

L'une à l'autre

PRINTEMPS
1986
Vol. 3
N° 2
2,50 \$

LA REVUE DE
NAISSANCE-RENAISSANCE



CONNAISSEZ-VOUS L'AVAC?
Grossesse et chiropratique
Un sondage controversé

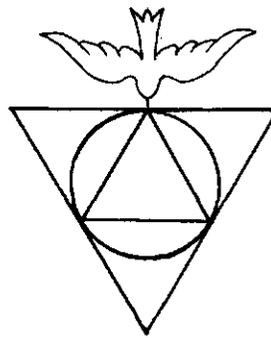
LES
ALTERNATIVES
D'UNE
NOUVELLE NAISSANCE

Rencontres pré-natales individuelles ou de groupe de préparation à la naissance
Assistance lors de la naissance avec l'approche holistique



GERTRUDE LAVOIE
Sage-femme

675, Marguerite-Bourgeois Québec
Tél. : 681-5372



CENTRE NOUVEL ÂGE

Un centre de connaissance de soi consacré à l'enfant, au couple et à la famille!

À travers un ensemble complet d'ateliers, de suivis et d'activités de grande conscience, «naître à soi-même et être soi-même», grâce à cet instrument ultime de sagesse : «l'Enfant», que l'on porte tous en soi.

ATELIERS : pré-natal, post-natal, rebirth, guérison, ressourcement, accompagnement et bien d'autres...

Centre Nouvel Âge,
(514) 534-2487

C.P. 125, 689 Shefford, Bromont
P.Q. JOE 1L0

Yoga aquatique • Peur de l'eau • Aqua-massage

*mouvement
en eau*

CAROLINE VEECHI / Groupe-Privé 277-6959

Pauline Fortier

- * MASSAGE ESALEN
- * MOUVEMENTS TRAGER
- * COURS DE MASSAGE POUR ADULTES ET BÉBÉS

Tél. : (514) 739-9631

nouveauté

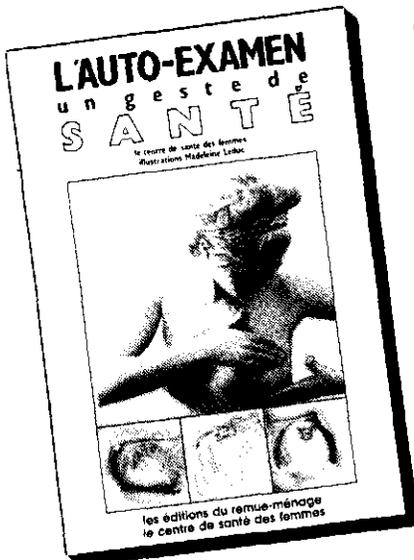
L'AUTO-EXAMEN: UN GESTE DE SANTÉ

Le Centre de santé des femmes de Montréal

Des moyens pratiques, des connaissances anatomiques et physiologiques pour l'auto-examen des seins et des organes génitaux.
Inspiré des ateliers du Centre de santé des femmes de Montréal, ce guide est essentiel pour observer et comprendre notre corps.

86 pages, illustré 7,50\$

ISBN 2 89091 058 X



les éditions du remue-ménage
le centre de santé des femmes

les éditions du remue-ménage



Au beau mitan de sa troisième année, L'UNE À L'AUTRE frôle le millier d'abonnements : les actions des militantes de la première heure portent enfin fruit ! De plus en plus nombreuses en effet sont les personnes qui ont amorcé une certaine réflexion avec la ferme intention d'appuyer les femmes dans leur démarche pour s'approprier leur expérience d'accouchement.

Cependant, l'image résolument moderne que nous avons adoptée, image qui a précisément contribué à l'accroissement du nombre d'abonnements, en inquiète quelques-unes qui craignent que L'UNE À L'AUTRE devienne trop commerciale et que son information s'en trouve de ce fait diluée dans le seul but de rejoindre un public élargi. Il n'en est absolument pas question, qu'on se rassure. Nous nous adressons en première instance aux groupes d'humanisation qui interviennent auprès des femmes enceintes ainsi qu'aux personnes qui oeuvrent dans le domaine de la périnatalité. À ce groupe de lectrices et de lecteurs s'ajoutent les femmes, les hommes et les couples qui entreprennent les démarches nécessaires pour vivre pleinement un événement qu'ils estiment unique. C'est donc en ce sens que s'orientera la qualité de notre information : le train est en marche, il faut le suivre !

Nous avons donc préparé pour les prochains numéros un programme rédactionnel qui saura soutenir l'intérêt de toutes et de tous. Ainsi, notre dossier du printemps propose, pour résoudre le problème des césariennes dont le taux continue de progresser de façon alarmante, une solution : l'accouchement vaginal après césarienne, communément appelé l'AVAC. Sacrée Santé poursuit pour sa part son chemin dans le monde des médecines douces, cette fois du côté de la chiropratique.

Enfin, ne manquez surtout pas de lire le programme que vous réserve le colloque de NAISSANCE-RENAISSANCE en avril prochain sous le thème « Notre force de changement ». Et puisque ce numéro de printemps vous rejoint pour le 8 mars, nous vous souhaitons la plus radieuse des journées !

NAISSANCE-RENAISSANCE Suzanne Blanchet dresse un bilan de la tournée provinciale. **4**

SACRÉE SANTÉ André Brossard explique les avantages de la chiropratique pour la femme enceinte. **5**

PROFESSION : SAGE-FEMME Lorraine Leduc apporte des nouvelles du colloque de l'Alliance des sages-femmes d'Amérique du Nord. **6**

ACTUALITÉ Isabelle Brabant réplique à l'étude réalisée pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. **7**

LE DOSSIER L'AVAC, un moyen de réduire le taux de césarienne. Le comment et le pourquoi avec Hélène Vadeboncoeur. **8**

ENTRE ALLIÉES Camille Larose a rencontré un avocat afin d'en savoir davantage sur les poursuites médicales, thème qu'elle avait amorcé dans le numéro précédent. **16**

POUR DES MAISONS DE NAISSANCE Bilan du comité qui déposait récemment son rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux. **18**

NOUS AVONS LU Quatre livres que Michèle Champagne et Céline Lemay ont lus pour vous. **20**

NOUVELLES EN BREF **22**

Photo de la couverture Michel Dubreuil

L'UNE À L'AUTRE ÉDITEUR : Naissance-Renaissance RÉDACTRICE EN CHEF : Suzanne Blanchet COORDINATION : Dhyane Iezzi COLLABORATION : Isabelle Brabant, Paule Brière, André Brossard, Michèle Champagne, Camille Larose, Lorraine Leduc, Céline Lemay, Hélène Vadeboncoeur GRAPHISME : Marie Chicoine RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier COMPOSITION : Composition Solidaire inc. IMPRESSION : Imprimerie Renaud Ltée MARKETING : Lucie Gervais PROMOTION : Francine Dubreuil SECRETARIAT : Christyne Ouellet POLITIQUES DE LA MAISON : Nous laissons aux auteures l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteure). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. TARIFS D'ABONNEMENT pour 4 numéros (1 an) : individu-es 10 \$; groupes 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, Montréal (Québec) H2T 3A7. Tél. : (514) 525-5895. Dépôt légal : 4^e trimestre 1983, Bibliothèque nationale du Québec. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement en cours.



Céline Lemay, Soizic Motte.

LA TOURNÉE : BILAN POSITIF

Suite au symposium tenu à Montréal en mai dernier sous le thème « Femmes et sages-femmes : un lien privilégié », NAISSANCE-RENAISSANCE entreprenait, deux semaines plus tard, une tournée provinciale en collaboration avec l'ASSOCIATION DES SAGES FEMMES DU QUÉBEC.

L'événement visait plusieurs objectifs : sensibiliser le grand public sur le dossier sage-femme afin d'éliminer les mythes qui circulent au sujet de leur formation, leur pratique, leur travail ; mousser le dossier sage-femme dans les médias régionaux ; rejoindre les groupes de femmes susceptibles de donner leur appui ; établir des contacts avec les députés locaux.

NAISSANCE-RENAISSANCE a profité de ce déplacement en région pour rencontrer ses membres et leur apporter le soutien dont les groupes éloignés peuvent avoir besoin. Pas question cependant que « Montréal vienne leur dire quoi faire » : les membres avaient l'entière responsabilité de l'organisation des rencontres et elles ont prouvé leur savoir-faire avec les moyens du bord, peu nombreux tant en ressources financières qu'en personnes-ressources. Malgré tout, un taux de participation fort intéressant : 75 personnes en moyenne ont assisté aux rencontres régionales, des femmes en très grande majorité. À Hull cependant, la population étant davantage intéressée par la question grâce à une étude sur les maisons de naissances déposée par un comité du CRSSS, 200 personnes se sont présentées.

« Nous pensions n'attirer que des femmes déjà sensibilisées, précise la coordonnatrice Paula McKeown, mais nous avons eu l'agréable surprise de rejoindre des gens de tous les milieux qui se sont montrés fort intéressés. » Pour amorcer la discussion, projection d'un film qui présente trois sages-



Lorraine Leduc, Françoise Richard, Céline Lemay et Myriam Tiersen.

femmes oeuvrant dans des milieux différents : à domicile, dans un centre de maternité et dans un hôpital, ce qui a largement contribué à démystifier la profession. On en venait inévitablement à parler de la formation des sages-femmes. Surprise pour plusieurs qui croyaient encore à l'amateurisme, inquiétude pour d'autres qui dénoncent précisément une « génération spontanée de sages-femmes, de simples accoucheuses », rapporte le bilan de Roberval/Alma.

Les rencontres ont parfois pris une tournure de débat politique. Ce fut le cas à Québec notamment, avec comme invitées Pauline

Marois et Thérèse Lavoie-Roux à moins de deux semaines des élections. Par contre, la presse a donné à l'événement une dimension provinciale.

À cet effet, il est important de souligner la collaboration des médias régionaux. Dans Chicoutimi/Jonquière, un dossier de presse fort impressionnant. À Rimouski, les médias électroniques ont couvert la rencontre ; aux Îles-de-la-Madeleine, la radio communautaire, écoutée par 90 pour cent de la population, en a fait autant. Jusqu'au chauffeur de taxi qui, là-bas, parlait de la visite des sages-femmes !

Gertrude Lavoie, Nancy Perron et Édith Bélanger.



PHOTOS DIANE LEBEL

Petit à petit

La tournée aura-t-elle des répercussions ? Bien sûr, les résultats ne se manifesteront que graduellement au fil des mois qui viennent. On ne peut s'attendre à une révolution du jour au lendemain ! Cependant, le travail de sensibilisation a déjà fait un bout de chemin. On note par exemple que les groupes régionaux ont acquis une crédibilité évidente et y ont gagné en « visibilité » : les femmes s'adressent à nos membres pour plus de renseignements et les gens du milieu hospitalier font appel à leurs services. Il est désormais possible d'établir de nouveaux types de relations basés sur le respect.

Aux Îles-de-la-Madeleine, l'infirmière responsable des cours prénatals a demandé l'aide d'une sage-femme pour améliorer son approche et à Valleyfield, le CLSC a engagé une sage-femme pour étudier le contenu des rencontres prénatals.

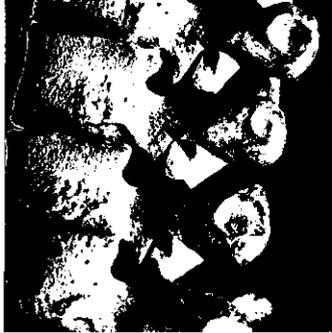
À Gaspé, une femme médecin a manifesté publiquement son appui et promis d'adresser une lettre circulaire aux médecins de l'est du Québec pour les encourager à en faire autant.

