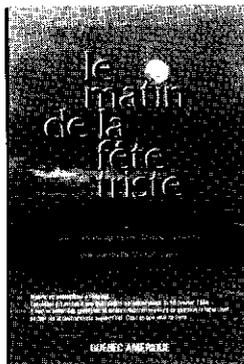


*L'une à
l'autre*



PLACE AUX BÉBÉS

Le matin de la fête triste



Quand une femme en bonne santé et son bébé meurent à l'hôpital, entouré de spécialistes qui sont censés savoir ce qu'ils font, qui se vantent d'avoir les appareils les plus sophistiqués qui soient, on se pose des questions. L'auteure, une amie et collègue de la victime, a voulu comprendre pourquoi une telle tragédie est arrivée. Elle a cherché, enquêté, questionné et trouvé. Elle a écrit ce livre pour que la vérité circule enfin et aussi dans l'espoir de susciter une réflexion, tant chez les femmes que chez les médecins.

144 pages 9,95\$

Les médecines douces au Québec

L'enracinement des médecines douces est, au Québec, un phénomène récent. Passionnée par tout ce qui touche la santé, Monique de Gramont a exploré quelques-uns des nouveaux outils alternatifs avec des médecins et des usagers. Présenté sous forme de reportage chaque article est étoffé de statistiques et de témoignages.

176 pages 12,95\$



QUÉBEC/AMÉRIQUE

450, Sherbrooke Est, suite 390, Mtl, Qc, H2L 1J8

Commandes téléphoniques acceptées: (514) 288-2371

Michèle Joannette
Acupuncteur

Clinique Médicale de Montréal
8415 St-Denis, 382-6550
Montréal

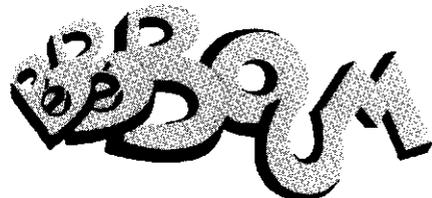
Nutrition, santé.
Nature, éco-société.
Croissance, conscience.
Technologies douces.
Jardinage, agriculture.
Spiritualités.
Loisirs, contes.

Librairie Boite de Nidje

la librairie
des ressources

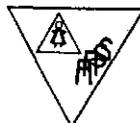
OUVERT 7 jours/semaine

312 Est, rue Ontario
Montréal, Qué.
H2X 1H6
514/843-7997
☎ Berri



Vêtements pour enfants

5135, BOUL. ST-LAURENT, MONTRÉAL, QC H2T 1R9 274-4231



LES ATELIERS
ALPHA-SILHOUETTE SANTÉ enr.

Approche psycho-alimentaire

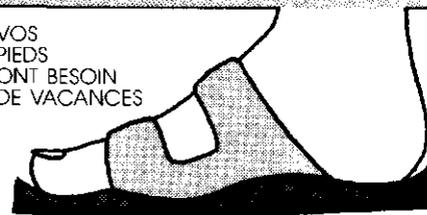
Perdre du poids sans restriction alimentaire
c'est réussir à se détendre et manger dans un état d'esprit
plus sain.

Rencontres de groupe à Montréal
Rencontres individuelles à St-Bruno

Lise Pelletier

C.P. 301, St-Bruno, Qué. J3V 5G8 (514) 653-7730

VOS
PIEDS
ONT BESOIN
DE VACANCES



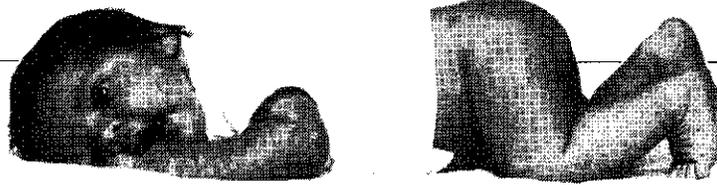
Où
trouve-t-on
les

BIRKENSTOCK?

souliers sandales bottes

CoCréation
L'OISEAU TONNERRE

501 Duluth est (coin Berri)
Montréal Tél.: (514) 527-0881



« Il faut inonder de lettres Thérèse Lavoie-Roux, diffuser l'information en région, se rendre visibles. C'est grâce à la force que nous allons déployer que nous réussirons enfin », insistait la présidente Lorraine Leduc au colloque annuel de NAISSANCE-RENAISSANCE en avril dernier, faisant allusion au projet de maisons de naissance reporté à plus tard par le nouveau gouvernement provincial. Y aura-t-il toujours plus urgent que la maternité ?

Plus que jamais, la revue LUNE À L'AUTRE se doit d'être un tremplin de l'information en matière d'humanisation et de périnatalité. Nous ne pouvons cependant jouer ce rôle sans la participation de toutes les personnes intéressées de près ou de loin par la cause. Nous vous invitons donc à nous signaler vos bons coups, vos actions, afin d'éviter de débouler les énergies. Il y a en effet tant de thèmes à aborder qu'il serait dommage que deux groupes consacrent temps et efforts à monter des dossiers identiques. Faites-nous parvenir copie des lettres que vous adressez aux diverses instances, copie des documents que vous publiez.

De notre côté, nous nous engageons à vous « alimenter » de notre mieux de façon à ce que l'information circule dans les deux sens. Ainsi, dans le présent numéro, nous dressons un bilan des grandes idées débattues au colloque, nous vous invitons à la réflexion avec des articles sur le Depo-Provera, l'ostéopathie et les interventions auprès du bébé à la naissance et nous vous encourageons à la détente avec « Mouvance en eau ».

Bonnes vacances et revenez-nous en forme !

NAISSANCE-RENAISSANCE Suzanne Blanchet relate le colloque annuel. **4**

PROFESSION : SAGE-FEMME Le Québec s'apprête à redonner leur place aux sages-femmes : table ronde du colloque de NAISSANCE-RENAISSANCE. **6**

OBSTÉTRIX Le Depo Provera, une nouvelle bombe à retardement ? **7**

LE DOSSIER Les femmes enceintes revendiquent leurs droits, mais elles oublient parfois de s'assurer que ceux du bébé sont également respectés, constate Camille Larose. **8**

MIROIR DE FEMMES L'eau, un élément naturel : Francine Gagnon analyse diverses approches offertes aux femmes enceintes. **14**

POUR DES MAISONS DE NAISSANCE LES CENTRES DE MATERNITÉ, un débat public sur une question d'actualité. **16**

SACRÉE SANTÉ Hélène Vadeboncoeur démystifie l'ostéopathie pour la femme enceinte. **18**

NOUS AVONS LU Isabelle Brabant, Michèle Champagne et Céline Lemay partagent leurs lectures. **19**

NOUVELLES EN BREF **22**

Couverture : Etienne, 10 jours, photographié par sa mère Sylvie Hélu.

LUNE À L'AUTRE ÉDITEUR : Naissance-Renaissance RÉDACTRICE EN CHEF : Suzanne Blanchet COORDINATION : Dhyane Jazzi COLLABORATION : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Francine Gagnon, Camille Larose, Céline Lemay, Hélène Vadeboncoeur GRAPHISME : Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier COMPOSITION : Composition Solidaire inc. IMPRESSION : Presses Elite Inc. MARKETING : Lucie Gervais PROMOTION : Francine Dubreuil SECÉTARIAT : Christyne Ouellet POLITIQUES DE LA MAISON : Nous laissons aux auteurs l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteur). 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. ISSN : 0824-8230. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.



NOTRE FORCE DE CHANGEMENT

Sous le thème « *Notre force de changement* », le colloque annuel de Naissance-Renaissance, qui se déroulait les 4, 5 et 6 avril derniers, visait visibilité et reconnaissance. Or, habituellement lieu de formation pour ses membres, le colloque est devenu cette année un lieu de réflexion et de débat grâce à la participation de personnes extérieures à NAISSANCE-RENAISSANCE. D'aucunes ont déploré que les professionnelles de la santé occupaient toute la place au détriment des groupes d'humanisation qui se sont faits discrets, mais Hélène Valentini, responsable de l'organisation du colloque, estime pour sa part qu'il s'agit d'un pas dans la bonne direction, si ces professionnelles réalisent qu'elles ont posé un acte politique en assistant au colloque, bien placées qu'elles sont de diffuser maintenant dans leur milieu l'information recueillie.

Trois approches ont permis une mise en commun de la parole ainsi qu'une confrontation des expériences et des conceptions : le panel sur les centres de maternité, qui attirait plus de 400 personnes (voir page 16), les tables rondes et les dix ateliers où se répartissaient 215 femmes et deux ou trois hommes.

Traçant le portrait du mouvement d'humanisation et de la consultation gouvernementale, panelistes et représentantes de groupes de pression soulignent que les consultations ont engendré un nouveau mouvement : la récupération de l'expertise développée par les groupes au profit des établissements gouvernementaux. Par ailleurs, des militantes déplorent qu'on leur accole encore une image marginale. Marginalisation et récupération, cruel dilemme qu'on pourra peut-être résoudre en apprenant le langage des organismes en place et en organisant un réseau d'action orchestré à tous les niveaux pour réagir rapidement à l'opposition et faire changer non seulement les structures, mais surtout les mentalités qui les sous-tendent.

La table ronde sur l'humanisation aura donc servi d'amorce à une politisation du mouvement et à l'ouverture de NAISSANCE-RENAISSANCE sur d'autres groupes qui font partie du mouvement d'auto-santé des femmes. « Cet élargissement est important, insiste Hélène Valentini. Il confirme la création de nouvelles alliances et témoigne des efforts de visibilité de NAISSANCE-RENAISSANCE. »

Deux autres tables rondes ont donné lieu à des discussions, l'une sur la place des sages-femmes au Québec (voir page 6), l'autre sur l'accompagnement à l'hôpital, un



rôle qui ne correspond pas toujours aux attentes de l'accompagnante et de l'accompagnée, une présence qui risque parfois d'usurper la place du père et d'incommoder le personnel hospitalier, si les personnes concernées n'ont pas pris la peine de discuter ouvertement de leurs responsabilités respectives.

Ateliers

Les représentantes des usagères se sont davantage dirigées vers les ateliers pour se ressourcer et prendre de l'information plutôt que de confronter les idées dans les tables rondes. Réunies autour de Céline Lemay, une trentaine de femmes échangent sur la maternité après 35 ans. Pourquoi parle-t-on systématiquement de grossesses à risque dans les hôpitaux ? Il est vrai qu'on s'imagine déjà qu'il faut intervenir quand la mère a 20 ans, à plus forte raison quand elle en a 40 ! Bien que la grossesse après 35 ans demande effectivement plus de prudence, il ne faut pas généraliser : tous les cas ne sont pas identiques. Pour s'assurer de la bonne forme de la future mère, il faudrait dresser son bilan de santé avant même la conception.

Sans compter que la femme de plus de 35 ans qui décide d'avoir un enfant pose la plupart du temps un geste réfléchi : il s'agit rarement d'un accident. Cette femme a donc davantage besoin d'une préparation psychologique, parce que ce



1. & 2. Atelier « Le jeu ». 3. « Gymnastique douce et baladi ». 4. Céline Deslile, accordéoniste.



8

n'est pas tout de mener la grossesse à terme : la vie change avec l'arrivée d'un enfant, surtout quand on a vécu 35 ans de célibat !

Dans la même voie, l'atelier animé par Huquette Boilard se penche sur l'année qui suit la naissance. Parlant de la célèbre dépression « post partum », l'animatrice souligne qu'il faut faire la distinction entre le « baby blues » normal et la dépression véritable qui se traduit par la révolte, l'épuisement, la frigidité, le manque de sommeil et des sentiments d'angoisse, d'ambivalence et de culpabilité. Ces symptômes se retrouvent non seulement dans l'année qui suit la naissance, mais souvent même deux ou trois ans après.

Plus tristes encore, des femmes témoignent à Isabelle Brabant leurs deuils silencieux. Difficile d'assumer la mort d'un enfant dans cette société qu'est la nôtre. Interdiction de manifester sa peine, surtout quand il s'agit d'une fausse couche : « C'est pas grave, t'en auras un autre ». Comme si ce fœtus n'était pas déjà un enfant désiré et aimé ! Peut-on s'en sortir ? « Il m'a fallu dix ans, non pas pour oublier, mais pour voir la mort de façon positive grâce à des lectures appropriées », affirme une mère dont le bébé d'un mois est mort dans ses bras. « Au lieu de nous poser des questions, notre entourage, les infirmières, les médecins devraient nous écouter. Mais on

nous empêche de parler. »

Innovation cette année au colloque de NAISSANCE-RENAISSANCE : la journée « femme enceinte », qui a aidé 33 femmes à prendre conscience de leur capacité à donner naissance, à découvrir que l'accouchement est un processus mental aussi bien que physique.

C'est la fête

Le colloque annuel est également un lieu de réjouissances. Trois ateliers très courus ont donné la note : « Gymnastique douce et baladi » a permis aux participantes de s'essayer à la danse du ventre sur un fond musical marocain. Claire Rose, danseuse et enseignante, a ensuite donné une démonstration de son savoir-faire, pour le plus grand plaisir de toutes... et celui du photographe !

