe, spécialement dans les cas de césariennes répétitives. On ne permet pas à la femme de pouvoir commencer, expérimenter un travail et de connaître ce que sont les contractions.

Les contractions sont pourtant très importantes pour le développement du bébé car elles tonifient ses systèmes vitaux (système respiratoire, circulatoire, nerveux et digestif), et les préparent à leur fonctionnement après la naissance. Chez les mammifères, sauf l'humain, ces systèmes vitaux sont activés par les mères qui léchent leurs petits, c'est-à-dire par une excitation cutanée, cette stimulation chez l'humain se retrouve lors des contractions.

Certaines études ont rapproché l'absence de travail, donc de stimulation de l'organisme du bébé, à cette léthargie que l'on retrouve chez les bébés-césariennes. Par contre le docteur H. Barron soutient qu'une relation très intense après l'accouchement peut pallier à l'absence de contractions, d'où la nécessité d'allaitement après césarienne, ou du moins la présence immédiate auprès de sa mère et massage du bébé.

Le taux de mortalité chez les bébés-césariennes est de 3 à 7 fois plus élevé chez les césariennes à date fixe que



chez celles où on laisse commencer le travail. Le décès est souvent causé par des troubles respiratoires. La sérieuse difficulté de ces opérations est que souvent, la naissance est prématurée dû à un mauvais calcul des dates. Le danger de la prématurité repose sur le fait que le système respiratoire, plus particulièrement les alvéoles pulmonaires, est immature, ce qui peut causer une détresse respiratoire ou une maladie de la membrane hyaline. Le taux de prématurité est de 5 à 22% chez les césariennes comparativement à 6-7% dans les naissances vaginales.

On ne doit pas négliger le tort causé par la séparation du bébé de la mère après l'opération. Suivant les règlements hospitaliers et si les parents n'en font pas la demande, ils ne peuvent avoir un contact direct avec le bébé que 24 heures après la naissance, privant à la fois le bébé et les parents de la magni-

ficence du premier contact immédiat après la naissance. On ne parle pas ici des traumatismes possibles chez l'enfant pour avoir été privé d'amour dans les premiers instants de sa vie. - Je dois mentionner que nous avons pu, Paul, Simon et moi cohabiter 24 heures sur 24 dès mon retour de la salle de réveil. Nous avons fait la demande pour que le personnel de l'hôpital ajoute un lit dans la chambre. Il est très important toutefois d'avoir le support nécessaire pour le faire parce que les forces (psychologiques et physiques) n'y sont pas toujours -

De plus la femme qui a subi la césarienne souffre souvent de dépression après l'opération, ne se sentant plus femme à part entière. Ayant manqué de contrôle sur son expérience d'accouchement, elle se sent frustrée, déçue, peinée et souvent même jalouse des femmes qui ont accouché «naturel-

lement. Naturellement entre guillemet, parce qu'on évalue à 8% les naissances naturelles, c'est-à-dire exemptes de toute intervention médicale, soit solute, épidurale, épisiotomie, etc.

Raisons ou excuses

La première question à se poser est le pourquoi de ces taux alarmants et toujours à la hausse des césariennes, si on considère que les taux étaient de 5,65% en 1971 et de 15% en 1980 pour l'ensemble du Québec selon la Régie d'assurance maladie du Québec. Le taux pour l'hôpital Hôtel Dieu d'Arthabaska, pour l'année 1982-83, est de 26,3%.

Seraient-ce que nos médecins aiment tellement les femmes qu'ils ne peuvent pas les voir souffrir? Seraient-ce que les femmes ont une évolution telle qu'elles ne peuvent plus accoucher. Treuve de plaisanterie ou de septicisme... On peut énumérer plusieurs raisons plus ou moins valables pour la césarienne, soit :

** Peur chez les médecins d'une poursuite après un accouchement difficile, donnant suite à un bébé handicapé soit physiquement ou mentalement.*

** Politique de la «césarienne un jour, césarienne toujours» par crainte de rupture utérine.*

** Manque d'entraînement sur l'accouchement naturel; les médecins ne sont pas toujours habitués à assister des accouchements de cas de siège, et à patienter le temps nécessaire pour tout le travail de la future mère.*

