

# P UNE A L'AUTRE

N° 1 hiver 1984-85

La revue de Naissance-Re

100

COMITÉ NATIONAL  
COMITÉ DES RÉGIONS  
COMITÉ DE LA GUYANE  
COMITÉ DE LA MARTINIQUE  
COMITÉ DE LA RÉUNION

**INTERROGER LES**  
**65** questions à poser avant d'acquiescer  
**COUPER COUPE À L'ÉPIQUE**  
**CRÉER DES LIENS**  
congrès annuel de la FAN

**La revue de Naissance-Renaissance hiver 1984-85**

<b>Légaliser !.....</b>	<b>4</b>
<b>Ici et là .....</b>	<b>5</b>
<b>Du coeur au ventre.....</b>	<b>7</b>
<b>La sage-femme : nouvelle facette de l'entraide....</b>	<b>8</b>
<b>Créer des liens .....</b>	<b>11</b>
<b>Dossier .....</b>	<b>13</b>
<b>Le boire au travail.....</b>	<b>18</b>
<b>Accoucher en lieu sûr.....</b>	<b>20</b>
<b>Bande dessinée.....</b>	<b>21</b>
<b>Couper court à l'épisio.....</b>	<b>22</b>
<b>Entrevue avec Nicole Coquatrix.....</b>	<b>24</b>
<b>La femme-éponge.....</b>	<b>26</b>
<b>La presse en revue.....</b>	<b>28</b>
<b>Livres.....</b>	<b>29</b>

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, 25 janvier, 15 avril et 15 juillet de chaque année.

**Photo de la page couverture :** Isabelle Brabant  
**Éditeur :** Naissance-Renaissance  
**Coordination à la rédaction :** Helene Cornellier, Dominique Langevin, Sylvie Van Brabant.  
**Collaboration :** Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Ghislaine Gauthier, Ariane Ladouceur, Hélène Laforce, Dominique Langevin, Camille Larose, Céline Lemay, Helene Pichette, Francine Touchette, Sophie Voileau.  
**Graphisme :** Anne Morin  
**Composition :** Concept Mediatexte 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 :** individu(e)s 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, Succ. E, Montreal H2T 3A7. Tel. : (514) 845-3368.  
**Dépôt légal :** 4<sup>e</sup> trimestre 1983

**SPÉCIAL****1<sup>er</sup> anniversaire !**

**Les 4 numéros déjà parus de L'Une à l'Autre vous sont offerts pour la modique somme de \$5 ou**

**un numéro, au choix, pour \$1.25**  
 n° 1 : les chambres de naissances  
 n° 2 : l'échographie  
 n° 3 : Susan Weed, herboriste  
 n° 4 : le syndrome pré-menstruel

**Vous pouvez également vous procurer le dossier «Depuis que le monde est monde» pour \$3.**  
**Adressez vos demandes à Naissance - Renaissance, C.P. 249, Succ. E, Montréal (Québec) H2T 3A7.**

# NOTES SUR UN COLLOQUE

par *Hélène Cornellier*

C'était le cinquième cette année. La maturation s'est sentie à tous les niveaux : organisation, animation, participation, cohésion, adhésion.

C'était un plaisir pour chacune. Soit d'y retrouver des femmes plusieurs fois entrevues, soit d'y arriver nouvelles, vite entourées, prises dans le mouvement. Toutes étaient là, prêtes à recevoir, à partager ces expériences à la fois riches, souvent peu faciles, de l'année précédente, avec en tête les dossiers, les acquis à pousser un peu plus...

Elles se sont regroupées dans les nombreux ateliers qui répondaient à tous les besoins tant physiques (yoga prénatal, danses et jeux), techniques (suivi prénatal...) et psychologiques (douleurs et peurs...), de ressourcement (naissance nouvelle...).

Cette année, trois animatrices, trois sages-femmes ou femmes sages, nous ont entourées, guidées pas à pas dans cette rencontre. Elles ont créé un climat de solidarité tout au long de la fin de semaine jusqu'à son point culminant dimanche après-midi, où ensemble, nous avons fait le tour du monde à la reconnaissance des sages-femmes. Elles sont là, différentes mais reconnues partout ou presque... car les femmes les souhaitent près d'elles en ce moment si intense qu'est la naissance...

Ce tour d'horizon nous a ramené au Canada où on les veut silencieuses depuis plus de vingt ans. Le Québec n'y échappe pas. Les femmes les



Robert Beaudet

demandent depuis longtemps mais le dossier piétine. Dieu sait pourquoi!

De ce désir des femmes, de ce dossier qui est politique comme l'est le fait de mettre un enfant au monde, de l'unité créée entre celles qui veulent des soins conformes à leur vécu et celles qui les donnent est né le **Mouvement Sage-Femme**.

Il s'agit d'un «task force», dirions-nous dans le reste du Canada, où se poursuit la même lutte, un groupe de consommateurs et consommatrices désirant appuyer en mots, en noms, en gestes, en temps ou en argent le dossier sage-femme au Québec.

Si la vie vous tient à cœur, contactez-les!\*

\* Mouvement Sage-Femme, a/s June Chenard, 2563, Desjardins, Montréal H1V 2H8, tél. : (514) 256-3452 entre 9 h et 21 h.

# LÉGALISER!

par Ghislaine Gauthier

L'année 1985 sera l'année des sages-femmes au Québec. Tout semble converger vers la reconnaissance et la légalisation du travail de la sage-femme. Le rapport inter-ministériel sur la formation de sages-femmes sera rendu public sous peu et le gouvernement a l'intention de faire des consultations sur le dossier. De plus, le MAS a commandé une étude de faisabilité sur l'implantation d'un projet-pilote de pratique de sages-femmes et une autre sur les paramètres d'une maison de naissances. En même temps, les médias démontrent un intérêt certain pour tout ce qui touche le dossier sage-femme. Je dois ajouter que les responsables des regroupements provinciaux de

femmes ont aussi manifesté beaucoup d'intérêt pour la question.

Au printemps Naissance-Renaissance mettra en oeuvre une campagne d'information auprès du public afin d'obtenir des appuis à la reconnaissance légale de la sage-femme. Nous distribuerons un dossier bien documenté sur le sujet et rencontrerons le plus de groupes possibles : groupes de femmes, intervenants en périnatalité, groupes paramédicaux, etc. Cela s'avère nécessaire puisque la profession de sage-femme n'est pas reconnue au Québec. Il nous faut donc la présenter comme moderne et hautement qualifiée, une professionnelle de la santé qui, comme partout au monde, a sa place chez nous.

Nous espérons aussi mettre sur pied un symposium, dans le cadre de la décennie de la femme, dont le

thème sera : «La sage-femme dans un contexte global de santé maternelle et infantile». Ce symposium réunira des personnalités internationales reconnues pour leurs travaux dans le domaine de la santé. Enfin, selon les disponibilités financières, nous comptons effectuer une tournée provinciale qui nous permettra d'apporter une aide ponctuelle à nos groupes régionaux ; encourager d'autres groupes à se joindre à nous, spécialement dans les régions d'où nous sommes absentes et finalement diffuser plus largement notre information sur le dossier sage-femme. Nous vous ferons part des développements sur ce dossier au fur et à mesure qu'ils se produiront.

## PETITES ANNONCES

Nous sommes à mettre sur pied un comité pour la reconnaissance de la sage-femme. Ce comité vise à soutenir la démarche de légalisation du métier de sage-femme. Nous avons besoin d'aide pour organiser des événements et produire des outils d'information. Si vous êtes intéressées à nous donner un coup de main (graphisme, dactylographie, traduction, impression, etc.), communiquez avec Mouvement Sage-femme : 256-3452, ou écrivez à 2563, Desjardins, Montréal H1V 2H8.

## À VENDRE

Un modèle de bassin (pelvis) pour cours pré-nataux ou autres. Prix : \$90. Sylvie, 271-1265.

## L'UNE À L'AUTRE SE LANCE DANS LA PUBLICITÉ !

Si vous désirez acheter un espace publicitaire dans nos pages, communiquez avec Hélène Cornellier au (514) 674-7267.

## 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 : \_\_\_\_\_

Retourner à :

Naissance-Renaissance

C.P. 249

Succursale E.

Montreal, Qué. H2T 3A7

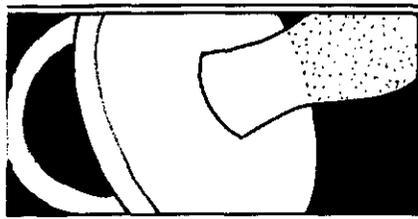
NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Nouveau ! Des questions d'actualité et de multiples informations sur des sujets variés.

## Des «sucres» cancérogènes

par Francine Touchette



Les sucres de bouteilles et les sucres apaisants contiennent une substance appelée **nitrosamine**, un sous-produit utilisé pour rendre le caoutchouc plus résistant. La nitrosamine est un composé à haut taux cancérogène qu'on retrouve également dans les viandes préparées et la bière. D'après des tests faits aux États-Unis, la teneur varie de 51 à 391 parties par billion pour les sucres de bouteilles et de 11 à 1,431 parties par billion pour les sucres apaisants...

À partir du premier janvier 1985, le taux de nitrosamine accepté par l'Office de la protection du consommateur sera de 10 parties par billion. Le gouvernement canadien rendra disponible d'ici peu, une liste des sucres vérifiées et le taux de nitrosamine qu'elles contiennent.

Entre-temps, il est possible de réduire la teneur en nitrosamine en faisant bouillir les sucres de cinq à six fois, (en jetant l'eau à chaque fois) avant de les utiliser.

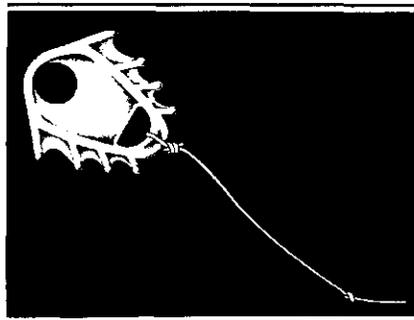
## Attention au stérilet !

par Dominique Langevin

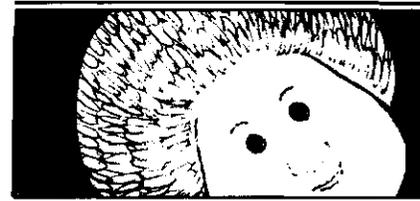
La compagnie américaine A.H. Robins, distributrice du stérilet «Dalkon Shield», publiait récemment une annonce dans différentes revues américaines avisant les femmes qui utilisent ce stérilet de le faire enlever. «Il est important, dit-elle, que le 'Dalton Shield' soit retiré parce qu'il peut causer de sérieux problèmes de santé, telles des infections pelviennes.» Comme les soins médicaux ne sont pas gratuits aux États-Unis, A.H. Robins offre même aux femmes de defrayer tout examen visant à dépister ce stérilet ou à le retirer.

La compagnie a cessé la distribution du «Dalkon Shield» depuis 1974. Dix ans après, elle le cherche encore...

Comme ce stérilet était aussi disponible au Québec, cet avis nous concerne tout autant.



## Jouets



Le «Canadian Toy Testing Council» vient de publier son rapport annuel sur les jouets. Plus de 1,400 produits y sont évalués d'après le degré d'intérêt au jeu qu'il suscite chez l'enfant.

La poupée «Bout-de-Chou», le best-seller de l'année dernière, est hautement recommandée, de même que son nouveau petit frère. «Ils stimulent de délicieuses conversations entre parents et enfants sur leur prime enfance, surtout quand ces poupées sont vêtues des vêtements de bébés déjà portés par l'enfant.»

Un jouet à éviter absolument : le microphone-électronique-sans-fil-Michael-Jackson. Il avait été retiré du marché mais est réapparu cette année avec un nouveau jeu de couleur et sous un nom bien connu qui ajoute au prix, mais non à la fonction. «Il est au delà des habiletés de la plupart des enfants, cite le Concil, et n'inclut même pas le fameux gant!»