Diane Ricard, psychophoniste qui fait entendre sa voix partout où elle passe, a proposé à ses élèves d'un jour une série d'exercices visant à découvrir la puissance de leur propre voix et à leur faire prendre conscience de son influence sur la femme qui accouche. Qui n'a pas rêvé d'une voix rassurante à son accouchement !

Profitant des premiers rayons de soleil printaniers, l'animatrice Francine Ducharme a amené les femmes à l'extérieur de l'édifice de l'Union Française où se tenait le colloque, question de mettre en pratique des jeux pour faire con-

naissance, des jeux de contact, des jeux de confiance qui deviendront ensuite des outils d'animation dans les rencontres prénatales.

Pendant que les repas devenaient lieux de retrouvailles sous un air d'accordéon, l'artiste Céline Grenier « moulait » le ventre épanoui d'une femme enceinte.

Au terme de trois journées bien remplies, la présidente Lorraine Leduc souhaitait bonne chance dans sa nouvelle orientation à Paula McKeown, une des membres fondatrices de NAISSANCE-RENAISSANCE et active au sein de la permanence depuis deux ans. Sans plus tarder, Paula a « passé le flambeau » à Marie-Claude Martel avant que ne circule un dernier courant d'énergie dans la grande chaîne qu'ont formé les femmes pour chanter, sur un l'air de « Les amours, les travaux », de Gilles Vigneault, les paroles de Francine Ducharme et Céline Desile : « Une force que je chante, veut sortir droit de mon ventre, elle vit, elle crie, pour changer le monde. »

« Le colloque a doté les femmes d'outils et d'énergie pour poursuivre leur tâche individuellement dans leur milieu de travail, appuyées qu'elles se sentent par un mouvement de plus en plus fort », conclut avec fierté Héléne Valentini. ■

SUZANNE BLANCHET



5 & 6. Séance de moulage. 7. Paula McKeown. 8. Marie-Claude Martel.



ÊTRE RECONNUES

**Poursuivre
les pressions
pour
obtenir
la légalisation**

Fini, le temps de la sage-femme amateur, toute remplie de pensée magique, l'héroïne d'une époque révolue. La sage-femme québécoise devra être scientifiquement irréprochable, politiquement audacieuse, humainement impliquée. » Entendu dans le cadre de la table ronde « Profession : sage-femme », au colloque annuel de NAISSANCE-RENAISSANCE, un tel discours sous-entend la reconnaissance officielle de la sage-femme. Ce qui n'est pas encore acquis, loin de là.

on accède au droit à partir de formations de base différentes. C'est ainsi seulement que la profession restera autonome.

« Le cours de nursing ne devrait en aucun cas être un pré-requis obligatoire pour accéder à la formation de sage-femme, poursuit-elle, s'appuyant sur quinze ans de combats et de pratique comme sage-femme militante. Puisse dans nos cours, évitez les modèles européens dont la tendance est à la médicalisation et où la profession perd de son autonomie, sauf peut-être en Hollande. Voyez du côté des pays en voie de développement, où la sage-femme traditionnelle a préservé son statut. Ne laissez la gestion de la profession ni aux médecins, ni aux infirmières. Ils ne comprennent pas les besoins des sages-femmes. »

Mais veut-on des sages-femmes, en milieu hospitalier ? Présente à la table ronde, une infirmière croit que son intégration y est souhaitable et faisable. De nombreux postes vacants n'ont pas été comblés depuis plusieurs années dans les hôpitaux. Par ce biais, une intégration « douce » est donc possible.

Venue de Schefferville, une participante rappelle le problème aigu des femmes enceintes en régions éloignées, transférées à huit mois de grossesse dans divers hôpitaux dotés de spécialistes et de ce fait isolées de leur milieu. Il est même question de les transférer à sept mois pour plus de sécurité. Les femmes autochtones, qui vivent une situation semblable, se trouvent particulièrement bouleversées dans un milieu complètement nouveau et inconnu pour elles. Les sages-femmes acceptent-elles de travailler en régions éloignées ? Sans être une panacée, leur présence serait certes un élément de solution.

Comme on peut le constater, les questions fusent, mais les réponses sont rares. À coup de colloques et d'efforts d'humanisation, les Québécoises ont commencé à identifier ce qu'elles ne veulent plus des services hospitaliers. Cependant, les diverses expériences individuelles vécues jusqu'à maintenant ont-elles permis de dégager réellement tous les besoins spécifiques pour en arriver à un consensus en matière d'humanisation des soins ? Faudra-t-il effectuer des recherches pour évaluer les coûts reliés à l'intégration de la sage-femme ? L'État aura en effet son mot à dire, puisqu'il semble acquis qu'on veuille offrir à toute la population l'accès aux soins et à la pratique de la sage-femme dans le cadre de l'assurance-maladie.

Plus que jamais, les consommatrices et les consommateurs devront s'organiser en groupes de pression crédibles. Un pas a d'ailleurs été fait en ce sens au lendemain de la table ronde, lors de l'assemblée générale du MOUVEMENT SAGE-FEMME, lequel est devenu une association autonome des autres regroupements qui représente les usagers et les usagères et qui entend poursuivre les pressions pour obtenir la légalisation de la profession. ■

CAMILLE LAROSE



Fran Ventre

PHOTO ROBERT BEAUDET

On veut que cette future sage-femme acquière une formation scientifique, rien de plus normal. Mais quelle sera cette formation ? Si le manque de temps et le nombre élevé de participantes ont empêché d'en arriver à un consensus, si aucune recommandation officielle ne s'est de ce fait dégagée, les voix se sont néanmoins fait entendre.

Ainsi, Monique Beauchemin, qui a suivi un cours de sage-femme en Suisse, souligne que là-bas, la formation vise essentiellement à intégrer la sage-femme au milieu hospitalier. Entièrement encadré par les médecins, la sage-femme se retrouve sans autonomie, dépendante des médecins dont la pratique n'empêche aucunement l'interventionnisme.

Les cours offerts chez nous devraient porter davantage sur le pré-natal, la démedicalisation, l'humanisation des soins, la psychologie de la femme enceinte et les besoins de la nouvelle famille. Pourrions-nous influencer les pouvoirs en place pour éviter la mainmise des médecins sur la nouvelle profession ?

Fran Ventre, d'abord sage-femme autodidacte, puis infirmière sage-femme, est plus catégorique encore. Cette Américaine croit qu'il faudra non seulement dégager la profession de la tutelle des médecins, mais aussi de celle des infirmières. En obtenant par exemple que la profession ne soit pas ouverte aux infirmières en exclusivité, mais également à diverses professionnelles de la santé, de la nutritionniste à l'enseignante du pré-natal en passant par la simple mère de famille, un peu comme

BOMBE à retardement

Ce n'est pas parce qu'un médecin prescrit un médicament qu'il est forcément inoffensif : « Un médicament peut avoir une liste de deux colonnes d'effets secondaires [...] le médecin n'est pas payé pour donner des explications », déclarait le président de la CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS, le docteur Augustin Roy, dans une entrevue accordée à la revue Justice en mars dernier.

Ce n'est pas non plus parce qu'un médicament est sur le marché qu'il est sans danger : qu'on se rappelle la Thalidomide, le Bendectin et le DES, pour ne nommer que ceux-là. Pourtant, le gouvernement canadien s'apprête à nous refaire le même coup, en autorisant cette fois le Depo-Provera à titre de contraceptif injectable. Mais qu'est-ce au juste que le Depo-Provera ?

Hormone progestative de synthèse produite dans les années 50 par la compagnie américaine Upjohn, ce médicament n'est autorisé aux États-Unis que pour traiter les cancers de l'endomètre et du rein et de façon restreinte à d'autres fins. La FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) juge en effet que ce produit présente trop de risques pour la santé sous forme de contraceptif injectable. Elle tient tête à Upjohn depuis vingt ans et entend poursuivre dans cette voie tant que le fabricant n'aura pas fourni des recherches suffisantes. « Upjohn dit et répète que la meilleure preuve de son innocuité et de son efficacité réside dans la généralité de son emploi depuis plus de 15 ans¹ » !

Pas surprenant alors que cette compagnie se cherche un nouvel allié. Et il semble qu'elle l'ait trouvé au Canada. Le ministère de la Santé et du Bien-être social ignore sans doute la recommandation d'un sage dicton : « Dans le doute, abstiens-toi. » Il est vrai qu'il est encore impossible d'affirmer que le Depo-Provera est dangereux ou non. « L'essentiel de la controverse actuelle tourne autour de l'interprétation à donner aux effets observés en laboratoire sur les animaux, d'une part, et autour de la portée de ces résultats pour la santé des femmes qui sont en cours de traitement pour un cancer ou qui se servent du produit comme contraceptif »². Pourtant...

COBAYES

Avant que les humains servent de cobayes, les animaux sont la première cible des chercheurs. Or, même les vétérinaires refusent que cette drogue ne soit administrée à leurs animaux. Le Dr Dominique Bhérier, un vétérinaire de Maniwaki, téléphonait récemment à la FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES afin de manifester son indignation : comment peut-on songer à utiliser le Depo-Provera chez des femmes en santé, quand on a découvert chez des animaux à qui on l'avait injecté que l'utérus avait atteint de quatre à cinq fois sa taille normale ?

Cette préoccupation ne semble pas effleurer l'esprit du gouvernement canadien, même si les effets secondaires chez les êtres humains commencent à être également connus, puisque les femmes du Tiers-Monde,

comme toujours, ont servi de cobayes. D'aucuns prétendent que ce sont elles qui le réclament, mais quand on sait qu'elles reçoivent un poulet ou un autre produit de consommation en guise de récompense, soit l'équivalent d'une ou deux semaines de salaire, on peut se demander s'il s'agit d'un choix rationnel !

Parmi les effets secondaires à court terme qui ne semblent pas effrayer nos autorités fédérales, on note des douleurs abdominales, une perte ou un gain de poids (jusqu'à plus de 30 livres), une diminution ou une perte de désir et du plaisir sexuels, des maux de tête, des troubles visuels, des vertiges, la perte des cheveux, des nausées, des douleurs dans les articulations, des pertes vaginales, l'apparition de plaques sur le visage, des sensations agaçantes à la poitrine, des saignements irréguliers ou prolongés et l'absence de menstruations.

Le Dr Ian Henderson, de la DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ, organisme canadien équivalent du FDA américain, voit dans ce dernier effet secondaire un avantage : « Il est aujourd'hui culturellement acceptable de reconnaître que les menstruations sont un embarras pour les femmes. Elles seront soulagées de prendre un médicament qui les élimine. Lorsque le Depo-Provera sera autorisé, notre tâche sera de convaincre les femmes que l'arrêt des menstruations est un effet secondaire naturel sans danger pour leurs organes génitaux, lesquels se retrouveront à l'état qu'ils étaient à l'enfance³. »

On espère peut-être qu'une fois leurs organes génitaux infantilisés, il sera plus facile de manipuler les femmes et leur faire avaler les effets secondaires à long terme comme la réduction du niveau d'oestrogène relié à la contraction prématurée du vagin et à l'ostéoporose, les risques de cancer du col de l'utérus, de l'endomètre et du sein, la mort précoce, l'anémie, le diabète, les maladies utérines, les dommages à l'hypophyse, l'affaiblissement du système immunitaire, sans compter les effets possibles sur l'allaitement et les enfants nourris au sein chez les femmes qui deviendraient enceintes après avoir cessé de recevoir le Depo-Provera... si jamais elles le deviennent, car le risque de stérilité définitive figure également sur la liste des effets secondaires d'une drogue qui pourrait s'avérer une bombe à retardement. Devant tant d'incertitudes, pourquoi vouloir en accélérer la commercialisation ? ■

SUZANNE BLANCHET

¹ GROUPE DE RECHERCHE D'INTÉRÊT PUBLIC-QUÉBEC. *Depo-Provera : La femme aux oeufs morts*, 1982.

² Op. cit.

³ KINESIS, Déc./Jan. 1985-6, répertorié dans le dossier complet qu'on peut obtenir de la Fédération du Québec pour le planning des naissances, 3826, rue Saint-Hubert, Montréal (Québec) H2L 4C5. Au téléphone : (514) 842-9501.



JUSTICE, mars 1986

Depo-Provera : la politique avant la santé



PHOTO TADEUSZ PACZULA

LOI



rsque bébé paraît

On a beaucoup parlé, ces dernières années, d'humaniser les soins entourant la grossesse et l'accouchement. Les femmes préoccupées par ces questions sont parvenues à identifier leurs besoins, à définir les interventions non souhaitables, à obtenir des soins plus conformes à ces besoins spécifiques. A-t-on, finalement, un peu oublié de parler de bébé ?

Peut-être a-t-on cru, un peu naïvement, que personne au monde ne voulant faire du mal à un bébé, ce qui est vrai, il était peu probable qu'on lui en fit. Ce qui est moins sûr. Déjà Leboyer, dont la démarche visait beaucoup plus le bien-être du bébé que celui de la mère, avait dénoncé la pratique de la célèbre fessée aux premières secondes de vie (quel accueil !) et proposait de tamiser les lumières pour ne pas heurter l'œil sensible du bébé naissant, habitué à la noirceur du ventre.