** Meilleures statistiques sur la mortalité; on croit les naissances par césarienne, en cas de déroulement anormal, plus sécuritaires.*

** Raison économique: la césarienne est beaucoup plus payante parce qu'elle nécessite anesthésiste, gynécologue, obstétricien, etc...*

** Herpès: dans une naissance naturelle l'herpès peut causer des troubles au cerveau, aux reins ou aux poumons du bébé, il peut même causer la mort du bébé.*

** Bassin trop étroit et travail interrompu sans raison.*

** Position du bébé.*

** Bébé en souffrance.*

En examinant certaines de ces raisons, serait-il possible d'accoucher par voie vaginale améliorant ainsi notre bien-être et celui de nos enfants?

Rupture utérine

De nombreuses études ont été faites aux États-Unis et de plus en plus de médecins sont prêts à soutenir un accouchement par voie naturelle, surtout depuis que l'incision de l'utérus à la verticale a

presque disparu. La rupture utérine ayant été la grosse crainte des médecins et la raison de ne pas permettre à la future mère d'entrer en travail. L'avantage de l'incision horizontale est que la

aucune n'avait eu de césarienne.

Quoique la rupture utérine ne soit pas à craindre au moment d'un accouchement par voie naturelle après césarienne, il est préférable par mesure préventive



partie inférieure de l'utérus est mince et guérit plus vite; cette coupe est plus fiable pour un travail subsequent étant donné que cette partie de l'utérus se contracte moins.

La rupture de l'utérus signifie la déchirure de l'utérus; mais au moment d'une deuxième césarienne on peut voir un petit trou dans la cicatrice qu'on appelle fenêtre. Il ne faut pas confondre rupture et fenêtre. Voici quelques symptômes de rupture: douleur abdominale, saignement vaginal, enflure du segment inférieur, pouls élevé suivi d'une baisse de la pression sanguine et l'utérus qui ne se contracte plus. La plupart des ruptures arrivent avant la date prévue des césariennes.

Lors d'une césarienne, la rupture est souvent causée par les inductions tels l'oxytocin qui cause l'hyperstimulation de l'utérus, l'utilisation abusive et non-professionnelle d'instruments chirurgicaux ainsi que rudesse de la part du «chirurgien» dans les cas de retrait difficile du placenta. Il est utile d'insister sur le fait que les ruptures utérines ne sont pas uniquement liées aux césariennes. Aux États-Unis en 1980, une étude par Golan rapporte 93 cas de ruptures utérines sur une période de cinq ans; 61 ruptures sur des utérus normaux, 33 sur des utérus avec antécédents de césarienne. À la suite de ces ruptures, il y a eu neuf cas de décès de mères dont

de ne pas accepter d'épidurale parce qu'elle peut masquer les douleurs ressenties au moment de la rupture ou quand le travail s'arrête.

Meilleures statistiques sur la mortalité

Si on examine quelques unes des études faites dans ce domaine, on se pose de sérieuses questions sur la validité de cette réplique médicale. En effet combien d'entre nous se sont fait dire: «La césarienne est plus sécuritaire pour votre enfant», ou «Il y a certains dangers pour vous». Or une étude de onze ans, dans le Rhode Island, sur les risques de mortalité en cas de césariennes, d'Evvard et Gold, dit que ce risque chez la mère est de 26 fois plus élevé que par naissance vaginale; une autre analyse, en Georgie, sur les morts maternelles démontre un taux de mortalité de 59,3/100.000 naissances par césarienne et une mortalité de 9,7/100.000 naissances vaginales.

L'Institut national de la santé des États-Unis détermine que les risques de mortalité chez les césariennes sont approximativement quatre fois plus grands que les naissances par voie vaginale et que les césariennes répétitives sont deux fois plus à risque que toutes les naissances vaginales!

Bassin trop étroit (dystocie) ou travail interrompu

Les bassins trop étroits et le travail interrompu sont les causes premières diagnostiquées pour la césarienne. Un rapport de l'Institut national pour la santé rapporte que la dystocie est responsable à 30% de l'augmentation des taux de césariennes. Une de leurs études sur 130.000 cas de césariennes a démontré que la dystocie était une indication pour la césarienne dans 43% des cas. Or ce phénomène peut se produire à une première grossesse pour s'effacer à des grossesses subséquentes.