Enfin, deux semaines après la conférence régionale, l'hôpital de Mont-Laurier mettait sur pied un comité invité à écouter les recommandations de NAISSANCE-RENAISSANCE dans l'étude d'une éventuelle chambre de naissance.

La tournée s'est avérée une expérience tout aussi intéressante pour les membres de NAISSANCE-RENAISSANCE à Montréal, car elles se sentent désormais sensibilisées à la réalité régionale. Envisage-t-on une deuxième tournée ? « Maintenant que les régions sont organisées et mieux connues, elles sont en mesure d'effectuer le travail de sensibilisation elles-mêmes, estime Paula McKeown. Si nous retournons en région, ce ne sera pas dans le cadre du dossier sage-femme cette fois, mais plutôt pour apporter du soutien à nos groupes-membres. » ■

SUZANNE BLANCHET

PHOTO LES ÉDITIONS DU REVEIL, JONQUIÈRE



GROSSESSE ET CHIROPATRIQUE

L'hygiène de la colonne vertébrale pendant la grossesse s'avère essentielle. Or, cette période est souvent associée à des dérangements structuraux qui relèvent directement du champ d'activité du chiropraticien.

Événement privilégié, la grossesse devrait être exempte de malaises nerveux et musculaires, puisque le calme et le bien-être physique et mental sont des conditions primordiales à un accouchement qui laisse un bon souvenir à la mère. Pourtant, elle n'en apporte pas moins certains moments d'inconfort. Ainsi, la région sacro-iliaque subit, pendant la période de gestation, des transformations régulières à mesure que le bébé et la mère prennent du poids. Altérées, les courbes de la colonne vertébrale engendrent parfois maux de dos, sciatalgie, crampes musculaires, oedème, engourdissement des extrémités, subluxations vertébrales, car l'intégrité neuromusculo-squelettique n'est plus maintenue. Les manipulations chiropratiques, absolument inoffensives tant pour l'enfant que pour la mère, peuvent avoir raison de ces sensations désagréables, voire douloureuses.

La chiropratique prévient de façon efficace les problèmes reliés à la colonne vertébrale et aux articulations périphériques et procure plus de souplesse aux articulations de la colonne vertébrale et de la région du bassin. Les soins chiropratiques permettent en outre une détente physique en faisant relâcher les tensions musculaires, assurant de ce fait un accouchement plus en douceur tout en améliorant l'état de santé de la mère.

Deux fois 9 mois

S'il faut neuf mois pour mener un enfant à terme, il faut compter autant de temps pour que le corps

de la femme se remette entièrement des effets de la grossesse. Rien d'étonnant, puisque le volume de l'utérus a été multiplié par mille, son poids par 30, sans compter que chaque fibre musculaire de l'utérus s'est allongée de 40 fois.

Le volume sanguin de la mère a augmenté du tiers, la charge de son cœur de 50 pour cent. Ses reins ont dû filtrer 50 pour cent plus de sang qu'en temps normal et le surplus de poids a accentué les courbes vertébrales associées à l'élargissement de la structure musculaire des os du bassin.

Un examen consciencieux de la colonne vertébrale, des os du bassin et des articulations associées devrait par conséquent être effectué par un chiropraticien, soit à l'hôpital, soit au retour à la maison. Si l'examen n'est pas effectué rapidement, de multiples troubles peuvent s'ensuivre : constipation, varices, inflammations de la vessie, allergies, troubles menstruels, nerveux, digestifs.

Arbre de vie

La position de l'enfant à sa naissance détermine sa santé vertébrale. La colonne cervicale ainsi que les mouvements respiratoires des os craniens sont étroitement reliés, et des déplacements vertébraux peuvent se produire chez le nouveau-né dès sa naissance. Plusieurs enfants demeurent malades parfois même jusqu'à l'adolescence parce qu'il s'est produit une ou des subluxations cervicales lors de la naissance.

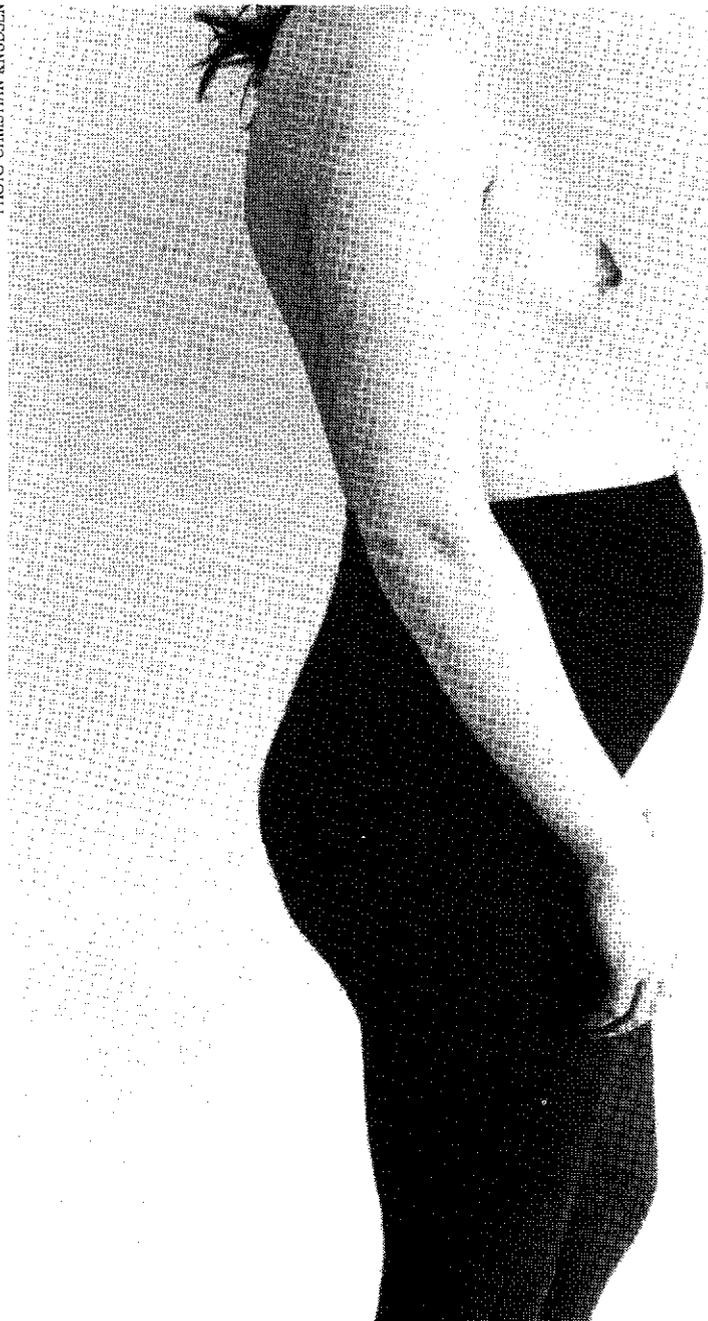
On oublie trop souvent que le poids de la tête du bébé représente près de la moitié de son poids total. C'est donc dire qu'au cours des deux ou trois premiers mois de la vie de l'enfant, la colonne cervicale maintient en mouvement presque 50 pour cent de son poids total. Certains maux d'oreilles, éruptions cutanées, difficultés respiratoires allant de la bronchite à l'asthme, allergies et difficultés de croissance proviennent de subluxations qui n'ont jamais été corrigées. C'est pourquoi des techniques spé-

ciales ont été développées pour les enfants, et ces derniers y réagissent merveilleusement bien, car le traitement chiropratique est naturel et ne laisse aucune séquelle.

Les parents perpétuent la vie par leurs enfants et nous, chiropraticiens, perpétons la santé par l'arbre de vie qu'est la colonne vertébrale. ■

ANDRÉ BROSSARD,
chiropraticien

PHOTO CHRISTIAN KNUDSEN



À SAN FRANCISCO

La rencontre
annuelle
de l'ASFAN



PHOTOS LORRAINE LEDUC

San Francisco, octobre 1985, scène du colloque annuel de l'Alliance des sages-femmes d'Amérique du Nord (ASFAN/MANA). Sous le thème « *Roots and Renewal* » (Racines et renouveau), plusieurs centaines de nouvelles sages-femmes, de travailleuses et travailleurs de sphères connexes et représentantes d'associations d'usagères des services en périnatalité sont réunis.

Au menu, conférences, ateliers, tables rondes et repas permettent, tant sur le plan formel qu'informel, d'entendre, de voir, de toucher et de comprendre les nouvelles pratiques et préoccupations actuelles des sages-femmes. Un profond plaisir à se retrouver ou à faire connaissance émane de ces moments privilégiés de rencontre et propulse toutes les participantes à un niveau élevé de solidarité et d'échanges intellectuels et spirituels.

Quelle que soit la provenance, la formation (professionnelle ou autodidacte), l'origine ethnique, l'expérience dans la pratique de la profession, la diversité incitait toutes et chacune à participer à un enrichissement qui contribue à juste titre à définir toujours davantage le concept de la nouvelle sage-femme.

Dans sa conférence intitulée « *Alliance ou rivalités dans la famille* », Linda Lonsdale fait voir la croissance des sages-femmes par le portrait d'un arbre généalogique. Elle nous rappelle que les racines profondes de cette profession remontent au temps de la Genèse. Seules les premières décennies du siècle actuel ont failli l'éteindre, et ce principalement en Amérique du Nord.

De cette quasi-extinction est né le concept de nouvelle sage-femme, fruit d'une greffe des temps modernes entre l'arbre archaïque de la profession et cette nou-

velle génération de praticiennes nord-américaines issues de divers courants culturels, classes sociales et formations technologiques.

Partout dans le monde, les sages-femmes se sentent concernées par l'hyper-médicalisation de l'accouchement. Elles tournent leur regard vers les nouvelles sages-femmes de notre continent dans l'espoir qu'elles amèneront un souffle nouveau à la profession et une plus grande reconnaissance de leur pratique.

MESSAGE D'ESPOIR

Pour chacune, la rencontre annuelle de l'ASFAN devient l'occasion renouvelée de rassembler les énergies et de repartir sur une note d'espoir. Espoir alimenté par l'énorme tâche déjà accomplie par toutes ces femmes. Espoir dans ce renouveau de la profession. Espoir dans l'union de nos forces pour faire croître le modèle holiste qui reconnaît à chacune le pouvoir d'auto-déterminer son vécu et son accouchement. Espoir que par cette profession soit rendue à la population.

Que toutes les femmes du Québec qui croient en la maternité réappropriée s'associent à cet espoir et agissent en exprimant leurs besoins, voilà déjà un pas. Que NAISSANCE.RENAISSANCE et toute autre association concernée collaborent à l'avènement de la nouvelle sage-femme, voilà un autre pas.