Après bien des luttes soutenues par l'éveil de tout un mouvement d'humanisation, on obtint que le bébé fut accueilli avec un minimum de compassion pour sa fragilité. Rares aujourd'hui sont les médecins qui soulèvent par les pieds le petit être à peine sorti du vagin, le tournent à l'envers, lui appliquent la claque agressive avant de le remettre en pleurs aux mains des infirmières. Quelques-uns consentent même à tamiser les lumières quelques minutes, la plupart convaincus cependant qu'ils ratent ainsi une surveillance précise indispensable au dépistage de problèmes cruciaux.

Le gros bon sens nous dit pourtant que le bébé qui vient de naître a besoin de chaleur, d'amour, de repos, de tranquillité. Mais que vaut le gros bon sens, apanage des mères émotives, dit-on, devant la crainte panique d'une hausse des statistiques en mortalité infantile ? Que vaut le gros bon sens contre la panoplie d'interventions préventives développée à coup de milliards et qu'il faut bien rentabiliser ?

Voyons donc les principales manipulations et interventions sur le bébé en salle d'accouchement et à la pouponnière, à la lumière, non tamisée celle-là, de l'humanisation des soins.

Le cordon : ne coupez pas !

Dans sa grande sagesse, la nature a prévu qu'on ne puisse arracher brutalement un enfant à sa mère. Le cordon relie toujours l'un à l'autre. Vite, on coupe ? C'est malheureusement ce qui se passe le plus souvent. Des recherches démontrent pourtant que laisser le bébé reprendre ses sens grâce à l'oxygène qui circule encore dans le cordon l'aide à bien faire son entrée dans le monde. Dans les hôpitaux plus ouverts à l'humanisation des soins, on consent à attendre quelques minutes avant

d'effectuer cette coupure, le temps que cesse naturellement la circulation sanguine dans le cordon. On permet même parfois que cette coupure soit faite par le père.

Étienne, 3 jours

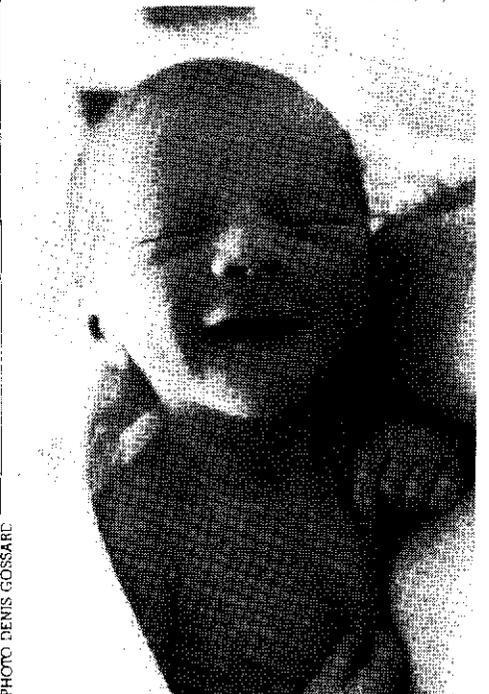


PHOTO DENIS GOSSARC

P A R C A M I L L E L A R O S E

« Le bébé est sans voix pour se défendre comme les femmes l'ont fait pour elles-mêmes. »

Du point de vue du bébé, cette attention est plus que bénéfique et permet quelques minutes de grâce dont les femmes peuvent profiter au maximum en faisant connaissance avec cet être qu'elles ont mis au monde, au prix de tant de labeurs et de douleurs.

De l'enlèvement comme routine

Chaque accouchement a son histoire précise, factuelle. Il est évident qu'on ne se préoccupe pas tout à fait de la même manière d'un prématuré de sept mois que d'un enfant né à terme, d'un bébé né par césarienne que d'un enfant né vaginalement. Mais quel que soit l'état du bébé à sa naissance, la tendance du système médical est de l'enlever le plus vite possible à sa mère pour procéder à des examens de routine.

La philosophie du « au cas où », que l'on connaît bien ailleurs, s'applique d'autant plus facilement au bébé que celui-ci est sans voix pour se défendre, expliquer, réclamer, comme les femmes l'ont fait pour elles-mêmes.

La séparation de la mère et de l'enfant a ses justifications médicales :

1. il faut s'assurer que le bébé est en vie ;
2. il faut l'examiner sous toutes les coutures pour évaluer ses chances de survie ;
3. il faut le laver et l'isoler pour prévenir les infections ;
4. la mère doit délivrer le placenta et probablement doit-on recoudre l'épisiotomie.

De plus en plus de femmes veulent qu'on leur donne leur bébé immédiatement après l'accouchement. Pourquoi tant d'autres se croient-elles encore trop lasses ou inaptes à s'occuper d'un être qui leur semble si fragile ? Le personnel hospitalier

encourage bien souvent cette attitude en recommandant à la nouvelle maman de se reposer pour « récupérer ». Dégagée de toute responsabilité, elle développe rapidement un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Pendant ce temps, médecins et infirmières ont entière liberté d'agir, d'intervenir.

De nombreuses études publiées au cours des dernières années ont analysé l'influence de la technologie appliquée au bébé par le système médical. Ainsi s'est-on longuement penché sur le problème de la séparation mère-enfant, devenue routine courante dans les hôpitaux pour prévenir les infections très courantes... au début du siècle. « Après la naissance, déplore la mère d'une prématurée, on me donnait l'impression que le simple fait de toucher à ma petite fille était un risque pour sa santé. Malgré tout, je lui ai effleuré le visage et je lui ai dit que je l'aimais. »

Dans la foulée de cette séparation artificielle devaient suivre logiquement l'allaitement au biberon, les théories sur la pertinence de laisser les bébés pleurer longuement dès la naissance et une philosophie de stricte discipline imposée au nourrisson : boire aux quatre heures, faire ses nuits au plus vite, etc.

On pourra toujours s'interroger sur la pertinence d'avoir à prouver scientifiquement les besoins d'amour du bébé et l'importance d'établir des liens précoces entre lui et sa mère, son père et les autres membres de la famille. Des études ont quand même été entreprises, certaines affirmant qu'on trouvait plus d'enfants battus chez les mères de prématurés qui n'avaient que tardivement accès à leur bébé, d'autres reliant la séparation aux problèmes de dépression post partum. Quelques rapports signalent plus simplement que moins l'enfant reçoit de soins maternels, plus il pleure. Enfin, dans les années 70, on a abondamment discuté des effets potentiels à long terme de cette première séparation et de la nécessité d'établir précocement des liens soutenus avec le bébé (early bonding).

Et puisqu'il faut tout dire, réapprendre des gestes qui furent un jour instinctifs et spontanés, rappelons que la meilleure manière d'accueillir un enfant naissant est

de le prendre dans ses bras, le réchauffer contre son sein, le regarder droit dans les yeux, lui parler doucement, le toucher partout, lui témoigner, en un mot comme en cent, de l'amour.

Premiers contacts

K lauss et Kennell, deux chercheurs et pédiatres américains, ont découvert un renseignement précieux : le bébé possède, dès les premières heures de la naissance, une acuité visuelle particulière qu'il perd par la suite, pour ne la retrouver que quelques semaines plus tard. L'importance du contact visuel forme d'ailleurs la base de tout un courant psychologique en éducation de l'enfant et dans les relations avec autrui.

Le bébé voit-il vraiment ? Vraie ou fausse, la théorie a été rapidement récupérée par les mouvements d'humanisation, car donner immédiatement l'enfant à sa mère pour qu'elle le regarde dans les yeux provoque automatiquement les gestes d'amour tout aussi indispensables à sa survie que les soins professionnels préventifs.

En observant son enfant tout neuf, la mère remarquera sans doute qu'il est couvert d'une couche crémeuse : le vernix. Dans la matrice, le vernix sert d'isolant et



PHOTOS JUDITH POTIER

préserve la peau. Après la naissance, il protège du froid, sert à lutter contre la déperdition de chaleur et protège la peau contre les germes. En massant doucement le bébé, la mère peut faire pénétrer cette substance sur tout l'épiderme.

À l'hôpital, pour des raisons d'aseptie, à notre avis fort mal comprises, on préfère donner un bain le plus vite possible. Cela est rarement nécessaire et peut certes attendre un jour ou deux, même davantage ; le bébé naissant n'est pas sale : tout au plus est-il souillé en certains endroits par l'eau mêlée de sang qui s'échappe du vagin en même temps que lui. Un linge humide à ces endroits suffit amplement pour le moment.

Ce premier contact privilégié avec l'enfant devrait durer au moins une heure. Si le père est présent, et il l'est de plus en plus, il peut lui aussi prendre le bébé dans ses bras et faire connaissance. Tous ces épanchements ne sont évidemment possibles que si le personnel est très discret, voire absent. Ils seront davantage favorisés dans les chambres de naissance, après un accouchement naturel où la mère est en meilleure forme, que dans la salle d'accouchement froide et aseptisée où la mère n'est pas confortable, souvent affaiblie par les

drogues, calmants, épidurales, forceps ou autres.

Une famille vient de se créer avec l'arrivée du bébé. Ce trio a besoin avant tout d'intimité pour jouir les uns des autres sans réserve avant de vivre la période de soins constants et d'ajustements psychologiques qui s'annonce.

La pouponnière

Même si vous avez bénéficié de plusieurs longues minutes avec votre bébé, viendra le temps où l'on insistera pour « faire son admission » à la pouponnière. À moins d'un arrangement préalable indiquant votre désir de cohabiter avec votre enfant, votre bébé vous sera effectivement enlevé pour des examens de routine.

Que fait-on au juste au bébé dans les pouponnières ? Peu de femmes le savent, et rares sont les médecins ou les infirmières qui expliquent les interventions et la qualité de vie du bébé en pouponnière. Le sachant, peut-être les mères hésiteraient-elles davantage à se séparer de leur bébé.

Evidemment, ici encore, les justifications des interventions semblent sérieuses et réalistes : toujours le « au cas où » ! On fait donc une injection de vitamine K pour prévenir les rares cas d'hémorragies ombilicales ou cérébrales. On administre des gouttes antibiotiques dans les yeux pour prévenir les infections... au cas où la mère aurait, à son insu, une MTS (maladie transmissible sexuellement), avec risque d'œdème pour l'enfant.

On délaisse, paraît-il, la pratique d'aspirer les sécrétions du bébé, une intervention douloureuse et dangereuse qu'on ne garderait plus que pour les cas urgents. Un point important à vérifier auprès de votre médecin.

On pique le bébé au talon pour effectuer des prélèvements sanguins, on lui donne un bain et on nettoie le cordon. On le pèse et le mesure. Il faut exiger que la température soit prise sous le bras plutôt que par voie rectale : c'est quand même moins désagréable !

Après toutes ces manoeuvres plus ou moins intempestives et parfois douloureuses, même en des mains affectueuses et compétentes, on laisse l'enfant seul dans

« On pourra toujours s'interroger sur la pertinence d'avoir à prouver scientifiquement les besoins d'amour du bébé. »

son berceau. S'il pleure, on juge qu'il a faim et on lui donne généralement un biberon d'eau sucrée.

La mère peut choisir de refuser toutes les interventions, au risque de se voir fortement culpabilisée par le personnel. À celles qui hésitent à confier le nouveau-né à la pouponnière, on argumentera que le bébé a besoin de la chaleur particulière de l'endroit pour stabiliser sa température, comme si la chaleur du corps maternel n'était pas conçue à cet effet ! On dira encore qu'il est nécessaire de le surveiller constamment. N'est-il pas irréaliste de croire qu'un bébé puisse être constamment surveillé dans un hôpital le moins achalandé, comme ils le sont à peu près tous ces temps-ci ? Ses besoins seront-ils promptement satisfaits ? On peut en douter.

Un bébé a besoin de sentir la chaleur d'une mère nourrissante entre les boires. Il a besoin de repos tranquille, à l'abri d'un éclairage violent et d'une ambiance agitée. Allez dans une pouponnière et observez ces âgés d'une heure à peine regardant autour d'eux, cherchant désespérément à sucer leurs mains ou leurs couvertures : ces bébés devraient être avec leur mère !

On peut sûrement imaginer aussi quelle terrifiante expérience représente la faim pour le nouveau-né. C'est d'autant plus douloureux pour lui qu'il n'a aucune façon de savoir quand ou comment cette douleur disparaîtra. Le nourrit-on à la demande dans les pouponnières ? Chaque fois qu'il pleure ? De 8 à 18 fois par jour, s'il le faut ? Il arrive souvent que les bébés s'endorment épuisés à force de pleurer.

Il existe bien sûr des pouponnières où l'enfant est relativement bien soigné : on le berce, lui murmure des chansons, le cajole et le promène. N'est-ce pas là usur-



PAS DE POUPONNIÈRE

Depuis quelques années, un mouvement est amorcé pour obtenir l'implantation de maisons de naissance, un lieu complètement autonome de l'hôpital où les femmes enceintes pourraient accoucher en compagnie de sages-femmes et de médecins dans une philosophie non-interventionniste avec pour conséquence que dans ces centres de maternité, aucune pouponnière n'y est prévue.

per un rôle qui revient de droit à la mère ou au père ?