Un diagnostic de bassin trop étroit avant toute tentative de travail est particulièrement suspecte. Il est important de se rappeler que ni le bassin ni la tête du bébé sont d'une grosseur fixe. La position accroupie favorise la flexibilité du bassin. De plus le bébé est constitué de telle façon que sa tête peut diminuer de circonférence lors du passage. En fait la fontanelle de la tête du bébé permet la flexibilité des os crâniens.

Le travail interrompu est souvent cause par un stress chez la femme; stress qui peut être associé à toute la routine hospitalière soit au temps permis pour le travail au moniteur, à la position couchée, etc.

On relie souvent la dystocie à un phénomène psychologique. Souvent une femme peut, consciemment ou inconsciemment décider de ne pas s'ouvrir parce qu'elle ne croit pas le milieu ambiant propice pour que son enfant naisse. Un exercice de visualisation est souvent utile en cas de dystocie pour dénouer tous les mauvais sentiments qui nous sont nuisibles, nous aidant ainsi à nous détendre et faire le passage pour le nouveau venu.

Position du bébé

Il y a environ 12% des césariennes dues à une mauvaise présentation du bébé, le plus souvent en position de «siège». Il ne faut prendre pour acquis lorsqu'on nous annonce que notre bébé est mal placé que la césarienne est éminente. Il y a des exercices qui permettent la rotation du bébé. En voici un: se coucher sur une surface dure votre bassin surélevé sur un oreiller, 9 à 12 pouces plus haut que la tête pendant dix minutes. Répétez deux fois par jour. Durant l'exercice, portez des vêtements amples et ne prenez pas de gros repas avant l'exercice. Pour plus d'effets, commencez l'exercice durant votre 30ième à 36ième semaine de grossesse. Si le bébé se retourne arrêtez l'exercice sinon le bébé pourrait revenir à son ancienne position. Les 3-4 des bébés se retournent dans environ deux semaines.

Aux États-Unis, l'Institut national de

la santé recommande que l'accouchement par voie vaginale demeure un bon choix obstétrique pour les cas de position de siège ou «des pieds en premier», pour le bébé avec un poids moindre de 8 livres, pour les femmes au bassin de dimension normale, pour les bébés à tête normale et en présence d'un médecin expérimenté dans de tels accouchements.

Bébé en souffrance

Encore ici les cas de bébés en souffrance sont la cause d'environ 5% des césariennes. Plusieurs critiques pointent du doigt le moniteur foetal lorsqu'on parle de souffrance du bébé. On note que le bébé est en souffrance par la présence du méconium dans le liquide amniotique ou une irrégularité dans le battement cardiaque du bébé.

Pour éviter la souffrance au bébé, on devra tout d'abord dire «non» aux stimulants de travail, tel l'oxytocin, et à la rupture artificielle des eaux qui stressent énormément le fœtus. Non aussi à l'écoute électronique qui peut être erronée, et non à la position couchée. En effet l'oxytocin peut causer des contractions trop longues et trop rapprochées pour laisser le temps nécessaire au bébé de recouvrer son oxygène; elle augmente aussi l'anxiété chez la mère d'où l'utilisation de narcotiques ou épidurale. Hors, ces narcotiques traversent le placenta pour aller accabler le fœtus, tandis que l'épidurale peut amener

l'hypotension, le sang au niveau de l'utérus et prolonger le travail. Comme alternative à l'oxytocin, un débordement d'affection et de tendresse et la stimulation des mamelons sont de beaucoup souhaitables.

La position de la mère est d'une importance primordiale. Si elle demeure couchée, l'utérus repose alors sur la veine cave et coupe ou réduit le flux sanguin au niveau de l'utérus. Cette position allonge le travail ou en réduit l'efficacité. Rester couchée sur le dos peut causer l'hypotension. Donc pourquoi pas une petite marche, une douche, etc. la dilatation n'en sera que plus rapide. L'hyperventilation lors de la dernière phase du travail réduit l'oxygène disponible au bébé, il est préférable de suivre son propre rythme et de relaxer le plus possible.