Le «Toy Report» (anglais) est vendu au prix de \$5.95, disponible aux différents bureaux de l'Association des consommateurs du Canada. Son pendant francophone «Jouets 85», est publié par l'Association des consommateurs du Québec et vendu \$1.50, au 45 est rue Jarry à Montréal, ou \$2.50, par commande postale.

## Grand-maman, j'écoute !

Autrefois, au temps des berceaux dans lesquels se succédaient bon an mal an, les nouveaux-nés, il y avait aussi la grande soeur, la tante, la cousine ou la grand-maman pour prendre soin de ceux-ci et permettre à la mère de souffler jusqu'à la prochaine bordée...

Aujourd'hui les femmes de la génération du «baby boom» accouchent à l'hôpital et rentrent à la maison seules avec le bébé – quelques chanceuses ont droit au papa! Le désarroi s'imisce chez la primipare, la fatigue accable celle qui a d'autres enfants et c'est l'hésitation entre le bonheur et les pleurs.

Pour pallier cette situation, Gabrielle Chabot a fondé **GRANDS-MÈRES CARESSES**, un organisme qui a pour but d'apporter de l'aide aux nouvelles accouchées et aux mères en difficulté passagère, tout en valorisant l'expérience de vie des femmes de quarante ans et favoriser ainsi le contact entre les générations.

Les bénévoles recrutées avec soin et délicatesse pour remplir le rôle de grand-maman-de-coeur, n'ont pas atteint l'âge d'or, mais sont prêtes à écouter, sécuriser et partager quelques moments de tendresse avec la mère et son enfant. Lucette Savard, coordonnatrice du projet et tout récemment grand-mère adoptive, parle d'engagement social et de la satisfac-



*Grand-Mères/Caresses*

**SERVICE D'AIDES - MATERNELLES**

5348, rue Fabre  
Montréal, (Québec) H2Z 3W5

tion personnelle qui en découle. Elle n'a pas eu d'enfants par choix, optant de s'occuper de ceux des autres. «J'ai reçu un téléphone, l'autre jour, d'une mère désespérée, dit-elle. Son bébé pris de colique avait pleuré toute la nuit. Il pleurait encore et elle n'en pouvait plus. Je lui ai dit que je passerais la voir à la fin de la journée. Quand je suis arrivée chez elle, elle allait déjà mieux : le fait de savoir que je lui rendrais visite l'avait apaisée. J'ai pris l'enfant dans mes bras, l'ai bercé et il s'est endormi. Il m'est difficile d'expliquer ce que j'ai ressenti... Je reçois beaucoup à faire plaisir, à me rendre utile.»

Les grands-mères caresses se gardent bien d'être moralisatrices. Elles encouragent l'allaitement maternel et les contacts physiques avec l'enfant mais respectent la philosophie de la mère si tel n'est pas son choix. Leur rôle est avant tout celui de confidente, de support moral et physique (elles acceptent de menus travaux ménagers : vaisselles, repas, etc.).

La maison-mère de l'organisme étant sise rue Fabre, à Montréal, il leur est difficile d'étendre leur champ d'action hors des limites de la ville. Les appels «hors territoire» sont cependant référés à des CLSC ou à des Centres de bénévolat; aucune demande d'aide n'est laissée sans réponse.

Si la vie de grand-maman vous intéresse, ou que vous en desiriez la compagnie, communiquez avec Grands-Mères Caresses au (514) 522-4958.



par Isabelle Brabant

## PRENDRE DU POIDS OU EN PERDRE ?

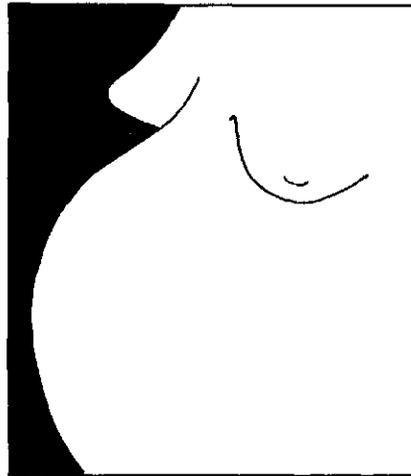
Je suis enceinte de 7 mois et j'ai déjà pris 25 livres. Mon médecin me regarde de travers quand je dépasse le nombre de livres permises par mois. Il me parle de bébés trop gros, de ma «ligne» après etc. Je ne sais pas quoi penser. Est-ce que je dois vraiment me mettre à la diète ?

*Christine Provost,  
Montréal*

Les théories sur la prise de poids «normale» pendant la grossesse se sont succédées, provenant autant d'hypothèses scientifiques pas toujours vérifiées, que de considérations esthétiques culturelles. Est-ce un hasard si, à l'époque où la célèbre mannequin filiforme Twiggy représentait un idéal féminin, on interdisait tout bonnement aux femmes de prendre plus de 15 livres ? Des milliers de bébés ont souffert de grave malnutrition intra-utérine suite à cette triste consigne.

On arrive aujourd'hui à une meilleure compréhension des phénomènes en cause, et les manuels d'obstétrique s'accordent à encourager une prise de poids de 25 à 35 livres. Certaines femmes peuvent prendre beaucoup plus sans aucun problème.

Une partie de cette prise de poids est due au poids du fœtus lui-même,



de l'utérus, du placenta et du liquide amniotique ; le reste est le résultat de changements métaboliques : rétention d'eau, augmentation du volume de sang, dépôts de gras et de protéines. Il est évident qu'il y aura une grande variabilité entre les femmes !

De toutes façons, il est toujours plus important et significatif d'évaluer sérieusement la diète plutôt que de se fier exclusivement au poids. Une femme qui a commencé sa grossesse plusieurs livres au-dessus de son poids idéal devrait viser à ne pas trop dépasser 25 livres, en maintenant une alimentation abondante et

*Nous inaugurons aujourd'hui, une nouvelle chronique : du cœur au ventre. Isabelle Brabant, sage-femme, y répond aux questions que vous lui adressez sur l'accouchement et la grossesse.*

de bonne qualité, et en augmentant ses activités physiques. Une petite femme qui prend peu de poids doit aussi réévaluer sa diète et probablement augmenter ses périodes de repos dans la journée.

Seule une prise de poids soudaine, excessive et inexplicable justifie une surveillance de près, parce que, avec d'autres symptômes, elle pourrait être indicatrice de pré-éclampsie. Quant à la prise de poids insuffisante, il peut arriver qu'elle soit associée à un retard de croissance du bébé.

On s'inquiète à tort d'avoir de «gros» bébés (8 ou 9 livres, par exemple). En fait, les bébés de bon poids sont statistiquement beaucoup plus en santé, et résistent beaucoup mieux au stress sain et normal de la naissance que les bébés de petit poids (moins de 5 à 2 livres). Même s'il y a une corrélation certaine entre le poids que prend la mère, et celui du nouveau-né, des facteurs héréditaires viennent aussi influencer le poids du bébé.

Pour ce qui est de la fameuse «ligne» – après –, la plupart des femmes perdent environ 15 livres à l'accouchement... et gardent temporairement une réserve pour traverser les premières semaines postnatales, souvent éprouvantes physiquement, et la période de l'allaitement. En temps et lieux une diète adaptée à la période de sevrage et un bon programme d'exercices seront des alliés pour retrouver corps et forme !

**Dans le dernier numéro, Hélène Laforce  
brossait un tableau des réjouissances  
et des réflexions que soulevait la  
naissance en Nouvelle-France. Cette fois  
elle traite principalement du rôle  
de la sage-femme et de la façon dont  
celle-ci acquiert ses titres de noblesse.**

## LA SAGE-FEMME : nouvelle facette de l'entraide

*par Hélène Laforce*

Tout au long du processus d'entraide, la sage-femme s'est intégrée à l'ensemble des manoeuvres d'autant plus facilement, que toute la fonction de sage-femme est née de cette entraide. Nous nous expliquons. Comme il n'existe aucun lieu d'apprentissage à cette époque, tant pour les sages-femmes que pour les médecins, c'est bien souvent l'occasion qui fait la sage-femme. Au début de la colonie ce sont les parentes ou les voisines qui se trouvent impliquées. Puis avec le temps, une réputation se crée et se transmet, avec les connaissances, de mères à filles, ou de tantes à nièces, ... Avec les générations, une structure se forme. De la sage-femme du rang on passe souvent à la sage-femme de la paroisse, du village, du lieu ou même de la région. Certaines sages-femmes couvraient plus d'une trentaine de milles, bien souvent à pied, pour porter secours. Ceci est particulièrement le cas à la campagne car déjà en Nouvelle-France les habitants des villes sont prêts à marchander leurs services. La professionnalisation de la fonction est donc un phénomène urbain.



## RIVALE OU AMIE ?

Ainsi à l'intérieur de l'entraide, la sage-femme a une place bien définie, laquelle n'exclut nullement l'ancien processus : lors des préparatifs, elle reste la personne ressource de choix. Même si un suivi prénatal n'est guère pensable pour cette époque, certaines d'entre elles effectuaient des tournées (sans doute pour des cas problèmes). C'est de la connaissance personnelle de chacune des femmes et de leurs familles que la sage-femme tire sa force. L'immixtion de cette fonction au coeur du tissu imbriqué des relations sociales déjà décrites, fait d'elle plus qu'une accoucheuse. C'est pourquoi l'Église précise dans son rituel «qu'il est nécessaire qu'une sage-femme soit fidèle pour garder le secret des familles». De là, d'ailleurs lui viendra un autre pouvoir.

Avec la sage-femme, l'on aborde donc une autre facette de l'entraide entre femmes. Et c'est là que son histoire devient étonnante. Derrière la communauté sociale acceptée, une autre communauté se dévoile : celle des femmes. Petite société qui a ses propres règles et usages.<sup>1</sup> De cette cohésion sociale, la sage-femme devient un témoin, parfois ambigu, mais réel. Car en se dégageant de l'entraide, en se structurant, la sage-femme est devenue une force dont même les autorités doivent tenir compte. C'est l'ampleur même du système de contrôle créé pour la régir qui en témoigne.

Mais pourquoi contrôler la sage-femme ? Parce que cette dernière joue un rôle fondamental au moment de la naissance en attribuant le baptême et que l'Église craint encore l'ombre de l'ancienne accoucheuse qu'était la sorcière. (Encore en 1640 dans l'ancien dictionnaire français, «sage-femme = sorcière».) De fait, l'Église aurait banni à jamais l'intrusion de cette femme dans l'univers de la médecine, qu'elle s'octroyait si allègrement, si les médecins avaient voulu de l'emploi. Mais les femmes persistant à enfanter et n'acceptant d'autre aide, l'Église dut s'adapter. En moins d'un siècle, le XVIII<sup>e</sup>, elle fit de son ancienne rivale le meilleur support de sa foi. D'avorteuse, elle devient dénonciatrice des avortements, des pratiques de magie et de sorcellerie. On attend d'elle qu'elle défende une morale sexuelle imposée. Du moins ce sont là quelques éléments du serment qu'elle prête sur papier.

## UNE ÉLECTION D'AVANT-GARDE

Parmi les différentes formes de contrôle qu'exercent sur elle l'Église et l'État, l'une des manifestations les plus fascinantes s'avère être l'élection des sages-femmes par la communauté des femmes. Pourquoi tant de superlatifs pour une simple élection ? C'est qu'il faut tenir compte des us et coutumes du temps. Les habitants de la Nouvelle-France vivaient, comme les habitants d'Europe, sous

un régime monarchique absolutiste. Sous un tel pouvoir, aucune réunion ou assemblée d'habitants n'était permise sans l'accord de l'intendant. Ainsi, si on voulait réunir un comite de famille pour régler un héritage, une tutelle, ou quoi que ce soit, il fallait demander l'autorisation. Seul le curé avait, parmi ses privilèges, le pouvoir de convoquer des assemblées mais seulement pour les fêtes religieuses, l'élection de marguilliers ou... de sages-femmes.