La cohabitation

Cohabiter avec son enfant devient pour plusieurs mères la solution à tous ces problèmes. Il est alors possible de prolonger le contact amorcé en salle d'accouchement et de s'initier immédiatement à l'apprentissage de la prise en charge. Les risques d'infection sont moins élevés qu'à la pouponnière, où se côtoient les enfants sains et les enfants malades.

Relativement nouveau dans nos milieux hospitaliers, le concept de la cohabitation exige un support indispensable de la part du personnel. Certains hôpitaux encouragent la cohabitation, d'autres la tolèrent. Une nuance d'importance, puisque dans ce dernier cas, l'absence de support risque de rendre l'expérience fort difficile, plus particulièrement chez les primipares.

La cohabitation est beaucoup plus agréable dans une chambre privée, pour laquelle il faut cependant payer un supplément. Certains hôpitaux font d'ailleurs de la chambre privée une condition obligatoire à la cohabitation. D'autres la permettent même dans les chambres communes, pour éviter de pénaliser les couples moins fortunés.

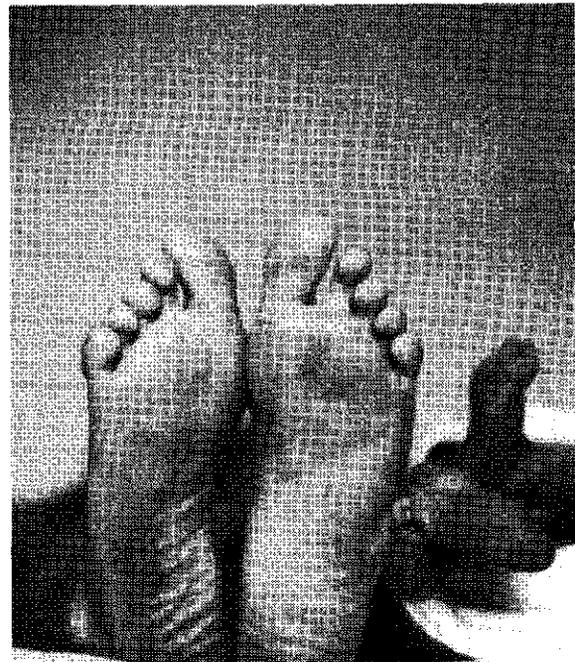
La cohabitation demande la plupart du temps l'aide d'une tierce personne pendant les premières heures : le conjoint, une parente, une amie expérimentée. À l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, où la cohabitation est permise et encouragée, peu de femmes la demandent. Encore plus rares sont celles qui exigent la cohabitation idéale, 24 heures sur 24. La plupart renvoient leur bébé à la pouponnière pour la nuit.

Pour comprendre cette attitude, il faut savoir que pendant la grossesse, peu de médecins et de responsables des cours prénatals abordent la question. Il est alors trop tard pour prendre la décision de cohabiter, une fois à l'hôpital et sans préparation, si l'on a ignoré jusque-là que la chose est possible.

Ou encore, la nouvelle maman est terrorisée à l'idée de soigner son enfant, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier. On peut alors s'interroger sur la façon dont on transmet un savoir aussi élémentaire dans les cours prénatals et, par la suite, à l'hôpital. « Si seulement une personne compétente m'avait aidée à comprendre les besoins de mon bébé et mes aptitudes personnelles à le soigner, jamais je ne l'aurais mis à la pouponnière », s'exclame une jeune mère. Comment changer les couches, donner un bain, nettoyer le cordon, nourrir à la demande, demander aide et assistance sont autant de thèmes qui auraient dû être traités déjà. Le personnel hospitalier qui décèle quelque difficulté de ce côté devrait encadrer et encourager la mère dans son nouvel apprentissage, au lieu de tout faire à sa place.

Court séjour

Enfin, pour éviter la pouponnière et les tracasseries d'horaires de la cohabitation, on peut toujours prendre congé de



l'hôpital le plus rapidement possible. Bien peu de nouvelles mères demandent à partir avec leur bébé avant les quatre ou cinq jours prévus, de sorte que les hôpitaux n'ont établi aucune politique en ce sens. L'hôpital Royal Victoria de Montréal a bien tenté d'en implanter une en janvier dernier, mais personne, semble-t-il, s'en est prévalu.

Le court séjour est une notion pourtant courante aux États-Unis où, il faut bien le dire, on paie comptant et très cher son séjour. Dans les BIRTH CENTERS américains, la

UN MOT SUR

On renseigne rarement les femmes sur l'état de leur bébé de vie. Pourtant, le personnel de la salle d'accouchement en ce sens. Plus que le poids du bébé que l'on demande, c'est l'APGAR du bébé qu'il faudra

L'APGAR, une mesure basée sur de strictes échelles, les efforts respiratoires, le tonus musculaire, la couleur de la peau du bébé sur une échelle de 1 à 5. Si le score final est enregistré 8 points ou plus, il est tout à fait sain. À 5 points ou moins, il est en difficulté. À une minute de vie, mais la majorité prennent un score bleu au rose.

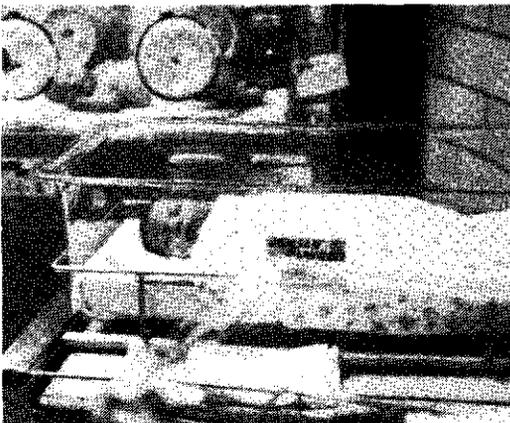


PHOTO MARIO JANSON



PHOTO DENIS GOSSARD

nomie des femmes face aux interventions agressives, dans leurs exigences de dignité en ce moment particulièrement intime de leur vie, chevaux de bataille qui ont eu l'heur de plaire jusqu'aux féministes les plus radicales, il est temps de dire que cette autonomie et cette dignité ne trouveront leur véritable sens que lorsqu'elles s'appliqueront tout autant à l'être humain que les femmes ont porté pendant neuf longs mois. ■

REFERENCES :

ASFORD, JANET, *Whole Birth Catalog*, The Crossing Press, 1983.
 FORTIN-NOLIN, LOUISE, *Un enfant naît dans la chambre de naissance*, éditions de l'Homme, 1984.
 HOTCHNER, TRACY, *Pregnancy and Childbirth*, Avon, 1984.
 MONTAIGU, ASHLEY, *La peau et le toucher*, éditions du Seuil, 1984.
 MORIN, F. EDMONDE, *Petit manuel de guérilla à l'usage de la femme enceinte*, éditions du Seuil, 1985.
 YOUNG, DYONY, *Changing Childbirth*, Childbirth Graphics Ltd., 1982.
 BIRTH, vol. 5, n° 4, hiver 1985.
 MATERNAL HEALTH NEWS, vol. 4, n° 5, 1979.

QUAND LE DOUTE PERSISTE

Il nous semblait tellement logique que le bébé soit identifié à la naissance que nous n'en avons soufflé mot dans ce dossier. Au moment de mettre sous presse, nous recevions la lettre d'une lectrice qui nous raconte son accouchement, il y a 10 ans : « ... Ils me disent qu'ils se sont trompés de bébé. Je leur ai dit que le mien était gros et blond et qu'il pleurait très, très fort. Même si je suis convaincue que c'est le mien, j'ai eu peur à ce moment là et j'étais très enragée contre la structure de l'hôpital. »

« Donner immédiatement l'enfant à sa mère est aussi indispensable à sa survie que les soins professionnels préventifs. »

mère part souvent à peine quatre heures après l'accouchement. Elle aura alors prévu une aide substantielle à la maison pour l'organisation des repas, l'entretien et le soin à donner aux autres enfants dans la maison. Le BIRTH CENTER assure quelques visites post-natales indispensables au succès d'un tel programme qu'il serait certes intéressant de voir se développer ici.

S'il est vrai que le mouvement d'humanisation des soins a trouvé de véritables chevaux de bataille dans le désir d'auto-

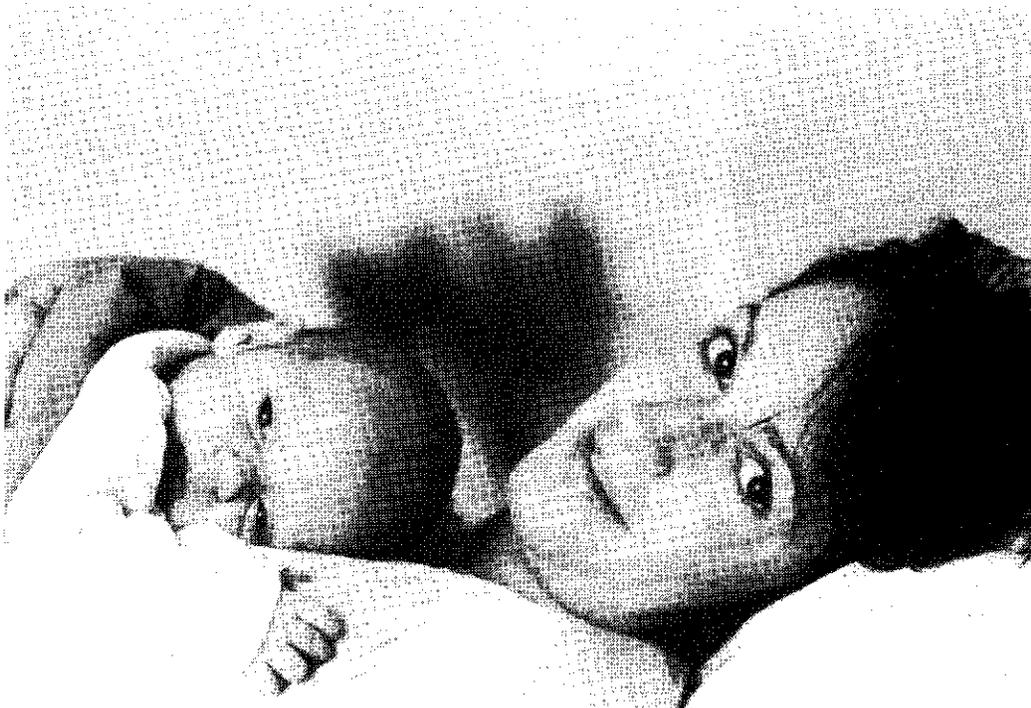


PHOTO MARCEL POTHIER

R LAPGAR

quel de leur bébé dans les premières minutes d'accouchement possède des renseignements précieux. La plupart des mères s'empressent souvent de le réclamer.

observations, évalue les battements cardiaques, les réflexes à la stimulation et la coloration. Le calcul est normalement effectué à une heure. Le plus concluant. Lorsque le bébé est viable ; entre 6 et 8 points, il faut le surveiller. Quelques bébés décrochent 10 points et quelques minutes à respirer et à passer du

MOUVANCE EN EAU

**Le yoga
aquatique :
la danse
de la vie**



PHOTO PIERRE FRIGON

**L'eau :
un élément
naturel
pour
la femme
enceinte**

Quelle femme enceinte n'a pas rêvé de laisser son ventre se reposer une toute petite minute ? Retrouver une posture confortable, seulement une seconde ! Se sentir souple, un court instant ! Fini le rêve ! La réalité peut être tellement plus agréable. Il suffit de se laisser fasciner par la magie de l'eau.

Pour la femme enceinte, c'est l'occasion de jouir pleinement de sa grossesse. Adieu pesanteur, maux de dos, lourdeur dans les jambes, fatigue, enflure... Que vous soyez au stade de la peur ou une adepte convaincue, venez jouer dans l'eau grâce à trois femmes qui ont mis au point de nouvelles approches de détente totale dans l'eau, trois façons originales de bénéficier de ses effets thérapeutiques.

FINI LA PEUR DE L'EAU !

« Vous êtes mon dernier recours, j'ai une peur maladie de l'eau, j'ai tout essayé. » Ces mots, Ginette Déziel les entend à chaque fois qu'une personne se présente à elle. Et, quelques leçons plus tard : « C'est plus qu'un cours de natation, c'est une vraie thérapie ! »

Ginette a travaillé neuf ans dans le milieu médical avant de s'engager activement dans les cours de natation. Dès lors, elle oriente sa recherche d'approche aquatique vers les personnes qui ont peur, étouffent et angoissent dans l'eau. Les cours individualisés suivent le rythme de chacun. Ginette fait porter des lunettes pour permettre de voir sous un angle différent et même amical. « Au début, dit-elle, les gens sont tendus. Je leur apprend à bouger, à marcher, à respirer. La personne se voit changer, elle apprend à avoir confiance en elle-même, c'est un défi. »

Ginette Déziel estime que la grossesse est une période de vie privilégiée pour vaincre sa peur de l'eau.

Une fois cette étape franchie, la femme enceinte peut contrôler beaucoup d'autres peurs, dont celle d'accoucher. Ayant appris la respiration, la détente et la confiance en soi, elle possède tous les outils essentiels pour dédramatiser n'importe quelle situation de la vie.

La peur de l'eau disparue, plusieurs ressentent le besoin de pousser plus loin l'expérience et s'inscrivent à un cours de conditionnement physique aquatique.