Et tous ces petits pas multipliés mèneront, sans aucun doute, à la croissance et la maturité d'une sagesse commune. Celle de l'équilibre entre le coeur et l'esprit, celle de la sage-femme. ■

LORRAINE LEDUC



SATISFAITES À 98,6 P. CENT
Les Québécoises contentes
d'accoucher à l'hôpital
 « L'accouchement en milieu hospitalier : une expérience positive, disent les femmes »

CONTROVERSE

Un sondage menace sérieusement des projets importants en périnatalité

« Accouchements : satisfaction garantie ». Voilà ce qu'on pourrait afficher à la porte des hôpitaux québécois si l'on se fie au sondage mené récemment pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ). Les femmes médecins qui avaient commandé cette recherche en sont elles-mêmes restées surprises : 98,6 % des femmes se disent satisfaites de leur accouchement, un résultat qui menace sérieusement des projets sociaux actuels en périnatalité, comme la législation des sages-femmes et l'implantation de Maisons de naissance.

on lit la seule question (sur 100) d'où il provient : « De façon globale, est-ce que votre accouchement en milieu hospitalier a été une expérience positive ou négative » avec ces deux seuls choix de réponses. C'est ce qu'on appelle, en recherche, un questionnaire à choix forcé. Avait-on intérêt à ne pas obtenir une réponse plus nuancée ?

DES CHIFFRES RÉVÉLATEURS

Le sondage a produit aussi des statistiques factuelles révélatrices : 43 % des femmes ont eu un lavement et 58 % un rasage, des interventions que le Comité lui-même qualifie d'« anciens protocoles d'hôpitaux qui mériteraient d'être révisés ». 92 % des femmes ont accouché dans la position couchée, alors qu'il est maintenant reconnu dans les manuels d'obstétrique que cette position est anti-physiologique et peut entraîner des effets sérieux pour la mère et le bébé. Les femmes ont eu au moins une échographie dans 92 % des cas, « l'innovation importante de la décennie » prétend le Comité. Pourtant le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada recommande qu'on en réserve l'usage aux indications médicales, et non pas routinières, parce que les conséquences à long terme sont encore mal connues. 18,8 % des femmes ont subi une césarienne, 66,7 % une épisiotomie, et 26 % un accouchement provoqué. Tous des chiffres, d'ailleurs, dont le Comité s'inquiète.

Pourquoi les femmes choisiraient-elles alors le même médecin et le même hôpital ? Par manque d'information ? À cause de l'absence de points de comparaison ? Comment se trouver insatisfaites d'interventions performées « pour notre bien » et faisant partie de l'accouchement soi-disant « normal » ?

L'ART DE RÉINVENTER LA ROUE ET D'EN PRENDRE LE CRÉDIT

Voilà qu'aujourd'hui, par ce sondage, la Corporation des médecins discrédite le mouvement d'humanisation, le marginalise, et reprend à son compte ses préoccupations, annonçant du même coup son intention d'entreprendre des études là-dessus. Cette recherche sur la qualité des soins en obstétrique est sur la place publique, y compris dans les milieux médicaux, depuis plusieurs années. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'oeil sur les très nombreuses publications à ce sujet, ou, par exemple, sur le projet du gouvernement d'Ontario de légaliser la pratique des sages-femmes.

Nous ne nions pas pour autant que des femmes aient pu obtenir satisfaction dans les hôpitaux. Mais qu'on ait au moins l'honnêteté de reconnaître que c'est en grande partie dû à la visibilité des groupes d'humanisation et au sérieux de leurs revendications. C'est ensemble que parents et professionnels doivent continuer de travailler, d'innover intelligemment, d'évaluer et de corriger les changements. Un projet beaucoup plus productif que de s'asseoir triomphalement sur des chiffres douteux. ■

ISABELLE BRABANT

LES LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

Il y a tout lieu de se questionner sur la méthodologie du sondage effectué au cours de l'été 85. Des considérations d'ordre pratique, dit le Dr Boivin-Lesage du comité des femmes médecins, ont décidé du moment choisi pour rejoindre les femmes, soit deux jours après leur accouchement et trois jours après une césarienne, à l'hôpital même. Or des études démontrent clairement que cette façon de procéder ne permet absolument pas de recueillir des résultats conformes à l'expérience vécue : les femmes sont toutes alitées, soumises à un horaire et à des règlements, dépendantes du personnel. Elles ne sont pas encore remises, ni physiquement ni émotionnellement, de l'accouchement qu'elles viennent de vivre. Elles ont leur bébé, et « c'est le principal ». Elles ne bénéficient d'aucun recul.

Non, elles ne sont pas folles, ni ne déparlent, comme a dit le Dr Boivin-Lesage, cherchant à ridiculiser cet argument. Il faut plusieurs mois et quelquefois des années pour évaluer l'impact véritable d'un tel événement et des interventions qui l'ont accompagné. D'ailleurs, les auteurs du sondage (du Centre de sondage de l'Université de Montréal) s'inquiètent de l'effet déformant de ce biais et suggèrent un suivi à la recherche. Une inquiétude dont on s'est bien gardé de faire part à la presse.

On s'est contenté de mesurer le taux de satisfaction des femmes de façon indirecte en « demandant à l'accouchée les choix qu'elle ferait dans l'éventualité d'une nouvelle grossesse ». Les recherches dans le domaine de la santé considèrent généralement au moins une dizaine de facteurs pour mesurer la satisfaction. L'opinion immédiate n'en constitue qu'un seul. Et quel crédit peut-on accorder à un résultat comme 98,6 % quand



Isabelle Brabant, Marie-Claude Martel, Hélène Valentini et Paula McKeown en conférence de presse le 11 février dernier.



Conn

laissez-vous L'AVAC?

Tout permet de croire que le dicton « Césarienne un jour, césarienne toujours » n'aura bientôt plus sa place. D'ailleurs quelques hôpitaux offrent déjà, chez nous, l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Cependant, peu de femmes le réclament et moins de médecins encore le proposent, non pas par manque d'intérêt ou de mauvaise volonté, mais plutôt par manque d'information. Nous souhaitons donc, par ce dossier, inciter les unes et les autres à amorcer une réflexion dans ce sens pour réduire le taux de césariennes.

Le 4 octobre 1980. Date dou-
blement mémorable pour moi :
j'apprends que je suis enceinte
de mon deuxième enfant et je lis
dans LA PRESSE qu'une femme peut
encore accoucher de façon naturelle après
une césarienne. Je me rends compte alors
que je ne veux vraiment pas d'une
deuxième césarienne. Le 22 avril 1981,
j'accouche d'une belle petite fille en par-
faite santé. Par voie naturelle. Le chemin
qui mène à l'accouchement naturel après
une césarienne (AVAC) n'est cependant
pas facile. Il aura fallu du temps avant que
je me décide à écrire sur le sujet. J'enten-
dais toujours le médecin me dire : « De
quoi vous plaignez-vous ? Vous devriez être
contente ! » C'est pour aider les autres fem-
mes que je me décide enfin.

LA CÉSARIENNE

On nous informe rarement, dans les
cours prénatals, que la césarienne
s'avère l'aboutissement d'un accouchement
sur cinq. Pourtant, les chiffres sont élo-
quents : 18,05 pour cent des accouche-

ments au Québec, 17,9 pour cent au
Canada, 20 pour cent aux États-Unis,
selon les dernières statistiques disponibles.
De 1965 à 1982, le taux de césariennes
est passé de 5 à 18 pour cent.

En 1983, la césarienne constituait la
troisième intervention la plus courante
auprès des Canadiennes. Un obstétricien
américain déclarait à ce propos que « la
cause principale des césariennes
aujourd'hui ne serait ni la détresse foetale
ni la détresse maternelle, mais bien la
détresse de l'obstétricien¹ ». Les causes
les plus souvent invoquées ? La dystocie (arrêt
de travail et disproportion céphalo-
pelvienne), un premier accouchement par
césarienne (dans 30 à 40 pour cent des
cas), une présentation de siège, un bébé
en souffrance, un placenta praevia, un pro-
lapsus du cordon, etc. On raconte même
que le 30 septembre de chaque année, des
femmes réclameraient une césarienne pour
éviter que leur enfant ne soit retardé d'un
an à l'école !

Ailleurs dans le monde cependant, le
nombre de césariennes est relativement

peu élevé. C'est le cas de la Hollande
notamment. Comment expliquer que là-
bas, on ne trouve qu'un bébé en souffrance
sur 250 contre un sur quinze aux États-
Unis ? La présence de sages-femmes et le
nombre élevé d'accouchements à la mai-
son en seraient-ils la cause ?

On oublie trop souvent que la césari-
enne est une intervention majeure qui
présente tous les risques associés à une
chirurgie abdominale et menace parfois
même la santé du bébé si l'on procède
avant qu'il ne soit à terme. On oublie éga-
lement que la césarienne laisse souvent
bien plus qu'une cicatrice physique et
exerce un certain impact sur la famille :
relevailles plus longues, difficulté pour la
mère d'établir un premier contact avec son
bébé, sentiment d'échec.

Dans ces conditions, il semble logique
de vouloir éviter une deuxième césarienne,
objectif qui s'intègre parfaitement à la ten-
dance actuellement en cours au Québec :
la volonté de se réapproprier nos accou-
chements. Quel bel exemple alors qu'un
accouchement vaginal après césarienne
(AVAC) !

P A R H É L È N E V A D E B O N C O E U R

LES RISQUES

L'Institut national de la santé aux États-Unis affirme que, contrairement à la croyance, les césariennes à répétition (itératives) présentent deux fois plus de ris-

ques qu'un AVAC. La césarienne fait encourir à la parturiente quatre fois plus de risques de mortalité que l'ensemble des accouchements vaginaux. La moitié des risques proviennent des complications ayant conduit à la césarienne ou d'un état

pathologique chez la mère, l'autre moitié des risques associés à un acte chirurgical. Une publication gouvernementale américaine² estime à 2,5/100 000 les mortalités maternelles pour un AVAC contre 100/100 000 pour une deuxième césari-

LE DOCTEUR ANDRÉ LALONDE PIONNIER DES AVACS À MONTRÉAL

André Lalonde, 42 ans, gynécologue-obstétricien depuis 13 ans, est à la tête du service d'obstétrique et de gynécologie à l'Hôpital général La Salle.

Il commence à effectuer des AVACs en 1980 à l'hôpital Royal Victoria, après s'être rendu compte par hasard, lors d'un accouchement vaginal surprise, que l'utérus de sa patiente ne porte plus trace de cicatrice d'une césarienne antérieure. Intrigué, il se documente et découvre qu'en Europe, on laisse souvent les femmes accoucher vaginalement après une césarienne. Il effectue une dizaine d'AVACs à l'hôpital Royal Victoria avant d'introduire cette pratique à l'Hôpital général La Salle en 1982. Depuis 1984, il suggère lui-même aux femmes qui ont déjà eu une césarienne d'accoucher par voie naturelle si le cœur leur en dit.

L'an dernier, sur 400 cas de césariennes, 100 sont devenus des AVACs. « Je vise cependant 60 pour cent, précise le docteur Lalonde. J'ai actuellement un taux de 65 à 70 pour cent de réussite avec des patientes ayant précédemment eu un siège ou un bébé en souffrance et 50 pour cent de succès dans les cas de dystocie. Je n'exclus a priori que les femmes ayant eu un bassin déformé suite à une polio, à du rachitisme ou un accident grave. »

Le docteur Lalonde, qui a formé son personnel pour ce genre d'accouchement et qui donne même des sessions de formation à ses collègues ailleurs au Québec, estime

qu'il n'est pas nécessaire de prendre plus de précautions pour un AVAC que pour tout autre accouchement. Ce qui importe, c'est que la femme qui accouche bénéficie de tout le support nécessaire, qu'elle puisse marcher durant son travail et qu'elle accouche assise ou accroupie, bien que très peu optent pour ces positions.

