

L'UNE A L'AUTRE



Syndrôme pré-menstruel démystifié

Solidarité autour de la naissance

Les prestations de maternité

Note de la rédaction

par Hélène Cornellier

Un an déjà! Nous préparions alors la venue de cette nouvelle revue sur la scène québécoise. Durant les trois mois avant le lancement, ce furent les derniers préparatifs, textes, illustrations, montage, correction,... invitations aux personnes impliquées afin qu'elles puissent fêter l'événement avec nous dans une certaine intimité.

Puis comme pour tout nouveau-né, nous avons compté les jours, les semaines, les mois, fêté la demi-année et maintenant neuf mois ont passé. Un autre temps de gestation. Le temps de mûrir, de s'ouvrir vers l'extérieur encore plus, le temps où l'enfant commence à vouloir marcher mais a encore besoin du soutien des gens ou des choses autour de lui.

Durant ces neuf mois, nous avons eu l'occasion maintes fois d'envisager changements et améliorations, suite aux commentaires peu nombreux, il faut

le dire, mais judicieux de ceux et celles qui ont vu et lu la revue : très intéressante mais elle se lit trop vite, on en mangerait quoi! Eh bien! nous aussi désirons la voir doubler son poids de naissance à l'occasion de son premier anniversaire mais même si la progression est lente, elle reste constante, c'est ce qui importe. Sa formule définitive viendra avec le temps, l'argent, une bonne équipe de collaboratrices-teurs et des lectrices-teurs à qui elle tient à coeur.

Avec le temps, nous augmenterons le nombre de textes et de chroniques, nous ajouterons des pages publicitaires (annonces, cartes d'affaires, programme d'activités, services,...). Conscientes de la nécessité de rejoindre plus de Québécois-es, nous élargirons la distribution jusqu'à maintenant de bouche-à-oreille au réseau des groupes de femmes, des centres de santé, des coopératives d'aliments

naturels et des kiosques si possible.

Avec votre aide, nous serons prêts pour ce 1^{er} anniversaire et nous ferons en sorte qu'il s'agisse du premier d'une longue série.

En renouvelant votre abonnement cet automne, faites-nous part de vos talents et disponibilités en traduction, dactylographie, vente de publicité, distribution, photos, illustrations, financement, recherche, envoi postal,... N'hésitez pas! le jeu en vaut la chandelle. Si ce n'est pas à vous que ça profite, ce sera à votre famille, votre voisin-e, votre ami-e, on retrouvera là une part de l'entraide qui a permis à la société québécoise de survivre d'abord, puis de vivre jusqu'à aujourd'hui. Je vous laisse donc sur ces mots afin que vous ayez le temps de nous lire d'un bout à l'autre, de L'UNE à L'AUTRE.

De tout



SOMMAIRE

vol. 1 no 4

La revue de Naissance-Renaissance sept.-automne 1984

Solidarité autour de la naissance	4
Les prestations de maternité	6
Le syndrome pré-menstruel démystifié	7
Nausée chez la femme enceinte	12
Fréquence des tétées = problèmes de mamelons	13
Revue de livres	14
Activités ici et ailleurs	16

Tous textes, lettres, programmes d'activités et publicité que vous désirez voir publier, dans «L'Une à l'autre» devront nous parvenir deux mois avant la date de parution de chaque numéro, soit avant le 15 octobre, 15 janvier, 15 avril et 15 juillet de chaque année.

Photo de la couverture : Éditeur officiel du Québec

Éditeur : Naissance-Renaissance

Coordination à la rédaction : Hélène Cornellier, Dhyanne Tezzi, Dominique Langevin, Sylvia Van Brabant

Collaboration : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Hélène Cornellier, Ghislaine Gauthier, Ariadne Ladouceur, Hélène Laforce, Céline Lemay, Louise Biendeau, Sylvie Van Brabant

Graphisme : Anne Morin

Composition : Concept Mediatexte inc.

Impression : Imprimerie Renaud ltée

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

Tarifs d'abonnement pour 4 numéros : individuels 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, Montréal H2T 3A7, tel. (514) 845-3368.

Depot legal : 4^e trimestre 1983.

En guise d'éditorial

par Ghislaine Gauthier

Voici une nouvelle année qui commence. Et quelle année ! Il y aura dix ans, en janvier prochain, l'O.N.U. décrétait l'année internationale de la femme. Que de chemin parcouru depuis lors ! Les dossiers de femmes sont devenus prioritaires : nos chefs politiques acceptent un débat sur ces questions, les Américains ont une candidate à la vice-présidence, la violence et le harcèlement sexuel se discutent sur la place publique, on nomme maintenant des femmes dans des comités «sûrs» lors des élections et même la vénérable et conservatrice Académie française va étudier la féminisation des titres.

Mais que de chemin à parcourir : les femmes ne gagnent que 59% du salaire des hommes, une femme sur dix au Canada est battue régulièrement par son conjoint, dans certaines régions du Québec, le taux de césariennes frise le 20%, la majorité des femmes sans conjoint vivent sous le seuil de la pauvreté !

Notre Ministre de la condition féminine nous a fait savoir que le temps n'est plus à la revendication mais à la négociation. Elle a raison : nous avons demandé, supplié, exigé. Qu'avons-nous obtenu ? Des conseils consultatifs, des commissions d'enquête, des colloques provinciaux, mais très peu de changements législatifs. Nous devons donc négocier, mais sur une base que les politiciens comprendront : nos votes. Nous pouvons devenir une force politique si nous exigeons des politiques et des lois qui vont dans le sens de nos revendications, si nous appuyons des candidats ou des candidates qui se prononcent clairement sur les dossiers que nous défendons, le tout en échange de nos votes.

C'est cette année que le dossier sage-femme deviendra publique et donc politique puisque nous exigeons une loi reconnaissant le statut professionnel des sages-femmes. Cette reconnaissance ne nous sera pas accordée sur un plateau. Il faudra y travailler et nous ne l'obtiendrons que si les politiciens y voient un avantage. Ce sera à nous toutes de leur démontrer : n'oublions pas que nous formons plus de 50% de la population.

Un dossier tout aussi important par son actualité et son implication pour nous toutes et tous, est celui de la politique familiale. Je vous invite à le suivre et à vous y impliquer. Qu'est-ce à

dire ? Le gouvernement veut créer un conseil de la famille qui verra à unifier toutes les lois et tous les règlements concernant la famille. Cela nous touche de près. Pensons garderies, pensions alimentaires, habitations, pensions de vieillesse, conditions de vie de la travailleuse au foyer, violence familiale, congé de maternité et retour au travail...

Si nous laissons cette politique s'éla-

borer sans nous, nous risquons de bien mauvaises surprises. Serons-nous sacrifiées à la sacro-sainte famille ? Cherchera-t-on à nous faire disparaître en tant qu'individues et citoyennes à part entière ?

Dans cette période de difficultés économiques et de dépopulation, il nous faut être vigilantes et actives sur tous les dossiers qui nous touchent.

**Présidente de Naissance-Renaissance*

Courrier

27 juillet 1984.

Madame,

Voici un témoignage que je tiens à publier dans la revue «L'Une à l'autre».

Quand j'ai accouché, il y a huit ans, j'ai dû subir plusieurs atteintes à l'autonomie. Je me réjouis donc à chaque pas que fait l'humanisation de la naissance.

J'ai souffert à mon accouchement de maux dont je ne connaissais pas la cause jusqu'à ce que je tombe sur ces lignes : «On peut s'inquiéter au cours de l'accouchement, de l'administration de glucose intraveineux et soupçonner qu'il est capable de précipiter une crise d'hypoglycémie qui se manifestera pendant le travail par de l'irritabilité, des tremblements, des frissons, de l'angoisse, une fatigue intense et une faiblesse musculaire excessive qui rendent la femme incapable d'accoucher spontanément.» Les docteurs Goodman ont traité de nombreux cas de bas taux de glucose dans le sang qui s'étaient déclarés après un accouchement et qui avaient été étiquetés comme une dépression post-partum (irritabilité, épuisement, crise de colère, larmes). On peut soupçonner que le jeûne prolongé d'un travail difficile et la perte excessive en potassium causée par le stress physique et moral intense de l'accouchement peuvent être des facteurs dans le déclenchement de périodes d'hypoglycémie.

Cependant les allergies peuvent aussi entraîner l'hypoglycémie. Attention donc surtout aux femmes enceintes souffrant d'allergies. Selon Adelle Davis, une chute de potassium entraîne automatiquement un abaissement du taux de glucose sanguin. Selon son expérience, les personnes qui souffrent d'une hypoglycémie qui se manifeste par de la fatigue, de l'irritabilité,

des pensées confuses, de l'enflure aux jambes, guérissent lorsqu'elles prennent deux à cinq grammes de chlorure de potassium dissous dans de l'eau quotidiennement.

Pourquoi attendre ces troubles souffrants si la prise préventive de KCl (dès le début du travail jusqu'après le retour à la maison) pouvait éviter beaucoup de souffrances morales.

J'aimerais qu'un groupe témoin de femmes enceintes volontaires soit formé et qu'une étude scientifique se fasse. Puisqu'on connaît le pourcentage de dépression post-partum, on pourrait le comparer. Cependant je ne suis pas une scientifique. Si quelqu'un s'intéressait...

Je suis consciente que d'autres facteurs entrent en jeu dans la santé physique et mentale d'une femme. Je crois quand même qu'il y a la une piste intéressante.

Suzie Lévesque

Réf. : Le mal du sucre, Daniele Starensky, Publication Orion, pp. 55-56, 108.

ERRATUM :

Quelques erreurs de compréhension se sont glissées dans le dossier «Soins d'été pour enfants» (vol. 1, no. 3), nous nous en excusons auprès de Johanne Verdon qui nous les a signalées.

Dans «Piqûres d'insectes» (p. 10), il faut lire à la fin : «... Il faut réduire le sucre dans l'alimentation et augmenter le calcium.» et non «... réduire le sucre ... ainsi que le calcium.»

Dans «La Peau, ... rhumes d'été», dernier paragraphe, il faut lire : «... généralement baser la diète sur des aliments moins riches en hydrates de carbones...» au lieu de «... des aliments riches en hydrates...».