AQUA PHYSIQUE

Lise Bernard se dit plus à l'aise dans l'eau que dans son salon. Voilà pourquoi elle a mis au point une technique de conditionnement physique aquatique progressif. Autrefois professeur d'éducation physique, elle se sentait indisposée par l'odeur des gymnases, la mauvaise aération des lieux et le danger pour la santé de certains exercices. Elle décide alors d'adopter une approche différente.

Depuis, Lise s'amuse dans l'eau. Le cours qu'elle donne commence par des exercices de réchauffement, une partie cardio-vasculaire et la prise de conscience de ses pulsations. Au jeu ! « Tout peut se faire dans l'eau, affirme-t-elle avec enthousiasme. C'est facile, il n'y a plus de poids, plus de barrières sociales et il y a beaucoup plus d'entraide qu'au sol. Les gens viennent pour oublier leur quotidien. Ils se parlent, se touchent, sourient, rient à gorge déployée, crient. Ils arrivent stressés et, au bout de quelques minutes, lâchent leur fou. Ils se mettent en forme sans s'en apercevoir. Le lendemain, pas de courbatures ni de blessures et il reste de l'énergie pour faire autre chose. Tout devient plus calme, les problèmes diminuent. On lessive l'agressivité. »

Pour plusieurs femmes enceintes, les exercices au sol sont difficiles et douloureux : une vraie torture. Dans l'eau, c'est le contraire. Elles ne sentent plus leur poids,



PHOTO MARCEL POTHIER



ne transpirent pas. « Tout est naturel, ce sont des exercices aussi complets que la marche et le ski de randonnée, affirme Lise Bernard. Plus le système travaille, plus la femme est en forme. Les articulations sont souples. Tous les gestes deviennent gracieux. » La femme traverse sa grossesse en douceur. Elle ne se lève pas fatiguée et n'est pas obligée de se coucher à tout moment pour se reposer. Elle accouche en bonne forme physique et mentale.

Les cours AQUA PHYSIQUE s'adressent à tous et à toutes. Pour les femmes enceintes, Lise adapte les exercices à leurs besoins. Toutefois, elle suggère à la femme qui se sent prête de venir aux cours dès le premier mois après son accouchement. « Les muscles ont été hyper-tendus par la grossesse, il faut absolument s'en occuper. Dans la détente et la bonne humeur, c'est tellement plus stimulant! »

MOUVANCE EN EAU

Créée par Carolune Dion (Ma Prem Veechi), MOUVANCE EN EAU est une nouvelle approche pédagogique fondée sur le jeu, l'exercice et la nage sub-aquatique accomplis en douceur et avec lenteur. Cette approche intègre la respiration et le mouvement de la colonne vertébrale, développe une plus grande conscience corporelle et aide à dissoudre les tensions, à libérer l'énergie et à revitaliser le corps.

Depuis son plus jeune âge, Carolune Veechi vit dans l'eau. Après avoir enseigné l'éducation physique et la natation, elle éprouve le besoin de pousser plus loin son approche pédagogique. Elle entreprend un stage d'études et de perfectionnement sur les méthodes alternatives européennes. Au retour, elle complète une maîtrise en expression dramatique. MOUVANCE EN EAU prend alors son envol.

Carolune Veechi accorde une place de choix au rire et à l'invention. Elle suggère des images et laisse libre cours à l'interprétation. Chacun se fait son théâtre en explorant l'environnement sonore, visuel et gestuel de l'eau. « Le yoga aquatique est la danse de la vie, le témoin vivant de notre croissance en mouvement, explique-t-elle. C'est également la reproduction de mouvements et de gestes qui se retrouvent partout dans l'univers depuis la première cellule. »

À chacun des cours, on reprend le même rituel gestuel ondulatoire d'ouverture et de fermeture, le va-et-vient et le tourbillon. Pour faciliter la liberté d'action, chacune des participantes porte un masque de plongée sous-marine.

Le jeu amène la femme enceinte à s'imaginer elle-même un fœtus frayant son passage. Elle apprend à se déconditionner de l'eau et peut ensuite naître de ses premiers réflexes spontanés, intégrés à son vécu. Tout se passe en douceur, dans le calme et la lumière tamisée. Même l'eau de la piscine est plus invitante au centre Lucie-Bruneau, puisqu'elle est chaude.

Interrogées, les femmes présentes au cours se disent enchantées par leur expérience. Elles ont toutes cons-

ET LES COURS CONVENTIONNELS ?

En quoi nos trois personnes-ressources se rapprochent-elles ou s'éloignent-elles des cours de natation dispensés aux femmes enceintes dans les municipalités et les CEGEPs ? Diane Demers, éducatrice physique et infirmière spécialisée en périnatalité au collège Bois-de-Boulogne, explique le programme « Bien-Venue ». Conçu par elle, ce programme vise à maintenir ou à améliorer la condition physique de la femme enceinte par des exercices respiratoires et musculaires tout en profitant des vertus privilégiées du milieu aquatique.

Après une courte période de réchauffement autour de la piscine, l'animatrice enchaîne avec une série d'exercices aquatiques adaptés à la grossesse. Ces mouvements ont pour but de solliciter les divers groupes musculaires impliqués lors de l'accouchement. La femme apprend à se détendre, à travailler sa capacité respiratoire et à augmenter son endurance par l'acquisition de réserves physiques. Chaque participante procède à son propre rythme et possède une fiche personnalisée sur laquelle sont indiqués ses progrès et ses difficultés. Les éducatrices sont ainsi en mesure de répondre aux attentes de chacune.

Un mois après l'accouchement, le même groupe se retrouve à la piscine pour une nouvelle série de cours. Les nouvelles mères travaillent cette fois à retrouver leur bonne forme physique et à améliorer leur capacité aérobie tout en s'accordant un petit congé : une heure par semaine pour prendre soin de soi, ce n'est pas de trop !

taté qu'après avoir manqué un cours, elles avaient ressenti de la fatigue, marchaient plus lourdement, avaient mal au dos et se sentaient indisposées par l'enflure. Toutes ont la ferme intention de reprendre leurs cours le plus tôt possible après l'accouchement. Brigitte pense même revenir dès la semaine suivante. Carolune Veechi encourage les femmes à emmener leur bébé à la piscine : « Celles qui allaitent peuvent sortir de l'eau puis revenir aux exercices. Tout se passe le plus naturellement du monde. »

Après le yoga, les femmes passent dans une autre section de la piscine où l'eau est encore plus chaude et pratiquent entre elles des massages aquatiques. Pendant une heure et demie, il n'y a plus de conflits mondiaux, de problèmes économiques, de migraines, mais du bonheur et de la douceur. ■

FRANCINE GAGNON

Ginette Déziel, Lise Bernard et Carolune Veechi sont toutes trois répertoriées dans le BOTTIN DES FEMMES, le répertoire officiel de l'ASSOCIATION DES FEMMES D'AFFAIRES DU QUÉBEC.



CENTRES DE MATERNITÉ

Il n'y aura pas de centres de maternité cette année à Montréal : le nouveau gouvernement libéral a jugé le projet non prioritaire. Or, seuls les projets prioritaires obtiennent les crédits indispensables.

Cette année, les salles d'urgence raillent tout. Voilà, brièvement résumée, une des précisions exprimée par Hélène Valentini lors du panel d'ouverture du colloque annuel de *NAISSANCE.RENAISSANCE* le 4 avril dernier.

Il faudra bien sûr continuer de travailler pour que le projet devienne prioritaire l'an prochain. Entre temps, le *COMITE MAISONS DE NAISSANCE DE MONTRÉAL* invitait trois personnes à témoigner de leur expérience dans des *BIRTH CENTERS* américains, lesquels se rapprochent du concept qu'on tente d'implanter ici. Enceinte de quatre mois à son arrivée aux États-Unis, la Québécoise Sylvie Héту a vécu l'expérience d'un accouchement dans un *BIRTH CENTER* californien. Christine Kuhlman, une infirmière sage-femme (nurse-midwife), opère un *BIRTH CENTER* privé avec son mari médecin dans l'état du New-Hampshire. Fran Ventre (prononcé à la française, quel nom prédestiné pour une sage-femme !) a fondé et dirigé un *BIRTH CENTER* intégré à un hôpital du Massachusetts.

Les trois témoignages divergent par le ton et quelques points de détail, mais l'esprit qui s'en dégage est profondément unanime : les *BIRTH CENTERS* américains ne sont pas de mini-hôpitaux : quincaille obstétricale et interventions y sont rares. Basés sur l'expertise des sages-femmes, on y a plutôt adapté l'accouchement à domicile de façon à le rendre plus sécuritaire.

La Québécoise Sylvie Héту raconte son premier accouchement dans un *BIRTH CENTER* californien il y a près de trois ans. Émouvant cheminement d'une femme enceinte avec ses hésitations, ses craintes, ses besoins de sécurité et de support, ses choix respectés, ses satisfactions et ses joies. Aujourd'hui enceinte d'un deuxième enfant, elle n'entend pas risquer de vivre l'expérience à l'hôpital. Elle accouchera chez elle avec l'aide d'une sage-femme, faute de maisons de naissance où elle serait très certainement accourue. Son mari, un médecin cardiologue, l'accompagne et approuve son choix sans réserve.

L'atmosphère familiale semble davantage présente dans les *BIRTH CENTERS* privés que ceux rattachés à un hôpital. Les premiers sont des maisons ordinaires offrant aire de repos pour les enfants, cuisine, chambres d'accouchements, fleurs et journaux du jour. Le style des seconds se rapproche davantage de l'appartement, même si le mobilier simple essaie de rappeler la maison. Dans un cas comme dans l'autre, le matériel d'urgence et les quelques instruments indispensables sont dissimulés dans les placards.

Les quelque dix pour cent de femmes qui doivent être transférées du *BIRTH CENTER* privé à l'hôpital le sont en cinq minutes à peine, ce qui suffit amplement, l'arrêt de travail étant la principale cause des transferts. On y effectue peu d'accouchements : au *BIRTH CENTER*, 300 par année en moyenne, au New-Hampshire jamais plus

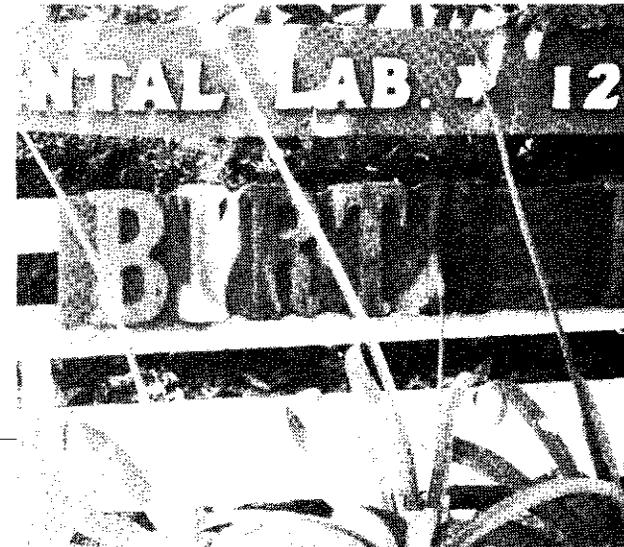
de 200. Christine Kuhlman insiste sur ce détail important selon elle pour préserver la qualité des soins et l'intimité de l'événement : « Keep it small », recommande-t-elle.

LIBRE CHOIX

L'accouchement est toujours centré sur le respect et l'autonomie des femmes et vise à accueillir dans l'harmonie le bébé et la nouvelle famille. Les femmes ont beaucoup de responsabilités, beaucoup de choix. On respecte totalement le rythme individuel et la personnalité de chacune. Les femmes peuvent choisir d'être accompagnées par un médecin ou par une sage-femme, ou même par leur mari exclusivement : « Ça arrive, affirme Christine Kuhlman. Je me tiens alors dehors, près de la porte, prête à entrer. » Certaines chambres, remplies d'enfants, d'amis et de parenté sont fort bruyantes. D'autres sont plus calmes, empreintes de silence. « Personne ne voulait de cette femme qui désirait accoucher avec son mari et son beau-frère. Quoi ! Un ménage à trois ? Pas question, disait l'hôpital. Elle fut notre première cliente en 1980, raconte Fran Ventre. Nous ne jugeons personne. Ce fut magnifique. »

On encourage la femme en travail à demeurer active (marcher, bouger, changer de position, etc.) le plus longtemps possible. Dans les *BIRTH CENTERS*, les approches douces (bain, massages) et le support moral remplacent avec succès les besoins de calmants et d'anesthésie au moment où la douleur devient intense. Les positions choisies au moment de la sortie du bébé sont à ce point variées que le personnel accompagnant Sylvie Héту au *BIRTH CENTER* californien fut surpris de la voir accoucher sur le dos : on ne voyait plus cela souvent !

Les interventions de type agressif ne sont pas pratiquées. Quelques rares épisiotomies (4 sur 800 accouchements !), pas de forceps. La principale cause de transfert étant l'arrêt de travail, Pytocin, drogues, forceps et césariennes relèvent de l'hôpital. La patience est une des vertus capitales qui caractérise non seulement les sages-femmes, mais également les médecins des *BIRTH CENTERS*, qui pratiquent leur profession comme leurs consoeurs.