Pour conclure il est important de se rappeler que nous sommes les seules-maitresses de notre accouchement, que notre esprit et notre corps ne font qu'un. Il y a cinq attitudes positives nécessaires pour un accouchement, soit: s'aimer, avoir l'intention de réussir, se sentir responsable, avoir une ouverture d'esprit et voir la naissance comme une découverte de soi, un enrichissement.

References:

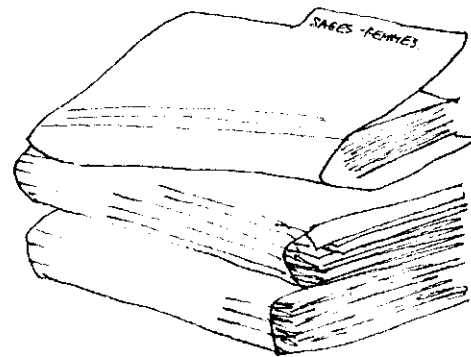
NANCY WAXNER OHLIN et LOIS J. ESTNER, SILENT KNIFE, Bergin & Garvey Publishers, Inc. Massachusetts, 1983.

ASHLEY MONTAGU, LA PEAU ET LE TOUCHER, Editions du Seuil, 1979.

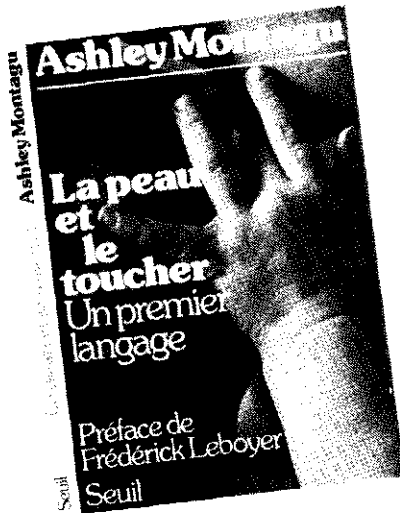
Suite au FAMEUX RAPPORT!

Sylvie Van Brabant

Le rapport inter-ministériel sur la formation de la sage-femme au Québec a bel et bien été déposé auprès du Ministre de l'Éducation, Camille Laurin. En déposant leur rapport les membres du comité ont suggéré au Ministre, d'établir une concertation avec des groupes de femmes pour mieux connaître leurs besoins, leurs attentes et leurs réflexions sur la pratique de la sage-femme. Espérons que cette consultation aura lieu. Étant donné que le rapport a été achevé au bureau du ministre à la fin décembre 1983 nous devrions en avoir des nouvelles bientôt. C'est un dossier à suivre de près car il ne faut pas oublier que, Pierre Marc Johnson, Ministre des Affaires Sociales n'en voit pas lui, la nécessité et ne souhaite pas voir apparaître une nouvelle profession (1). Il ver-



rait plutôt les infirmières déjà formées accomplir le travail de la sage-femme. Les sages-femmes pratiquantes et les divers groupes d'appui ne sont pas du même avis que M. le Ministre. Elles souhaiteraient voir une coalition se former entre les divers groupes intéressés par la formation et la pratique de la sage-femme.



LA PEAU ET LE TOUCHER
 Ashley Montagu
 Éd. : Seuil 1979

Céline Lemay

«La peau est un organe déterminant dans le développement du comportement humain.» p. 218