Jusqu'à quel point reportons-nous nos besoins, désirs ou même fantasmes sur le passé ? Jusqu'à quel point tentons-nous de remodeler ce dernier en fonction de nos rêves d'avenir créant des mythes comme celui de la «sorcière» qui n'ont de fait aucun rapport avec la réalité

SOLIDARITÉ AUTOUR DE LA NAISSANCE

le monde de l'entraide

par Hélène Laforce

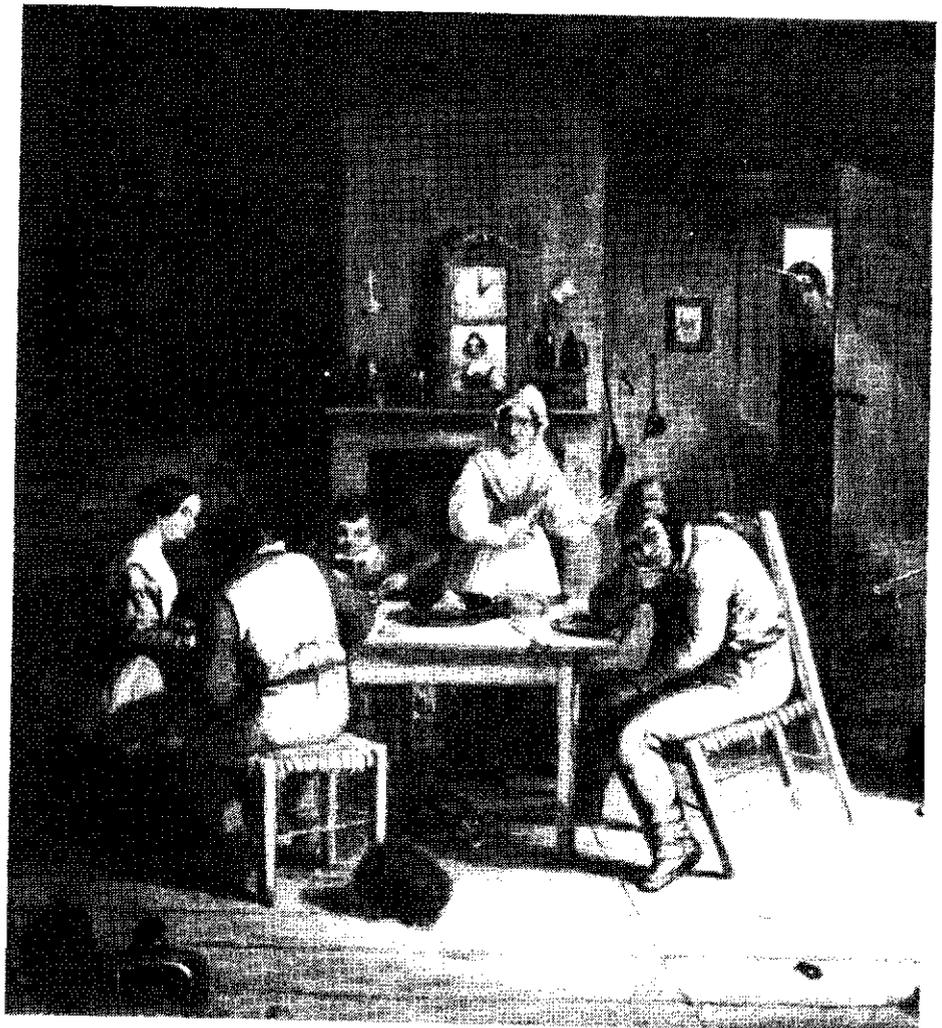
Dans notre société de consommation ou l'infrastructure d'une technologie rassurante a rendu l'homme et la femme plus isolés que jamais, même au moment de donner la vie, l'entraide prend l'aspect d'un paradis perdu. Au moment où la littérature féministe tente à coup de sondes historiques de jeter les ponts d'une continuité dans l'attitude des femmes, l'antique pratique devient une proie facile à toute idéalisation. Ainsi avant de présenter la sage-femme comme la super-star d'une attitude féministe à la sauce moyennageuse, nous aimerions vous présenter les contours de cette attitude avec (oh ! quelle douce hérésie) le plus de réalisme possible. Après pourrions venir les «faiseuses de mythe».

De fait l'image est attirante. Dans l'univers de la naissance d'avant l'ère de l'hospitalisation, l'entraide est partout. Elle régit tout. Pourtant, contrairement à notre époque, l'entraide n'est pas un surplus, un luxe, une chance ; c'est la seule possibilité de survie pour ces femmes isolées dans leur rang loin de toutes ressources médicales. Elle s'inscrit dans les moeurs d'une civilisation comme l'acte de consommer fait partie intégrante de la nôtre. L'on peut entrevoir cette attitude quoique bien sûr modifiée, dans certaines zones rurales où les cultivateurs s'échangent encore leurs services au moment des moissons, ... où les gens qui ont des dons doivent être disponibles à ceux qui en ont besoin. C'est le consensus établi par une société qui considère que les possibilités d'un individu doivent servir à toute la communauté et ne lui permet guère de refuser, ni d'être retribué puisque tout cela est basé sur l'échange. C'est l'autre côté de la médaille beaucoup moins idyllique mais qui a aussi son sens.

L'entraide commence dès l'annonce de la grossesse et suit à la manière d'un calendrier social les préparatifs de

l'accouchement, tant au point de vue matériel que psychologique. C'est le temps où parentes et voisines conseillent leurs remèdes, leurs techniques, informent la future accouchée sur ce

qu'elle doit préparer (langes, layettes, cassettes, ...). L'on ne doit surtout pas retransposer sur cette époque les silences et tabous de nos mères et de nos grand-mères concernant la sexualité



et, par-là, la naissance. C'était un temps où l'intimité du vécu n'existait guère. Ou l'événement naissance était une fête même pour le passant. L'entraide, un prétexte aux retrouvailles parentales. Le lieu de naissance, le théâtre d'un drame collectif où tous, hommes et femmes, participaient à leur manière. Tout cela bien intégré dans un scénario dans lequel la naissance pouvait aussi signifier la mort.

Ce temps, pour nous, reste difficilement visualisable. Trop de pudeurs et de scrupules ont conspiré pour privilégier les salles austères, anonymes mais si bien aseptisées des hôpitaux du milieu du XXIème siècle. Là s'y sont perdus en quelque part, entre l'exode vers les villes et la consécration de la maison unifamiliale individualisée, les liens de l'entraide. En un temps où les naissances royales étaient publiques, il n'était pas rare de voir plus d'une dizaine de femmes se rassembler ou se relayer pour couvrir les multiples tâches que nécessitait l'entraide. Il pouvait s'agir ici d'assister la femme dans ses couches, de la prise en charge de la famille, de la poursuite des tâches domestiques, d'un soutien psychologi-

que ou tout simplement de la réalisation de ces multiples rituels qui devaient assurer un heureux terme. La perte de ces liens d'entraide nous éclaire sur le retournement de mœurs qui s'est produit vers le milieu du XXIème siècle pour que la femme privilégie l'hospitalisation. Le séjour à l'hôpital pour «cause de grossesse» étant le seul prétexte de répit possible pour la femme attachée à plein temps (vacances incluses) au travail domestique. Répit que ne suppléait plus l'entraide.

A une époque qui va de la Nouvelle-France au XIXème siècle, il était coutume que la mère descende (parfois pendant des mois) pour assister sa fille, que les voisines, tantes ou sœurs s'y rassemblent. De cette atmosphère, nous n'avons conservé que le traditionnel repas de baptême qui a d'ailleurs perdu tout son sens. A l'origine, il s'agissait d'une fête qu'offrait la nouvelle accouchée pour remercier toutes celles venues l'aider. La sage-femme y recevait un présent. De cette ambiance, Jacques Gélis, historien de la naissance, nous offre un bref aperçu. «Parentes, voisines, commeres du quartier ou de

la paroisse sont accourues aux premières douleurs, appelées «mouches» qui donnent à toutes l'occasion de dispenser conseils et recettes au milieu des cris, du va-et-vient et d'un désordre apparent. Autour du nouveau-ne reviennent toutes les réflexions sur le sexe, les ressemblances, les histoires d'accouchements.»

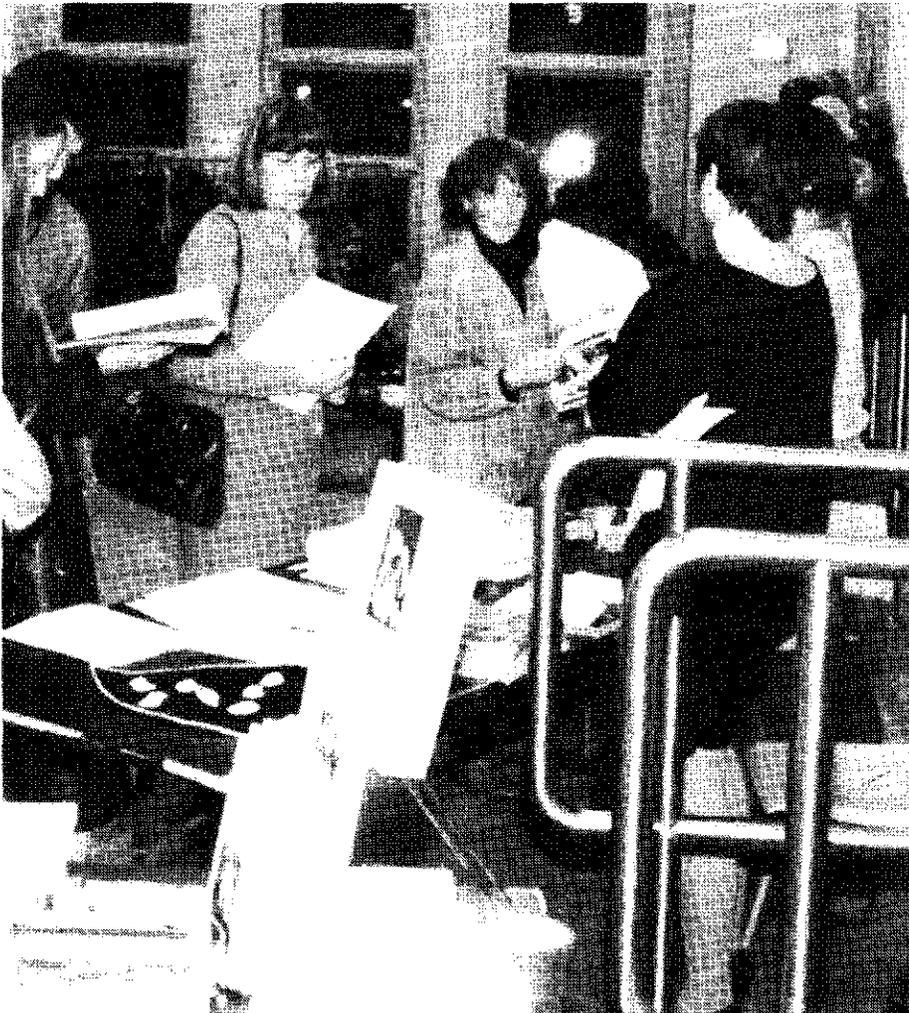
Si les coutumes pratiquées autour de la femme en couches – souffler dans sa bouche pendant l'accouchement, l'empêcher de dormir après ou la faire marcher avant, les potions de vin chaud,... – nous semblent aujourd'hui quelque peu étranges (comme si les fameuses saignées des médecins ne l'étaient pas), il nous faut pourtant les replacer dans leur contexte. Ces rituels ayant comme principal but de rassurer et de créer un climat de confiance, étaient attendus par l'accouchée. Certaines de ces pratiques qui avaient pour objectif d'attirer différents types de forces sont d'ailleurs passées dans nos mœurs sans qu'on en saisisse très bien l'utilisation. C'est ainsi que l'on revêtait les garçons de bleu, les filles de rose, et que l'on tapissait la chambre de violet, rouge,... dépendant des techniques envisagées. L'on reconnaît d'ailleurs aujourd'hui, de plus en plus, l'influence des couleurs dans le processus de la guérison.