PHOTOS ROBERT BEAUFET

De haut en bas
Fran Ventre
Christine Kuhlman
Hélène Valentini
Sylvie Héту

: une alternative réaliste

Cette politique non-interventionniste est rendue possible grâce au dépistage pré-natal de tous les accouchements à risque. Les femmes qui éprouvent des problèmes de santé particuliers et les présentations difficiles sont automatiquement refusées et référées à l'hôpital. Les BIRTH CENTERS sont conçus pour les femmes à bas risque exclusivement, c'est-à-dire la majorité. Le séjour y est court, soit de 4 à 36 heures tout au plus, une notion qui constituerait à elle seule une révolution dans le système médical québécois et dans la mentalité des Québécoises enceintes.

ÉCONOMIE

Mais quel langage faut-il donc tenir pour sensibiliser les médecins aux intérêts des femmes ? Sans doute celui des chiffres, si l'on se fie à l'intervention du seul obstétricien présent, ou du moins le seul qui ait osé se manifester publiquement. Après avoir déploré être le seul de sa profession, ses collègues étant les éternels absents de ce genre de débats, il admet voir dans les maisons de naissance un compromis intéressant en termes de sécurité et d'humanisation. Il réclame cependant des statistiques qui permettraient de comparer les centres de maternité aux centres hospitaliers. Des statistiques qui font d'ailleurs la fierté de leurs promoteurs et qu'on s'empresse de lui communiquer ! On ne relève par exemple que 4 cas d'épisiotomies sur 800 accouchements ; 50 pour cent des femmes n'ont subi aucune déchirure, 25 pour cent une déchirure au premier degré, 20 pour cent une déchirure au deuxième degré. Enfin, un seul cas de déchirure au troisième degré et aucun au quatrième degré.

Quant aux coûts reliés à l'accouchement dans les BIRTH CENTERS américains, rappelons qu'ils s'avèrent de beaucoup inférieurs à ceux dans les hôpitaux. Un séjour à l'hôpital coûte entre 2 500 \$ et 3 000 \$ aux États-Unis. Dans les BIRTH CENTERS, les honoraires varient entre 1 000 \$ et 1 500 \$, visites pré-natales et suivi post-natal inclus. Il faut parfois apporter sa propre literie, ses oreillers et sa nourriture, mais la réduction des coûts justifie de tels moyens

Le panel s'est achevé sur un débat auquel le public s'est mêlé. La première intervention visait les critères d'admissibilité dans les BIRTH CENTERS. Tous les risques connus d'avance sont effectivement éliminés, précisément parce que les BIRTH CENTERS ne sont pas de mini-hôpitaux, de sorte que le taux de transfert à l'hôpital est inférieur à 10 pour cent par année.

Les questions de la salle adressées tant aux deux panélistes qu'aux membres du Comité présentes ont témoigné de l'intérêt du public à tous les niveaux : sécurité, coûts, organisation du travail, interventions à ris-

**Centrés
sur le
respect et
l'autonomie
des femmes**



PHOTOS HENRI ROUSSARD

Sylvie Hetu

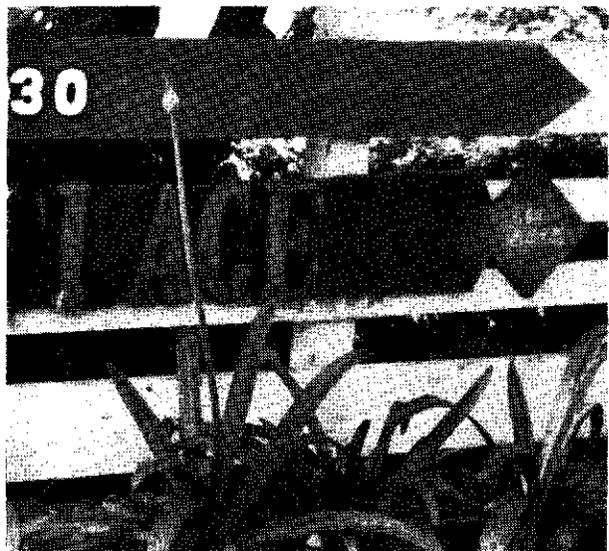
ques élevés et transferts, opposition médicale et pression populaire, possibilités pour le Québec, etc. Avec pour conclusion l'importance de continuer les pressions populaires, seules aptes à contrer les résistances médicales et à faire bouger les autorités gouvernementales. ■

CAMILLE LAROSE*

* Avec la collaboration de Paule Brière pour le COMITÉ MAISONS DE NAISSANCE DE MONTRÉAL

Ceux qui s'opposent aux centres de maternité prétendent que nous ne sommes qu'un petit groupe à les réclamer. Une pétition circule dans le but de recueillir 10 000 signatures à présenter à Thérèse Lavoye-Roux à l'automne. On peut en obtenir copie en s'adressant au COMITÉ MAISONS DE NAISSANCE DE MONTRÉAL, Case postale 55, Succ. E, Montréal (Québec) H2T 3A5.

**Plus
économiques
que les
centres
hospitaliers**



L'OSTÉOPATHIE : THÉRAPIE MANUELLE

Mise au point à la fin du siècle dernier par l'Américain Andrew Taylor Still, l'ostéopathie est une thérapie manuelle dont la clé de voûte repose sur le système neuro-musculaire-osseux, soit l'interaction dynamique des nerfs, des muscles et de leur enveloppe fibreuse et des os. Pour soigner certaines affections, précise le Dictionnaire pratique des médecines douces¹, il faut tout d'abord corriger les déséquilibres, lésions ou tensions du système neuro-musculo-osseux.

L'ostéopathie peut intervenir avant, pendant et après la grossesse. Les femmes qui ont déjà subi des traumatismes suite à une chute ou à un accident de voiture et celles qui éprouvent des douleurs musculaires ou ostéo-articulaires pourraient tirer avantage d'une consultation en ostéopathie lorsqu'elles sont enceintes et même avant de le devenir. Certains traumatismes engendrent en effet des tensions inutiles sur l'utérus de la future maman et peuvent occasionner des compressions sur le fœtus.

L'ostéopathie agit au niveau des tensions de toute la région du ventre et du bassin, tensions et blocages parfois susceptibles de nuire à la conception, venant ainsi en aide à celles qui éprouvent des difficultés à concevoir quand par ailleurs rien d'autre ne s'y oppose.

L'ostéopathie peut également faciliter l'accouchement en se concentrant au niveau de certaines tensions qui viennent contrecarrer l'action du plancher pelvien et du diaphragme. L'approche ostéopathique face à l'accouchement surprend quelque peu. À l'opposé des sages-femmes, les ostéopathes sont d'avis que Dame Nature ne fait pas toujours les choses pour le mieux. Ils estiment par exemple qu'un travail de plus de huit heures, où la descente stagne par moments et où l'expulsion dure plus de trente

minutes, nuit au bébé en comprimant son crâne trop longtemps dans une même position « dite position durable », ce qui crée, selon les tenants de cette discipline, des tensions intracrâniennes, parfois même des lésions, susceptibles d'affecter le comportement ou la santé du bébé au cours des mois, voire des années qui suivent sa naissance.

Ainsi, Lionelle et Marielle Issartel affirment dans leur livre intitulé *L'OSTÉOPATHIE EXACTEMENT* que parfois, une stimulation hormonale, des forceps bien placés (sur le contrefort osseux, ce qui n'est pas toujours le cas) et même la césarienne seraient préférables à un travail trop long. De même un travail de moins de deux heures pourrait être nuisible, car la transition entre l'utérus et « le monde » est trop rapide. Voilà de quoi alimenter à nouveau les débats !

L'ostéopathie et l'enfant

Lorsqu'il est médecin, l'ostéopathe peut non seulement suivre sa cliente pendant la grossesse, mais il peut également assister à la naissance afin de faciliter l'accouchement et aider le nouveau-né². Le bébé dont la naissance aurait été particulièrement longue ou difficile pourrait bénéficier des avantages de l'ostéopathie, surtout lorsqu'il manifeste certains symptômes qu'on aurait tendance à qualifier de trait de caractère : « Une certaine agitation ou au contraire une apathie, le bébé a tendance à pleurer quand on le touche et qu'on le change ; il a parfois tendance à se raidir, il tourne toujours la tête du même côté³ », il dort trop ou pas assez, il a des difficultés à avaler, il régurgite beaucoup. Alors, le plus tôt sera le mieux : le

Philippe Druelle, M.R.O

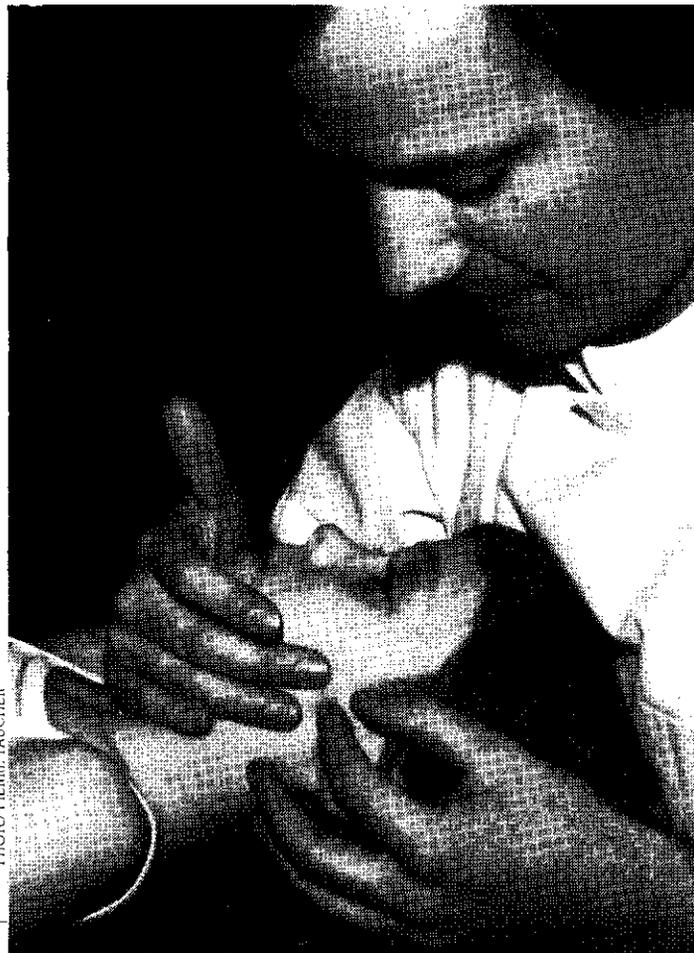


PHOTO PIERRE FAUCHER

traitement ostéopathique des structures encore flexibles du crâne est préférable quand l'enfant est très jeune, avant qu'elles ne s'ossifient avec l'âge.

Pour aider le bébé à se développer harmonieusement, les ostéopathes suggèrent :

- de l'allaiter, car les mouvements de succion aident les parties de son crâne à se remettre en place après la naissance ;
- de le coucher sur le côté ;
- de se procurer un landau muni d'une bonne suspension ou une poussette à ressorts et à fond droit plutôt que courbé comme certaines poussettes-parapluie bon marché ;
- de s'abstenir d'installer l'enfant dans un porte-bébé pour faire du ski ou de la bicyclette tant qu'il n'a pas les muscles et les réactions de redressement nécessaires pour éviter ou répartir les ondes de choc, soit vers un an.

Enfin, pour revenir à la mère, l'ostéopathie peut l'aider à se remettre des importants changements physiologiques occasionnés par la grossesse grâce à des ajustements et à des palpations faites en douceur. ■

HÉLÈNE VADEBONCOEUR

* texte révisé par Hélène Falard et Denise Dufresne, praticiennes certifiées en ostéopathie

¹ *Dictionnaire pratique des médecines douces*, éditions Québec-Amérique, 1980, p. 288-289.

² Pour les sages-femmes que cette avenue intéresserait, *La Maison de l'Ostéopathie* offre des cours de formation.

³ ISSARTEL, LIONELLE ET MARIELLE, *L'ostéopathie exactement*, collection *Réponses santé*, éditions Robert Laffont, 1983.

LA MAISON DE L'OSTÉOPATHIE, située au 5637, rue Stirling à Montréal, (514-342-2816), poursuit depuis quelques années une recherche sur des enfants présentant des anomalies neuro-motrices et soignés en ostéopathie en collaboration avec le docteur Annie Veilleux de l'hôpital Ste-Justine.



LA VIE DE TOUS LES JOURS AVEC BÉBÉ

Dr Alphonse Pâquet,
Libre Expression, 1985,
144 pages.

Pédiatre de chez nous, le Dr Pâquet tente de nous faire profiter de ses trente années d'expérience. Un livre qui aurait assurément eu du succès... auprès de mes grand-parents! Ainsi, il veut rassurer les nouveaux parents au sujet de leur vie ou plutôt de leur survie après avoir eu un bébé. Pour ne pas paniquer, il conseille « aux parents de continuer à vivre à peu près de la même façon qu'avant l'arrivée du bébé, car c'est à lui de s'habituer progressivement à son environnement familial. » Il faut donc, dit-il, commencer très tôt : le bébé de deux mois (sic) doit prendre ses repas matin, midi et soir aux mêmes heures que le reste de la famille. L'allaitement maternel n'est pas une mauvaise chose en soi, mais il n'est plus nécessaire après trois mois, estime l'auteur par ailleurs tout à fait contre l'allaitement à la demande.