Ce type d'élection, déjà pratiquée en France et dont la procédure était inscrite dans les rituels de l'Église, prend dans la jeune colonie un ton avant-gardiste. Alors qu'en France, le choix d'une sage-femme (exception faite des environs de la Lorraine) reste du ressort des hommes, habitants, seigneurs ou principaux notables, il en est tout autrement chez nous. Voilà ce qu'en dit le Rituel de Québec de 1703 : «Les cures feront faire aux sages-femmes autant qu'ils pourront serment dans la forme marquée cy-dessous, avant qu'elles fassent les fonctions de cet employ. Lorsqu'il faudra élire une sage-femme, les cures assembleront les plus vertueuses et les plus honnêtes femmes de leur paroisse pour élire en sa place celle qu'elles croiront en conscience être la plus fidèle, la plus prudente et la plus propre à cette fonction en les avertissant de se dépouiller de tout sentiment de haine et de faveur.» D'une certaine manière, cette mesure procurait à la Canadienne un droit

fondamental de contrôle sur son corps, une reconnaissance sociale et cela très tôt comparativement à la Française.

## UN RÔLE SOCIAL ET HISTORIQUE

Enfin l'approche de cette fonction nous permet d'aborder une facette de l'entraide à la fois plus large et plus intimiste : ce qui peut paraître paradoxal. Plus large vu le rôle social qu'aura à y jouer la sage-femme. Comme nous l'avons déjà souligné, les raisons qui poussent ces femmes à entreprendre cette pratique sont loin d'être monétaires. La fonction est généralement peu payante alors que la tâche nécessite une somme de temps, d'efforts et d'énergies qui viendraient à bout des caractères les plus tenaces. C'est donc pour «rendre service» avant tout que ces femmes le feront de tout temps mais aussi, chacune à leur manière, pour jouer un rôle social.

Si cette volonté de s'affirmer est sensible à toutes les époques, elle prend néanmoins une importance réelle en Nouvelle-France. Ce n'est pas que la place accordée aux femmes soit nécessairement moins grande à cette époque qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle; mais tout simplement que les lieux d'action, où pouvaient s'affirmer les simples habitants dans cette société, étaient rares. Le fait que nos sages-femmes occupent d'autre emplois (marchande publique, perceptrice

officielle, bedeau, ...); que l'on s'attarde dans les archives officielles à vanter leurs mérites et leur force de caractère (même leur intelligence) et que certaines d'entre elles vont jusqu'à représenter leur village devant les tribunaux, est donc significatif.

C'est à travers leurs rôles, dévolus par leurs charges officielles, que nous pourrions cerner un caractère plus intimiste, une autre manière pour ces femmes de poursuivre l'entraide. Nous n'avons d'ailleurs pas d'autres choix car les archives officielles sont tout ce qui reste du témoignage de ces dernières. Témoignage, par exemple, de la Dame Lanergne, sage-femme jurée<sup>2</sup> de Montréal, obligée par le procureur du roi à «visiter» une femme à l'agonie et qui conteste l'action de ce procureur dans un procès. Procès qu'elle gagnera d'ailleurs<sup>3</sup>: «... qu'elle avoit été amenée à ce dessein elle n'avoit qu'à exécuter l'ordre, qu'elle espéroit par égard pour la deposante qu'elle ne lui en garde pas rigueur et que de mauvais gré et ayant été obligé par la justice, qu'y ayant passé la nuit elle fit tout en son possible pour la consoler.» Extrait des archives paroissiales de Lachine (20 mars 1704): «François Turpin ne dans la cabane de Marie Denise sage-femme, la sage-femme est venue se cacher avec la nouvelle accouchée au fort de cette église afin de ne pas subir les courroux du mari.» «Remontrance contre la veuve Samson qui garçoit chez elle cachée pendant plus de 15 jours une jeune fille mère ce qui allait contre son serment.»

Ces quelques exemples peuvent être multipliés ou oubliés suivant qu'on leur accorde de l'importance ou pas mais notre vécu reste intimement lié à l'évolution du passé alors même que ce que nous faisons prépare l'avenir, parce que nous sommes un phénomène historique en tant que tel. L'idée d'une société essentiellement tournée vers l'avenir demeure un mythe. Le moment du retour aux racines revient toujours replacer l'action dans un sens global. Ainsi toute action future dans la société doit référer à cette mémoire sociale (on la qualifie parfois de nationalisme) pas toujours transparente mais latente, réticente à des changements trop brusques. A l'intérieur de cette conscience, l'idée de l'entraide n'est pas tout à fait morte. Beaucoup de femmes que l'on qualifie souvent d'une «autre génération», ont trouvé difficile le passage de la civilisation de service à la société de consommation. Il s'agit peut-être de trouver un nouveau sens, une nouvelle forme à l'entraide non récupérée par le nouvel élan gouvernemental du bénévolat. L'histoire ne se répète pas mais elle pourrait peut-être nous donner des «trucs».

1/ L'historien Jean-Marie Pecteau nous a relaté un procès qui s'est déroulé vers les années 1840 et qui impliquait tout un groupe de femmes complices dans un «racket» de tissu. Des tissus étaient volés, taillés en vêtements par un groupe de femmes puis revendus par une autre filière.

2/ La sage-femme jurée était l'experte médicale désignée d'office par les tribunaux pour une région donnée.

3/ Le procureur sera destitué.

«*Sans la présence et l'acceptation de la sage-femme, l'obstétrique devient agressive, technologique et inhumaine.*»

Professeur G.L. Kloosterman

## CRÉER DES LIENS

par Dominique Langevin

C'est par un coup d'éclat en Chambre que s'est ouvert le congrès annuel de l'Alliance des sages-femmes de l'Amérique du Nord : la présentation, à l'Assemblée législative ontarienne, d'un bill privé légalisant la profession de sage-femme. Mais après une heure de discussions auxquelles assistaient 125 femmes, le gouvernement de l'Ontario ajoutait l'insulte à l'injure en refusant de voter sur le projet.

Décus mais non battus, les membres du Midwifery Task Force, hôtes de la conférence et instigateurs du projet de loi, se sont promis de récidiver. Le thème du congrès «Créer l'unité» n'en a pris que plus de signification de même que se confirmait la nécessité d'une solidarité avec les groupes féministes. D'après Sheila Kitsinger, le droit pour la sage-femme d'exercer sa profession soutend le mouvement d'autonomie des femmes. Tant que celles-ci n'auront pas le pouvoir de décision sur leur accouchement et de par le fait même sur leur corps, la lutte est vaine. «Il faut cesser, dit-elle, de traiter la femme comme une boîte à foetus. C'est une personne avec toute sa dignité.»

### L'UNION FAIT LA FORCE

Comme il existe différentes catégo-



Sheila Kitsinger et Dorothea Lang

ries de sages-femmes (infirmières, diplômées, autodidactes), en ce sens qu'elles ont suivi différentes routes pour accéder à la connaissance de leur métier, il devenait indispensable, dans un but unitaire, de fixer des standards de pratique. Ceux-ci ont donc été définis et adoptés lors de ce deuxième congrès annuel à partir de la définition de la sage-femme et de sa sphère de pratique telle que décrétée par la Conférence internationale des sages-femmes, l'Organisation mondiale de la santé et la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologistes. Ces standards ne constituent en aucune façon une table de loi mais plutôt un guide d'exercice de la profession, une référence qui facilite l'évaluation des soins donnés par la sage-femme.

L'unité ne s'est pas faite qu'en termes de pratique elle s'est réalisée entre les groupes de sages-femmes. L'Association des sages-femmes de l'Ontario s'est jointe à celle des infirmières sages-femmes. Une association nationale a été constituée. Elle regroupe les sages-femmes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

Lors d'ateliers, des discussions informelles entre professionnels de la santé concernées par l'obstétrique, la maternité et le soin des enfants, et des sages-femmes ont permis de



Mary O'Brien

Isabelle Brabant

concevoir un avenir où la sage-femme serait intégrée au système de santé étatique nord-américain. Ce genre d'échanges est essentiel pour contrer l'objectif du corps médical à la légalisation de la profession de sage-femme.

### UN SOUFFLE NOUVEAU

La sage-femme est spécialiste de l'accouchement normal mais elle a le devoir de se référer au pathologiste en cas de complications. Hors en Europe, elle travaille en milieu hospitalier ou en cliniques de naissance sous la juridiction des médecins et est devenue une «super technicienne». Pour conserver son statut et égaler le savoir scientifique des médecins, elle a peu à peu fait fi de l'essence même de son art : humaniser la naissance. Ce n'est pas le cas pour les sages-femmes nord-américaines. N'ayant pas le droit de pratique, leur principale tâche en est une de «counselling» tant auprès de la femme en

couches que de sa famille. La sage-femme rassure la femme sur sa capacité d'accoucher du fait qu'elle connaît l'approche culturelle, éducative et philosophique de la naissance, chez sa patiente. Cette énergie, plus spirituelle, plus proche des racines mêmes de la profession, confirme la nécessité pour l'ASFAN de faire partie de la Conférence internationale des sages-femmes.

### UN GESTE SOCIAL

Lors de la conférence «Midwifery a Woman Issue», une femme du Nicaragua a su résumer en une phrase toute la portée sociale de l'accouchement. À son mari qui lui reprochait ses hauts cris, lors de la naissance de sa fille, elle a répondu : «Je fais ici un travail public, ne ferme pas les fenêtres.»

Tant et aussi longtemps que la femme n'aura pas compris que l'enfantement est un processus de création à caractère social au même titre que la peinture ou l'écriture, que c'est un processus difficile et complexe, elle exercera avec peine son autonomie. Tant qu'elle acceptera le déniement de sa capacité de mettre au monde un enfant, tel qu'il lui est suggéré par la médecine, elle perpétuera le mythe de sa fragilité à prendre des décisions qui concernent sa vie.

# INTERROGEZ-LES !

par Camille Larose

**Louise me racontait qu'au moment de sa grossesse, elle voulait tellement un accouchement naturel, qu'elle avait décidé de ne pas du tout se renseigner, croyant avec conviction qu'ignorance et naturel vont de pair.**

**Louise a eu un accouchement difficile. Toutes les interventions possibles y compris la césarienne et une enfant magnifique, MariLou, malheureusement atteinte d'une tumeur cervicale nécessitant de nombreuses opérations. Elle est, à ce jour, encore soumise à des traitements divers. Tout ça a laissé Louise fort songeuse : «Renseigne-toi Camille, (j'étais alors enceinte), tâche d'en savoir le plus possible. À l'hôpital on te passe n'importe quoi et tu n'as aucun argument à avancer si tu n'es pas renseignée. Tu sens qu'ils ont peut-être tort parfois mais ton instinct contre leur science, ça ne fait pas le poids. Pose des questions AVANT, à l'hôpital, ce sera trop tard.»**

**Ce sont des histoires du genre qui soustendent le présent dossier. Celle de Louise et de MariLou est tragique, d'autres heureusement le sont moins. Mais souvent, les femmes enceintes, surtout la première fois, ne savent pas quelles questions poser à leur médecin pendant les visites pré-natales de façon à être renseigné avec réalisme sur le processus de leur accouchement. Or les femmes ont des choix à faire et la seule manière de choisir intelligem-**



Francine Touchette

**ment est d'être renseignée le plus possible.**

**Le but des questions qui suivent est de connaître le degré d'humanisation atteint par votre médecin, mais aussi de vous permettre d'élaborer avec lui un véritable «contrat d'accouchement» dans lequel seront déterminées d'avance, la plupart des interventions médicales et chirurgicales qui seront faites sur vous, ou... de vous approcher le plus possible d'un tel exploit.**

## Les cours pré-nataux

Voici des questions que vous pouvez poser des la première visite et qui vous renseignent beaucoup sur le genre de médecin auquel vous avez affaire. Un médecin tout à fait contre les cours pré-nataux est



fort suspect, surtout si son boniment consiste à vouloir vous prendre entièrement à charge et qu'il vous sert le paternaliste «Ne vous en faites pas, ma petite dame, nous allons tout régler pour vous et vous aurez le plus beau bébé du monde...» des fadaïses qui ne vous renseignent strictement sur rien.