Cette atmosphère et ces coutumes restaient donc une forme de langage. A la manière d'un conte populaire, les femmes se servaient de la vie pour apprendre aux plus jeunes à vivre et à préparer leurs futures délivrances. C'était la manière d'un temps où l'on ne cachait pas la mort aux plus jeunes et où donner la vie n'était pas encore tabou.

Puis une fois la délivrance passée vient le temps des relevailles. L'entraide se poursuit durant la première semaine qui est celle des plus grands tabous. La releveuse prend alors la place de la sage-femme tout en suivant ses conseils.

Suite à la naissance, la nouvelle mère devait garder le lit pendant neuf jours. C'était afin de favoriser la remise en place des ligaments, la cicatrisation des plaies et de permettre à la femme de se reposer. Pour soulager les tranchées, la releveuse se servait de cataplasmes et de compresses. Ces deux remèdes étaient utilisés dans le but de produire de la chaleur et surtout de la conserver. Le premier se présentait comme une bouillie consistante préparée à partir de certaines plantes qu'on enveloppait ensuite de pièces de linge fin. Le second était un topique fait d'une pièce d'étoffe sur laquelle on plaçait différentes matières liquides ou onctueuses rechauffées. C'est de la sage-femme que la releveuse tenait la plupart du temps ses connaissances.

Suite au prochain numéro pour voir comment la sage-femme s'intègre dans ce monde de l'entraide.



Louis Cornélien

Le droit à un revenu décent pour les femmes est loin d'être acquis. Notre travail salarié est souvent sous-payé. La plupart d'entre nous n'avons aucune sécurité d'emploi. Et en plus, nous effectuons gratuitement le travail ménager. Quand nous choisissons d'avoir des enfants, nous subissons aussi une baisse de revenus.

Les prestations de maternité: un cadeau fait aux femmes???

par Louise Riendeau*

Suites à des pressions nombreuses et répétées, les femmes ayant un travail salarié obtenaient enfin, en 1971, le droit de toucher des prestations de maternité. Pour bien des femmes, le droit à ces prestations, payées par l'assurance-chômage, n'était toutefois que théorique. Effectivement, les conditions d'admissibilité à ces prestations étaient tellement nombreuses et complexes que la majorité des femmes ne pouvaient se prévaloir de cette mesure sociale, pourtant spécialement conçue pour elles. En fait seules les femmes qui avaient un emploi stable durant l'année qui précédait la naissance de leur enfant pouvaient à coup sûr recevoir ces prestations.

Les chômeuses étaient presque automatiquement écartées de ce régime. Pire encore, on considérait que pendant les quinze semaines entourant l'accouchement, elles étaient incapables de travailler. Elles perdaient donc le droit de toucher des prestations régulières d'assurance-chômage.

Evidemment, les ménagères n'avaient aucunement droit à ces prestations. Les soins à donner aux enfants, et le travail domestique en général, continuaient, et continuent toujours, d'être du travail non-payé.

De tous les types de prestations payées par l'assurance-chômage, les prestations de maternité étaient celles dont les conditions d'admissibilité étaient les plus strictes.

Entre 1971 et 1983, les femmes ont maintes fois dénoncé le fait que ce régime était discriminatoire à leur égard. Elles ont continué de revendiquer le droit de donner naissance à des enfants sans subir de pertes de revenus.

Au mois de juin 1983, les députées fédérales reconnaissaient la discrimination faite aux femmes en matière de prestations de maternité. Ils et elles votèrent la loi C-156 qui avait pour but de permettre à plus de femmes de

toucher ces prestations.

Toutefois, les amendements apportés au régime de prestations de maternité n'ont été mis en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 1984. De plus, ils ne s'appliquent qu'aux femmes qui ont fait une demande de prestations d'assurance-chômage ou de maternité après cette date.

Ainsi, une femme qui a fait une demande le 29 décembre 1983 (même si elle accouchait en '84) était traitée différemment de celle qui a déposé sa demande le 4 janvier 1984. On nous dit qu'on a reconnu la nature discriminatoire de la loi, que justice sera faite... à date fixe. Bravo. L'économie d'argent et les exigences administratives seraient-elles encore plus importantes que les droits des femmes???

CETTE NOUVELLE LOI, VOYONS VOIR

La nouvelle loi ne prévoit toujours pas de congé de maternité payé pour toutes les femmes. Pour avoir droit à ces prestations, il faut remplir certaines conditions d'admissibilité. Quelles sont telles?

La principale est d'avoir occupé un emploi assurable pendant au moins 20 semaines durant les 52 semaines qui précèdent la demande de prestations.

De plus, il faut que le congé de maternité soit au début d'une période de prestations, c'est-à-dire dans les 20 à 25 premières semaines de la demande.

Ces prestations peuvent être payées pour un maximum de 15 semaines. On peut en faire la demande à partir de la dixième semaine avant la date prévue d'accouchement, jusqu'à la semaine de l'accouchement. Comme pour les autres types de prestations, les deux premières semaines d'une période de prestations (délai de carence) ne sont pas payées. Cela veut donc dire que si on fait notre demande 10 semaines avant la date d'accouchement, on sera payée à partir de la huitième semaine avant, jusqu'à la sixième semaine après

l'accouchement. Et si on fait notre demande la semaine de l'accouchement, des prestations nous seront versées de la deuxième à la dix-septième semaine après l'accouchement. Il faut noter que le gouvernement provincial alloue \$240 pour combler le délai de carence des femmes qui ont droit aux prestations de maternité.

Pour obtenir ces prestations, on doit en faire la demande au bureau local d'assurance-chômage. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical attestant la date prévue d'accouchement.

Evidemment, pendant la durée du congé de maternité, nous n'avons pas à être disponibles pour travailler.

APRÈS LE CONGÉ DE MATERNITÉ

Après ces 15 semaines de prestations, les femmes qui se retrouvent sans emploi peuvent toucher des prestations régulières d'assurance-chômage jusqu'à la fin de leur période de prestations.

Celles qui décident volontairement de ne pas retourner au travail peuvent aussi toucher des prestations régulières, mais elles risquent de se voir imposer une pénalité de six semaines par l'Assurance-chômage.

Dans les deux cas, nous devons toutefois prouver que nous sommes disponibles pour travailler. Nous devons donc être prêtes à fournir le nom d'un-e gardien-ne (seules les femmes ont cette obligation) et faire des recherches d'emploi.

POUR CELLES QUI N'ONT PAS DROIT AU CONGÉ DE MATERNITÉ PAYÉ

La nouvelle loi prévoit que les femmes qui ne sont pas admissibles aux prestations de maternité peuvent toucher des prestations régulières ou des prestations de maladie tant que ce n'est pas leur grossesse qui les empêche de travailler.

suite page 16

De nombreuses femmes rapportent des changements importants dans leurs sensations corporelles et leurs réactions émotives pendant les quelques jours précédant les menstruations.

Peu d'informations circulent sur ce sujet et, c'est pour cette raison, que nous apportons ici des éléments de réponses et de réflexions.

LE SYNDRÔME PRÉ-MENSTRUEL DÉMYSTIFIÉ

Ariadne Ladouceur et
Sylvie Van Brabant

QUE SE PASSE-T-IL LORS DES MENSTRUATIONS ?

Les niveaux d'hormones sexuelles dans le sang et l'urine varient concordamment au cycle menstruel de même que les températures buccales, vaginales et rectales, le métabolisme basal, le taux de sucre dans le sang, celui de glycogène dans l'endomètre, la rétention d'eau, le poids du corps, la capacité pulmonaire vitale, la concentration alvéolaire en CO₂, la pression artérielle, l'acidité du sang, le bicarbonate du sérum, le rythme cardiaque, la concentration des globules blancs dans le sang, la quantité de protéines du sérum, la concentration de vitamines A, C et E, la pigmentation de la bile, l'adrénaline du sang, la quantité d'urine, les fonctions thyroïdiennes et surrénales, la résistance électrique de la peau et sa perméabilité, les changements des seins, la composition des sécrétions cervicales et leur concentration en acide citrique, la viscosité de l'urine, la performance dans le travail, les lectures d'électro-encéphalogrammes, l'acuité olfactive, visuelle et auditive et l'habilité à marcher sur une corde raide.¹

Une foule de symptômes ont été décelés chez une bonne partie de la population féminine dans les quelques jours précédant le début des règles. Les symptômes sont tellement nombreux et variés qu'il s'agit ici d'un complexe qu'on doit appeler «syndrome». Ce qui est particulier au syndrome pré-menstruel (SPM), c'est que les symptômes disparaissent lors des menstruations pour ne réapparaître que les jours précédant les menstrua-



tions du cycle suivant. On observe toujours au moins une semaine du cycle sans symptômes, soit entre les menstruations et l'ovulation.

LES SYMPTÔMES DU SPM

On peut classer les symptômes en catégories telles que si l'un d'eux survient, les autres de la même catégorie ont tendance à se produire aussi.

Douleurs : raidissement des muscles, migraines, crampes, mal de dos, fatigue et malaises généralisés.

Réactions autonomes : étourdissements, sueurs froides, nausées, vomissements, bouffées de chaleur, épuisement.