Il préconise donc des horaires et une diète stricts : faire boire le bébé aux quatre heures et lui donner de l'eau sucrée s'il pleure entre les repas. Il suggère d'introduire les céréales dès la deuxième semaine, les carottes à un mois et la viande à six ou sept semaines (vous avez bien lu semaines, et non pas mois!). Tout est spécifié à la lettre, voire à la cuillère près jusqu'à sept mois. Ce n'est qu'après un an qu'on peut enfin laisser l'enfant manger à sa faim (re-sic), en n'oubliant pas de lui faire respecter la durée du repas, entre 30 et 40 minutes.

D'autres chapitres renseignent honnêtement sur les maladies et les petits bobos, certaines anomalies comme la tache de naissance, le souffle au cœur et les problèmes reliés à la digestion.

Dans la section consacrée au courrier des parents, on y retrouve encore quelques perles :

« Pour le bébé, les heures de repas et les moments que l'on consacre à sa toilette sont suffisants pour lui procurer toute la tendresse, la chaleur et la sécurité dont il a besoin pour son épanouissement. »

« Attention, on peut commencer à gâter un enfant sept heures à peine après sa naissance! »

« Mettre un enfant au lit le soir à 19 h jusqu'à l'âge de huit ans. »

J'ai poussé de grands cris en lisant ce livre, non parce que j'avais gagné quelque chose, mais plutôt parce que j'avais le sentiment d'une perte. Peut-être celle de la conscience et du respect de l'enfant qui font lentement leur chemin dans notre société... En insistant sur les modes d'antan, on ne pourra aider ni les nouveaux parents ni les nouveaux enfants.

On a parlé de la survie des parents, de celle qui se produira au prix d'un contrôle rigoureux de la vie de l'enfant. C'est plutôt lui qui devra essayer de survivre aux idées de ses parents et des pédiatres!



CONSEILS PRATIQUES AUX NOUVEAUX PARENTS

Vicki Lansky, éditions Héritage, 1985, 178 pages.

Bien que ce livre de conseils pratiques basés sur l'expérience ait pour but, comme le précédent, de faciliter et simplifier la vie des nouveaux parents, l'approche est fort différente. Pour l'auteure, c'est le fruit de nombreuses rencontres avec d'autres mères et la découverte « d'une foule d'idées qui n'avaient rien à voir avec tout ce que j'avais lu dans les ouvrages de soins à donner aux bébés ou entendu dans le cabinet du pédiatre. »

Les chapitres sont nombreux, courts et d'accès facile. Les conseils sont bien identifiés et tiennent en quelques lignes. Ici et là, des encadrés traitent de points spécifiques comme la prévention des empoisonnements, les motifs pour appeler un médecin, la couverture fétiche ou l'enfant qui a une bestiole dans l'oreille. Il faut noter éga-

lement que les renseignements donnés au sujet de différents organismes sont adaptés au Québec. L'auteure aborde même des situations particulières comme les jumeaux, le retour d'une césarienne, l'enfant adopté, les gauchers, etc.

Voici quelques exemples de conseils prodigués par Vicki Lansky :

- Pour apprendre à un jeune enfant à boire dans une tasse, le faire dans la baignoire.
- Entourer le rouleau de papier hygiénique d'un élastique pour freiner le gaspillage et empêcher que le bébé, attiré par la chasse d'eau, ne cause l'obstruction de la tuyauterie.
- Pour empêcher le bébé de glisser de sa chaise haute, y installer un petit tapis d'évier en caoutchouc ou coller des appliques anti-dérapantes pour la baignoire.
- Installer le parc à l'envers sur un grand drap pour protéger le bambin contre les rayons du soleil.
- Ne jamais tenir les épingles à couche dans la bouche : les bébés sont de parfaits imitateurs!

C'est vraiment un livre simple, sans prétention. Pas de recettes, pas de méthodes, seulement des centaines de trucs éprouvés, offerts par des mères aux nouveaux parents. Il reste utile autant à ceux qui n'ont qu'un enfant qu'à ceux qui en ont plusieurs. Mais si certains conseils peuvent paraître bizarres ou farfelus, rien n'oblige à les suivre : ce n'est pas un mode d'emploi. Le gros bon sens a encore sa place. ■

CÉLINE LEMAY



L'ÂGE DES PREMIERS PAS

Dr T. Berry Brazelton,
Payot, 1986, 264 pages.

Quand RADIO-QUEBEC a diffusé la série « Le bébé est une personne » à l'automne 1985, j'ai vu à l'oeuvre le Dr T. Berry Brazelton. Son attitude d'amour et de compréhension envers les nouveau-nés m'a, je dois l'avouer, assez impressionnée. Aussi me suis-je empressée d'acheter *L'ÂGE DES PREMIERS PAS* dès sa sortie en librairie. Sa lecture a confirmé mon impression : le docteur Brazelton est un pédiatre de longue expérience qui aime et les enfants, et son métier.

Il a choisi pour transmettre sa « science » la narration de scènes de la vie quotidienne. Les exemples sont pertinents : toute mère a vécu des situations semblables à celles décrites dans le livre. Les scénarios sont entrecoupés de commentaires en italiques analysant les réactions des enfants ou des parents dans les diverses circonstances choisies. Je sens en lui le père autant que le médecin. Il ne porte pas de jugements : il a une vision objective et n'essaie pas

de culpabiliser les parents. Bien au contraire.

Le danger de ce type d'ouvrage pour son auteur est de se poser en expert en tentant de pousser sa méthode. C'est effectivement un peu présent dans ce livre... mais pas trop encombrant. Brazelton pousse « ses » principes, bien sûr. Partisan d'une plus grande fermeté en éducation, il prête aux comportements des enfants des intentions d'adultes que je ne crois pas possibles chez un bébé de quinze mois, par exemple. C'est un piège dans lequel nous devons prendre garde de ne pas tomber si nous voulons leur laisser leur enfance.

Je suis tout de même d'accord avec la majorité des commentaires du docteur Brazelton et je perçois la justesse de ses jugements. Il propose tout au long du volume une solution-miracle qui est de réunir par petits groupes mères, enfants, amies, voisines afin d'organiser des rencontres quelques fois par semaine, permettant ainsi aux mères de « souffler » et aux petits de s'amuser. Ce qui n'est pas bête.

Le livre se lit comme un roman malgré son caractère éducatif, genre « Fisher-Price pour adultes ! » Le choix de ce type d'écriture amène cependant de nombreuses répétitions qui alourdissent le style et finissent par rendre la lecture un peu fastidieuse.

VOS PUBLICATIONS

Nous avons l'intention de publier bientôt une liste des documents (livres, dépliants, feuillets d'information) créés par NAISSANCE-RENAISSANCE, ses groupes membres et les autres organismes préoccupés par la santé des femmes.

Pour faire connaître vos publications, vous n'avez qu'à faire parvenir une liste ou, mieux encore, un exemplaire, à l'adresse suivante : Suzanne Blanchet, C. P. 710, L'Assomption JOK 1G0.



RESPIRATIONS ET POSITIONS D'ACCOUCHEMENT

Joanne Dussault, Les Éditions de l'Homme, 1986, 182 pages.

Je ne peux m'empêcher, en feuilletant ce livre, de le comparer aux « 101 positions de l'amour » si populaires dans nos jeunes années, tant la recherche de postures originales est évidente. Joanne Dussault a creusé son imagination pour trouver toutes les positions possibles. Certaines sont farfelues, d'autres nous montrent de minimes variations des positions précédentes.

Les photos prises à la hâte ou mal choisies mettent en scène deux ou trois individus regardant la caméra, sans liens apparents. L'objectif n'est évidemment pas la femme enceinte. Ces photos, bien que fort nombreuses, ne justifient pas la publication d'un livre. L'auteur y a donc ajouté une présentation des « nouvelles méthodes » d'accouchement, un long chapitre sur les respirations, un autre sur la détente et, finalement, le classique

chapitre sur les « caractéristiques des phases du travail et de l'accouchement » farci de clichés et de faussetés : « La phase d'expulsion la plus courte du travail dure en moyenne de 15 à 20 minutes », pour ne citer que celle-là en exemple.

Je n'ai pas vingt ans d'expérience en périnatalité, mais ma vision de l'accouchement est bien différente de celle de Joanne Dussault, dont les recettes infailissables ne me semblent pas coller à la réalité imprévisible du travail de l'enfantement. Ce n'est pas en lui bourrant la tête de techniques qu'on prépare une femme à vivre son accouchement.

Le mot fumisterie est-il trop gros ? Ce volume me donne l'impression d'un ramassis de nouvelles et d'anciennes « méthodes » servies à la moderne. Ces informations ne sont pas intégrées et deviennent un méli-mélo difficilement adaptable à la situation actuelle de l'accouchement à l'hôpital. Encore une fois, on pousse les femmes à « performer ».

Il faut être juste cependant : l'avantage de ce livre est de montrer à toutes les femmes que la position gynécologique n'est pas la seule position pour accoucher. L'idée peut faire son chemin et certainement influencer plus d'une femme, bien que le milieu ne soit pas particulièrement ouvert à cette idée. Mais, sait-on jamais ? ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

VIENT DE PARAÎTRE

On trouve présentement en kiosque un numéro hors-série de la revue SCIENCE ET VIE. Intitulé Neuf mois pour venir au monde, ce numéro spécial de 160 pages traite notamment de l'infertilité féminine et masculine, de la grossesse extra-utérine, de la prématurité et de la chirurgie foetale.

CÉSARIENNES

Le NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON ASPECTS OF CESAREAN BIRTHS s'est penché sur la situation des césariennes au Canada en octobre dernier, comme le soulignait d'ailleurs Hélène Vadeboncoeur dans notre dernier numéro (dossier AVAC). Préparée de longue date par un groupe de professionnels et de chercheurs de McMaster University, cette conférence a réuni un comité d'experts (incluant une usagère) qui ont minutieusement revu toute la documentation médicale à ce sujet et entendu des témoins-experts.

Les recommandations finales du comité bouleversent les idées reçues. On recommande de tenter l'AVAC chez toute femme qui ne porte qu'un bébé, après une césarienne à incision horizontale basse. On recommande également l'accouchement vaginal dans certains cas de sièges. La césarienne demeure le premier choix dans les cas de présentation par les pieds. Le diagnostic de dystocie, qui explique à lui seul la moitié des premières césariennes, est révisé et précisé de façon à réduire la nécessité de césarienne.

Fait historique, LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOCG) a officiellement adopté ces recommandations. L'AVAC devient donc la norme, le standard de pratique accepté plutôt que l'exception. Les effets de ce tournant majeur devraient se faire sentir dès cette année. Bien que tous les médecins du pays aient été avisés de ces nouvelles lignes de conduite, les consommateurs doivent demeurer vigilants et s'assurer que les femmes de leurs régions aient au plus tôt accès à ces options et à l'information pour leur permettre un choix éclairé.

On peut se procurer copie de ces recommandations en envoyant 2,50 \$ à : Lynda March, THE PLANNING COMMITTEE OF THE NATIONAL CONSENSUS

CONFERENCE ON ASPECTS OF CESAREAN BIRTHS, Dept. Clinical Epidemiology, Health Sciences Center, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 3Z5
Source : MATERNAL HEALTH NEWS, vol. 11 n° 1, avril 1986.

STRESS ET NAISSANCE

Le stress de la naissance n'est pas dommageable pour la majorité des nouveau-nés. En fait, la montée d'« hormones de stress » qui se déclenche pendant la naissance prépare le bébé à survivre hors de l'utérus. Les catécholamines dégagent les poumons et changent leurs caractéristiques physiologiques pour promouvoir la respiration normale, changements qu'on ne croyait dus qu'à la compression du thorax pendant l'accouchement. Elles assurent en outre qu'une abondante réserve de sang irrigue le cœur et le cerveau, ce qui peut être crucial pour le nouveau-né qui éprouve des difficultés respiratoires. Elles mobilisent également les sources d'énergie accumulées pour rapidement nourrir les cellules désormais privées du flot placentaire, permettant entre autres de pallier à une baisse de température. Enfin, elles pourraient même contribuer à l'attachement mère-enfant.

De tels résultats laissent supposer que les bébés nés par césarienne élective seraient désavantagés. Certains obstétriciens essaient maintenant de retarder la césarienne jusqu'à ce que la mère entre en travail, dans la mesure du possible, essayant ainsi de donner au nouveau-né le bénéfice de cette montée d'hormones. Il est réconfortant de penser que le stress d'un accouchement normal est plutôt bénéfique que néfaste comme on a déjà pu le croire.

Source : SCIENTIFIC AMERICAN, vol. 254 n° 4, avril 1986.