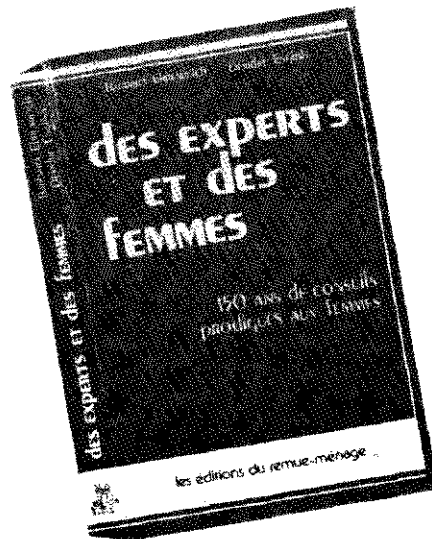
Tout au long de son livre, Ashley Montagu explore et démontre l'importance de l'expérience tactile pour assurer non seulement la survie de l'enfant et un bon fonctionnement de son organisme, mais aussi pour le développement d'une personnalité équilibrée. Il introduit la notion d'«extérogestation» chez le petit d'homme i.e. à la naissance, sa maturation et son développement ne sont pas terminés. La gestation va alors se continuer hors de la matrice. Lors de l'accouchement, les contractions de l'utérus auraient une fonction similaire au lechage et à la toilette chez les animaux ; par une stimulation massive de la peau et une sorte de massage du bébé, elles aident tous les systèmes vitaux à fonctionner après la naissance. La peau étant le système sensoriel le plus important du corps de l'enfant et son premier moyen de communication, les parents et surtout la mère doivent être conscients que les informations reçues par elle font partie des besoins fondamentaux du bébé. Les sensations éprouvées durant le processus de la naissance et dans les temps qui suivent auraient un impact sur la façon de communiquer de l'enfant et même sur son comportement sexuel. Montagu parle alors de l'activité sexuelle, dans les sociétés occidentales, comme étant souvent «une tentative pour satisfaire un besoin de contact physique.»

Il reprend les avantages de l'allaitement maternel, se fait l'avocat du retour

au berceau, du retour au toucher par plaisir et en signe d'affection, plutôt que par souci de prendre soin et d'éduquer. L'observation de différentes cultures montre les effets d'un sens du toucher développé et ceux d'un manque de facilité sur le développement, le comportement et les relations sociales des individus. Nous ne pourrions jamais surestimer l'importance de l'expérience tactile chez les humains, surtout au stade pré-verbal.

Son livre reste capital, dans notre civilisation du non-toucher, pour les réflexions et les prises de conscience qu'il suscite, et la douce insistance sur l'importance du toucher pour le petit. C'est un livre «touchant», qui n'entre pas dans la lignée des livres-recettes qui nous envahissent si souvent.

Domage, cependant, qu'il faille toujours étudier puis prouver scientifiquement une chose aussi simple et vitale, que d'autres font depuis des millénaires : c'est bon de toucher et d'être touché...



DES EXPERTS ET DES FEMMES
 150 ans de conseils prodigués aux femmes :
 BARBARA EHRENREICH, DEIRDRE ENGLISH traduit par Louise Arsenault et Zita De Koninck LES ÉDITIONS DU REMUE-MÉNAGE, 1982.

C'est avec l'avènement de l'ère industrielle que la femme, mère, guérisseuse, tisserande, couturière, jardinière, fabri-

quante de savon, de bougies, celle qui assurait la survie matérielle de la maison, perdit son importance au sein de la cellule familiale, cadre de vie de la majorité de la population à l'époque. C'est en usinant les biens essentiels, en stimulant la productivité, en éloignant le lieu de travail, que le marché renversa l'équilibre antérieur des rôles.

Dès lors la «question des femmes» était posée ! Qu'allait devenir cette force de travail que l'on niait désormais ? Désarmées, les femmes se sont vues confier le rôle de gardiennes des valeurs affectives et privées pendant que les hommes envahissaient le marché du travail, l'université, le monde des affaires et du commerce. Au nom de l'esprit scientifique, les guérisseuses et les sages-femmes durent faire place aux médecins, souvent (pour ne pas dire toujours) moins compétents, moins disponibles, plus sectaires. Terrées au fond de leur maison, annihilées, réduites, les femmes devinrent la proie des experts.

Durant 150 ans, ceux-ci se sont penchés sur nos problèmes, nous ont examinées, auscultées, saignées, cautérisées, hystérectomisées, psychanalysées, culpabilisées et maintenues dans une situation d'infériorité et de dépendance. Puis, un jour, ils se sont fait prendre à leur propre piège et, pour favoriser la hausse de consommation des années 50, ont laissé les femmes, que la guerre avait fait entrer dans les usines, sur le marché du travail. Il n'en fallait pas plus pour que les femmes ouvrent les yeux. La boucle était bouclée, les femmes jaillirent au grand jour, les experts furent ramenés à leur juste place. Tolérance, libération sexuelle, valorisation de la célibataire, découverte du moi, individualisme sont les empreintes de la seconde moitié du XX^e siècle.