Rétention d'eau : gonflement de l'abdomen et des chevilles, augmentation du poids, transpiration, douleur aux seins.

Changement dans la concentration : insomnie, distraction, confusion, faiblesse de jugement.

Changement de comportement : faible performance au travail, peu d'efficacité.

Changement d'humeur : pleurs, anxiété, irritabilité, dépression, tension nerveuse.

Autres symptômes : acné, ulcères dans la bouche, épilepsie, asthme et autres désordres allergiques, rêves plus abondants, augmentation de l'appétit sexuel.²

Il arrive que l'appétit s'accroisse particulièrement pour les sucreries, l'alcool ou les aliments sales.³

QUAND LES SYMPTÔMES SURVIENNENT-ILS ?

Selon Michelle Harrison m.d., ces changements pré-menstruels peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie d'une femme, de la ménarche (première menstruation) à la ménopause. On peut aussi les rencontrer de façon cyclique suite à une hystérectomie ou à une ablation des ovaires, dans lequel cas le terme «pré-menstruel» n'est plus approprié.⁴ Les chercheurs ont remarqué que les symptômes s'installent souvent suite à une période d'aménorrhée (absence d'ovulation et

de menstruation), suite à une grossesse, à l'arrêt des pilules anticonceptionnelles. Pour plusieurs femmes, le SPM peut débuter ou s'aggraver après une ligature de trompes.

QUELLES FEMMES VIVENT LE SYNDROME ?

Les chiffres varient selon les sources mais on peut noter qu'une très grande majorité de femmes expérimentent le SPM à un moment ou à un autre de leur vie avec plus ou moins de sévérité selon les cas. Décrivant les résultats de sa propre enquête dans le livre «Menstruation and Menopause», Paula Weidger écrit : «90% des femmes ayant répondu au sondage rapportent au moins un des symptômes. (...) 10% seulement de la totalité des répondantes disent qu'elles n'ont aucun des symptômes pré-menstruels.»⁵

Beaucoup de femmes ne sentent qu'un désagrément qui ne les empêche pas de poursuivre leurs activités habituelles. Beaucoup ne demanderont pas l'aide du médecin mais il est un fait indéniable que le malaise se reflète dans les relations interpersonnelles. Et pour certaines femmes (entre 10 à 20%, selon différents auteurs), le SPM peut occasionner de sérieux problèmes.

COMMENT RECONNAÎTRE LE SPM ?

Une des meilleures façons de reconnaître le SPM consiste à tenir un calendrier où l'on note le moment des menstruations et celui de l'ovulation de même que les nombreuses observations personnelles quant aux différents symptômes énumérés plus haut. On peut aussi observer nos sécrétions cervicales et prendre notre température chaque jour afin de déterminer le moment exact de l'ovulation. Le fait de tenir un calendrier sur un période d'au moins trois mois permet d'identifier si les symptômes sont vraiment reliés au SPM. Pour plusieurs femmes, et ceci a été l'expérience de l'une d'entre nous, le simple fait de tenir ce calendrier permet une prise de conscience de nous-même, laquelle facilite par la suite notre perception de ces symptômes et peut même aller jusqu'à les faire disparaître.

COMMENT TENIR UN CALENDRIER ?

Il faut d'abord noter les symptômes qui nous sont personnels et les identifier par un symbole ou une abréviation. La plupart des symptômes énumérés plus haut peuvent être considérés comme négatifs, c'est-à-dire désagréables, encombrants, ... Ce sont par ces symptômes que le SPM a été définis par les chercheurs. Mais il est important pour chacune d'entre nous de remarquer aussi bien les symptômes positifs

que négatifs. Par exemple, une femme peut devenir plus enthousiaste, plus créative, plus «sexy», plus instinctuelle, plus affirmative, ... pendant la phase pré-menstruelle. Ces observations sont aussi à noter car elles peuvent être vécues différemment d'un mois à l'autre. Voici quelques exemples de symptômes et des symboles qui leur sont associés :

I = irritabilité
T = tristesse
C = colère
D = seins douloureux
M = gros mal de tête
m = léger mal de tête

□ = tendance à mettre de l'ordre
△ = tendance à clarifier les situations
⊙ = éveil sensoriel
F = fatigue
A = acné
S = stress
O = ovulation
X = menstruation
Votre calendrier peut ressembler à l'un des tableaux ci-dessous.

Si vous vous retrouvez avec un tableau semblable à celui d'Isabelle ou de Sylvie, vos symptômes sont associés au SPM ; si, par contre, il ressemble à celui de Jocelyne, vous ne faites pas l'expérience du SPM.

TABLEAU I

Isabelle

	Janv.	Fév.	Mars
1		mS	
2		MS	
3	mS	MS	
4	m	MX	
5	MS	X	
6	MS	X	
7	MS	X	O
8	MX	X	
9	mX		
10	mX		
11	X		S
12	X		S
13	X	O	s
14			mS
15			mS
16			mS
17			mS
18		S	mS
19		S	MS
20		S	MS
21	O	mS	M
22	S	□	MX
23	S	mS	△ MX
24	S	MS	⊙ X
25	mS	X	X
26	mS	X	X
27	mS	X	
28	mS	X	
29	mS		
30	mS		
31	mS		

Tableau II

Sylvie

	Mai	Juin	Juil.
1			
2			
3			△
4			⊙
5			⊙
6			⊙
7			X
8	F	F	X
9	F	FC	X
10	CD	FX	X
11	CD	X	X
12	X	X	
13	X	X	
14	X	X	
15	X		
16	X		
17			
18			
19			
20			O
21			
22			
23		O	
24			
25	O		
26			
27			
28			
29			
30			
31			

QUELLES SONT LES CAUSES DU SPM ?

La controverse est encore vive parmi les médecins et les chercheurs de différentes disciplines quant aux causes du SPM. Les chercheurs en médecine accusent des facteurs physiologiques, notamment les hormones ; les psychiatres et les psychologues y trouvent des causes psychologiques ; d'autres assez rares, vont se pencher sur les facteurs sociaux et environnementaux.

Grossièrement, tous et toutes tentent de répondre à la même question, avec le biais de leur discipline respective. Le Dr Georges Merriam pose la

question de la façon suivante : « Est-ce que le SPM est une réponse normale à une situation anormale ou une réponse anormale à une situation normale ? »⁶

Par exemple, se pourrait-il qu'une mère en situation monoparentale qui travaille à l'extérieur, assurant ainsi une très lourde charge pouvant la surmener, voit apparaître des symptômes pré-menstruels ? Une autre vit peut-être une situation difficile avec un mari alcoolique, ou une autre est peut-être coïncée dans une situation de dépendance en tant que femme qui ne lui permet pas d'exprimer sa créativité ? ... Est-ce que ces femmes sont plus sujettes au SPM ? Ce sont des questions importantes auxquelles peu tentent de répondre. À date, à la lumière des lectures que nous avons faites, nous sommes obligées d'admettre que ce sont surtout les féministes et les femmes en recherche qui adoptent une approche globale. Celles-ci ont plus souvent tendance à tenir compte des données disponibles en anthropologie, en sociologie, en psychologie, en endocrinologie, ... à ne plus se limiter au cadre d'une seule discipline.

OÙ EN EST LA RECHERCHE SUR LE SPM ?

Sujet tabou par excellence, la menstruation n'a fait l'objet de recherches et de publications que très tard. En effet, ce n'est que dans les années '20 qu'on a vu apparaître des articles sur ce sujet dans les journaux de médecine. C'est une femme, Katharina Dalton, qui, la première, a éveillé l'attention du monde médical sur ce qu'elle a appelé le syndrome pré-menstruel.

Au début, on a été tenté de généraliser le syndrome : on a laissé croire que toutes les femmes en faisaient l'expérience. Le sang évoquant le danger, la blessure, la naissance, la mort, on avait attaché à l'idée de menstruation une sorte d'entité-maladie. L'ambiance qui transpire de ces textes est d'une morbidité sans pareille. Plus tard, on a tenté d'isoler des fractions de la population féminine plus sévèrement atteinte du SPM pour mieux étudier la tension associée à la fin du cycle. Les chercheurs en psychologie et médecine psychosomatique ont tenté de relier la gravité des névroses à la sévérité des symptômes pré-menstruels. Ils essayèrent de trouver des constantes psychologiques chez les femmes souffrant régulièrement du SPM, comme par exemple, le rejet de leur rôle de femme. Le problème s'est avéré plus complexe que prévu car des cas de graves perturbations psychologiques ne présentaient aucune variation affective, comportementale, ni somatique à l'approche des menstruations. Aucun lien direct n'a pu être établi.

Pour leur part des chercheurs en physiologie ont été menés assez tôt sur la piste de l'explication endocrinienne.

On a posé l'hypothèse que les fluctuations d'hormones sexuelles induisaient des changements comme la rétention d'eau et la tension nerveuse, qui sont à la base des diverses manifestations pré-menstruelles. Certains des résultats sont concluants. On a même parlé d'« hormones en rage » pour désigner le SPM. L'explication physiologique semblait avoir gagné le championnat jusqu'à ce que les choses se compliquent, ou plutôt apparaissent dans leur magnifique complexité.

Depuis 1955, suite à la découverte du rôle de l'hypothalamus dans l'organisme humain, il a fallu revoir l'approche face au SPM. L'hypothalamus, situé dans le cerveau, perçoit les messages qui proviennent des nerfs de la tête, et les transforme en sécrétions chimiques spécifiques qui sont directement déversées dans la glande pituitaire – ou hypophyse – chef d'orchestre de toutes les glandes du corps. Autrement dit, un lien a été observé entre le système nerveux et les très nombreuses manifestations physiologiques contrôlées par les hormones. On ne pouvait plus dorénavant ignorer les facteurs psychologiques, environnementaux ou socio-culturels pour expliquer le syndrome pré-menstruel ou toute autre manifestation hormonale. Malgré cette importante découverte, très peu de chercheurs ont dirigé leurs investigations du côté des conditions sociales dans lesquelles vivent les femmes et de là, ont essayé de savoir dans quelle mesure le contexte bêtement concret de la vie des femmes, de même que leurs attitudes face aux menstruations et à leur corps pouvaient être à l'origine de leurs malaises.

Les deux gynécologues Lynda Birke et Katy Gardner dans leur fascicule « Why Suffer » livrent leur point de vue qui nous semble de loin le plus éclairant.