- Votre médecin vous recommande-t-il de suivre des cours pré-nataux ?
- En préfère-t-il un en particulier et pourquoi ?
- Est-il intéressé à connaître le contenu des cours et vos réactions face à ce qu'on y discute ?
- Est-il parfois invité à participer à des cours pré-nataux ?

Si oui, accepte-t-il l'invitation ?

Si oui, quel est le contenu de sa participation ?

## Le personnel de l'hôpital

Ici encore, des questions fort importantes car le médecin n'est qu'un des membres d'une équipe, plus ou moins grande selon les hôpitaux. Beaucoup de gens auront affaire à vous et à votre bébé pendant le séjour à l'hôpital. Votre médecin, pour le moment, les représente tous.

- Quelle est l'équipe appelée à travailler autour de votre médecin à l'hôpital ? Y a-t-il un ou plusieurs anesthésistes ? Combien d'obstétriciens, de pédiatres, d'infirmières, de nutritionnistes ? Peut-on avoir accès à des travailleurs sociaux, au personnel psychiatrique ? Y en a-t-il d'autres ?
- Combien y a-t-il d'infirmières affectées aux diverses salles (de travail, d'accouchement, de récupération, de naissance, la pouponnière ?) Est-ce différent le soir ou les week-ends ?
- Dans l'éventualité où l'accouchement a lieu pendant un congé du médecin, qui fera l'accouchement ? Peut-on rencontrer ce (ou ces) médecin au moins une fois avant l'accouchement ? Quelles sont les garanties qu'il respectera les ententes prises avec votre propre médecin ? Comment sera-t-il informé de ces ententes ?

## Les politiques de l'hôpital

- L'hôpital fournit-il une information écrite à la patiente, avant l'admission, sur les politiques obstétricales de la maison et sur les options de soins ?

Si oui, par quel truchement une telle information parvient-elle à la patiente (verbalement, par le courrier, dans le bureau du médecin) ?

Si non, comment les patientes sont-elles informées des politiques et choix de soins ?

- L'hôpital permet-il au couple qui attend un enfant de visiter le département d'obstétrique ?
- L'hôpital complète-t-il tous les formulaires d'admission à l'avance ? Si non, combien de temps est requis pour satisfaire aux exigences de cette admission ?
- L'hôpital informe-t-il la mère de la procédure à suivre pour obtenir l'accès à son dossier médical et à celui de son bébé ?

Quelle est cette procédure ?

- Est-ce de routine d'expliquer à la patiente le pourquoi d'un examen, d'une procédure, d'un médicament à prendre avant de l'administrer ?

Si non, quelle est la politique concernant cet aspect de la relation avec la patiente ?

- La patiente doit-elle signer à l'avance (au moment de l'admission) pour les services d'un anesthésiste ?
- Quels sont les coûts supplémentaires d'une chambre privée ?

### Jusqu'où peut-on impliquer la famille ?

- Normalement, sépare-t-on les couples pour quelque temps à l'admission ?

Si oui, pour combien de temps et quelle est la raison de cette séparation ?

- Les maris peuvent-ils rester avec leurs épouses pendant le travail ?

Si oui, y a-t-il des conditions imposées au mari qui veut rester ?

Si oui, le mari doit-il sortir durant l'examen-préparation de sa femme ?

- Est-ce qu'un ami, une amie ou un parent, une parente est admis-e à rester durant le travail avec la mère, quand il n'y a pas de mari ?

Si oui, cette personne doit-elle remplir certaines conditions ?

- D'autres visiteurs sont-ils admis dans la salle de travail ?

- Les maris sont-ils admis en salle d'accouchement ?

Si oui, y a-t-il des conditions à respecter par le mari ?

Lesquelles ?

- Est-ce qu'un ami ou un parent peut remplacer un mari non présent au moment d'aller en salle d'accouchement ?

Les conditions à respecter sont-elles les mêmes que pour le mari ?

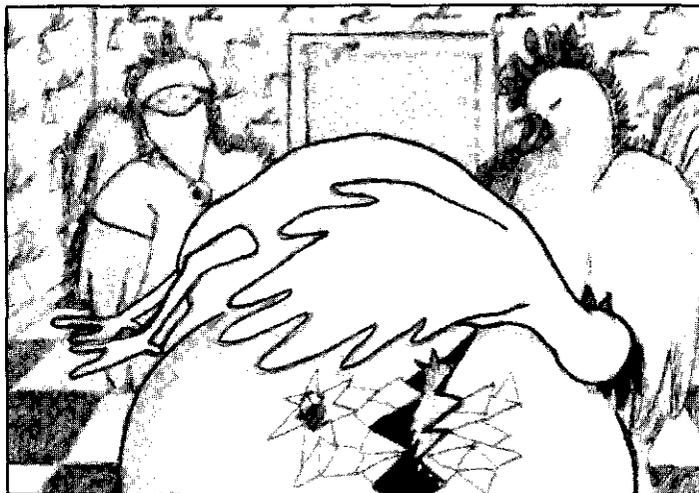
- D'autres personnes, par exemple un grand-parent ou une sage-femme, peuvent-elles être présentes durant l'accouchement ?

Si oui, quelles sont les restrictions concernant cette politique ?

- Les enfants peuvent-ils assister au travail et à l'accouchement de leur mère ?

Si oui, à quelles conditions et quels sont les services disponibles pour eux ?

- Peut-on prendre des photos dans la salle d'accouchement ?



- Les maris peuvent-ils être présents lors d'une césarienne ?

Si oui, à quelles conditions ?

- Un ami ou un parent, lorsque le mari n'est pas disponible, peut-il être présent durant une césarienne ?

Si oui, à quelles conditions ?

### La cohabitation

- L'hôpital admet-il le principe de la cohabitation mère-enfant ?

Si oui, à partir de quel moment après l'accouchement ce programme peut-il commencer ?

Si oui, durant quelles heures la cohabitation est-elle permise ?

Si oui, quelles sont les restrictions concernant

l'accessibilité à ce programme? (par exemple nombre limite de lits, disponible seulement en chambre privée, autres.)

Si oui, quand la mère peut-elle retourner le bébé à la pouponnière?

Si oui, y a-t-il du personnel spécial affecté à la cohabitation et dans ce cas, quelles sont les qualifications de ce personnel différent?

- Les mères ayant subi une césarienne peuvent-elles cohabiter aussi? Y a-t-il des réserves à cette politique, si elle existe?

### Les heures de visite

- Durant quelles heures les pères peuvent-ils visiter les mères?

- Y a-t-il un temps, quel qu'il soit, où les pères peuvent visiter les mères et les bébés? Si oui, quand?

- Les enfants peuvent-ils visiter leurs mères? Si oui, quand? Ou? Y a-t-il des conditions?

- Les enfants peuvent-ils voir leur mère avec le bébé?

Si oui, quand et où est-ce permis?

- Quelle est la politique des visites pour tous les autres visiteurs possibles, incluant les grands-parents?

- Existe-t-il des restrictions concernant les visites de la parente à la pouponnière?

### La partenaire de chambre

- Comment les femmes qui accouchent sont-elles jumelées dans les chambres? Par hasard, en fonction du fait qu'elles cohabitent, qu'elles ont subi une césarienne, qu'elles allaitent?

- Y a-t-il d'autres genres de patients-es dans le département d'obstétrique?

### Les programmes spéciaux

- Y a-t-il des chambres de naissance dans l'hôpital?

Si oui, en quoi l'expérience de l'accouchement dans cette chambre diffère-t-elle de l'expérience traditionnelle?

Si oui, combien de chambres de naissance sont

disponibles?

Si oui, quels en sont les critères d'éligibilité?

- Y a-t-il une politique concernant les **départs hâtifs**?

Si oui, combien de temps minimum une patiente doit-elle rester?

Si oui, à part la longueur du séjour, cette option implique-t-elle des différences dans le traitement de la patiente?

Quels sont les critères d'éligibilité pour se prévaloir d'un départ hâtif?

### Les pratiques médicales pendant le travail

- Pendant le travail, est-ce que je peux me déplacer, marcher dans les corridors?

- Utilise-t-on fréquemment le moniteur foetal?

Pose-t-on un solute?

Est-il prévu de l'enlever périodiquement pour me permettre de bouger? À quelle fréquence?

- Puis-je boire pendant le travail? Si oui, quoi exactement? À partir de quand restreint-on le boire?

- Puis-je manger pendant le travail? Si oui, quoi exactement et à partir de quand défend-on toute nourriture?

- Offre-t-on au père ami-e parent-e quelque chose à boire ou à manger durant le travail?

- Pourrais-je prendre un bain, une douche pendant le travail?

- Puis-je choisir la position dans laquelle je désire accoucher?

- Expliquez-moi les procédures routinières faites normalement sur toutes les patientes? Basage? Lavement? Pose du solute? Emploi du moniteur foetal? Épisiotomie? Autres?

- Si le moniteur foetal est utilisé de façon routinière, est-ce habituellement une procédure interne, externe, ou les deux?

### Dans la salle d'accouchement

- Les étriers sont-ils requis pour toutes les naissances?

Si non, quand ne sont-ils pas requis?

- Toutes les patientes doivent-elles être déplacées du lit à la chambre de travail vers la table et salle

d'accouchement ? Si non, quelles sont les alternatives existantes ?

- L'anesthésie épidurale est-elle disponible 24 heures sur 24 ?
- Donne-t-on le choix aux femmes subissant une césarienne de rester éveillée durant la naissance ?
- Puis-je prendre mon bébé tout de suite après la naissance, si j'accouche normalement ?

Si oui, pendant combien de temps puis-je le tenir dans mes bras ?

Si non, à quel moment après la naissance me remet-on mon bébé et pour combien de temps puis-je l'avoir près de moi ?

- Quand commence la procédure de séparation de l'enfant, de sa mère ?

Quelle est la durée de cette séparation et quel en est le but ?

- Est-ce qu'on présente le bébé au père après une césarienne ?

Pendant combien de temps peuvent-ils rester ensemble ?

- Est-ce que je suis déplacée vers une autre salle tout de suite après la naissance ?
- Quand je récupère après la naissance, mon mari/ami-e/parent-e peut-il (elle) rester auprès de moi ? Pendant combien de temps ? Est-ce le cas après une césarienne ?
- Puis-je allaiter sur la table d'accouchement ?

## Les soins du bébé

- Le bébé est-il apporté à la mère pour allaiter sur demande ?

Si oui, à la demande de la mère ou du bébé ?

Si oui, cette pratique diffère-t-elle de celle utilisée pour la mère qui nourrit son bébé à la bouteille ?

- Quel est l'horaire des repas des bébés qui ne sont pas apportés à la mère sur demande ?
- Sert-on habituellement autre chose au bébé nourri au sein, formule, eau, eau sucrée ?

Si oui, que leur sert-on habituellement et à la demande de qui nourrit-on le bébé de ces suppléments ?

- Y a-t-il une aide spéciale prévue pour celle qui allaite pour la première fois ?
- Retire-t-on à l'enfant qui a la jaunisse son droit à l'allaitement ?

- Y a-t-il du personnel spécialement entraîné pour aider dans les soins à donner au poupon ?

Si oui, qui est cette personne et comment aide-t-elle ?

- Tous les poupons sont-ils évalués par un pédiatre avant de recevoir leur congé de l'hôpital ?