L'époque est au libéralisme : grâce aux mouvements de psychologie populaire et de croissance personnelle, chacun se sent autonome et puissant. Quelle est la place des femmes dans cette société ? Mères, ménagères, travailleuses, avons-nous, en nous démultipliant, résolu la Question des Femmes ? La réponse ne peut être que négative. Même si les femmes ont droit de parole, même si elles ont accès à l'école, aux bureaux, aux syndicats, aux gouvernements, le monde est encore imprégné des valeurs masculines et nous oblige à des compromis, au risque de nier notre être même.

La Question des Femmes ne sera donc résolue que lorsque la société vivra au rythme de notre cœur.



LES DROITS DES FUTURS PARENTS – pour une naissance préparée et partagée : VALMAY HOWE ELKINS, LES ÉDITIONS DE L'HOMME, 1982.

Michèle Champagne

Ce livre, destiné à toutes celles dont le choix est d'accoucher à l'hôpital, tente

de prouver que l'on peut y vivre une expérience heureuse et sereine, selon ses choix, dans la mesure où l'on peut y faire respecter ses droits.

En insistant d'abord sur le processus biologique normal de la connaissance et en montrant les effets positifs et négatifs des différentes interventions médicales courantes, qu'il s'agisse des drogues et des médicaments, du lavement, de l'épisiotomie, des forceps, ou plus simplement en s'interrogeant sur l'augmentation alarmante du taux de césarienne, Valmay Howe Elkins fait oeuvre d'éducatrice et démythifie le processus de l'accouchement à l'hôpital.

En insistant sur le droit des parents au choix du médecin, de l'hôpital, de la méthode d'accouchement, du cours de préparation à la naissance, elle dédramatise la situation, amoindrit le pouvoir des experts et, de façon très juste, aide les futurs parents à enclencher des démarches vers une naissance à leur mesure. A ce sujet, les résumés en plusieurs points se trouvant à la fin de chaque chapitre sont de petits bijoux simples et concis : ils cernent bien la situation et peuvent être très précieux.

Cependant, est-ce par déformation professionnelle que l'auteure insiste sur

une méthode particulière de prépara-

tion à l'accouchement, soit la méthode psychoprophylactique ou méthode Lamaze? Est-ce par hyperréalisme qu'elle exige une telle performance de la part des futurs parents? N'y a-t-il pas d'autres moyens que «l'ultra-préparation», selon ses termes mêmes, pour arriver à donner naissance dans la dignité? Faut-il prouver encore et sans cesse notre compétence dans un moment aussi intense et intime de notre vie? Doit-on vivre au-dessus des contractions comme nous l'enseignent ces méthodes ou, au contraire, plonger à l'intérieur jusqu'au creux de la vague et se laisser porter vers l'ouverture finale?

On nous demande de faire respecter nos droits, mais peut-on s'abandonner au processus et se respecter? Il semble que nous y avons droit jusqu'à la limite des intervenants et non jusqu'à la nôtre, d'où l'obligation qui nous est faite de garder le contrôle tout au long du travail. L'auteure peut-elle respecter les droits et les choix de chacun alors qu'elle a une optique d'abord technique de l'accouchement et qu'elle nie sciemment la présence des «sages-femmes d'expérience» (lay-midwife) qui, avec les infirmières sages-femmes, veulent également redonner aux femmes l'essence de cet acte?

Doit-on, en de pareils moments, n'être que raison?

VIENT DE PARAÎTRE :

LA PEAU FAMILIÈRE
LOUISE DUPRÉ, LES ÉDITIONS DU REMUE-MÉNAGE, 1983.

Recueil de poèmes chaleureux, tendres et complices. Paroles de femme, de mère, de fille, qui nous dit, à l'intérieur du monde, à travers la vie, la mort, la folie, malgré le silence.

CE FUT UN LONG VOYAGE
ZOE FAIRBANKS, ROBERT LAFFONT, 1984.

Anglaise et féministe, Zoe Fairbairns retrace dans ce roman les 100 dernières années de l'histoire des femmes. À travers les membres d'une même famille, elle décrit le long voyage des femmes vers leur indépendance et leur intégrité.

LES ENFANTS DE L'AVENIR

JENNY JORDAN-DESGAIN, MARA-BOUT, 1983.