« Nous demandons que la patiente ait une intraveineuse, nous connaissons son groupe sanguin et nous surveillons le cœur du bébé par écoute électronique intermittente, poursuit-il. Il n'y a aucune raison pour que tous les hôpitaux qui ont un service d'obstétrique présentement ne fassent pas d'AVACs, pourvu que, comme pour tout autre accouchement d'ailleurs, le médecin et l'anesthésiste puissent arriver en moins de trente minutes. »

Que pense-t-il des médicaments et des interventions contre la douleur? « Je ne suis pas contre. Je ne

André Lalonde, médecin



pense pas que cela nuise à l'accouchement. Les femmes peuvent même recevoir une épidurale, à condition de ne pas l'effectuer trop près du moment de la poussée. Il nous arrive également d'utiliser du Syntocinon. Cependant, la femme qui accouche devrait avoir une personne expérimentée à ses côtés durant tout son travail, ce qui est loin d'être le cas actuellement à cause des restrictions budgétaires. »

Quant à la hantise d'une rupture, le docteur André Lalonde croit qu'on maintient cette crainte à partir de statistiques qui remontent avant les années 50, alors que les césariennes n'étaient pas réalisées comme aujourd'hui. D'après le spécialiste, le risque de rupture est de un cas sur 5 000 césariennes, qu'il y ait ou non tentative d'AVAC. Cependant, toujours d'après le docteur Lalonde, l'incision utérine verticale demeure une contre-indication presque absolue à l'AVAC. À l'Hôpital général La Salle, on n'a enregistré aucun cas de rupture en quatre ans.

Enfin, le docteur Lalonde attribue deux causes aux réticences de ses collègues face à l'AVAC : le manque d'information et la peur des poursuites. Il rappelle cependant un pas dans la bonne direction : l'American College of Obstetricians and Gynecologists s'est prononcé en faveur de l'AVAC, fin 1984. « Les AVACs sont un signe que la médecine évolue, tout comme les femmes qui savent ce qu'elles veulent », conclut-il.

« On oublie trop souvent que la césarienne est une intervention chirurgicale majeure. »

rienne. Par ailleurs, le taux de décès des bébés nés par césarienne est supérieur au taux de mortalité des bébés nés par AVAC.

Quant à la rupture de l'utérus qu'on brandit comme un épouvantail, il est grand temps de la démystifier. L'image terrifiante et exagérée de l'utérus qui éclate est erronée : une rupture est rarement aussi dramatique qu'on voudrait bien le laisser croire. Il s'agit en fait de la cicatrice qui se découd, une situation ni plus ni moins dramatique que toute autre urgence obstétricale. Difficile de citer des statistiques à ce sujet, car la rupture est trop souvent confondue avec les « fenêtres » ou les déhiscences, lesquelles n'entraînent pas systématiquement une rupture. Les premières sont des trous qui se forment dans la cicatrice au cours de la cicatrisation et qu'on ne découvre que lors d'une césarienne subséquente ou à la révision utérine après un AVAC, les deuxièmes des parties de cicatrice où les différentes couches de l'utérus ne se sont pas soudées, un peu comme une pâtisserie « Baklavah ».

L'accouchement vaginal après césarienne est généralement déconseillé aux femmes dont l'utérus aurait été sectionné à la verticale, l'incision dite « classique », car une rupture serait alors plus dramatique, mais certaines Américaines ont quand même réussi leur AVAC sous surveillance étroite. Pratiquée de nos jours dans plus de 90 pour cent des cas, l'incision horizontale dite « bikini », plus mince, guérit mieux et se contracte moins durant le travail. Aucun cas de rupture catastrophique d'incision « bikini » n'avait été relevé en 1983, lors de la publication de *Silent Knife*, bible radicale de l'AVAC, ce qui faisait dire à son auteure, Nancy Cohen : « Choisir d'avoir une deuxième césarienne n'est pas opter pour une solution sans risques, c'est opter pour des risques différents et plus considérables selon nous³. »

L'AVAC

Si l'AVAC s'avère une solution logique, il n'est pas pour autant facilement accessible. Aux États-Unis, on le pratique surtout dans les hôpitaux universitaires et quelques rares petits hôpitaux. Les grands centres sont davantage favorisés et des femmes déterminées à avoir un AVAC doivent parfois parcourir des centaines de kilomètres pour l'obtenir. Rejointe au téléphone, Nancy Cohen se dit plutôt découragée, car les politiques d'extrême droite de Reagan ne favorisent guère l'accroissement du nombre d'AVACs.

Au Canada, la situation est sensiblement la même. La Colombie-Britannique viendrait en tête, suivie du Québec et de l'Ontario. À Montréal, on peut obtenir un AVAC dans certains hôpitaux francophones comme Notre-Dame, Saint-Luc et Sainte-Justine et dans les hôpitaux anglo-

« La femme qui souhaite un AVAC doit être profondément déterminée. »



PHOTO : POUR UNE NAISSANCE AUTONOME - GRANEY

phones affiliés à l'Université McGill : Royal Victoria, Jewish General, Saint Mary's, La Salle. On pratique également l'AVAC dans certains hôpitaux de Québec et Sherbrooke. Enfin, quelques hôpitaux en province (Rimouski, Arthabaska et Thetford-Mines) auraient également commencé à l'autoriser.

De nombreuses femmes continuent d'être tenues dans l'ignorance de ce choix, souvent parce que les médecins sont eux-mêmes mal informés. Ou encore, après un premier accouchement traumatisant, elles ne veulent prendre le risque de revivre un tel événement et préfèrent opter pour une césarienne où elles sont conscientes, leur mari à leurs côtés.

Quand est-il possible d'avoir un AVAC ? À l'exception d'un bassin sérieusement déformé, aucune raison ayant provoqué la première césarienne n'en justifie une deuxième. La revue *Mothering*⁴ rappelle à ce propos qu'on relève très peu de contre-indications à l'AVAC : un cas de placenta praevia ou de prolapsus du cordon seraient, avec le bassin déformé, les seuls motifs valables. Plusieurs recherches tendent même à démontrer que le bassin trop étroit et la disproportion céphalo-

pelvienne ne sont pas des obstacles réels à l'AVAC.

Au cours de la « *National Consensus Conference on Various Aspects of Caesarean Birth* » tenue en octobre 1985, la déclaration intérimaire recommandait l'AVAC pour les femmes répondant aux critères suivants :

- une seule césarienne
- un seul bébé, qui se présente par la tête
- une incision utérine horizontale « bikini »
- l'absence de motil absolu tel le placenta praevia

Les instances officielles proposent souvent de suivre un protocole plus rigoureux lorsqu'on est en présence d'un AVAC : arrivée à l'hôpital dès le début du travail, soluté et écoute électronique du coeur foetal en permanence, etc. Dans les premiers temps, on conseillait même de ne donner aucun analgésique à la femme en travail de peur de masquer l'apparition d'une douleur reliée à une rupture utérine. On déconseillait également l'utilisation d'hormones pour aider le travail. Certains médecins suivent ces recommandations, d'autres estiment qu'une surveillance adéquate permet d'y déroger à l'occasion.



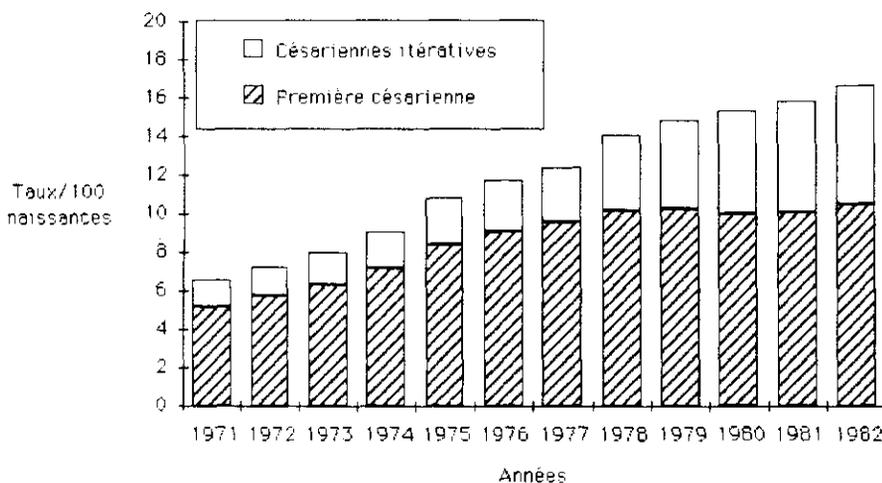
Maude et Claudine, les enfants de Lorraine.

Témoignage LO

Infirmière, Lorraine Thouin a souvent travaillé en obstétrique. En 1978, elle accouche d'un premier bébé par césarienne à cause d'un placenta praevia. Son médecin, le docteur Bernard Leduc, de l'hôpital Notre-Dame, l'informe alors de la possibilité d'accoucher par voie vaginale à sa prochaine grossesse, pourvu que le placenta soit bien placé, le bébé pas trop gros et le travail normal. Deux ans et demi plus tard, elle donne naissance à une seconde fille par voie vaginale au même hôpital, avec le même médecin.

« Ça s'est passé très vite, se souvient Lorraine. Je suis arrivée à l'hôpital dilatée d'un centimètre. Le médecin a crevé les eaux et deux

Taux de césariennes/100 naissances - Hôpitaux canadiens 1971 à 1982



Source «Trends in Caesarean Section Births in Canada»



COMMENT SE PRÉPARER

La femme qui souhaite un AVAC doit être profondément déterminée. Pour résister aux réactions négatives de son entourage et des médecins, elle doit tout d'abord faire venir le dossier de son accouchement. Elle peut aussi se renseigner, de préférence avant même sa grossesse, auprès de l'Association pour l'accouchement par césarienne⁵ et auprès de femmes qui ont vécu cette expérience et lire « *Silent Knife* ». Il n'est cependant jamais trop tard pour entreprendre ces démarches en cours de grossesse.

L'Association pour l'accouchement par césarienne informe les femmes sur la césarienne et sur les façons de la prévenir. Fondée à Montréal en 1979 par une Américaine, cette association tenait ses premières séances d'information en français en 1982. On y offre des conférences, de la documentation, des cours prénatals et un service téléphonique de renseignements où l'on peut apprendre, par exemple, le nom des médecins en faveur de l'AVAC et des hôpitaux qui le pratiquent.

L'Association publie en outre un feuillet d'information et prépare, à l'intention

« Le taux de décès des bébés nés par césarienne est supérieur au taux de mortalité des bébés nés par AVAC. »

des parents et des intervenants en périnatalité, un manuel bilingue qui traitera de prévention et de support dans les cas de césariennes.