STÉRILISATION ÉPISIOTOMIE

Une recherche effectuée à l'University of Western Ontario (London) démontre que la stérilisation est en train de dépasser la pilule comme premier moyen contraceptif au Canada. L'étude, publiée en septembre 1985 dans FAMILY PLANNING PERSPECTIVES, fait état des premiers estimés de l'utilisation de la contraception au Canada depuis 1968. Basée sur une enquête téléphonique à l'échelle nationale, l'étude a rejoint 5 315 femmes et rend compte à la fois de la méthode employée au moment du questionnaire et de toutes les méthodes déjà employées par la répondante. L'échantillonnage de la recherche était comparable aux données statistiques démographiques canadiennes quant à l'âge, le statut marital et la situation géographique.

Le statut marital permet généralement de prédire le type de contraception utilisé : célibataires, les femmes emploient la pilule; mariées, elles se tournent assez rapidement vers la stérilisation. D'après cette étude, 57 % des femmes qui n'ont jamais été mariées (1 430) ont recours à la contraception, dont 71 % choisissent le contraceptif oral. Chez les femmes mariées (3 283), 73 % utilisent une méthode contraceptive, parmi lesquelles 59 % ont opté pour la stérilisation féminine ou masculine.

L'utilisation de la pilule chez les femmes mariées serait tombée de 43 % en 1968 à 15 % seulement maintenant.

De toute la population rejointe, 9,1 % utilisent le comdon, 8,3 % le stérilet et 6,6 % seulement optent pour le diaphragme, le retrait, le spermicide ou une méthode rythmique.

Source : HEALTHSHARING, vol. 7:2, hiver 1986.

D'après ses défenseurs, l'épisiotomie prévient l'étirement des muscles du périnée et un éventuel prolapsus des organes génitaux. Les auteurs d'une récente étude ont examiné le fonctionnement des muscles du périnée un an après l'accouchement.

Ils n'ont trouvé aucune différence significative dans la fonction musculaire du périnée entre les groupes divisés selon le degré de traumatisme périnéal. Ils ont cependant noté des différences très significatives en regroupant les sujets en fonction de leurs exercices physiques : la différence était marquante entre celles qui n'avaient fait aucun exercice et celles qui en avaient fait, et plus nuancée entre celles qui n'avaient fait que des exercices postnatals et celles qui avaient poursuivi un programme continu. Même dans le groupe témoin qui n'avait subi aucune atteinte au périnée, celles qui ne faisaient pas d'exercice avaient un fonctionnement musculaire médiocre par rapport aux autres.

Cette étude ne confirme donc pas la théorie selon laquelle l'épisiotomie assurerait une meilleure cicatrisation et un meilleur fonctionnement du périnée et n'a trouvé aucune évidence permettant de conclure qu'un périnée intact à l'accouchement diminue la capacité musculaire ultérieure à cause d'un étirement excessif.

Source : BIRTH, vol. 12:4, hiver 1985, citant LANCET 2(8447):123, 20 juillet 1985. ■

ISABELLE BRABANT

CHOISIR SA SAGE-FEMME

Dans le numéro d'hiver de la revue *LUNE À L'AUTRE*, Isabelle Brabant suggérerait quelques organismes susceptibles d'aider les femmes et les couples à choisir une sage-femme. Il va de soi qu'il ne s'agissait pas là d'une liste exhaustive et que d'autres regroupements, comme l'ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC et ALTERNATIVE NAISSANCE à Montréal, de même que de nombreux groupes en régions, peuvent vous aider à trouver la sage-femme qui correspond à vos attentes.

LES TAMPONS HYGIÉNIQUES

Les utilisatrices devraient exiger de connaître les composants spécifiques des tampons, ne serait-ce que pour savoir ce qu'elles introduisent dans leur propre corps. Elles devraient également savoir qu'il faut attendre de six à huit semaines après l'accouchement ou une fausse couche avant de faire usage de tampons hygiéniques.
Source : Protégez-vous, avril 1986.

CATAL

Le SYNDIC DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CPMQ) a intensifié ses poursuites contre des praticiens et des praticiennes qui oeuvrent depuis plusieurs années dans le domaine des médecines douces. Mais ce n'est qu'un début, puisque le président de la CPMQ, Augustin Roy, affirmait récemment sur les ondes d'une station radiophonique de Québec que de 700 à 800 dossiers sont ouverts. Acupuncteurs, homéopathes, iridologues, etc., tous sont accusés de pratiquer la médecine de façon illégale au Québec.

Rappelons que dans certains pays, en Allemagne notamment, les praticiens en médecines douces sont appelés à passer un examen devant un comité multidisciplinaire dont les médecins font partie. Comment en espérer autant chez nous, quand le SYNDIC de la CPMQ poursuit ceux qui pratiquent les médecines alternatives ?

Cette action en justice a donné naissance au COMITÉ POUR L'ACCÈS AUX THÉRAPIES ALTERNATIVES (CATAL); parmi les membres les plus connus, on retrouve Serge Mongeau et la journaliste Monique de Gramont. Ce comité demande au gouvernement du Québec de briser le monopole de la Loi médicale et de rendre légales les autres formes de thérapies offertes par des praticiens et praticiennes compétents-es.

On peut soutenir l'action du comité en signant la pétition qui se trouve au centre du présent numéro.

COLLOQUE MÉDECINES DOUCES

Le premier colloque a fait sortir les médecines douces de la clandestinité, il reste à les faire sortir de l'illégalité, l'heure du choix est venue, estime L'Agora qui annonce son deuxième colloque pour les 24, 25 et 26 octobre prochains à l'Hôtel Hilton de Québec. On peut obtenir le programme et un formulaire d'inscription en s'adressant à : L'Agora, C.P. 245, Ayer's Cliff (Québec) JOB 1C0 ou en composant le (819) 838-4262 ou (819) 838-5705. À Montréal, on peut rejoindre la Corporation professionnelle des diététistes du Québec au (514) 842-7923.

REFUS DE TRAITEMENTS

Dans un jugement unanime, la Cour d'appel du Québec a autorisé une mère à refuser des traitements de chimiothérapie pour son enfant de trois ans et demi atteint de cancer. La mère soutenait que les traitements n'étaient pas dans le meilleur intérêt de sa fillette, déjà mortellement atteinte. Par trois fois, des traitements similaires avaient eu des conséquences désastreuses et irréversibles sur les reins et l'ouïe de l'enfant; les traitements proposés constituaient un acharnement thérapeutique contraire à la qualité de la vie sans pour autant lui donner une chance raisonnable de survie. L'Hôpital pour enfants de Montréal n'a pas l'intention de faire renverser ce jugement en s'adressant à un tribunal supérieur, parce qu'il est impossible de faire la preuve qu'avec les traitements prescrits, l'enfant serait guérie, de l'aveu même du directeur des services professionnels.

Source : Le Devoir, 11 et 12 avril 1986.

LE RAPSI DÉMÉNAGE

Le REGROUPEMENT D'INTERVENANTS EN SOINS DE SANTÉ INTÉGRALE, dont nous donnions les coordonnées dans notre numéro d'hiver, nous avise qu'on peut désormais les retrouver au : 4150, chemin Trafalgar, Montréal (Québec) H3Y 1R2. Tél. : (514) 937-4904.

LAIT MATERNISÉ

En 1985, 81 204 grossesses ont été enregistrées au Québec, dont 15,9 pour cent chez des femmes assistées sociales. Celles-ci ont droit à un supplément de prestation de 20 \$ par mois durant leur grossesse et durant la période d'allaitement. Peu cependant profitent de ce supplément après la naissance. Des recherches démontrent en effet que les femmes bénéficiaires de l'aide sociale sont moins nombreuses que les autres à nourrir leurs bébés au sein parce qu'elles vivent dans de trop mauvaises conditions socio-économiques, manquent d'instruction, d'information, sont trop nerveuses, craintives, fatiguées. Le lait maternisé qui devrait alors remplacer le maternel ne leur est malheureusement pas accessible à cause de son prix trop élevé.

Une coalition s'organise donc présentement à l'échelle du Québec pour forcer le gouvernement à étendre aux préparations commerciales de lait pour nourrissons la couverture-médicament à laquelle les bénéficiaires de l'aide sociale sont déjà admissibles.

Source : La Presse, 1^{er} mai 1986.

DU NOUVEAU

Enfin, félicitations à la coordinatrice de la revue *LUNE À L'AUTRE*, Dhyane Iezzi, qui a donné naissance à Thomas, un beau garçon de 8 livres 9 onces, au début d'avril. ■



POURSUITES CONTRE DES PRATICIENS
EN MEDECINES DOUCES

Le SYNDIC de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec poursuit en ce moment pour exercice illégal de la médecine plusieurs centaines de Praticiens-nes (non médecins) qui utilisent les médecines alternatives dans le but d'aider des milliers de Québécois-ses à régler leurs problèmes de santé et à mieux gérer leur capital-santé.

Ce faisant, la CPMQ refuse aux Québécois-ses le droit qu'ils et elles ont de choisir avec qui et comment ils et elles veulent travailler pour retrouver ou préserver leur santé.

Ce faisant, la CPMQ contraint des praticiens-nes - dont beaucoup ont une solide formation et des diplômes reconnus dans la discipline qu'ils et elles exercent - à fermer leurs bureaux.

Ce faisant, la CPMQ met en péril la santé des personnes actuellement engagées dans une thérapie ou un traitement alternatifs qui s'avèrent efficaces.

Souhaitez-vous préserver votre droit à utiliser les médecines alternatives?

Si oui, n'hésitez pas à le faire savoir en signant la pétition qui accompagne ce texte.

Vous pouvez aussi contribuer à la défense des praticiens-nes compétents-tes actuellement poursuivis-es en faisant un don au Comité pour l'accès aux thérapies alternatives (CATA).

PETITION POUR L'ACCES AUX THERAPIES ALTERNATIVES

Le droit de soigner et de traiter ne devrait pas être exclusif aux médecins. La Corporation professionnelle des médecins du Québec n'a pas le droit d'imposer sa loi, une loi franchement désuète. Elle n'a pas non plus le droit de persécuter les personnes engagées dans des approches alternatives.

Nous sommes pour la liberté de choix. Nous, soussignés, demandons formellement au Gouvernement du Québec de briser le monopole de la Loi médicale et de rendre légales les autres formes de thérapie offertes par des praticiens et praticiennes compétents-es.

nom

adresse

signature

Cette pétition est mise en circulation par le Comité pour l'accès aux thérapies alternatives (CATA). On peut soutenir l'action du comité en signant la pétition et/ou en lui faisant parvenir une contribution financière. Le CATA est logé au 10055 Papineau, Montréal H2B-1Z9, Tel. (514) 388-9296.



BRONZAGE

L'ESCALE AU SOLEIL

LES ATRIUMS - PLACE DUPUIS
870 RUE MAISONNEUVE EST
MONTREAL, QUEBEC
H2L 4S8

849-2497 CLAUDETTE DUBREUIL

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

*mouance
en eau*

CAROLINE VEECHI / Groupe-Privé / 277-6959

INDICATEUR DE FERTILITÉ

BIOSELF[®] 110



Une véritable innovation pour le planning familial naturel.
BIOSELF 110 est un calculateur électronique permettant à la femme de connaître quotidiennement, les jours fertiles et infertiles de son cycle menstruel.

Offre une alternative aux méthodes artificielles de planning familial et une aide précieuse si la conception est désirée.

Disponible chez votre pharmacien ou commandes téléphoniques acceptées.

Demandez un dossier complet à:
BIOSELF CANADA INC.
1101
ave. Victoria
St-Lambert
Québec
Canada
J4R 1P8
(514) 465-9010



CENTRE de SANTÉ d'Eastman

« OASIS D'ÉNERGIES DOUCES »

Magnifique domaine face au mont Orford
Détente, excellente cuisine végétarienne
50 \$ / jour, pp., occ.d. / hébergement, repas, sauna
en supplément

Programme de mise en forme physique et psychologique
(massage, gymnastique douce, entrevues privées, etc.)

Aussi formation en approche psycho-corporelle
(15 juin / 29 août 1986)

Information Tél. : (514) 297-3009

Chemin des Diligences Eastman, Qué. J0E 1P0



**ÉCOLE DE NATATION
GINETTE DÉZIEL**

Fini la peur de l'eau...

Cours privés

Approche
douce

Un sport doux

Une activité physique
complète

Bienvenue aux non-nageurs
ainsi qu'aux nageurs

Piscines aux 4 coins de la ville

Lise Bernard

AQUA
P H Y S I Q U E
inc.

Tél. : 523-3188

créations grenier



MOULAGES DE PLÂTRE
reproduction intégrale
bedaines / pieds de bébé / etc.

MONTREAL
937-1932



JEAN-PIERRE MÉNARD
L.L.B., L.L.M.

Avocat

Participe à l'Aide Juridique

5969, rue Hochelaga,
Montréal (Québec) H1N 1X3
(angle Cadillac) Tél.: (514) 253-8044



Où
faire
garder
nos
enfants
?

*Le guide-répertoire
OÙ FAIRE GARDER NOS ENFANTS ? 1986
contient la liste complète des agences
de service de garde en milieu familial
et des garderies au Québec.*

*Il est disponible à L'OFFICE DES SERVICES DE GARDE,
201, Place Charles-Lemoyne, Longueuil, J4K 2T5.
Tél. : (514) 670-0920 ou 1-800-361-7060*



Office des services
de garde à l'enfance

Québec 