- À partir de quel jour après la naissance pratique-t-on la circoncision sur les enfants mâles ? À la naissance ? à un, deux, trois jours ? Utilise-t-on une



anesthésie locale pour la circoncision ?

- Que fait-on exactement au bébé en pouponnière ? Tests, vitamines, etc.

Ces interrogations ne prétendent pas faire le tour de toutes les éventualités, mais elles amorceront des discussions sur la plupart des points importants. On aura remarqué peut-être l'absence de questions concernant l'ammio-centèse, l'échographie, l'accouchement à domicile, les drogues calmantes, l'induction au travail, l'anesthésie générale, les nausées, les hémorroïdes, l'hypertension, lesquelles s'appliquent plutôt à des cas particuliers. Les femmes préoccupées par l'un ou l'autre de ces problèmes verront à les ajouter au questionnaire de base.

Il est important de jumeler ces questions à une visite en règle du département d'obstétrique au cours de laquelle vous serez à même de repérer les diverses salles prévues pour votre séjour. Cela vous donnera un aperçu de votre accouchement en terme de mobilité. Demandez à tout voir dans l'ordre chronologique si possible : l'admission, la salle d'attente et de préparation, la salle de travail, la salle d'accouchement, les chambres de naissance, les chambres où l'on récupère et la pouponnière et questionnez le personnel, s'il est disponible !

**Allaiter son enfant tout en travaillant à l'extérieur de la maison nécessite patience et longueur de temps mais le jeu en vaut la chandelle !**

## LE BOIRE AU TRAVAIL

*Traduit par Sophie Voileau*

Les petits problèmes de l'allaitement ont souvent servi à étayer une thèse selon laquelle les femmes ne doivent pas allaiter et travailler en même temps. C'est pour mettre à l'épreuve la validité de cette opinion qu'une enquête a été menée au cours du printemps et de l'été 1982 auprès de 567 mères américaines par les magazines **Birth**, **Family Journal**, **Mothering Magazine**, **Mother's Manuel** et

### Working Woman.

Les principales questions étaient les suivantes :

- Quels sont les trois principaux obstacles que vous avez affrontés en cumulant l'allaitement maternel et votre emploi ?
- Avez-vous résolu ces problèmes ? Comment ? Sinon, qu'est-ce qui vous empêchait de les résoudre ?
- Recommenceriez-vous ?

Quatre-vingt pour cent des répondantes ont identifié 30 obstacles à leur entreprise (voir tableau). Mais à

l'examen on s'aperçoit que ces difficultés sont communes à toutes les mères, qu'elles travaillent ou non, et que la fatigue constitue le sujet de plainte le plus fréquent chez les mères d'enfants de moins de 3 ans.

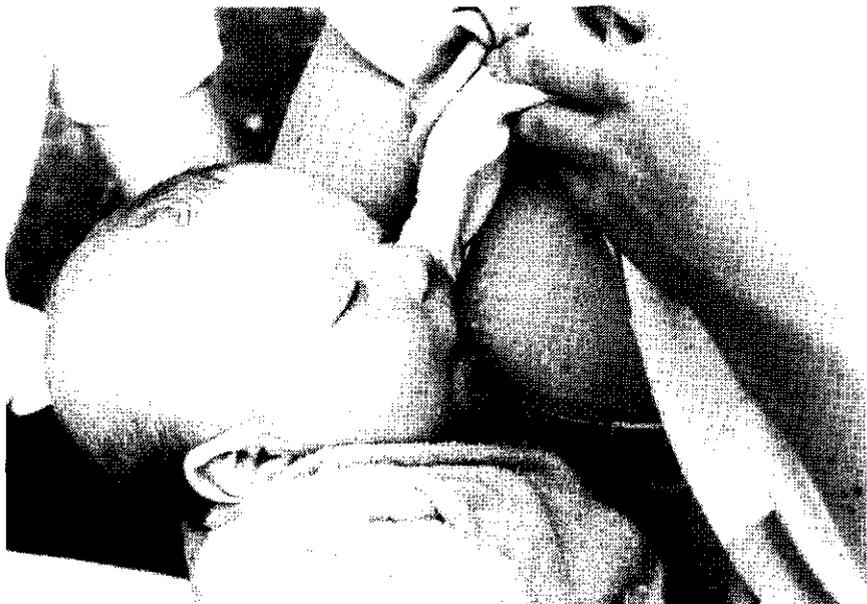
Près des trois quarts des répondantes ayant éprouvé des difficultés les ont résolues par la suite. Dans la plupart des cas, la situation s'est arrangée avec le temps. En devenant plus compétentes à combiner l'allaitement à leur emploi, les femmes ont vu le problème disparaître de lui-même. Les difficultés spécifiques à l'allaitement se sont résolues quand la mère a commencé, ou augmenté, le tirage de son lait.

### DE MENUS AJUSTEMENTS

Les principaux problèmes mentionnés ont été, l'accumulation de fonctions différentes (60%) et la difficulté de trouver une option de garde satisfaisante pour l'enfant.

Est-ce qu'elles recommenceraient ? C'est un oui massif : 82%. Les autres 18% ayant exprimé le désir de rester à la maison avec leur prochain enfant jusqu'au sevrage.

Cette enquête semble démontrer assez clairement qu'il est tout-à-fait possible pour une nourrice d'assumer un emploi. Il est évident, cependant, que l'allaitement s'accomplit mieux quand la mère et l'enfant ont accès librement l'une à l'autre. D'autre part, une femme travaille mieux lors-



Catherine Harment

qu'elle a l'esprit tranquille au sujet de son bébé.

Quand une femme travaille et allaite en même temps, elle peut avoir des problèmes spécifiques, et d'autres plus généraux, communs à toutes les mères mais amplifiés par sa situation de travailleuse. Ceux-ci peuvent être prévenus par une information adéquate. Par exemple, quand le bébé manque deux tétées ou plus par jour, la quantité de lait peut devenir un sujet d'anxiété. Il suffit que la mère soit informée de l'importance de vider ses seins régulièrement et fréquemment (à toutes les trois heures), et de la manière de le faire.

Quand le bébé accepte le biberon, la mère est rassurée sur l'alimentation pendant son absence, mais le nourrisson doit apprendre deux manières différentes de têter. Si elle peut attendre après le premier mois, avant d'introduire la bouteille, l'enfant est beaucoup moins confus et il apprend graduellement à têter de manières différentes. Il faut aussi considérer que les bébés se comportent différemment en l'absence de leur mère.

### TROP PEU DE LA PART DU MARI

Il est intéressant de constater que pour les femmes interrogées, la difficulté majeure ne réside pas dans le fait d'allaiter, ou de travailler, en tant que tel. Elles expriment plutôt le sentiment d'être écrasées par une multitude d'attentes différentes, à la maison et à l'extérieur.

Dans une société où nos conjoints partagent peu les tâches inhérentes au soin des enfants, il peut devenir écrasant de combiner les rôles de mère, de compagne et de travailleuse. Pour citer une mère américaine: «Épuisée, épuisée, épuisée, épuisée... mais je suppose que ç'aurait été bien

pire si j'avais dû en plus me lever pour prendre le biberon au frigidaire au milieu de la nuit.»

Autre fait intéressant, la surcharge de rôles et par le fait même, de tâches ne diminue pas si la mère est mariée. Les maris sont cités comme une source importante de support verbal, mais ils aident peu, concrètement aux soins de l'enfant ou à l'entretien de la maison.

On peut donc conclure que c'est cette accumulation de rôles qui pose

le vrai problème. Mais l'allaitement au sein en constitue l'élément le plus visible. Il faut donc faire attention à ne pas se servir des difficultés plus évidentes reliées à l'allaitement pour masquer un problème plus profond et à plus long terme: la multitude d'attentes qui pèsent sur les mères qui travaillent.

#### Notes

D'après BIRTH, printemps 84: Employed Breast-feeding Mothers: Problems They Encounter par Kathleen G. Averbach, Ph.D.

PROBLÈMES	NOMBRE DE MENTIONS
Fatigue	184
Pas de temps pour tirer le lait	164
Inquiétude au sujet du lait	153
Pas de temps pour soi	132
Malheureuse de quitter le bébé	88
Engorgement des seins	83
Pression de la part de l'entourage	63
Écoulements de lait	57
Convaincre le bébé de boire au biberon	53
Trouver une gardienne	48
Trouver un endroit au travail pour tirer le lait	47
Culpabilité de quitter le bébé	39
Difficulté à se détendre	35
Manque de sommeil	32
Comment conserver le lait	30
Anxiété d'avoir à se séparer du bébé	24
Trajet supplémentaire pour voir l'enfant	24
Manque de temps pour manger	22
Pas de temps pour certaines tâches	22
Desapprobation au travail	22
Trouver des vêtements pour allaiter et travailler	18
Décider le bébé à têter le sein	16
Incapacité de tirer le lait	11
Manque d'information	11
Comment utiliser la pompe	5
Infection du sein	4
Douleur aux seins	4
Attitude négative du mari	1

*Le pas à pas de l'instauration  
d'un centre alternatif  
d'accouchements à Montréal.*

# ACCOUCHER EN LIEU SÛR

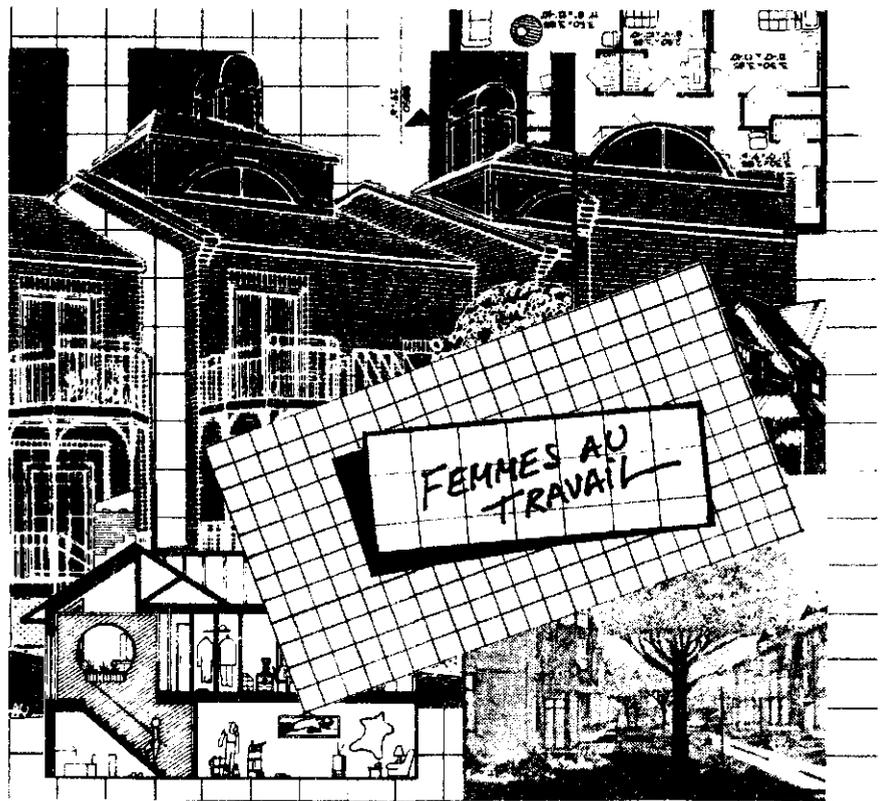
par Francine Touchette \*

Le concept de centre alternatif d'accouchement ou «Birth center» nous vient en partie des États-Unis. Il a été conçu pour pallier aux insatisfactions des femmes ayant accouché dans le cadre traditionnel des départements d'obstétrique. Situées à l'extérieur des centres hospitaliers ils leur offrent des services humains, personnalisés, respectueux des choix et des besoins de chacune. L'accouchement y est perçu comme un événement normal de vie, pris en charge par la femme et ses proches soutenus par un personnel à leur service.