Une des théories des hormones et de leurs effets sur le cycle menstruel veut que les hormones impliquées aient un effet général sur le cerveau, et donc sur les humeurs, particulièrement quand l'attitude face aux menstruations est négative. (...) Ce genre de théorie maintient que les hormones ovariennes sont impliquées mais pas de façon directe (i.e. elles ne déterminent pas un « mood » spécifique comme l'anxiété ou l'irritabilité). Elles maintiennent aussi que les croyances des femmes sur les menstruations affectent leur vécu de cette période. Les hormones, selon ce genre de théorie, causent un changement général, mais c'est l'attitude de la femme concernée qui amène les changements spécifiques tels la dépression, l'anxiété, ... Ceci peut aider à expliquer pourquoi tant de différents symptômes sont rapportés pour le SPM. Bien que les déséquilibres hormonaux puissent être impliqués dans la tension pré-menstruelle, il nous semble peu probable que ce soit

Tableau III

Jocelyne

	Sept.	Oct.	Nov.
1			
2	M		
3			
4			X
5			X
6			X
7		S	
8			
9			
10			
11		X	
12		X	S
13		X	
14	X		
15	X		
16	X		
17			
18			
19			
20			
21			
22	M	M	
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30	M		
31			

la toute l'histoire.

Nous ajouterions à l'explication de ces deux auteures, que non seulement l'attitude positive ou négative face aux menstruations est un facteur psychologique-clé, mais aussi l'attitude face à son corps, à sa sexualité de même que l'ambiance générale dans laquelle se déroule sa vie. Sachant que certains attributs psychologiques comme le développement de l'égo et le développement moral augmentent à l'adolescence,⁷ on peut présumer que les valeurs sociales attribuées à la féminité prennent de l'importance pour la jeune fille. Si des personnes importantes dans son milieu valorisent l'avènement des menstruations, il est fort probable qu'elle-même l'approche avec anticipation. D'autre part, si le statut de la femme est dévalorisé, la jeune fille ne sera sans doute pas ravie de ce saignement étrange. À mesure que le cycle s'installe, les attentes socio-culturelles concernant les changements de cette période influencent, sinon déterminent les réponses individuelles aux différentes phases du cycle.⁸

Alors, si on met à part certains milieux marginaux, on peut s'attendre à ce qu'une jeune fille atteignant la puberté dans le contexte social et culturel actuel (ou celui des cinquante dernières années) voit décliner sa confiance en elle-même et son estime de soi car les images véhiculées étaient et sont en général extrêmement dévalorisantes pour le corps et la sexualité de la femme, en particulier les événements du cycle menstruel. Tous ces facteurs peuvent agir de façon inconsciente et se manifester physiquement par une tension nerveuse à caractère négatif.

Si nous voulions élargir encore plus le cadre de l'explication, nous serions tentées d'examiner l'ambiance générale de la vie. Si une femme supporte assez bien pendant le reste du mois des contraintes lourdes et quasi intolérables dans sa vie relationnelle, dans son travail, rien ne laisse croire que, pré-menstruellement, il lui sera aussi facile d'endurer sa situation sans que rien ne transparaisse. La menstruation serait-elle un moment de vérité? Ce qui n'est pas accepté ou reconnu sur le plan conscient peut-il se manifester d'une façon distordue à ce moment spécifique? Il s'agirait ici de somatisation*. La menstruation serait-elle un moment idéal pour se voir soi-même? Ce ne sont que des hypothèses. Mais il reste un fait. Beaucoup de femmes utilisent le syndrome pré-menstruel comme excuse ou justification de leur comportement en évitant d'identifier les causes de leur irritabilité et de prendre action pour les modifier. Brievement, les changements physiologiques pré-menstruels induiraient un climat dans lequel la femme doit s'accepter et s'affirmer, face à elle-même et à son milieu, parfois même avec force et ténacité.

Ayant évalué les différentes causes et/ou hypothèses touchant le syndrome pré-menstruel, qu'en est-il concrètement? De quelle manière pouvons-nous rendre cette période de notre cycle plus agréable? La réponse sera différente pour chacune.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS ?

Plusieurs suggestions sont émises quant aux traitements disponibles. Ceux-ci peuvent provenir des médecines préventives et alternatives autant que de la pharmacologie et de la chirurgie.

Qui écouter et quoi faire? Le traitement dépend de la sévérité du SPM. On suppose qu'une femme qui consulte une ou un gynécologue est passablement incommodée. Elle peut se faire suggérer une hystérectomie. Mais attention car non seulement l'opération comporte des désagréments mais certaines études démontrent que le SPM peut augmenter. D'autres médecins, essayant de traiter le stress pré-menstruel, prescriront un tranquillisant ou un anti-dépressif.

Ces médicaments qui peuvent s'avérer inefficaces, créent une accoutumance. Dans des cas plus sévères, des médicaments tels contraceptifs oraux, bromocriptine, pyridoxine, ibuprofen, seront prescrits. Tous ont été perçus comme intéressants pour le traitement du SPM, mais la recherche nous indique qu'aucune approche n'a donné de résultats consistants.

LE TRAITEMENT DE KATHARINA DALTON

La docteure Katharina Dalton, pionnière en ce qui concerne l'étude du SPM a développé un traitement utilisant la progestérone naturelle. La femme doit introduire une ou plusieurs fois par jour un suppositoire vaginal ou rectal de progestérone naturelle fabriquée au moyen d'un procédé chimique utilisant des fèves de soya ou des ignames. Elle peut aussi se l'administrer par injection ou vaporisation. Katharina Dalton utilise ce traitement depuis 1948 en Angleterre: elle explique le SPM par une déficience en progestérone. Son traitement a été fortement critiqué en Amérique du Nord. Il n'y est utilisé que depuis 1981: ce sont des progestogènes synthétiques qu'on a tendance à y prescrire. K. Dalton est d'avis que la popularité de ces progestogènes synthétiques retarde

la reconnaissance et la validation de son travail. «C'est une attitude commerciale, dit-elle. Les multinationales pharmaceutiques poussent la promotion des progestogènes et les médecins reçoivent beaucoup d'informations pharmacologiques des représentants de ces compagnies.»¹⁰ Cependant, Michelle Harrisson, m.d., nous prévient, dans son livre «Self-Help for Premenstrual Syndrome» qu'il n'existe pas d'étude contrôlée à long terme garantissant la sécurité du traitement de K. Dalton: «Jusqu'à ce qu'un grand nombre de femmes soit étudié sur une période de plusieurs années, on ne pourra pas garantir la sécurité de ce produit. Comme pour tout autre traitement pharmacologique, la femme doit évaluer les risques et les mettre en rapport avec la sévérité des malaises dus au SPM, puis prendre la décision la plus éclairée possible. Certaines femmes sont très préoccupées par la possibilité d'effets secondaires à long terme. Certaines autres sont tellement incommodées ou même rendues inactives par le SPM que le soulagement immédiat compte plus pour elles que la menace de conséquences à long terme.»

Il est important de mentionner par contre que le traitement de Katharina Dalton a aidé de nombreuses femmes. Elle a traité des femmes qui devenaient littéralement hors d'elles en période pré-menstruelle. Elle a même fait remettre en liberté trois femmes qui étaient emprisonnées pour meurtre. Elle a démontré que ces femmes avaient agi de façon incontrôlable à cause du SPM. Une fois traitées avec de la progestérone naturelle, elles ont pu vivre une vie normale.

LES TRAITEMENTS PRÉVENTIFS OU ALTERNATIFS

L'alimentation

Chose certaine celles qui font l'expérience du SPM doivent éliminer le plus possible la caféine, l'alcool et les hydrates de carbone raffinés. Les recherches ont aussi démontré que l'hypoglycémie accompagnait souvent le SPM. D'où la nécessité de suivre une diète hypoglycémique. Il est donc important d'éliminer le sucre ainsi que tous les aliments qui n'ont aucune valeur nutritive, soit le «junk food». Référez-vous à un bon livre traitant de l'hypoglycémie qui vous suggérera des menus et des recettes. Michelle Harrisson nous recommande en plus de prendre des collations aux deux ou trois heures et de petits repas plutôt que des gros. Beaucoup de femmes qui font l'expérience du SPM découvrent que les symptômes disparaissent suite à cette nouvelle approche alimentaire. Elle suggère aussi une diète riche en potassium car la fatigue peut être causée par une carence. Un apport supplémentaire de vitamine B6 à raison de 200 à 800 mg

par jour, une semaine avant les menstruations aidera à éliminer sinon à diminuer les symptômes de dépression et d'enflure. De plus une combinaison de 500 mg de calcium et de 250 mg de magnésium allégera les crampes menstruelles. Si vous n'aimez pas prendre de suppléments vitaminiques ou minéraux, assurez-vous à l'aide d'un tableau alimentaire de consommer des aliments riches en ces substances.

L'exercice

N'importe quel programme d'exercice peut être bénéfique pour éliminer certains symptômes du SPM. Une marche quotidienne, de la natation, de la bicyclette ou du yoga aideront à diminuer grandement les tensions corporelles. Selon Harrison, il est important d'établir une routine régulière car il est rare que l'on ressente le goût de commencer un programme d'exercices en période pré-menstruelle.

La phytothérapie

«Certaines femmes ont obtenu des résultats positifs avec du «Dong Quai». De sept à dix jours avant les menstruations, prendre six capsules '00' par jour (deux heures et demie avant ou deux heures après les repas). Le Dong Quai a été utilisé depuis des siècles comme tonifiant pour les femmes.»¹² D'autre part, certaines plantes connues comme diurétiques (fleurs de framboisier, préle, luzerne, racine de bardane) peu-

vent aider à réduire l'enflure. Les prendre en tisane ou décoction trois (3) fois par jour.

Détente, psychothérapie et groupe de support

Il est certain que la détente ne peut qu'aider une femme faisant l'expérience du SPM. Mais comme l'exercice, une détente quotidienne sera de beaucoup plus efficace que pratiquée seulement lorsque les symptômes de fatigue et d'irritabilité surviennent.

La psychothérapie peut aussi être utile mais il est important de bien choisir le ou la thérapeute. La psychothérapie peut être un moment privilégié pour exprimer des besoins, des rancœurs, des désirs, des sentiments d'agressivité trop longtemps refoulés. Ce «nettoyage» émotif, cette clarification de sa vie change le contexte dans lequel on vit le SPM et par la suite rend les symptômes plus légers et même les voit disparaître.