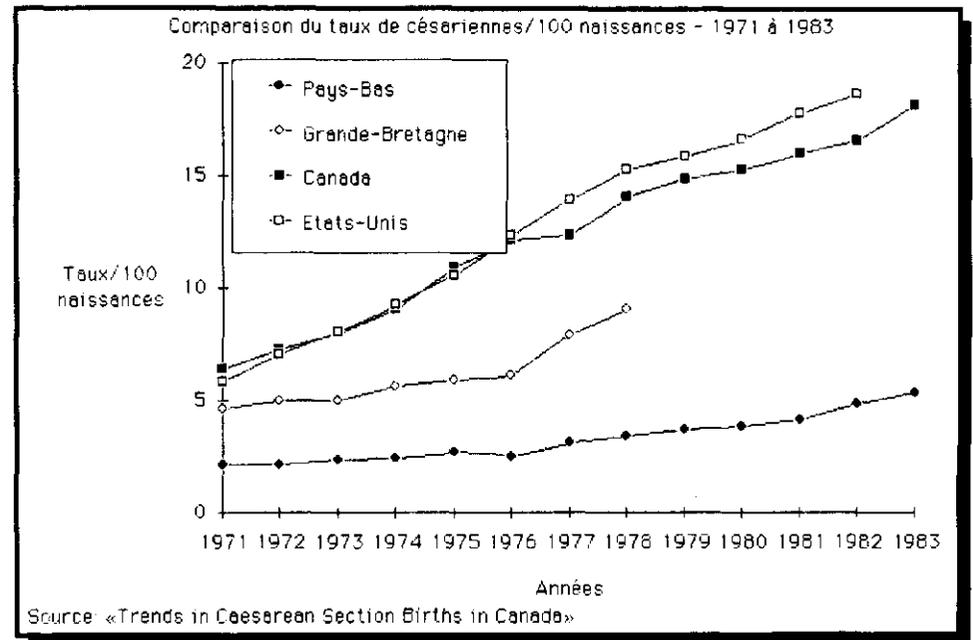
Elle peut également « magasiner » son médecin et son hôpital, négocier l'accouchement qu'elle désire, suivre un cours prénatal approprié, auprès d'une sage-femme de préférence, se préparer physiquement et mentalement et surtout, rechercher l'appui de son conjoint et de ses proches. En outre, le choix d'une accompagnante expérimentée, une sage-femme peut-être, peut s'avérer une présence particulièrement réconfortante dans le cas d'un AVAC.

Enfin, elle doit tout de même se préparer à l'éventualité d'une césarienne sous épidurale avec son conjoint ou une autre personne présente, auquel cas elle exigera

IRAINÉ THOUIN

heures après, en deux poussées, je donnais naissance à mon bébé... Je n'ai pas eu peur et je n'ai pratiquement pas pensé à la possibilité d'une rupture. »

Elle avoue s'être peu renseignée à propos de l'AVAC, confiante en son médecin, bien qu'elle ait craint qu'il ne soit pas de garde à son arrivée, lui qui était alors le seul à effectuer des AVACs à l'hôpital Notre-Dame. Malgré un sentiment de fierté, elle déplore la vitesse à laquelle l'accouchement s'est déroulé. « Je n'ai pas eu le temps d'apprivoiser chaque phase du travail... j'aurais aimé ça avoir un accouchement comme dans les livres », lance-t-elle en boutade !



de ne pas être séparée de son bébé. Elle pourra alors se dire que, malgré tout, elle a donné le meilleur d'elle-même durant le travail et sera quand même fière d'avoir essayé. Et rien ne l'empêche de se reprendre, si elle désire un troisième enfant ! ■

Hélène Vadeboncoeur travaille présentement à la rédaction d'un livre sur l'AVAC.

¹ COHEN, NANCY WAINER et LOIS J. ESTNER, *Silent Knife*, Caesarean Prevention & Vaginal Birth After Caesarian, Bergin & Garvey Publishers Inc., 1983.

² *Caesarean Childbirth*, Consensus Report of the National Institute of Health, US Dept. of Health and Human Services, 1981.

³ *Silent Knife*.

⁴ *Caesarean special — VBAC*, dans MOTHERING, n° 26, hiver 1983.

⁵ On peut rejoindre cette association au (514) 694-6404.

AUTRES RÉFÉRENCES

NAIR, CYRIL ET SURINDER WADHERA, *Trends in Caesarean Section Births in Canada — to be presented to the National Consensus Conference on Various Aspects of Caesarean Births*.

NORMANDEAU, ANDRÉE, *La Césarienne*, dans LUNE A L'AUTRE, Vol. 1, n° 2, printemps 1984.

PANUTHOS, CLAUDIA ET CATHERINE ROMEO, *Ended Beginnings — Healing Childbearing Losses*, Bergin & Garvey Publishers Inc., 1984.

STERNBERG, CHRISTINE, *Testimony to National Consensus Conference on Various Aspects of Caesarean Birth*.

Guidelines for Vaginal Delivery After a Previous Caesarean Birth, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Statement, novembre 1984 (1^{re} publication : 1982).

Interim Statement of the Panel from the National Consensus Conference on Various Aspects of Caesarean Births, automne 1985.

Nicole, Raymond et François.



Témoignage SHIRLEY, EXEMPLE DE TÉNACITÉ

Shirley a eu deux césariennes, la première à cause d'une disproportion céphalo-pelvienne, la deuxième par automatisme. Elle avait bien tenté de convaincre son médecin de la laisser entrer en travail avant de lui faire une césarienne, mais peine perdue. « J'ai trouvé cela très frustrant, d'autant plus qu'à l'époque (c'était il y a six ans), je ne savais où aller pour trouver du support. »

À sa troisième grossesse, elle découvre simultanément l'Association pour l'accouchement par césarienne et l'existence des AVACs : « Je suis allée voir le docteur Lalonde, qui m'a donné 40 pour cent de chances de réussir. J'ai voulu essayer quand même. »

Après plusieurs heures d'un travail normal, elle commence à pousser. Elle pousse pendant plus de

trois heures. Le bébé engagé, la trop grande circonférence de sa tête l'empêche de passer. « J'ai eu une troisième césarienne, mais je suis très reconnaissante au docteur Lalonde de m'avoir laissé avoir l'accouchement que je voulais. Il n'a fermé aucune porte et m'a laissé essayer longtemps d'expulser le bébé. Même si cela n'a pas marché, je suis très heureuse. J'ai réussi à prouver à plusieurs médecins que, contrairement à leurs prévisions, je pouvais dilater jusqu'à dix centimètres et que mon bébé s'engageait. Pour moi, l'expérience fut un succès. Et devant mon harcèlement (rires), le docteur Lalonde m'a répondu que, peut-être, si mon bébé était plus petit, on pourrait reparler de la possibilité d'un AVAC la prochaine fois. »

Témoignage NICOLE SICOTTE ET RAYMOND GAUTHIER

Trois ans et demi après avoir vécu une césarienne d'urgence, Nicole et Raymond accueillent François par voie naturelle. Pourtant, les médecins ont essayé de les décourager, faisant allusion à l'étroitesse du bassin de Nicole et à la possibilité de voir son utérus éclater.

Peu impressionnés, ils lisent le livre de Nancy Cohen, « *Silent Knife* », et assistent à une réunion de l'Association pour l'accouchement par césarienne, où ils obtiennent le nom d'un médecin à Ville de LaSalle, le docteur Claude Fortin. Son premier bébé étant resté coincé dans le bassin, ce qui avait entraîné la césarienne, Nicole choisit cette fois de rencontrer une sage-femme qui effectue des pelvimétries manuelles. Cette dernière lui affirme que son bassin est assez large pour laisser passer un bébé, pourvu qu'elle n'accouche pas en position assise ou semi-assise, à cause d'un petit problème au bas du dos.

Puis, ils rencontrent le docteur Fortin et, deux semaines avant l'accouchement, le docteur Guy Paul Gagné, qui estime qu'ils ont 90 pour cent de chances de réussir. « Finalement, nous avons accouché avec le docteur Gagné, qui était de garde », précise Raymond. « Il s'est montré détendu et non-interventionniste, ajoute Nicole. J'accoucherais encore avec lui. » « Elle a accouché accroupie sur le lit, accrochée aux barres servant à cet usage, le dos au médecin qui n'avait jamais vu personne accoucher ainsi, mais qui l'a laissée faire », rappelle encore Raymond.

Le soir même, ils quittent l'hôpital après avoir signé une série de refus de traitements pour elle et le bébé et le lendemain, la sage-femme vient constater que « la mère et l'enfant se portent bien ». « J'étais donc contente de mon corps : il avait fait sa job ! »

4 AVRIL

Débat public

Université de Montréal
Pavillon Principal, local Z-110
Chemin de la Tour, Montréal

PANEL

D'OUVERTURE

« Les centres de maternité : une alternative réaliste ? »

avec la participation spéciale de 2 sages-femmes américaines :
MADAME KHRISTINE KULHMAN, NEW-HAMPSHIRE
MADAME FRAN VENTRE, MASSACHUSETTS

Comment pouvons-nous développer au Québec
des centres de maternité qui répondent bien aux demandes de la population :

- favoriser un état de santé positif
- promouvoir une naissance saine et heureuse
- encourager l'autonomie
- respecter les choix et l'intimité
- avoir un suivi de maternité fait par une sage-femme
- assurer toute la sécurité nécessaire

LES CENTRES DE MATERNITÉ
UNE ALTERNATIVE RÉALISTE

Naissance Renaissance

4-5-6 AVRIL COLLOQUE ANNUEL
« NOTRE FORCE DE CHANGEMENT »

LISTE DES ATELIERS ET TABLES RONDES

Table ronde A PROFESSION SAGE-FEMME

Table ronde B L'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL, UNE CHAÎNE DE SOLIDARITÉ

Table ronde C LE MOUVEMENT D'HUMANISATION ET LA CONSULTATION GOUVERNEMENTALE

Atelier 1
DEVENIR PARENT, APRÈS 35 ANS

Atelier 2
GYMNASTIQUE DOUCE ET BALADI,
DES MOUVEMENTS APPROPRIÉS
À LA GROSSESSE
ET À L'ACCOUCHEMENT

Atelier 3
UNE DÉMARCHÉ D'AUTO-SANTÉ :
L'AUTO-EXAMEN

Atelier 4
JOURNÉE FEMME ENCEINTE

Atelier 5
L'ANNÉE QUI SUIT LA NAISSANCE

Atelier 6
LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE
LA REPRODUCTION : ANALYSES
FÉMINISTES ET EXPÉRIENCES
DE FEMMES

Atelier 7
LE IEU, UN OUTIL SUTYIL POUR
VIVIERER
LES RENCONTRES PRÉ-NATALES

Atelier 8
LES DEUILS SILENCIEUX

Atelier 9
ÉVEIL À LA VOIX

Atelier 10
LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE
LA REPRODUCTION : ANALYSES
FÉMINISTES ET EXPÉRIENCES DE
FEMMES

Clôture du colloque

ASSEMBLÉE DES MEMBRES DU MOUVEMENT SAGE-FEMME

POUR SUIVRE POUR SE

**Pour poursuivre
il faut prouver
la faute
selon toute
vraisemblance**

« Je suis comme un bateau à la dérive. Je ne sais trop où je vais accoster. Tout ça, c'est du gâchis. Je me trompe peut-être. Comment savoir ? » Ce sont les paroles de Johanne Lespérance, une jeune femme venue raconter son histoire aux bureaux d'ALTERNATIVE-NAISSANCE. Une histoire d'accouchement mal fait, avec séquelles importantes, tant chez la mère que chez l'enfant. Après bien des hésitations et malgré des moyens financiers limités, Johanne décide d'entreprendre des démarches judiciaires et se trouve un avocat.

SON TÉMOIGNAGE

La grossesse est compliquée : gain de poids élevé, problèmes cardiaques, pression anormale et, dans les der-

nières semaines, le médecin diagnostique une importante calcification du placenta et l'absence du liquide amniotique, indiquant que le bébé éprouve peut-être quelque difficulté. Le médecin ne paraît pas troublé par ces données et procède à un accouchement normal par voie naturelle. Cet accouchement extrêmement difficile nécessite l'administration de nombreux médicaments (Pitocin pour augmenter les contractions, morphine et Graval pour calmer la douleur intense), l'utilisation de forceps et une très large épisiotomie. Le bébé, une fille de 6 livres, n'obtient que trois sur dix à l'APGAR de la première minute. Après dix minutes, l'APGAR atteint huit sur dix.