L'auteure, après avoir fait le point sur la situation actuelle du monde en général, de la pollution et de ses dangers, nous resitue dans le cosmos, pour mieux nous prouver l'importance du choix d'être mère. Elle insiste sur la nécessité d'engendrer des bébés sains, qui amélioreront la race humaine et, peu à peu, la débarrasseront de ses tares : ceci grâce à l'homéopathie, médecine inoffensive et miraculeuse !...

COUPON D'ABONNEMENT

Je désire m'abonner à la revue L'UNE À L'AUTRE (4 numéros)

Individu-e-s : \$10.
Groupes : \$15.
De soutien : \$20. ou plus
Corporations et institutions : \$25.
De soutien : \$40. ou plus
 Étranger, ajouter \$5.

Ci-joint la somme de : _____

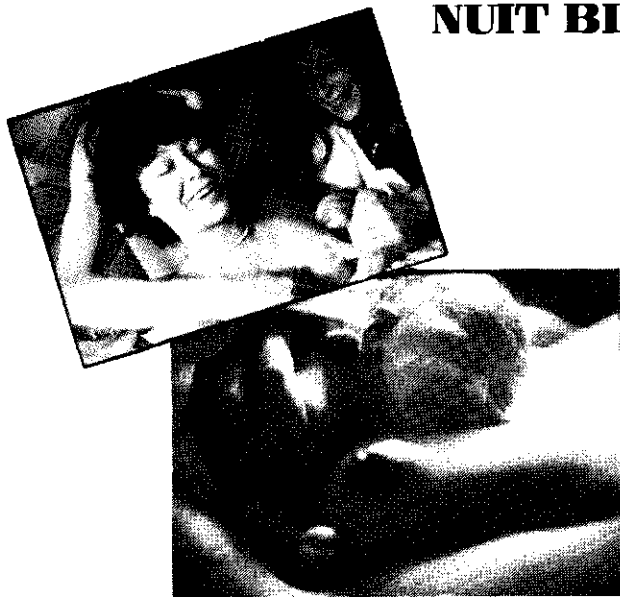
NOM : _____

ADRESSE : _____

Retourner à :
 Naissance-Renaissance
 C.P. 249
 Succursale E
 Montréal, Qué. H2T 3A7

Vue la demande croissante, le tarif par individu-e-s a été abaissé à \$10. Les abonné-e-s ayant déboursé \$15. auront droit à un crédit sur leur prochain abonnement.

NUIT BLANCHE MATIN ROSE



Vous souvenez-vous d'être né-e-s ? A quelques exceptions près, sans doute pas. Pierre Crépô non plus, seulement la naissance le fascinait et il a voulu voir et nous faire voir. Il a donc passé une nuit blanche à attendre chez lui la sonnerie du téléphone et au petit matin s'est rendu auprès de Camille et des sages-femmes pour l'arrivée de l'enfant. Les photos qu'il a prises avant (parodie du père faisant les cent pas), pendant et après cette naissance composent **NUIT BLANCHE MATIN ROSE**.

Une exposition superbement montée où les textes nous rendent complices du photographe mais nous laissent seul-e-s face à l'événement lui-même. Photos après photos, le rituel de la naissance se dévoile à nous dans toute sa crudité. La souffrance de la mère dérange, insécurise, mais la jouissance et le bonheur qui lui succèdent effacent ces angoisses et nous remplissent de tendresse. Rarement de tels instants ont-ils su être captés et rendus avec autant d'émotion et d'intensité. **NUIT BLANCHE MATIN ROSE** répond à une question primordiale.

Cette exposition sera présentée à Bruxelles, au Centre culturel francophone de Belgique, du 13 au 23 avril... et dans plusieurs régions du Québec à l'automne.

Photographies tirées de l'exposition «NUIT BLANCHE MATIN ROSE», une naissance à la maison, de Pierre Crépô, tenue à la galerie Espace Ovo à Montréal du 14 février au 4 mars.

Nouveaux membres

MIEUX NAÎTRE DES BOIS FRANCS

a/s Sylvie Van Brabant
RR 1
Norbertville G0P 1B0
(819) 382-2400

Couvre la région d'Arthabaska. Actives depuis plusieurs années, elles travaillent entre autres à un projet de recherche sur les médecines douces. Elles diffusent l'information amassée par le truchement de documents accessibles au public.