D'autres femmes préféreront se retrouver avec un groupe de support qui vit la même situation. À ce moment-là elles ne se sentent plus seules à vivre cette expérience. Le groupe leur permet d'exprimer et d'explorer les différentes facettes de leur vie de la même façon qu'aurait pu le faire une psychothérapie. Le groupe a aussi l'avantage de développer des amitiés à long terme plutôt qu'une relation passagère avec un thérapeute.

En regard de ces informations, il reste

à chacune de décider quelle direction elle prendra face au syndrome pré-menstruelle. Chose certaine il est important de se supporter entre nous dans ce vécu et de défaire l'ignorance et les attitudes négatives qui ont été véhiculées jusqu'à date. Les menstruations peuvent être un moment privilégié de réflexion, d'affirmation et de transformation.

1/ P. Shuttle and P. Hedgrove, *The Wise Wound*, Penguin Book, 1978, p. 26.

2/ L. Birke and K. Gardner, *Why Suffer*, Virago Press, pp. 27-28.

3/ M. Harrison, m.d., *Self-Help for Premenstrual Syndrome*, Matrix Press, 1982, p. 10.

4/ Idem, p. 11.

5/ P. Weidiger, *Menstruation and Menopause*, A Knopf Publications, 1975, p. 47.

6/ G. Merrian, *Journal of American Medical Association*, 3 juin 1983, vol. 249, no. 21.

7/ A.C. Peterson, *Puberty and its Psychological Significance in Girls*, dans *The Menstrual Cycle*, Springer Publication, 1982, vol. 1.

8/ D.N. Ruble, *Premenstrual Symptoms: a reinterpretation*, *Science* 1977, no. 197, pp. 291-292.

9/ G. Merrian, *Journal of American Medical Association*, 3 juin 1983, vol. 249, no. 21.

10/ Gonzalez, *Journal of American Medical Association*, 10 avril 1981, vol. 245.

11/ M. Harrison, m.d., *Self-Help for Premenstrual Syndrome*, Matrix Press, 1982, pp. 33-34.

12/ Nancy Whittaker, *Pre-menstrual Syndrome and Post-partum Depression*, dans *Mothering*, etc 1983, no. 28.

13- 14. Idem.

* Somatisation signifie manifestation physique d'un phénomène psychologique, par exemple, une personne préoccupée peut avoir des ulcères d'estomac.

LES TRAITEMENTS DU SPM

Nutrition 3-6 mois pour un effet complet

Pas ou peu de :

- sel (3 g./jour de sodium pour éviter la rétention d'eau)
- alcool (1 oz./jour ou moins)
- aucun sucre raffiné
- café (cause l'irritabilité et la sensibilité des seins)
- nicotine (réduit la circulation)
- viande rouge (3 oz./jour ou moins)
- graisses (20% de calories ou moins)
- produits laitiers (2 portions/jour, interfèrent avec l'absorption de magnésium)
- protéines (.8/kilo du poids du corps/jour)
- aliments transformés dépourvus de valeurs nutritives (processed foods)

Beaucoup de :

- féculents et hydrates de carbone non raffinés (60-70% de calories), comme les pommes de terre, les pains de grains entiers, les céréales et les pâtes, les légumes à feuilles vertes, les fèves, pois, lentilles et noix
- de la volaille et du poisson
- des quantités limitées d'huile végétale poly-insaturée (soya, tournesol, sésame) pour l'acide linoléique
- de fréquents petits repas afin de garder le niveau adéquat de sucre dans le sang et éviter l'irritabilité et la fatigue

Suppléments à prendre chaque jour commençant une semaine avant les menstruations

Vitamines

- B-6 pour tous les SPM et une absorption accrue de magnésium
- A pour les problèmes de peau mensuels
- complexe B (sirop de son de riz ou levure) pour combattre la fatigue
- C ou complexe C pour combattre les contusions, les infections et les allergies
- E pour la circulation du sang et inhiber la sensibilité des seins et les prostaglandines
- Autres : tyrosine, phénylalanine pour aiguïser l'esprit, penser plus clairement et supprimer la faim.

Minéraux

- le magnésium comme diurétique naturel supprime le goût du chocolat, accroît la vitamine B disponible, réduit les crampes et calme les nerfs
- le chrome, le manganèse et le zinc améliorent l'absorption du sucre (hypoglycémie)
- le zinc embellie la peau, mobilise la vitamine A emmagasinée dans le foie, régularise les prostaglandines afin de réduire les crampes
- le sélénium réduit la sensibilité des seins
- le fer remplace la perte menstruelle et prévient l'anémie suite à une déficience en fer.

suite page 66

Les nausées et les vomissements du matin constituent les inconvénients les plus fréquents des premiers temps de la grossesse. Un tiers des femmes enceintes en Amérique du Nord a un problème de nausées ou de vomissements mais ceci se termine souvent à la fin du troisième mois. Les nausées sont causées par l'augmentation de l'oestrogène qui influence les cellules de l'estomac et cause une irritation lorsque des acides s'accumulent.

Il est difficile de surmonter les nausées et les vomissements quand ils sont devenus habituels. C'est pourquoi il est préférable de prévenir les premières attaques ou tout au moins, de contrôler ces malaises dès qu'ils commencent à se manifester. Les grossesses sont différentes d'une personne à l'autre et ce qui peut être bénéfique pour une ne fonctionne pas pour l'autre, alors la méthode de tâtonnement est souvent nécessaire.

NAUSÉE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

par Sylvie Van Brabant*

TRAITEMENT MÉDICAL

• Jusqu'à très récemment, on prescrivait du Bendectin mais une violente polémique s'est amorcée suite au procès que les parents d'un jeune garçon atrophie ont entamé contre la compagnie fabricante. Il est estimé que depuis 23 ans le Bendectin est responsable de plus de 140.000 cas d'enfants difformes ou affectés de graves problèmes cardiaques. Malgré les risques, certains médecins continuaient à le prescrire largement. C'est à la suite de nombreux procès, d'un reportage du mensuel Mother Jones qui démontrait très bien les risques, de pressions par les femmes que la compagnie Merrell décida d'enlever en 1983 le Bendectin du marché. Ceci représente pour la compagnie une perte de 15 millions par année. Le Bendectin se vendait bien, heureusement qu'il n'est plus sur le marché et espérons qu'il ne sera pas tout simplement envoyé au Tiers-Monde comme ce fut le cas des contraceptifs oraux à forte dose d'oestrogène... La compagnie Richardson-Merrell est la même compagnie qui avait fabriqué la thalidomide au début des années soixante.

• Depuis la disparition du Bendectin, on prescrit du Bonamine, un comprimé rose à saveur de fruit qui contient 25 mg de chlorhydrate de méclizine. Il

peut donner comme effets secondaires la somnolence, le brouillard oculaire et la sécheresse de la bouche. D'après le compendium des produits pharmaceutiques, l'administration de la méclizine chez la femme enceinte exige que les avantages surpassent les risques possibles.

TRAITEMENTS NATURELS

• Les nausées sont à leur pire tôt le matin parce que le taux de sucre dans le sang est bas après plusieurs heures sans nourriture et il y a une accumulation d'acides dans l'estomac. Pour prévenir une baisse du taux de sucre, mangez une collation avant le coucher (lait ou fromage avec fruit ou jus). Le matin, mangez des biscuits secs, du maïs soufflé ou une rôtie sèche même avant de soulever la tête de votre oreiller et recouchez-vous pour un autre 20 minutes. Au déjeuner, n'abusez pas des aliments gras et prenez votre fruit ou jus (très acide) à la fin du repas.

• La vitamine B6 prise avec la levure alimentaire peut prévenir et contrôler les nausées. Pour prévenir les nausées, prendre 10 mg de vitamine B6 par jour. Si vous avez déjà des nausées prendre 25 mg par repas. Si les nausées sont très graves prendre 10 ou 25 mg chaque heures ou deux pour quelques jours. Le

yogourt qui est une bonne source de vitamine B est aussi conseillé.

• Pour certaines une diète riche en hydrate de carbone est efficace tandis que pour d'autres une diète forte en protéine est meilleure. Il est important d'éviter le café, les sucreries, les aliments raffinés et les mets épicés et gras. Prenez plusieurs petits repas, ne laissez pas votre estomac vide. Si vous vous déplacez de la maison, apportez des biscuits secs ou une banane, ceci peut être efficace lorsqu'une nausée se présente.

• Buvez des breuvages soit très chauds ou très froids. Les extrêmes de température vont vous faire du bien.

• Prendre toutes les deux heures, 3 c. a café d'eau argileuse.

• Une cuillère à café de vinaigre de cidre dans un demi verre d'eau plate; mangez ensuite un biscuit sec.

• Plusieurs herbes peuvent être utilisées en infusion. A prendre trois fois par jour une ou plusieurs (un mélange est possible) des herbes suivantes: feuilles de framboisier, feuilles de basilic, de menthe, de camomille.

(suite page 16)

*Comité des médecines douces, Coopérative d'alimentation saine La Manne.

La fréquence et la durée des premières tétées influencent-elles les douleurs aux mamelons ? Malgré le retour à l'allaitement maternel dans la dernière décade, les conseils donnés aux mères allaitantes sont encore contradictoires, quelquefois même incorrects. La fréquence des tétées au début de la lactation est un des sujets controversés : dans plusieurs centres hospitaliers on conseille aux mères de limiter la fréquence et la durée des tétées pour prévenir les gerçures aux mamelons.

FRÉQUENCE DES TÉTÉES = PROBLÈMES DE MAMELONS?

par Isabelle Brabant*

Une recherche a été entreprise pour investiguer les effets réels de la fréquence des tétées sur le développement des problèmes aux mamelons. On a demandé à 32 mères qui prévoyaient allaiter de participer à cette recherche. Elles avaient toutes vécu une grossesse sans problème et un accouchement normal, à terme. Les instructions données aux mères étaient les mêmes à l'exception d'une seule : un groupe de mères devait allaiter selon l'horaire de l'hôpital aux 3-4 heures (groupe contrôle), l'autre groupe devait allaiter à la demande (groupe expérimental). Aucun bébé ne recevait de suppléments (formule ou autre).

Les mères ont enregistré quotidiennement, pendant 10 jours, la durée de chaque tétée, le degré d'inconfort des mamelons sur une échelle de 4 points (de «aucun inconfort», à «beaucoup d'inconfort»), ainsi qu'une appréciation personnelle de cet inconfort. Les chercheurs ont en effet préféré se fier à l'évaluation des mères elles-mêmes, la douleur étant une expérience individuelle et subjective.