Au Québec, depuis plusieurs années, des tentatives d'instauration de centres de naissances autonomes et autogérés par des femmes ont vu le jour mais sont souvent demeurées sans suite devant l'infranchissable mur de l'argent et l'épuisement du bénévolat.

Il existe à Montréal, depuis trois ans, un comité inter-organismes comprenant le Centre de santé des femmes du quartier, Alternative-Naissance, Naissance-Renaissance, des femmes médecins et des usagères. Son objectif est l'implantation de centres alternatifs d'accouchements sur le territoire de Montréal.

Conviction, persévérance et bonne conjoncture lui permettent aujourd'hui d'élaborer pour le Ministère des Affaires Sociales un plan fonctionnel et technique décrivant le lieu, les services, le type de personnel, l'orga-



nisation du travail, le fonctionnement administratif d'un centre alternatif d'accouchement et de naissance.

Un nouveau lieu d'accouchements pourrait voir le jour dans les prochain

es années à Montréal. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans toutes les régions du Québec ?

\* Francine Touchette est membre du comité Maison de Naissance de Montréal.

**L'épisiotomie est en voie de devenir le «mal du siècle». Qu'est-ce qui pousse les médecins à pratiquer cette intervention?**

## **COUPEZ COURT À L'ÉPISIO !**

*par Hélène Pichette*

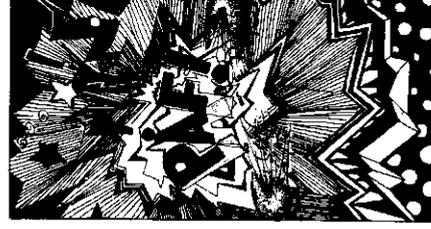
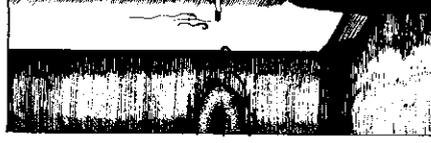
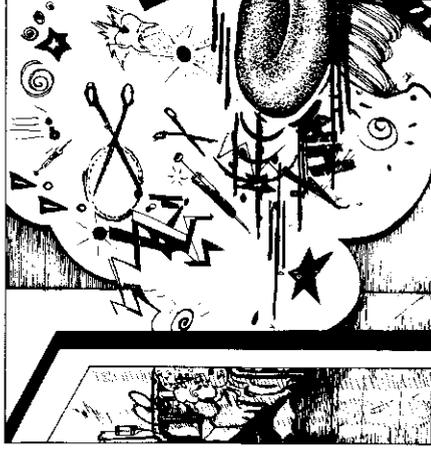
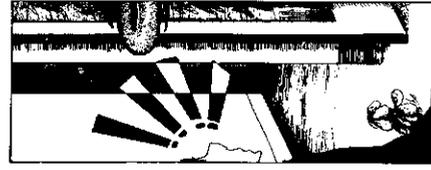
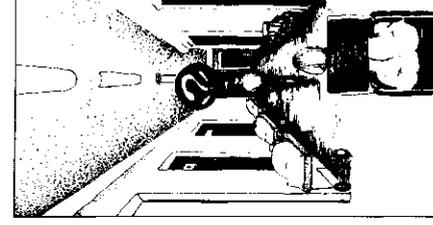
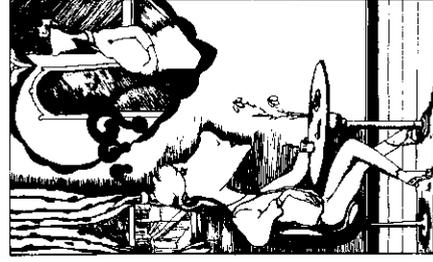
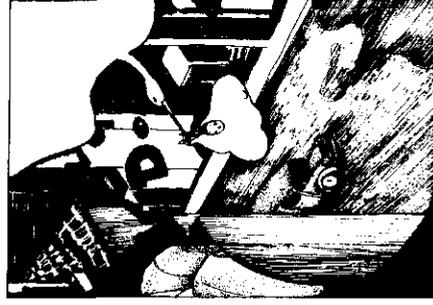
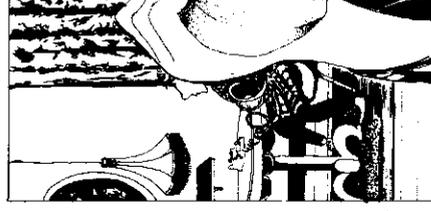
De plus en plus de femmes remettent en question les techniques médicales utilisées dans les hôpitaux au moment de leur accouchement. La re-surgence des sages-femmes, l'apparition des chambres de naissance de plus en plus nombreuses dans les hôpitaux du Québec, arrachées à coup de dures batailles, sont des exemples de la volonté des femmes de faire bouger les choses. Une anthropologue de l'Université Laval, Nicole Coquatrix, a présenté il y a quelques mois une thèse portant sur le cas de l'épisiotomie, une pratique répandue dans plus de 80% des accouchements au Québec. Les hypothèses de cette anthropologue :

- les justifications médicales de pratiquer l'épisiotomie sont limitées à un petit nombre de cas. La généralisation de cette chirurgie ne repose sur aucune évaluation sérieuse et n'a pas de base scientifique ;
- le contexte économique et principalement le paiement à l'acte et l'organisation industrielle des soins obstétricaux encouragent indirectement les médecins-accoucheurs à pratiquer de nombreuses épisiotomies ;
- les représentations de la femme qui accompagnent ou nourrissent la pratique des obstétriciens-gynécologues incitent ces derniers à intervenir de façon instrumentale et à «corriger» par l'épisiotomie une zone sen-



*CareLavallo*

*Episode un*



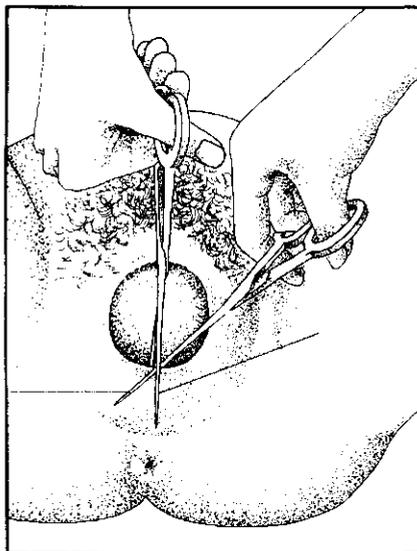
NICOLE LAVALLÉ 84

sible du corps de la femme.

L'une des justifications principales pour la pratique de l'épisiotomie est d'éliminer les risques de déchirure. On sait qu'au Québec 80 à 90% des femmes qui accouchent subissent cette chirurgie. Paradoxalement on note dix mille cas de déchirure grave du périnée chaque année et la tendance est à la hausse. De 1977 à 1979, les déchirures du premier degré sont passées de 12 à 14%, celles du deuxième degré de 4 à 5% et celles du troisième degré de 5 à 7%. Les déchirures du périnée représentent 33% des cas de complication de l'accouchement, soit la première cause de complication. Le recours presque systématique à l'épisiotomie lors de l'accouchement ne semble donc pas justifié du strict point de vue médical. Qu'est-ce qui pousse donc les médecins à la pratiquer? Selon Nicole Coquatrix, l'une de ces raisons est d'ordre économique.

La rémunération à l'acte amène les médecins à pratiquer un certain nombre de manipulations qui débouchent sur l'épisiotomie. Une sorte de réactions à chaîne: monitoring foetal-activation du travail-douleur insupportable des contractions-demande d'anesthésie-hypotonie utérine-usage des forceps-épisiotomie. Tous ces actes sont posés pour améliorer la condition des femmes et diminuer le taux de périnatalité.

Si on compare le taux de mortalité périnatale québécois avec celui d'au-



tres pays comparables, voilà ce que nous révèlent les statistiques: Québec 18,6 par mille, Suède 14,4, Danemark 16,2 et Pays-Bas 16,7. Dans ces pays européens où le taux de mortalité périnatale est inférieur au nôtre, le processus de l'accouchement est beaucoup moins médicalisé et la pratique des sages-femmes est chose courante.

Enfin quelle représentation de la

femme accompagne les gynécologues-obstétriciens? Nicole Coquatrix a relevé dans leurs propres écrits une série d'adjectifs et d'images qui reviennent de façon prépondérante: **femme animale - femme faible - femme molle - femme mystère**. Bref femme à refaire: l'épisiotomie comme solution. On s'aperçoit donc que les médecins ont beaucoup recours à l'émotif pour justifier l'utilisation de l'épisiotomie. Ils n'ont qu'à évoquer les risques et pas vraiment besoin de les expliquer. Sous-jacent à leur pratique: il ne peut arriver que des mauvaises choses du corps des femmes. S'ils interviennent, cela est mieux que de laisser aller les choses naturellement.

«Il est donc non seulement nécessaire mais urgent que les procédures évaluatives en médecine s'ouvrent aux demandes et aux intérêts des femmes, que celles-ci, avec ou sans les médecins, posent les bases d'une nouvelle conception du corps de la femme et repensent une méthodologie appropriée afin que les recherches médicales ne s'effectuent pas sur elles mais pour elles. La recherche-action nous semble à cet égard une piste féconde à explorer qui pourrait inspirer des recherches d'un type nouveau en obstétrique et en gynécologie. Il faut restituer à la chirurgie sa dimension sociale pour mesurer l'étendue et la gravité des enjeux impliqués.»

\* Citation de l'auteure.

## Entrevue avec Nicole Coquatrix



par Hélène Pichette

**L'UNE À L'AUTRE : Nicole Coquatrix, pourquoi avez-vous décidé d'écrire une thèse en anthropologie sur le cas de l'épisiotomie ?**

**NICOLE COQUATRIX :** Pour plusieurs raisons. À ce moment-là, je songeais à avoir un autre enfant et je me suis mise à parler d'accouchement avec les femmes autour de moi. J'ai été très surprise de constater, d'une part, que la très grande majorité d'entre elles avaient subi une épisiotomie et, d'autre part, qu'elles ne remettaient pas cette chirurgie en question. Cela allait de soi. En Europe, d'où je suis originaire, la technologie médicale au moment des accouchements n'est pas aussi développée qu'ici et il y a beaucoup moins d'épisiotomies. J'avais déjà eu deux enfants sans qu'il ne soit jamais question d'y recourir.

De plus, en anthropologie, on entend souvent parler des différents rituels. En Afrique, par exemple, le rite d'initiation chez les Nuer du Soudan consiste à couper transversalement le front des jeunes hommes. Un jour, pendant le visionnement d'un film portant sur ce peuple, j'ai entendu les réactions scandalisées de mes camarades. Depuis quelques semaines déjà, mes réflexions portaient souvent sur le recours généralisé à l'épisiotomie accepté

par tout le monde ou presque sans question. Et puis on parlait de plus en plus des mutilations sexuelles dans plusieurs pays du Sud notamment de la clitoridectomie, sans doute la plus connue. Ça m'a frappée de voir comment on pouvait aussi facilement porter un jugement sur les rituels d'autres peuples en oubliant de regarder ce qui se passe chez nous. L'épisiotomie est certainement pratiquée dans de meilleures conditions d'hygiène que la clitoridectomie et ses conséquences sont moins désastreuses. Mais pour moi, le fond du problème est le même. Il s'agit d'un marquage inutile. Il faut se rappeler que lorsqu'on a commencé à utiliser cette technique dans les années 1918-1920, on considérait cela comme une chirurgie sélective pour améliorer la condition de certaines femmes. Mais quand on utilise une telle technique de façon systématique, cela devient une trahison de la justification primitive de l'épisiotomie. C'est devenu un rituel. Ça répond aux critères des rituels en anthropologie. Mais parce que ce sont les médecins qui pratiquent l'épisiotomie on croit que c'est normal.