COMITÉ D'HUMANISATION DE LA NAISSANCE DE VALLEYFIELD

a/s Francine Malo
312 Montcalm
Valleyfield J6T 2E7

Travaille dans la région de Valleyfield et de St-Polycarpe. Beaucoup d'énergie utilisée à collaborer avec l'infirmière-chef en obstétrique pour mettre sur pied une chambre de naissance. Elles orientent leurs efforts à se faire connaître de la population en général. Veulent mettre sur pied un centre de documentation pour les femmes de la région.

CONSCIENCE NAISSANCE

a/s Marta Zalums
5488, 10e avenue
Rosemont H1Y 2G8
(514) 728-8376

Travaille plus particulièrement à Rosemont, à Montréal. Concentre surtout leur énergie sur le post-natal. Elles font du travail de «relevailles» et sont présentement à développer un réseau d'entraide pour les parents.

Le colloque est l'occasion idéale pour joindre NAISSANCE-RENAISSANCE comme membre, actif ou associé.

Cette année, nous avons le bonheur d'accueillir trois nouveaux membres actifs et deux nouveaux membres associés :

CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE SHERBROOKE

254 Ball No 2
Sherbrooke, Que.
J1H 1U4

Travaille dans la région de Sherbrooke. Groupe de recherche, d'éducation et d'animation. Programme d'accompagnement pré et post-natal. Elles sont sur le point de regrouper des femmes, de leur offrir une formation et de travailler avec elles à organiser et mettre en application des actions visant les objectifs suivants :

- ... prévenir les dépressions pré et post-natales
- ... faciliter l'adaptation à la nouvelle réalité parents-enfants
- ... revaloriser le travail de maternité et de parents
- ... favoriser l'implication des pères.

MADAME HÉLÈNE BLAIS

589 Bonar
Beloeil J3G 2B3
(514) 464-0726

Depuis 1957 (Elle travaillait alors en salle d'accouchement à l'hôpital Maisonneuve) elle milite à promouvoir les méthodes d'accouchement conscient.

(suite dossier)

Liste des sources bibliographiques consultées

- BOLSON, Barbara - «Question of risk hovers over routine prenatal use of ultrasound». *Medical News JAMA*, Vol. 247, n° 16 (April 23/30), pp. 2195-2197.
- DILLANI, Denise - «Ultrasound». *Mothering*, n° 24 (Summer 1982), pp. 27-29.
- HAIRE, Doris - «Fetal effects of ultrasounds». *Child-birth Canada Conference*, Calgary, September 23, 1983.
- HARI, Mata - «L'échographie est-elle inoffensive?». *L'Impatient*, n° 63, p. 16.
- Mid-Hudson Area Maternity Alternatives Education and Support for Parents (M.A.M.A.)*, Volume 11, n° 6 (Fall 1982), brochure.
- MORIN, Marie-Thérèse - «Incidence de l'échographie sur le vécu de la grossesse». *Les dossiers de l'obstétrique*, n° 99, août-septembre 1983, pp. 13-20.
- ROTH, Sandra - «Ultrasound : a closer look». *M.A.M.A.*, Volume 11, n° 6 (Fall 1982), p. 2.
- SWEZEY, Eleanor - «Ultrasound not necessary as diagnostic tool in early pregnancy». *Issue*, The Newsletter of the Ontario Association of midwives, Volume 3, n° 2 (Spring 1983), pp. 12-13.
- THOMSON, Richard C. - «The unknowns of ultrasound». *FDA Consumer* (March 1983), pp. 9-12.
- ICEA Position Paper - «Ultrasound in obstetrics». *Maternal Health News*, Volume 8, n° 4 (December 1983), pp. 10-11.
- Transcript of Cable news network program on ultrasound*, April 30, 1982.

Film

«Effects of Ultrasounds on Babies», disponible de : Doris Haire, 30 Beekman Place, New York, N.Y., U.S.A. 10002.

«Effects of Ultrasound on Babies», disponible de : Doris Haire, 300 Beekman Place, New York, N.Y., U.S.A. 10002.