Les résultats ont été compilés séparément pour chaque mère pour les jours 1-5 et les jours 6-10 et sont présentés dans le tableau I. Ces résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est des douleurs aux mamelons et, que ces malaises diminuent pour les deux groupes dans les jours 6-10. La durée et le nombre de tétées ne semblent pas influencer les douleurs aux mamelons : entre autres, il n'y a pas de corrélation entre l'augmentation de la fréquence et de la durée au cours des jours 6-10 et la diminution des malaises pendant la même période.

La majorité des mères a ressenti un inconfort aux mamelons (de léger à moyen) ; le plus haut pourcentage se retrouve le troisième jour et diminue rapidement dans les jours suivants. Moins de 7% des mères ont eu «beaucoup d'inconfort» pendant la même

période. Un résultat des deux groupes ensemble a été compilé pour montrer l'évolution des malaises aux mamelons dans les dix premiers jours (tableau II).

L'analyse de ces résultats nous porte donc à réviser les conseils donnés aux mères en début d'allaitement. On recommande en effet aux mères de restreindre la durée et la fréquence des tétées dans l'espoir de réduire les gerçures aux mamelons. Dans plusieurs centres hospitaliers on «complète» même avec du lait maternisé pensant augmenter la quantité de calories, diminuer la jaunisse chez le nouveau-né et prévenir les problèmes pour la mère.

Mais ces pratiques courantes peuvent en fait réduire la confiance maternelle, perturber le début de la lactation et ne réduisent pas le niveau de bilirubine dans le sang. En fait, des études récentes démontrent que la stimulation fréquente et abondante des seins en début de lactation est associée à des concentrations plus faibles de bili-

rubine, un meilleur gain de poids des bébés au quinzième jour et un meilleur taux de succès dans l'allaitement.

Si on informe les mères que l'inconfort ou la douleur aux mamelons est très probablement un problème temporaire et qu'il n'est pas relié à la fréquence ou à la durée des tétées (du moins dans les dix premiers jours) on augmente leurs chances de satisfaction et de succès dans l'allaitement.

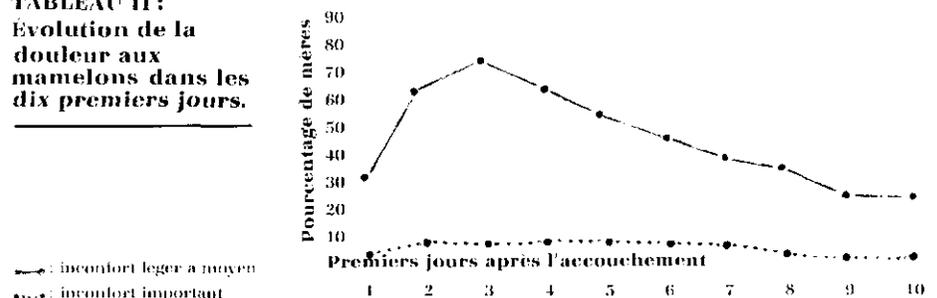
Les professionnels de la santé se doivent de donner aux femmes des informations régulièrement tenues à jour, et d'examiner attentivement les idées établies qui menacent le succès de l'allaitement.

* Traduction et adaptation de l'article «Does The Duration and Frequency of Early Breast Feeding Affect Nipple Pain», par Monolo de Karmelho, m.d., Steven Robertson, Ph.D., Marshall H. Klaus, m.d., *BIRTH*, volume 11:2, summer 1984, 110 El Camino Real, Berkeley, CA, 94705, U.S.A.

TABLEAU I : Fréquence des tétées, durée des tétées et douleur aux mamelons dans les dix premiers jours.

Groupe	Durée min./ 24 heures		Douleur aux mamelons		Fréquence des tétées 24 heures	
	jours 1-5	jours 6-10	jours 1-5	jours 6-10	jours 1-5	jours 6-10
Groupe contrôle	100±26	153±55	0.89±0.59	0.75±0.73	6.4±1.3	7.7±1.4
Groupe expérimental	130±53	141±36	0.90±0.57	0.44±0.50	9.5±1.4	10.3±2.3

TABLEAU II :
Évolution de la
douleur aux
mamelons dans les
dix premiers jours.





par Michèle Champagne

UNE SI LONGUE NAISSANCE:

Françoise Loux,
Les Éditions de l'Homme, 1984

Valentin est né trois mois et demi avant la date prévue mais il respire; il vit. Comment se fait-il que ce bébé qui devait naître au cœur de l'été arrive pour célébrer le printemps? Françoise Loux l'auteur, la mère, nous raconte jour après jour la gestation externe de Valentin à partir de la rupture des membranes jusqu'à sa sortie de l'hôpital alors qu'elle le considère sauvé.

Ce livre est le reflet de l'angoisse de cette femme, de sa lutte pour la survie de son enfant, de ses interrogations, de ses espoirs, de ses peines, de ses joies, de ses défaites aussi... Il y aura presque quatre ans entre la naissance de Valentin et le premier jet d'écriture tellement elle a été marquée par cette expérience peu commune; elle écrit ces lignes pour son fils pour qu'il sache tout ce qu'il a vécu et souffert durant les premiers mois de sa vie, et lui offre le manuscrit, qui sera la base du livre, pour le jour de ses quatre ans. Elle écrit aussi pour s'exorciser, pour se vider de ces mois d'inquiétude et pour ainsi pouvoir repartir à neuf dans sa relation avec son fils.

Françoise Loux ethnologue, chercheuse au Musée des Arts et Traditions populaires à Paris est bien connue en France par ses écrits sur les soins aux enfants dans la vie traditionnelle, aussi recourt-elle souvent aux dictons et met-elle en parallèle ses réactions ou celles de son entourage avec les croyances populaires ce qui ajoute une note humaniste au volume.

Jusqu'où peut-on laisser l'équipe médicale intervenir? Quelles questions peut-on poser? Quel est le rôle d'une mère dans une unité intensive de néonatalogie? Quelle est la place du père, des frères et sœurs, comment intégrer cet être fragile dans la famille

au sens large? L'auteur ne donne pas de réponses, elle écrit son expérience et nous dit ses choix selon les circonstances, elle nous livre son cœur. Elle ne cherche pas à faire la leçon ni à prouver quoi que ce soit; elle cherche à partager avec ceux qui auront à vivre le même drame, pour les encourager, leur donner des références, une expérience sur laquelle s'appuyer. C'est un livre très touchant, un peu long peut-être, mais qui témoigne d'une grande humilité et de tant d'amour!



LES BÉBÉS DE L'EAU: Eric Sidenbladh, Robert Laffont, 1983

On en avait entendu parler, on avait vu des images saisissantes mais voilà que par l'intermédiaire d'un suédois Eric Sidenbladh, les théories d'Igor Tiarkoski nous arrivent à l'intérieur d'un livre fort attrayant et fort impressionnant.

Ces «bébés de l'eau» sont d'abord les enfants de «parents de l'eau» qui choisissent d'accoucher en piscine en suivant un cours prénatal adéquat et de continuer l'entraînement de leur enfant dans les années qui suivent. Oh! combien ils sont surprenant ces nourrissons qui têtent dans l'eau ou nagent les yeux grands ouverts. Quelle est étonnante l'histoire des bébés qui se mêlent aux dauphins et sont protégés par ces mammifères marins! Quelle idée nouvelle que celle d'accoucher dans l'eau! Mais, car il y a des mais, si l'on tente d'aller plus loin on s'enchevêtre dans une théorie, qui, comme toutes les théories, risque de cloisonner ceux qui y adhèrent.

Selon Tiarkoski, l'être humain doit retourner à l'élément originel: l'eau. Il a erré pendant des milliers d'années en pensant que sa survie était sur terre. Nos bébés perdent un temps fou à retrouver l'agilité qu'ils avaient en milieu aquatique utérin, et ils auraient paraître il des cellules du cerveau irrémédiablement détruites à cause d'un contact trop brusque avec l'oxygène. Les «bébés de l'eau» de par leur naissance et grâce

à un entraînement en piscine et au sol peuvent par exemple marcher à trois mois et devenir les surhommes qu'une nation impérialiste recherche.

Le livre s'annonce comme une méthode révolutionnaire d'accouchement, (tiens encore une méthode!). Il m'est cependant difficile d'envisager comment on pourrait imposer aux femmes québécoises d'accoucher dans l'eau même si le bien de la nation est en cause! On est loin du libre choix que nous défendons avec tant d'ardeur. L'accouchement dans l'eau comporte certains dangers qu'il ne faut pas négliger. Être isolée dans un bassin dès le début du travail même si à la rigueur il y a de l'espace pour le mari et la sage-femme, n'est peut-être pas l'idéal; les positions d'accouchement semblent limitées dans un tel espace. Le contact immédiat mère-enfant n'est pas possible non plus. La marge de manoeuvre pour les urgences est aussi très mince.

Il est difficile pour nous occidentaux de mesurer la portée que peut avoir un tel discours en Union Soviétique mais là n'est pas le propos de cette chronique. L'auteur a tenté de relater fidèlement la pensée de Tiarkoski. Il a pris soin de recueillir les avis d'un gynécologue-obstétricien, d'un pédiatre et d'un psychologue suédois pour nous mettre en garde et peut-être tempérer les ardeurs du lecteur moyen qui voudrait se risquer, sans surveillance adéquate, dans une telle aventure.



par Cécile Lemay

DICTIONNAIRE DES MÉDICAMENTS

Serge Mongeau, m.d.,
et Marie-Claude Roy, L.Ph.
Québec/Amérique, 1984

Ce livre est beaucoup plus qu'un dictionnaire, car il va largement au-delà de l'énumération et de la description de médicaments. Les auteurs analysent d'abord le «phénomène médicaments»: comment on est venu à utiliser presque exclusivement la solution chimique aux différentes maladies ou

malaises qui surviennent à un moment ou l'autre de notre vie. Les médicaments sont des outils puissants dont les effets secondaires sont souvent néfastes. Le livre, dans un effort de vulgarisation remarquable, veut diffuser toute l'information possible au sujet des médicaments les plus utilisés au Québec.

Pour chaque médicament, on précise les indications thérapeutiques, la posologie habituelle, les contre-indications, les effets secondaires possibles, les interactions médicamenteuses, des précautions spécifiques si nécessaire, des alternatives ou mesures complémentaires et enfin un jugement global (est-ce un médicament essentiel, utile ou inutile?). Les auteurs prennent la peine d'ajouter plusieurs conseils judicieux et bien informés, à trois groupes de personnes susceptibles de façon plus particulière à l'action des médicaments : les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Les médicaments ne sont pas LA SEULE réponse valable à la maladie et aux malaises. En plus d'informer le lecteur sur un bon nombre d'approches alternatives qu'on peut utiliser seul, sans l'aide de professionnels, les auteurs favorisent un regard critique sur nos habitudes face à la maladie, aux malaises, à la douleur. Ils font preuve d'une vision globale de la personne, et donnent toute son importance à l'hygiène de vie, l'alimentation, l'exercice physique, etc.