**L'UNE À L'AUTRE : Avez-vous l'impression que la plupart des femmes sont sensibilisées à cette question ?**

**NICOLE COQUATRIX :** Si on considère qu'on a recours à l'épisiotomie dans 80 à 90% des accouchements, on peut dire que très, très peu de femmes sont sensibilisées à cette question. Cet état de fait est tout de même compréhensible. Depuis une vingtaine d'années, il y a eu une grande médicalisation de l'accouchement et parallèlement une baisse importante

de la perimortalité. Or les médecins s'approprient cette amélioration de la situation à l'exclusion de tous les autres facteurs tels le nombre réduit de grossesses, la meilleure condition physique, etc. Ce qui fait que les femmes ont une très grande confiance en leur médecin. Le phénomène de l'accouchement est encore souvent entouré d'une certaine peur. Ce qui est inconnu nous fait peur. C'est donc rassurant de se fier complètement à son médecin quand il nous demande de lui faire confiance en proclamant qu'il sait ce qui est le mieux pour nous et pour l'enfant à naître. On veut éviter qu'il y ait une pression induite sur la boîte crânienne, que l'accouchement ne dure plus longtemps qu'il ne faut, qu'on déchire, etc. Mais je me suis rendue compte au cours des années qu'il ne faut pas seulement dénigrer le milieu hospitalier et l'utilisation des techniques médicales de plus en plus sophistiquées. Il faut offrir une alternative aux femmes. Dans ce sens-là, le travail des sages-femmes est positif. Elles font prendre conscience aux femmes de leur corps en soulignant l'importance de l'exercice physique, de la bonne alimentation. Elles parlent aussi ouvertement de la peur que l'on ressent face à l'inconnu, de tout ce que représente la venue d'un enfant dans sa vie même si on l'a désiré. Mais on voit souvent une différence entre les primipares et les multipares. Après un premier accouchement, de nombreuses femmes ont l'impression de s'être fait «avoir» un peu alors que les femmes qui en sont à leur deuxième ou à leur troisième accouchement sont mieux équipées face à la médicalisation excessive entourant la naissance d'un enfant. Mais ce n'est pas un combat perdu

d'avance. Même s'il n'est pas toujours facile de conscientiser les femmes, il faut continuer ce travail.

**L'UNE À L'AUTRE : Quelles ont été les réactions à votre thèse depuis sa parution ?**

**NICOLE COQUATRIX :** Jusqu'à maintenant, ma thèse a circulé en milieu restreint chez des gens déjà intéressés par cette question, par exemple chez les femmes ayant participé aux colloques «Accoucher ou se faire accoucher». Mais je devrais avoir des réactions d'un plus vaste public lorsque ma thèse\* sera publiée sous forme de livre au printemps prochain.

Dans le milieu du nursing, de nombreuses infirmières se disent favorables à moins d'interventions au moment de l'accouchement mais en même temps, elles se déclarent coincées par le système.

J'ai aussi eu l'occasion de donner des conférences aux étudiants en faculté de médecine. La plupart d'entre eux ne manifestent aucune réaction face à mon propos. Mais un groupe d'étudiants un peu plus dynamiques m'ont dit qu'ils appuyaient ma thèse mais qu'ils ne pouvaient y avoir une pratique différente. Aux examens écrits, ils doivent répéter ce que le professeur leur a appris. À l'hôpital, c'est la même rengaine : ils sont en stage pour apprendre à poser certains actes. S'ils ne font pas ce qu'on leur a appris, ils sont coulés.

\* A paraître au printemps 1985 aux Presses de l'Université de Montréal, L'episio : les grands sous-entendus d'une petite coupure (titre provisoire).

*Nous publions dans cette chronique toutes nouvelles informations pertinentes aux dossiers parus dans les précédents numéros.*

**Les femmes absorbent-elles sans discrimination les préjugés sociaux sur les menstruations ? Pourquoi parlent-elles du syndrome lorsqu'on les questionne sur leurs «moods» pré-menstruels et rapportent-elles quelque chose de tout-à-fait différent quand on se renseigne sur leur humeur générale au même moment du cycle ?**

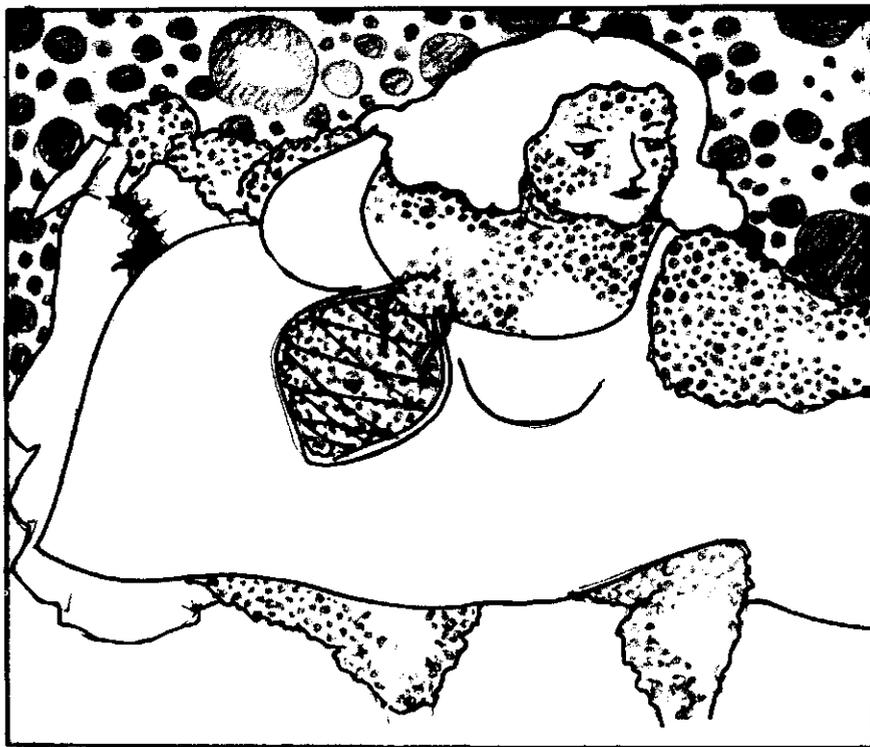
## LA FEMME-ÉPONGE

*par Ariadne Ladouceur*

Après avoir écrit avec Sylvie Van Brabant l'article paru dans le dernier numéro de L'UNE À L'AUTRE, j'ai été vivement saisie par un rapport de recherche de Mary Brown Parlee<sup>1</sup> sur les changements d'humeur et de vigueur physique associés au cycle menstruel. M. B. Parlee a le mérite d'avoir consciencieusement réfléchi sur les pièges méthodologiques dans lesquels sont tombés la plupart des chercheurs dans ce domaine. Un de ces pièges : ignorer le fait que les réponses des femmes peuvent être influencées par des idées pré-conçues ; un autre : utiliser des tests qui ne mesurent que les moods négatifs en laissant pour compte les humeurs positives. Elle a donc fait remplir des questionnaires (auto-rapports) de telle façon qu'il était impossible aux sujettes de savoir qu'elles participaient à une étude sur le cycle menstruel.

Les résultats : parmi les dix humeurs et niveaux de vigueur mesurés, six items ont été retenus car ils variaient en concordance avec le cycle menstruel. Les voici :

(1) dépression-découragement



- (2) fatigue
- (3) dé-activation-sommeil
- (4) confusion
- (5) agressivité
- (6) activation générale - vigueur physique

Les pointages des quatre premiers items sont plus bas en phase pré-menstruelle qu'en phase péri-ovulatoire. Les pointages des quatrième et cinquième items sont plus bas en phase menstruelle qu'à l'ovulation. Le sixième item donne une mesure

plus haute en phase pré-menstruelle que dans les autres moments du cycle. Autrement dit, les résultats indiquent un éveil général du corps en phase pré-menstruelle et menstruelle, et ce, de façon significative. À la fin des 90 jours d'auto-rapports, les sujettes ont rempli un dernier questionnaire rétrospectif fréquemment utilisé dans la recherche sur les menstruations.<sup>2</sup> Cette fois-ci, les femmes savaient qu'on les questionnait sur leurs menstruations. Les résultats ont été tout-à-fait différents de ceux des auto-rapports car ils font état d'une hausse d'émotions négatives pré-menstruellement.

Les résultats globaux mettent donc en évidence les préjugés des femmes-sujettes sur leurs menstruations, préjugés sociaux qu'elles ont repris à leur compte.

Le plus étonnant dans cette étude, c'est que les femmes ont dressé une image de ce qui pourrait être appelé «syndrome d'exultation pré-menstruel», très positif, qui se situe à l'opposé du syndrome ou de la tension pré-menstruelle, série d'effets négatifs et désagréables. En effet, les femmes rapportent plus de vigueur physique, moins de fatigue et de confusion... etc. M.B. Parlee mentionne, pour expliquer ce fait, que les sujettes recrutées pour l'étude semblaient en général être en bonne santé, heureuses et paraissaient contentes de leur vie. Elle explique que les états d'humeur relativement positifs découverts en phase pré-menstruelle pourraient dépendre d'une interaction entre un état d'éveil du corps très général, non spécifique, et des circonstances de vie généralement satisfaisantes. Il est possible que les femmes, ordinairement déprimées par leurs situations de vie, aient

appris à définir l'éveil du corps pré-menstruel : «anxiété» ou «dépression». On ne peut pousser plus loin ce raisonnement tant que l'on ne dispose pas d'une information systématique et très variée (éducation, croyances, vie affective et relationnelle, santé physique) des sujettes à l'étude. Il faut surtout que les chercheurs et chercheuses perdent leurs propres préjugés. Afin d'être «bonne sujette» pour l'expérience, une femme peut avoir tendance à rapporter les moods et les comportements que les femmes sont «supposées avoir». Le tabou menstruel n'est pas mort et l'idée de la menstruation est encore toute imprégnée de contenus émotifs non-avoués.

On a longtemps refusé et on refuse encore aux femmes l'accès à des postes importants dans la société, prétextant les humeurs et les émotions pré-menstruelles. Pourtant le dernier argument s'attaquant directement au pouvoir des femmes est en voie de disparition. Il aura fallu que les femmes s'en mêlent et utilisent l'outil scientifique pour remettre les choses en ordre dans ce secteur de recherche. Des erreurs méthodologiques graves s'étaient glissées et étaient restées inaperçues parce que supportées par des préjugés sociaux fortement ancrés chez les hommes et chez les femmes de science autant que dans la population en général.

1/ Mary Brown Parlee, «Positive Changes in Moods and Activation Levels during the menstrual Cycle in experimentally naive Subjects», article paru dans «The Menstrual Cycle», Tome I, Springer Publ. N.Y., 1980.

2/ Il s'agit du «Moo's Menstrual Distress Questionnaire», abondamment utilisé dans la recherche sur le syndrome.



# MATERNAL HEALTH NEWS

par Isabelle Brabant

Maternal Health News est un excellent journal en provenance de Vancouver. Publié par le Maternal Health Society, il est écrit, mis en pages et distribué par une équipe de bénévoles, avec l'intention d'être un lieu privilégié de discussions pour consommateurs et professionnels autour des changements et controverses en santé-maternité.

Les articles sont bien écrits, faciles à lire et vivants. La revue a une orientation claire : le ton général est féministe, s'adressant aux femmes dans leur démarche d'autonomie.

Les chroniques régulières incluent : la pratique des sages-femmes, la césarienne et l'accouchement vaginal après césarienne, la contraception, le milieu hospitalier, les cours prénataux, les efforts de légalisation de la sage-femme, l'allaitement, la famille, etc. On y trouve un courrier des lectrices très intéressant, beaucoup de témoignages de femmes et toutes sortes d'informations pertinentes glanées dans d'autres publications sur d'innombrables sujets d'intérêt.