Les complications après l'accouchement sont également sérieuses : le placenta reste collé et il faut procéder à une révision utérine ; on met une heure et demie à recoudre l'épisiotomie, quelque 50 points de suture qui finiront par s'infecter ; on lui installe une sonde dans la vessie parce qu'elle ne peut uriner et des drains sur les points ; des hémorroïdes énormes n'arrangent rien... et les infirmières manquent de temps pour la soigner convenablement. La jambe de Johanne paralyse et reste depuis ce temps inconfortable.

L'enfant ne va guère mieux : elle pleure constamment et ne dort qu'une heure par jour pendant son séjour à l'hôpital de même que dans les mois qui suivent. D'ailleurs, aujourd'hui encore, soit presque quatre ans plus tard, son sommeil est toujours anormalement court et perturbé par des cauchemars d'une violence inouïe, des « terreurs de nuit » peut-être causées par un manque d'oxygène au moment de l'accouchement, disent les neurologues. Peut-être...

Après d'innombrables démarches pour se soigner et comprendre ce qui arrive à sa petite fille, Johanne finit par acquiescer la conviction que le médecin aurait pu (dû ?) agir différemment et leur épargner à toutes deux ces conséquences désastreuses et qui s'avèrent même permanentes. Encore une fois, nombreuses démarches pour connaître les possibilités de recours, à la hâte toujours, afin d'arriver chez un avocat avant la fin des délais prescrits par la loi. Elle ne sait cependant toujours pas aujourd'hui si le risque en vaut la peine.

UNE QUESTION D'EXPERTISE

Nous avons posé la question à son avocat, maître Jean-Pierre Ménard, l'un des rares spécialistes montréalais du droit médical. Il nous explique que le cas de Johanne, comme celui de beaucoup d'autres liés aux accouchements, est complexe. Pour obtenir justice, il lui faut essentiellement répondre oui à trois questions fondamentales :

1. Y a-t-il eu dommage(s) ?
2. Y a-t-il eu faute(s) professionnelle(s) ?
3. Y a-t-il un lien direct entre le dommage et la faute ?

Ainsi posé, le problème est simple, mais la preuve doit être strictement menée et prouver — non pas hors

PHOTO : POUR UNE NAISSANCE AUTONOME - GRANNEY

CONSOLER

de tout doute raisonnable comme au criminel, mais selon toute vraisemblance — que les dommages subis par Johanne et sa fille sont directement reliés à des erreurs médicales précises. L'expérience de Me Ménard, en cinq ans de causes médicales, démontre qu'une telle preuve est rarement évidente : « On trouve des fautes qui n'ont rien à voir avec les problèmes de nos clientes, ou encore des dommages impossibles à relier avec des erreurs précises, ou encore des fautes et des dommages sans qu'on puisse prouver qu'il y ait causalité. »

Ce sont les experts médicaux qui détiennent la clé de ces preuves à établir. Contrairement à la croyance, affirme Me Ménard, de tels experts existent qui sont prêts à témoigner contre leurs confrères, par souci d'éthique et pour sauvegarder leur profession. Le cas de Johanne dépend pour le moment de cette expertise technique.

PARLONS ARGENT

Si les experts consultés arrivent à établir une preuve difficilement contestable par l'autre partie en cause, on entame les poursuites. Sinon, il vaut mieux laisser tomber, précise l'avocat. À cette étape, la cliente n'aura déboursé que quelques centaines de dollars : entre 50 et 100 \$ pour obtenir la copie du dossier médical, entre 200 et 400 \$ pour l'expertise et quelques heures en frais d'honoraires pour l'avocat.

Une cause perdue ? Cela peut coûter entre 2 000 et 5 000 \$ selon le cas. Une cause gagnée ? Un récent règlement de plus d'un million de dollars pour un enfant paralysé à la suite d'un accouchement permet d'entrevoir certaines possibilités. Il ne faut cependant pas s'attarder aux fabuleux montants dont on entend parfois parler dans la presse américaine, car les barèmes d'évaluation sont parfois délirants chez nos voisins du sud.

Au Québec, les évaluations sont différentes et basées sur des chiffres qui se précisent d'année en année : on évalue les pertes de salaire et les coûts des soins spéciaux ; les indemnités exigées sont rarement arbitraires.

Jean-Pierre Ménard, avocat

PHOTO JUDITH POTHIER



ATTENTION AUX DÉLAIS

Il est fort important de consulter un avocat avant que ne s'écoule le délai prévu par la loi pour porter plainte. Ce délai est de trois ans pour les victimes directes des dommages, à partir du moment où se manifeste le dommage ou que la faute a été commise, mais de un an seulement pour toutes les victimes indirectes : parents, conjoints, enfants, héritiers. À noter que les concubins n'ont aucun droit de recours.

Il faut compter un minimum de six mois pour préparer un dossier qui se tienne. Il est donc prudent de ne pas attendre la toute fin de ces délais. Petite consolation : les nouvelles modalités judiciaires permettent d'espérer que votre cause soit entendue et réglée en moins de trois ans !

Il faut se méfier des avocats qui promettent beaucoup plus que ce que la jurisprudence québécoise n'a déjà accordé. Signalons enfin que l'avocat réclame un pourcentage sur les indemnités versées, ne pouvant dépasser 30 pour cent du montant total.

UNE LUTTE INÉGALE ?

Beaucoup de causes se règlent maintenant hors cour depuis qu'un règlement oblige les parties à dévoiler leurs expertises avant de se présenter devant le juge. Une expertise solide de la part des demandeurs incite alors à régler à l'amiable. Me Ménard nous rappelle que la défense (en l'occurrence médecins, hôpitaux, infirmières et maisons d'assurances) est surreprésentée dans la profession, comme en témoigne le nombre de bureaux d'avocats spécialisés en ces matières. Il faut être en mesure de lutter contre les « grosses boîtes » et pourtant, rares sont les avocats qui, comme lui, se spécialisent en droit médical. « C'est un domaine où l'on ne peut improviser, où la preuve technique doit être impeccable. C'est infiniment plus compliqué qu'une cause de divorce. Il faut connaître le monde médical, son jargon, ses lois particulières, trouver des experts qui ne soient pas des collègues des médecins impliqués. À Montréal, on trouve des anglophones et des francophones qui se fréquentent peu ; j'ai fini par me débrouiller. »

Le cas de Johanne Lespérance n'est pas réglé. Le sera-t-il un jour ? S'il faut beaucoup de support, de force et de courage pour entreprendre des démarches dans le cas d'une cause évidente, la situation peut devenir plus traumatisante encore lorsque tout reste à prouver. En discuter ouvertement avec son médecin aurait peut-être suffi pour aider la femme qui a vécu une mauvaise expérience lors de son accouchement à en guérir moralement. À défaut, ne lui reste-t-il vraiment, pour toute consolation, que la démarche judiciaire ? ■

CAMILLE LAROSE

Il faut se méfier des avocats qui en promettent trop !



IL ÉTAIT UNE FOIS...

**Les Maisons
de naissance
dépasseront-elles
l'étape du rêve ?**

Dans notre numéro d'automne, Hélène Valentini levait un coin de rideau sur certaines particularités de quelques maternités françaises. Leur séduisant éventail de possibilités indique cependant que personne n'est à l'abri des contradictions, pas même les maternités « modèles » comme les Lilas ou Pithiviers. Aujourd'hui, le Comité Maisons de Naissance retrace les grandes étapes de l'élaboration du programme fonctionnel et technique du centre de maternité, lequel n'a pas échappé non plus à quelques contradictions.

La conception du centre de maternité commence un peu comme un conte pour enfants : c'est l'entente parfaite entre les diverses membres du Comité, usagères, représentantes de groupes d'humanisation et de Centres de santé de femmes, sages-femmes, médecins, infirmières, ainsi qu'avec les membres du Comité consultatif du MSSS. À l'unanimité, nous abondons dans le sens de l'autonomie, de la continuité, de la démedicalisation,

de l'ouverture aux approches alternatives et de la place centrale des femmes, de leurs bébés et de leurs proches.

Cependant, le mandat du Comité n'étant pas d'élaborer un traité de philosophie sur l'humanisation de la naissance, il a fallu se retrousser les manches et s'atteler au « fonctionnel et technique ». Nous avons lutté contre la fermeture de Ste-Jeanne-d'Arc ; nous avons bâti un idéal de maison de naissance ; nous devons maintenant jeter les bases du centre de maternité dont nous rêvons.

Dès lors, à travers les faits les plus banals et les données les plus techniques apparaissent les inévitables variations d'interprétation d'une même philosophie. Variations entre nous et le MSSS d'abord, mais également points de vue différents à l'intérieur même de notre Comité. Ainsi, un centre de maternité peut-il, doit-il offrir l'épidurale aux femmes qui la désirent ?

Côté positif, la volonté et le pouvoir des femmes de contrôler leur corps, donc leur douleur, comme elles l'entendent. Côté négatif, les risques de complications et la certitude que la meilleure anesthésie demeure la préparation et le support constant. Après discussion, le Comité conclut que le centre de maternité n'offrira pas d'épidurale mais insistera sur une bonne préparation à la douleur et sur des moyens alternatifs d'y faire face. La porte reste cependant entrouverte, puisque l'épidurale pourrait être introduite à plus long terme.

Combien « d'heureuses élues » profiteront chaque année du centre de maternité autonome ? Sur ce sujet, bien des tâtonnements, à cause des nombreux paramètres à considérer :

- désir d'ouvrir le centre de maternité à l'ensemble de la population en évitant l'élitisme et la marginalité ;
- importance du caractère intime et chaleureux des lieux et des relations interpersonnelles ;
- obligation de « compétitivité » en termes de sécurité et de coûts ;
- image non institutionnelle du bâtiment.

C'est en jonglant avec toutes ces données que nous avons abouti au « chiffre magique » de 400 suivis de maternité par année. Presque rien, en comparaison de l'ampleur des demandes de la part des femmes. Les 650 lettres d'appui au projet que le Comité a reçues à ce jour en témoignent aisément¹. Qu'à cela ne tienne, ce premier centre de maternité au Québec devrait être l'aîné d'une famille nombreuse. C'est une question de temps et... de volonté politique.

LE NOEUD DE L'HISTOIRE

Une foule d'autres sujets ont suscité des remises en question : les critères de référence et de transfert, l'accueil du nouveau-né, l'ampleur du suivi post-natal, la pertinence de l'enseignement et de la recherche, la participation des enfants, la place des médecines douces et j'en passe. Mais tout cela n'est que détails comparé à la complexité d'arrêter une définition des rôles et des tâches des infirmières, des sages-femmes et des méde-

PHOTO WAYNE STRAUSS



cins. Si l'on peut dire aujourd'hui que le travail du Comité est un compromis qui reflète bien la diversité des enjeux dans ce dossier, c'est en large partie à cause de cet épineux sujet.

Au départ, le Comité ne comptait pas de sages-femmes dans ses rangs. Il aura fallu peu de temps pour se rendre compte que leur présence était indispensable. Elle a cependant suscité une petite révolution. Le ton a alors monté, les positions de chacune se sont polarisées, les passions enflammées! C'est que nous touchions là au noeud de l'histoire, à savoir comment allait s'exprimer concrètement toute notre belle philosophie d'humanisation dans la pratique des rapports femmes/professionnelles.

Le Comité a mis fin à ses travaux de recherche dans un climat plus serein autour d'un consensus : l'absence de consensus! Cette solution pour le moins paradoxale met en lumière un problème de fond : est-il souhaitable, possible, que des infirmières, des sages-femmes et des omnipraticiennes travaillent ensemble au centre de maternité dans un climat de collaboration et d'égalité?