Enfin, ils brossent un tableau de quelques malaises et maladies courantes dans notre société, en donnant une explication suivie de mesures spécifiques qui permettent de diminuer ou de remplacer totalement l'usage des médicaments.

Le langage est clair, le ton est simple, respectueux, ne versant pas dans le dogmatisme. Le livre constitue un pont magnifique entre l'approche traditionnelle «médicamenteuse» et les approches alternatives de maladies et malaises. C'est un livre à se procurer pour les professionnels de la santé et qui devrait se retrouver dans chaque foyer.



L'ENFANT À TOUT PRIX
Geneviève Delaisi de Parseval

et Alain Janaud,
Éditions du Seuil, 1983

Nos représentations de l'individu et de la famille nous amènent à considérer le fait d'avoir un enfant comme un «must» dans la société d'aujourd'hui. L'enfant représente maintenant un capital affectif et narcissique dans la famille nucléaire. Les problèmes de fertilité deviennent alors la hantise des couples ; ils sont vécus par les femmes comme une perte de la maîtrise du corps alors que la contraception leur en avait donné accès.

Après avoir abordé la signification sociale de la stérilité, les auteurs brossent un tableau des différents facteurs qui peuvent modifier la fécondabilité d'un couple. On réalise alors comment on a une idée «mécanique» de la conception : le «garagiste gynécologue» est là pour vérifier si tout fonctionne bien et essayer de régler la machine.

Quand «ça» (la recherche de grossesse) ne marche pas, on va voir le médecin, et là ça commence : de la courbe de température, on continue avec le spermogramme, test post-coïtal, analyses sanguines, hystérosalpingographie, chirurgie exploratrice... on vérifie tout. On bâtit ensuite une stratégie thérapeutique ; la procréation devient médicalisée. L'enfant, signe du succès de l'équipe médicale, ne peut plus se faire à deux. Désormais on le fera à trois (avec le médecin) et même à quatre (s'il y a un donneur de sperme). Les solutions proposées sont décrites et les auteurs tentent d'évaluer les implications, le prix à payer pour la femme surtout et aussi pour l'homme.

Une partie entière du livre est consacrée à l'insémination artificielle avec donneur (IAD), considéré comme un exemple privilégié de la volonté de faire naître un enfant à tout prix, de la médicalisation du lien de filiation. Tout est passé au crible : l'idéologie de l'IAD, les indications, la technique, les résultats, le point de vue du donneur, l'oubli du «père», la grossesse, l'accouchement, le post natal, l'enfant.

Les auteurs envisagent en plus tout le «background» idéologique de cette

gestion médicale et institutionnelle de la descendance des individus, analysant le contenu des enjeux anthropologiques, éthiques et juridiques qui en constitue la toile de fond. Ils proposent enfin un «contre-système», non médicalisé, pour toutes les procréations impossibles.

Ce livre, malgré un langage qui n'est pas toujours facile, apporte des éléments de réflexion aussi nombreux qu'essentiels sur tous les prix à payer pour avoir un enfant, sur notre système de valeurs relatives à la procréation et à la famille.

VIENT DE PARAÎTRE :

SOIGNER AVEC PURETÉ, les femmes ont un don pour soigner

Johanne Verdon-Labelle, n.d.,
Les Éditions Fleurs Sociales, 1984

Ce troisième livre de Johanne Verdon-Labelle, dont le lancement aura lieu le 18 septembre à Montréal, se veut une rétrospective de son cheminement dans le domaine de la santé depuis treize ans. Il apporte quantité de conseils pratiques permettant de soigner chez soi nombre de petites affections. Dans ce volume, elle s'adresse particulièrement aux femmes, afin de revaloriser leur rôle dans le domaine de la santé (sans toutefois en exclure les hommes).

LA JOIE D'ÊTRE PÈRE ET MÈRE

Florian Aubin, abbé,
Le Comité du livre de Ste-Émilie,
1984

«Les parents ont quelque chose à nous dire et leurs témoignages méritent d'être publiés et lus, affirme l'auteur. Chaque couple a son histoire. Ce livre contient 150 témoignages et 300 photos, le tout bouleversant, inédit ; intéressant pour tous les parents et tous ceux qui croient à l'amour et à la vie.» Disponible à l'adresse suivante : Le comité du livre, C.P. 8, a/s Florian Aubin, Ste-Émilie-de-l'Énergie, Qué. J0K 2K0.

COUPON D'ABONNEMENT

Je desire 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 : _____

Retourner à :

Naissance-Renaissance

C.P. 249

Succursale E

Montréal, Qué. H2T 3A7

NOM : _____

ADRESSE : _____

ACTIVITÉS, ici et ailleurs

MONTRÉAL, Québec

COLLOQUE ANNUEL DE NAISSANCE- RENAISSANCE

Fin de semaine de formation et d'information afin d'élargir nos connaissances et de partager notre expérience face à la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant. Ces ateliers sont pour les membres de N.R. et les intervenantes en périnatalité venant de groupes de femmes ou des institutions.

Date : fin novembre 1984.

Le programme sera disponible vers la fin de septembre en contactant :

Naissance-Renaissance
C.P. 249, Station «E»
Montréal, Qué. H2T 3A7
Tél. : (514) 845-3368

TORONTO, Ontario ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES DE L'AMÉRIQUE DU NORD (ASFAN)

La deuxième assemblée générale annuelle d'ASFAN se tient à Toronto sous le thème «Créer l'unité» grâce au concours du groupe de support pour la reconnaissance de la sage-femme d'Ontario (Midwifery Task Force). Il s'agit d'une première occasion en Ontario d'explorer entre les différentes personnes touchées par le sujet, la situation présente et les possibilités d'un service offert par des sages-femmes. Sages-femmes, professionnels de la santé, parents et public en général y sont invités. De nombreux conférenciers permettront aux participant-e-s de réfléchir et de discuter les multiples facettes de ce dossier.

Sheila Kitsinger (Angleterre) parlera de la persécution face aux sages-femmes, Ina May Gaskin (The Farm, Tennessee) répondra aux questions des parents sur la pratique des sages-femmes, Professeur G.J. Kloosterman (Hollande) démontrera la sécurité des soins prodigués internationalement par les sages-femmes et comment les médecins bénéficieraient de travailler avec elles. De nombreux autres invités en plus d'ateliers pratiques, de panels sur la situation professionnelle des sages-femmes canadiennes et américaines.

Date : 31 octobre au 4 novembre 1984.

Pour informations ou enregistrement:
Holly Nimmons : (416) 537-2257 (Toronto),
Rena Porteous : (416) 336-2488, (Hamilton)
MTF, C.P. 489, Station T, Toronto, Ont. M6B 4C2.

suite dossier

Hormones/ médicaments

Les médecins doivent diagnostiquer le type de tension pré-menstruelle avant de prescrire une thérapie hormonale. Les progestérones sont efficaces pour certaines femmes tandis que pour d'autres, les progestogènes, les oestrogènes ou les androgènes seront plus appropriés. Le carbonate de lithium qui peut diminuer les cas de psychopathologie cyclique aiguë (schizophrénie), ne peut rien dans les cas de SPM normal. Les diurétiques peuvent réduire la rétention d'eau, l'engorgement

des seins et l'augmentation de poids. Évitez les contraceptifs oraux si le SPM est sévère : ils n'aident pas la plupart des femmes qui souffrent de SPM en général. Les tranquillisants ne constituent pas un traitement, ils ne font que masquer les symptômes. L'aspirine est un anti-prostaglandine. Il existe maintenant de nombreux médicaments anti-inflammatoires. Aucun médicament ne peut soulager toutes les femmes atteintes du SPM.

— Robert Downs, D.C.¹⁴

suite de Prestations de maternité

ACCOUCHER SANS PERTE DE REVENUS

Même s'il est maintenant plus facile de se qualifier pour les prestations de maternité, nous subissons encore une perte de revenu lorsque nous mettons des enfants au monde. En effet comme pour les autres types de prestations, l'Assurance-chômage ne nous verse que 60% de la moyenne du salaire que nous avons touché dans les 20 semaines précédant notre demande.

La loi C-156 a amélioré la condition économique des femmes qui ont des enfants. Quelques questions n'ont toutefois pas été résolues. Parmi elles : Quand toutes les femmes auront-elles droit à des congés de maternité sans perte de revenu ? Quand auront-elles droit à des congés de maternité plus long ? Quand le travail domestique sera-t-il reconnu à sa pleine valeur... financière ?

*Mouvement Action Chômage
6839 Drolet, Montréal
H2S 2T1

suite de sacré-santé

Se programmer une santé

par Richard Lacoursière

S'il faut en croire le doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke, Monsieur Gilles Pigeon, le médecin des années '90 devra tenir compte des différentes médecines naturelles (acupuncture, homéopathie, etc.) lorsqu'il prescrira un traitement à ses patients. Selon le Dr Pigeon, en effet, les gens seraient de plus en plus méfiants vis-à-vis la médecine allopathique (ou conventionnelle)...

Qu'on n'aille pas croire cependant que le médecin des années '90 aura l'allure d'un herboriste du Moyen Âge. Au contraire, toujours selon le Dr Pigeon, le médecin de demain sera assisté d'un ordinateur pour effectuer le choix du traitement approprié aux besoins et aux désirs du patient... C'est ainsi qu'on pourrait voir dans un ave-

nir assez rapproché un ordinateur suggérer au médecin traitant de prescrire à son patient ou sa patiente des cataplasmes d'argile, des infusions de thym, une préparation homéopathe quelconque ou même une série de massages pour se remettre du malaise dont il ou elle se plaint. Un peu cocasse n'est-ce pas ?

Ça vous laisse perplexe cette perspective de la médecine des années '90. Eh bien autant vous y faire, parce que toujours selon le Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, on dispose déjà de tous les éléments pour mettre en place un tel système. Il suffira qu'un médecin se décide un jour à faire entrer l'ordinateur dans son cabinet de consultation pour que tous les autres emboitent le pas. Ce n'est pas de la science fiction, c'est de la science contemporaine !

La Nouvelle, Victoriaville