Le numéro d'octobre 1984 contient, entre autres, un rapport du M.A.B.C. (Association des sages-femmes de Colombie-Britannique) qui fait maintenant partie de l'Association Inter-

COMPLIMENTARY COPY  
PLEASE SUBSCRIBE TODAY



nationale des Sages-femmes (I.C.M.), le témoignage d'une femme qui a eu un enfant mort-né et qui, à partir de cette expérience, a fondé, avec son mari, un groupe de support pour les parents qui ont perdu un enfant, des nouvelles sur l'organisation de la périnatalité en Hollande, une discussion des différentes méthodes de

*Nous publions, à partir d'aujourd'hui, une revue des différentes publications sur la périnatalité. Les informations qu'elles contiennent nous permettent d'inspirer et d'articuler les changements que nous voulons apporter au vécu de la naissance au Québec. Faites-vous connaître toute revue ou document que vous jugez pertinent et accessible.*

«respiration contrôlée» enseignées pour l'accouchement, un article sur les infections aux seins, des témoignages de femmes qui ont vécu des césariennes, etc.

Maternal Health News regroupe avec un bel enthousiasme les forces de pression venant autant de groupes, que d'individus, pour changer le contexte de la maternité et de la santé des femmes vers un plus grand respect de nos valeurs. C'est un journal stimulant, varié et bien documenté.

MNH publie au rythme de 4 numéros par année. L'abonnement coûte de \$7 à \$10, mais on précise que même une contribution inférieure à ce montant vous vaudra un abonnement. Vous pouvez demander un premier numéro gratuitement.

L'adresse :

MATERNAL HEALTH NEWS  
Box 46563  
Station G  
Vancouver, B.C.  
V6R 4G8

**Nous vous proposons une série de livres destinés aux enfants dont le sujet, tabou de notre jeunesse, est la sexualité ! Il y a des parutions anciennes, très poétiques, des plus récentes, plus pragmatiques, mais toutes encore disponibles en librairie.**

*par Michèle Champagne*

À la lecture exhaustive de ces différents ouvrages, une idée me harcèle : ils sont des moyens, des outils. L'attitude des parents, leur ouverture sont les seuls gages d'une information adéquate. Je ne crois pas qu'il y ait un livre parfait : il y a des livres-outils et des parents capables de répondre aux questions suscitées par les illustrations, les textes, les impressions, les malaises. Alors, soyez attentives.



**LA VÉRITÉ  
SUR LES BÉBÉS**  
Marie-Claude Monchaux,  
Fides, 1970 (6 à 10 ans)

Un des plus anciens titres qui accroche encore par ses magnifiques illustrations, sa poésie, son sens de la vie. Les informations sont justes et précises. Il y a, bien sûr, l'opinion véhiculée que la sexualité n'est possible que dans le mariage et aussi la photo

de naissance en salle d'accouchement aseptique et apeurante. Mais il y a aussi une mise en garde : même si le corps est prêt à concevoir et engendrer, seul un être responsable peut le faire. Il y a enfin ces fleurs, ces papillons, ces grenouilles et toute la douceur, la tendresse qui baignent ce livre.



**LA NAISSANCE**  
Agnès Rosenstiehl,  
Éditions La Presse, 1977  
(6 à 10 ans)

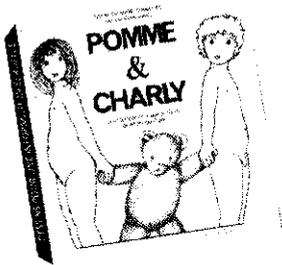
La première édition de cet ouvrage remonte à 1973 et, à cette époque encore, on baignait dans la tendresse. Beaucoup d'émotion se dégage des personnages en noir et blanc qui ne vieillissent pas. Les informations sont pertinentes et laissent place à la sensibilité. Ce livre est axé sur « comment on fait les bébés » ; il est peu sexuel et demeure au niveau de l'image et des sensations. C'est un

très beau volume, à la portée des petits qui ne désirent pas « tout connaître » mais savoir...



**LE BÉBÉ**  
École Frenet, Seuil, 1980  
(6 à 10 ans)

Voici un livre écrit et illustré par des enfants qui utilisent leur propre langage. Simple, concis, précis, très quotidien ; les illustrations sont sublimes, spontanées, poétiques et humoristiques. L'essentiel de l'information est présent et ce livre démontre qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser de grands mots pour dire ce qu'il en est. On sent toutefois la main de l'adulte derrière l'ouvrage : il est peut-être un peu trop bien construit, un peu trop parfait.



**POMME ET CHARLY**  
Maurice et Michèle Mazalto,  
Guy Saint-Jean Éditeur, 1983  
(moins de 6 ans)

Images d'enfants nus qui jouent et font pipi, images d'adolescence, d'emmenagement, de vie à deux, d'un couple faisant l'amour, d'une femme enceinte, de naissances, d'un bébé, d'un enfant. Aucune parole ; ce livre appartient au petit qui le possède et à ses parents : ils peuvent en faire ce qu'ils veulent, n'est-ce pas merveilleux ?



**JEAN-CLAUDE ET BÉATRICE**  
Maurice et Michèle Mazalto,  
Guy Saint-Jean Éditeur, 1983  
(6-10 ans)

Rencontre de deux enfants, découverte des différences sexuelles, mère

enceinte, interrogations qui s'en suivent, voilà le scénario bâti selon la formule questions-aux-parents-et-reponses-de-ceux-ci. Amorçe d'informations sur la puberté, les relations sexuelles, la contraception, la planification familiale, tel est son propos. C'est une démarche que je considère trop intellectuelle pour des enfants de cet âge ; il y a peu de fantaisie, de poésie et d'humour...



**ADELE MYSTÈRE,  
CLÉMENT SECRET**  
Maurice et Michèle Mazalto,  
Guy Saint-Jean Éditeur, 1983  
(11-14 ans)

Ce livre s'adresse en principe à des adolescents, mais malgré nos grands airs, est-on adolescent à 11 ans ? J'en doute - ma fille de 11 ans aussi - et il faudrait peut-être reviser la clientèle-cible de ce livre. Toute l'information est présente : les organes sexuels, montrés de face et en coupe, les transformations de la puberté, la masturbation, les tendances homosexuelles, l'hétérosexualité, l'amour, le goût de faire l'amour. Il y a sagement une visite au médecin, la contraception, les hauts et les bas de la vie commune et, bien sûr, en aparté, comment se font les bébés. Ce livre, bien que complet, est un peu sec ; il laisse place au questionnement des parents ou des personnes-ressources.

par Céline Lemay



**SOIGNER AVEC PURETÉ**  
Johanne Verdon-Labelle,  
Éditions Fleurs Sociales

Les femmes ont un don pour soigner et c'est dans le domaine de la santé qu'elles peuvent affirmer leur féminité. Elles doivent reprendre leur place, en dehors du système médical, et devenir des guides en ce qui concerne la santé des individus. Car la femme comprend « l'art médical » : elle porte la vie, elle est beaucoup plus proche des petits faits de la vie quotidienne, de l'alimentation, des composantes physiques, émotives et spirituelles des êtres. Elle doit soigner avec pureté : celle des moyens et celle des intentions. De cette vision vont découler l'approche douce et naturelle des problèmes de santé, la naturopathie et l'alimentation thérapeutique.

Après nous avoir présenté une longue série d'auteurs qu'elle a découverts durant ses études, Johanne Verdon-Labelle nous offre, dans son « bouquet de santé », une cinquantaine d'aliments, tisanes ou substances naturelles qui sont efficaces, non seulement parce que certaines personnes s'en servent de nos jours, mais parce que l'histoire l'a vérifié.

L'auteure a ensuite voulu partager ses connaissances, son expérience de naturopathe et celle de mère de

famille, au sujet des premiers soins qui peuvent être donnés à la maison, en différentes occasions : de l'otite au manque d'appétit, en passant par les maladies contagieuses et les lèvres gerçées. De nombreux témoignages viennent corroborer cette médecine douce, celle du savoir-vivre et du savoir-manger. Dommage cependant que le chapitre sur la trousse de premiers soins de la médecine douce ne contienne rien... que des témoignages.

Après nous avoir introduits aux classifications des différents types de métabolisme ou de tempéraments biologiques, Johanne Verdon-Labelle élabore de façon assez précise son concept d'alimentation thérapeutique et personnalisée. Elle donne enfin aux femmes quelques conseils de soins naturels au sujet de certaines maladies dites «féminines».

Somme toute, ce livre contient une bonne quantité d'informations intéressantes surtout pour les femmes-mères. Cependant l'auteure aurait eu avantage à aller plus loin que produire un livre après un premier jet d'écriture. Les aspects philosophiques, pratiques et autobiographiques sont placés et développés de façon péle-mêle, sur plus de trois cents pages ! On a parfois l'impression de passer du coq à l'âne : on a droit à de grandes envolées sur la féminité et le «Grand Renouveau» à des endroits qui traitent de bien d'autres choses. De plus, certains chapitres sont vides alors que d'autres sont de trop (celui sur les cigarettes Popeye). Enfin, et peut-être même pour commencer, la lecture globale n'est pas facilitée par le genre de typographie et de mise en pages.

## AU FIL DE MA GROSSESSE

Carmen Lapchuk et  
Danielle Mercier,  
Les Éditions de la Dentelle,



## 801, rang St-Nicolas, Pointe-du-Lac G0X 1Z0

(commandes postales seulement :  
\$12)

Dans ce livre-agenda, la lectrice suit, mois après mois, le parcours de la grossesse, elle se rend à l'accouchement et même à la période post-natale. On y trouve beaucoup d'informations sur le développement du bébé et les changements chez la mère. Les auteures y ajoutent de nombreux conseils sur l'alimentation, l'exercice (pas toujours facile à faire en ville), l'allaitement, le massage du périnée, les différentes étapes du travail, etc.

On retrouve en quantité des citations venant étoffer les pensées et les paroles car ce livre ne donne pas seulement une information pratique, comme le font la majorité des livres de préparation à l'accouchement. Il ne suggère pas une façon de faire mais une façon d'être. Il ne s'adresse pas à la tête, il vise le cœur... il essaie de communiquer la beauté, la sérénité, la joie de la grossesse ainsi que celle de l'accouchement.

Les espaces sont là pour l'écriture et les paroles de chacune. Certaines n'oseront pas, mais d'autres, je l'espère, en profiteront pour y écrire ce qu'elles vivent durant leur grossesse, que ce soit beau ou non. Il peut en effet sembler difficile, en parcourant le livre, d'y trouver place pour

des cauchemars, des relations de couple tendues, l'ambivalence face au bébé...

Le rôle réservé au père me paraît ambigu : devrait-il écrire dans ce livre qui s'adresse à la femme enceinte ou si c'est elle qui parlera de lui ?

Les dessins sont magnifiques et rendent bien l'atmosphère de beauté et de délicatesse qui imprègne le livre. Enfin, l'espace physique créé à chaque page lui donne un effet apaisant.

Il est évident que ce livre est ROSE et que, tout le monde le sait, la vie ne l'est pas toujours. Mais comme il y a toujours deux côtés à une médaille, nous pourrions au moins, ici, avoir accès à un des «côtés» de la grossesse et de l'accouchement.

## VIENT DE PARAÎTRE :

### VOTRE BÉBÉ DE LA CONCEPTION JUSQU'À 3 ANS

Dr Myriam Stoppard,  
Gründ, 1984

### LE PARADOXE DES JUMENTS

René Zazzo,  
Stock, Laurence Pernoud,  
1984

### MAMAMELIS

Rina Nissim,  
Manuel de gynécologie naturopathique à l'usage des femmes.  
Éditions dispensaire des  
femmes, 1984

### LA MÉTHODE JANE FONDA

Jane Fonda,  
Seuil, 1984.