Fort complexe, cette question en soulève d'autres. La place des infirmières doit-elle être juxtaposée à celle des médecins avec le risque de hiérarchisation qui en découle habituellement? Peuvent-elles collaborer avec les sages-femmes? Comment intégrer leurs tâches sans dédoubler celles des sages-femmes ni leur créer un rôle vague où leur sont dévolues toutes les tâches délaissées par les autres professionnelles?

Le sourd mécontentement de nombreuses infirmières québécoises exige des changements en profondeur qui ne peuvent qu'être encouragés dans un centre de maternité autonome. Mais la direction précise et les modalités de cette évolution ne sont guère évidentes, car les infirmières vivent présentement une période de remise en question individuelle et collective.

Le fait de ne pas exister officiellement pose problème aux sages-femmes. Comment définir les fonctions d'une professionnelle qui n'a encore aucun statut légal même si elle existe dans les faits? Quelle sera sa formation? Quelles seront ses compétences? Quel type de pratique privilégiera-t-elle? En pleine définition, les sages-femmes ne forment pas un groupe homogène. Dans ces conditions, le Comité ne saurait trancher pour elles des rôles et des tâches qui ne leur correspondraient peut-être pas en bout de ligne.

Les omnipraticiennes se trouvent dans une situation très équivoque. D'une part, la natalité étant en baisse au Québec, plusieurs craignent que la concurrence des sages-femmes ne leur fasse perdre une partie de leur clientèle. D'autre part, les médecins de famille offrent une continuité à long terme (suivi du nourrisson, gynécologie, etc.) moins visible que celle des sages-femmes, qui se concentrent pendant la période de transition à la maternité. La pertinence de leur présence au centre de maternité se révèle par conséquent moins évidente.

Les rares médecins intéressés par le centre de maternité, et les femmes en particulier, se trouvent coincés entre le milieu médical qui prise fort peu ce genre « d'excentricité » et les groupes de femmes qui réclament des transformations majeures de leur pratique.

...DE NOMBREUX ENFANTS

Face à toutes ces contraintes, et je passe sous silence celles qu'imposent les aléas politiques, le Comité recommande que, dans la conjoncture actuelle qui évolue rapidement, les trois groupes de professionnelles travaillent en collaboration au centre de maternité. Ce but n'est pas facile à atteindre. Les moyens d'y parvenir restent à explorer, mais toutes les énergies doivent y être consacrées. C'est à ce prix que le centre de maternité sera rapidement créé pour répondre aux diverses demandes des femmes et éliminer les préjugés qui séparent actuellement infirmières, sages-femmes et médecins.

Tous ces débats ne sont en fait que le reflet de ceux en cours dans notre société, à une différence près : les membres du Comité sont toutes convaincues de l'urgence d'implanter un centre de maternité autonome à Montréal et de légaliser la profession de sage-femme. Ce n'est qu'avec la force de notre cohésion et de notre conviction que nous convaincrions le gouvernement de concrétiser notre projet en respectant ses dimensions fondamentales d'autonomie et de contrôle par les femmes.

Et alors, ce jour-là, cette passionnante aventure pourra finir en conte comme elle avait commencé... « *le centre de maternité vécu heureux et eut de nombreux enfants* ». ■

PAULE BRIÈRE *

* En collaboration avec Hélène Valentini.

¹ Votre appui au projet est toujours important. Faites-le parvenir au COMITÉ MAISON DE NAISSANCE, Case postale 55, Succ. « E », Montréal (Québec) H2T 3A5.

**Cohésion,
énergie
et conviction
pour enfin
concrétiser
le projet**

Brigitte Vandal, Dhyane Iezzi, Hélène Valentini, Sylvie Berthiaume et Véronique O'Leary.





LE GUIDE MÉDICAL DE LA FEMME (par une femme médecin)

Barbara Edelstein Les éditions Héritage Amérique, 1984, 369 pages.

N'oubliez jamais de regarder à l'arrière d'un livre avant de l'acheter : vous vous éviterez de mauvaises surprises ! Ainsi, vous n'amorcerez pas la lecture du *Guide médical de la femme* sans savoir qu'il ne parle que des femmes de quarante ans et plus ! La première surprise passée, le lecteur a droit à plusieurs autres en cours de lecture. Saviez-vous, par exemple, que, « aujourd'hui, le pire ennemi de la femme n'est point l'homme mais plutôt le corps féminin, son propre corps » ? (p. 11)

L'auteure explique cependant de façon consciencieuse et scientifique les modifications physiologiques et physiques des âges mûrs et très mûrs des femmes. Elle décrit également quelques-unes des réalités vécues par les femmes plus âgées : changements corporels,

certaines maladies, traumatismes psychologiques et problèmes d'obésité. Le rationnel prédomine nettement, ainsi que la réponse médicale aux principaux besoins des femmes.

Les messages au sujet des médicaments sont ambivalents : si Barbara Edelstein émet des mises en garde, elle tient par ailleurs à nous dire qu'ils peuvent changer notre vie. Cette spécialiste du traitement de l'obésité semble prendre pour acquis que l'embonpoint est inévitable après quarante ans et qu'une diète, la sienne il va sans dire, est nécessaire pour survivre. Elle montre les dents aux psychothérapies car après quarante ans, dit-elle, la vie est d'abord un problème d'hormones et de dégénérescence du corps. Mais ne vous en faites pas, « grâce à la médecine, une femme peut survivre de nombreuses années à ses ovaires ». (p. 11)

Malgré certains renseignements intéressants, ce livre dirige définitivement ce groupe de femmes vers une perte d'autonomie au profit de la médecine. Celles qui veulent s'approprier leur corps et leur santé, celles qui veulent garder une vision globale de la vie après quarante ans ont donc intérêt à s'en abstenir la lecture !



PETIT MANUEL DE GUÉRILLA À L'USAGE DES FEMMES ENCEINTES

F. Edmonde Morin, Seuil, 1985, 215 pages.

Titre très alléchant pour celles qui cherchent les outils nécessaires pour étayer leurs revendications de femme enceinte. Edmonde Morin explique bien la réalité que peuvent vivre de nombreuses femmes lors de leur accouchement. Chaque lieu, chaque geste fait à la femme en travail est analysé et remis en question. L'auteure n'y va pas de main morte dans ses remarques pour dénoncer les agressions médicales inutiles et même nuisibles aux femmes et aux enfants. Les références pour justifier ses prises de position ne sont pas très nombreuses, car elle parle souvent au nom du gros bon sens qui, lui, n'est pas médical.

Les réflexions de l'auteure touchent d'autres aspects de la vie des femmes, comme la stérilité, récupérée et mécanisée par la médecine. De plus, la dépendance face au médecin instaurée dès la gros-

sesse se poursuit ensuite face au pédiatre. Ce pouvoir usurpé par les médecins se transforme souvent en un sentiment d'incompétence des parents face à leur rôle de protecteurs et d'éducateurs. On nous montre comment les manuels de puériculture eux-mêmes contribuent à l'angoisse parentale. Edmonde Morin nous fait entrevoir enfin les différents facteurs sociaux qui amènent beaucoup plus facilement à dire non à la maternité.

Ce livre appuie profondément la revendication de démedicalisation autour du ventre des femmes. Il se veut un outil qui a une visée : une autonomie et une clarté maximale dans les rapports si souvent embués avec le corps médical. Cependant, les solutions proposées ne sont pas à la portée d'action de toutes les femmes. La guérilla implique un minimum de confiance en soi, un sens de sa valeur et de ses droits, ce qui n'est pas encore une réalité pour bon nombre de femmes, hélas.

Voilà peut-être un livre à utiliser à l'occasion de rencontres de groupes de préparation à l'accouchement. Le fait d'oser en discuter ensemble pour éclairer nos rapports avec le corps médical est porteur d'espoir, pour chacune, d'avoir la force de faire un pas, ou plusieurs, dans cette direction. ■

CÉLINE LEMAY



L'APRÈS-GROSSESSE

Dr Claude Grillot Éditions de Vecchi, 1985, 137 pages.

Qui est Claude Grillot ? Un homme, une femme, un généraliste, une psychanalyste ? Première question à laquelle se bute la lectrice ou le lecteur en abordant ce livre. Au fil des pages, la démarche se clarifie, la personnalité s'affirme et on finit par avoir la certitude que c'est un homme, un thérapeute. À qui s'adresse *L'après-grossesse* ? Aux médecins, aux femmes, aux couples, aux intervenants ? Voilà qui n'est pas évident non plus. Le livre est cependant disponible dans toutes les librairies : c'est peut-être un élément de réponse !

Malgré un souci de vulgarisation évident et l'ordonnance claire et progressive des chapitres, *L'après-grossesse* est français, très français même, tant au niveau du style que des termes (un lexique est inclus) et des situations ; il n'est donc pas tout à fait adapté à ce que nous vivons.

Pour mieux nous situer, l'auteur brosse d'abord un bref tableau de la grossesse et de l'accouchement en notant bien sûr les « blues post-partum ». Il nomme sans trop s'étendre ni dramatiser les psycho-

ses puerpérales. Un chapitre entier est consacré à « la récupération des fonctions normales par la rééducation... ». Il faut bien entendre ici qu'il s'agit de redonner du tonus aux muscles du vagin et du périnée par des exercices appropriés et de l'électrostimulation. Permettez-moi de douter des intérêts en jeu (masculins ou féminins) et de trouver un peu macho cette approche scientifico-moderno-etc.

L'attitude paternaliste et un peu simpliste du bon docteur qui sait tout est présente tout au long du livre. Les conseils sur l'allaitement paraissent un peu déphasés, les situations difficiles réglées par une « bonne » thérapie choquent. Les mises en situation sont par ailleurs très exactes et savoureuses, mais la façon de les régler manque d'imagination. Pour comprendre les problèmes sexuels du post-partum, le lecteur a droit à un cours condensé de la sexualité selon les théories de Freud.

L'approche psychanalytique de *L'après-grossesse* se veut déculpabilisante et offre l'avantage de considérer comme normaux des comportements dits anti-maternels ou anti-féminins. Le livre laisse la place au doute, à l'anxiété, à l'erreur, aux ajustements dus à chaque naissance. Le rôle du père est lui aussi bien analysé et les différents comportements possibles, bien décrits. *L'après-grossesse* aurait pu être un très bon outil s'il n'était tombé dans le piège du « ne vous en faites pas ma petite madame, c'est normal, je vais vous arranger ça ».



LES SOLEILS À VENIR

Isabelle Robert Libre Expression, 1985, 186 pages.

Après « Il n'y a pas lieu à madame », qui raconte une première grossesse tardive et la naissance d'un enfant mongolien, Isabelle Robert nous revient avec le journal qu'elle a tenu durant les sept années de sa vie dite de maternité. Il y a toujours un certain sentiment d'impudeur à lire un journal intime. C'est quand même avec beaucoup de discrétion qu'elle se livre à nous : elle ne se « répand » pas, elle nous fournit les clefs de son mystère.

Le journal n'est pas, comme on pourrait s'y attendre, un récit du vécu quotidien de l'auteure. C'est plutôt une longue démarche intérieure à travers le désespoir de cette grande déception, où la culpabilité n'entre pas, la chute vers la dépression, conjuguée rapidement, l'attente d'être enceinte, l'attente de l'amniocentèse, l'attente de la paix, l'attente de rencontrer Christian, son premier enfant, tout cela à travers l'analyse psychanalytique de ses rêves et le support de Laurent, le psy auquel elle demande de l'aide à l'occasion

pour faire le point et repartir plus solide.

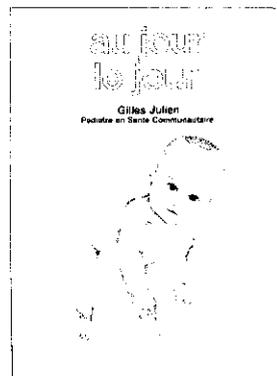
J'ai dévoré ce livre. Son style concis, vivant, en rend la lecture agréable. On sent une sorte de suspense omniprésent : va-t-elle s'en sortir ? Va-t-elle devenir enceinte ? Le bébé sera-t-il normal ? Va-t-elle retourner travailler ? Va-t-elle revoir son enfant ? Autant de questions qui nous font avancer dans la vie de l'auteure qui signe d'un pseudonyme.

Les soleils à venir rejoint les préoccupations des « superwomen » que nous sommes et raconte les tiraillements que chacune d'entre nous affronte quotidiennement. Ignore s'il est possible de porter un jugement sur le journal d'une autre, mais je ne peux m'empêcher de penser qu'Isabelle Robert se leurre tout au long de ces sept années, qu'elle ne va pas au cœur d'elle-même, qu'elle refuse de se poser les bonnes questions, reflet de notre société où la tête et la raison prennent tant de place. ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

NOUVEAUTÉ

Au jour le jour, par Gilles Julien. Recueil pour la promotion de la santé de l'enfant qui laisse une juste place aux parents comme premiers guides face à la santé. Simple, sans prétention, bien fait.



JOURNÉE DE SENSIBILISATION SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le regroupement des CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES DU QUÉBEC vous invite à une journée de sensibilisation sur la santé des femmes dont les principaux thèmes porteront sur la reproduction, la sexualité et l'auto-santé des femmes, le samedi 12 avril 1986 à Montréal.

Si la santé physique sexuelle et mentale des femmes dans une perspective féministe vous intéresse, si vous êtes une femme ou un groupe de femmes qui travaille, milite ou intervient de près ou de loin en santé des femmes, si vous voulez vous informer ou en savoir davantage sur le sujet, vous découvrirez au cours de cette journée de sensibilisation les bilans et les perspectives sur les luttes, les acquis et les enjeux actuels en santé des femmes.

Vous pouvez obtenir les coordonnées et la programmation complète en vous adressant à :
Josée Belleau, coordonnatrice,
REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES DU QUÉBEC,
27, Saint-Louis, app. 5,
Hull (Québec) J9A 1H8
(819) 770-3674.

ATTENTION FUTURES MÈRES

Dans le cadre d'une recherche internationale, le service de planification familiale par moyens naturels Seréna est à la recherche de futures mères de la région de Montréal qui accoucheront dans les prochains mois. Les principaux critères d'admission :

- avoir l'expérience d'une méthode naturelle de régulation des naissances (sympto-thermique ou Billings);
- avoir entre 18 et 39 ans;
- prévoir allaiter complètement au moins 3 mois;
- ne pas avoir mis plus d'un an avant de réussir à concevoir.

Votre participation se résumera à recueillir un échantillon d'urine par jour et à remplir un graphique post-partum. Une infirmière passera régulièrement vous rendre visite, prendre vos échantillons et vous aider si des difficultés se présentent.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :
Suzanne Parontheau-Carreau, m.d., (514) 273-7531 ;
Lise Martin Trépanier, inf. (514) 273-7531 ou 678-9177 ;
Denise Laflamme, (514) 653-3314.



PHOTO SUZANNE BLANCHET

TABAGISME ET OPHTALMOLOGIE

Une étude réalisée par un ophtalmologiste de l'Université de Waterloo auprès de 98 pour cent des élèves de première année de l'élémentaire du Nouveau-Brunswick, démontre que les enfants dont la mère fumait lorsqu'elle était enceinte avaient 1,7 fois plus de chances de souffrir d'affections de l'oeil telles que myopie, hypermétropie, presbytie, strabisme et problèmes de coordination de la vue que les enfants dont la mère n'avait pas fumé durant la grossesse.

Le Dr Emerson Woodruff attribue les troubles de la vision à une diminution de la réserve d'oxygène du fœtus, car les concentrations d'oxyde de carbone dans le sang de la mère consécutives au fait de fumer nuisent à l'aptitude du fœtus de recevoir l'oxygène et élimine l'acide carbonique.

Source : LA PRESSE,
21 décembre 1985.

NOUVELLES DES USA

Une récente étude de l'ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE révèle que le taux de mortalité lié aux grossesses a baissé de près de 50 pour cent au cours des huit dernières années chez les Américaines de race blanche de plus de 35 ans. Les auteurs de l'étude estiment que ce déclin est dû à l'amélioration des conditions socio-économiques des femmes de plus de 35 ans qui décident aujourd'hui d'avoir des enfants.

Par ailleurs, une étude effectuée par les CENTRES FOR DISEASE CONTROL aux États-Unis conclut que l'incidence de huit types de malformations congénitales a augmenté aux États-Unis entre 1970 et 1983. Des chercheurs estiment cependant que cela peut s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de médecins détectent et rapportent les cas de malformations.

Source : LE DEVOIR, 6 janvier 1986.

LES VICTIMES DU STÉRILET DALKON SHIELD

Il y a une dizaine d'années, le stérilet Dalkon Shield était retiré du marché mondial à la suite de la publication de rapports mentionnant des complications médicales associées à son utilisation. Si vous avez utilisé un de ces stérilets entre 1970 et 1975, vous avez jusqu'au 30 avril 1986 pour porter plainte contre le fabricant, la compagnie A.H. Robins, à l'adresse suivante :

Dalkon Shield, P.O. Box 444,
Richmond, Virginia 23203, USA.

Sont autorisées à porter plainte les personnes qui peuvent avoir subi des lésions pour avoir utilisé le Dalkon Shield personnellement, celles qui peuvent avoir utilisé le produit sans avoir encore constaté de lésions et celles qui peuvent avoir subi des lésions du fait de l'utilisation du produit par un tiers. Il n'est pas nécessaire de recourir à un avocat pour porter plainte.

Les plaignantes et plaignants doivent fournir leur nom et adresse accompagnés d'une déclaration stipulant qu'ils portent plainte. Ils recevront alors, par retour du courrier, un questionnaire de même que les instructions complémentaires pour leur permettre de faire enregistrer leur plainte par le tribunal. Ce questionnaire devra être retourné au tribunal le 30 juillet 1986.

Source : LA PRESSE,
12 janvier 1986.

PIERRE CRÉPÔ À JONQUIÈRE

Vous appréciez les photographies de Pierre Crépô que nous publions à l'occasion dans L'UNE À L'AUTRE ? Du 7 au 30 mars prochain à la Galerie Séquence de Jonquière, vous aurez l'occasion d'admirer son exposition photographique NUIT BLANCHE MATIN ROSE, qui relate l'histoire d'une naissance à la maison.

Le dimanche 9 mars en après-midi, vous pourrez rencontrer le photographe et son sujet : la mère. Un rendez-vous à ne pas manquer au 2419, rue Saint-Dominique, local 1, Jonquière.

Pour plus de renseignements :
(418) 547-3574.



PHOTO PIERRE CRÉPÔ



- 3,50\$
 - en kiosque • librairie
 - super-marché • tabagie
 - dépanneur
 - et au siège social
- (ajoutez 1.75\$ pour la poste)

Le répertoire de l'Association
des femmes d'affaires du Québec
376, rue Sherbrooke Est.
Montréal, H2X 1E6

un répertoire unique (514) 845-4281



ÉCOLE DE NATATION GINETTE DÉZIEL

Fini la peur de l'eau...

Des cours privés de natation sont offerts à toute personne désireuse de s'adonner à cette activité. L'approche est douce et l'apprentissage se fait à votre rythme.

Information Tél. : 842-1512

VISA SANTÉ

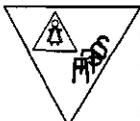
LUCIE HAMELIN
DENIS LETOURNEUX

TÉL. : (514) 438-1135

CENTRE D'ÉDUCATION
HYGIÉNISTE

JEÛNE - ALIMENTATION
HYGIÉNISTE

236, Chemin du lac Bertrand
R.R. # 2 St-Jérôme
J7Z 5T5



Les ATELIERS ALPHA-SILHOUETTE SANTÉ enr.

Approche psycho-alimentaire

Perdre du poids sans restriction alimentaire
c'est réussir à se détendre et manger dans un état d'esprit
plus sain.

Rencontres de groupe à Montréal
Rencontres individuelles à St-Bruno

Lise Pelletier

C.P. 301, St-Bruno, Qué. J3V 5G8

(514) 653-7730

LES NOUVEAUX THÉRAPEUTES EN « MÉDECINES DOUCES »

Notre dossier
dans le numéro
du printemps
1986

LE GUIDE RESSOURCES

La meilleure source
d'information sur :

- les médecines douces
- l'alimentation saine
- la croissance
personnelle
- la créativité
- la spiritualité
contemporaine

Abonnement annuel
(4 numéros) : 6,00 \$

Faites votre chèque
à l'ordre de :

GUIDE RESSOURCES

810 est, Duluth
Montréal, Qc
H2L 1B3

Si vous n'êtes pas satisfait de notre
revue, nous vous rembourserons la par-
tie non utilisée de votre abonnement.

RESSOURCES
HEALTH GROWTH CREATIVITY

guide

RESSOURCES
SANTÉ CROISSANCE CREATIVITÉ

L'ORDINATEUR DU CYCLE MENSTRUEL

BIOSELF[®] 110



L'alternative simple - naturelle. Par son concept exclusif, BIOSELF 110 redonne confiance aux méthodes naturelles du calendrier et des températures.

Chaque jour, le micro-ordinateur BIOSELF 110 emmagasine et tient pour vous, le registre exact des données de votre cycle menstruel. De plus, ces données peuvent être retransmises au moyen d'une imprimante, si nécessaire.

Un témoin lumineux fiable et facile à lire vous indique instantanément vos journées fertiles et non fertiles.

Avec BIOSELF 110 finis les calculs, finies les erreurs, fini le doute.

Information supplémentaire:
BIOSELF 110
80
Auguste
Lacaille
Boucherville
Québec
J4B 4E7
(514) 655-8802

Disponible en pharmacie et au Centre d'information BIOSELF.

MATERNA

La gamme complète de produits de soin pour la future maman

Crème anti-vergeture	12,50 \$ □	Crème baume mamelon	6,50 \$ □
Crème anti-masque	8,00 \$ □	Crème raffermissante pour le buste	7,50 \$ □
Crème jambes fines	8,50 \$ □	Lait de corps	10,00 \$ □
Crème anti-cellulite	9,00 \$ □	Bain moussant	7,00 \$ □

Les 8 produits présentés dans un joli panier d'osier Prix régulier 69,00 \$
Spécial 55,00 \$ □

ENFANTA

La gamme la plus complète de produits d'hygiène pour le nouveau-né

Savon à la lanoline	3,25 \$ □	Lotion capillaire	3,25 \$ □
Huile émolliente	3,25 \$ □	Bain mousse relaxant	3,25 \$ □
Shampooing non irritant	3,25 \$ □	Poudre de toilette antiseptique	3,25 \$ □
Lait de toilette	2,50 \$ □		

Les 7 produits présentés dans un joli panier d'osier Prix régulier 22,00 \$
Spécial 20,00 \$ □

Bon de commande Retournez à MATERNA, INC., C.P. 266, Bromont, Qué. JOE 1L0

NOM _____ TÉL. : _____

ADRESSE _____ C.P. _____