

*l'une à  
l'autre*

La chaise « miraculeuse »  
**LES DEUILS SILENCIEUX**  
Sages-femmes et sécurité, une réalité



LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT, L'ALLAITEMENT  
expression de la sexualité féminine

Être mère... moment privilégié pour  
développer sa connaissance corporelle  
s'abandonner à l'instinct de vie  
s'affirmer face aux autres

**CÉLINE BEAUDOIN**  
sexothérapeute  
Tél. : 668-2090  
groupes/individus/conférences

LES  
ALTERNATIVES  
D'UNE  
NOUVELLE NAISSANCE

**R**encontres pré-natales individuelles ou de groupe de préparation à la naissance  
**A**ssistance lors de la naissance avec l'approche holistique



**GERTRUDE LAVOIE**  
Sage-femme

675, Marguerite Bourgeoise Québec  
Tél. 681-5372



**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

**CENTRE de SANTÉ**  
*d'Eastman*

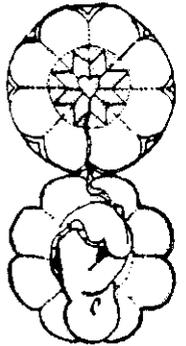
« OASIS D'ÉNERGIES DOUCES »

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. JOE 1P0



**Centre de Yoga**  
**Prénatal et Familial**

session de yoga prénatal massage pour la femme enceinte

session de yoga postnatal massage pour le nouveau-né

PRINCIPALES DE CHERCHER ET SURVIVRE 4-1

4308 Marquette, Montréal Tél. : 523-2036

Yoga aquatique - Peur de l'eau - Aqua massage

*mouvement en eau*

CAROLINE VEILLERON Tél. : 377-6959



**Herbes Médicinales -**  
**Onguents - Teintures -**  
**Mélanges....**

Marie Provost, H.D. C.P. 462, Val David Qué. J0T 2N0

**Michèle Joannette**  
Acupuncteur

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



**Plus ça change, plus c'est pareil. Au hasard d'un grand ménage, j'ai trouvé un article intitulé « Accoucher est une fête qui nous appartient » dans la revue Châtelaine d'octobre 1975. Catherine Lord se demandait alors si les médecins sont vraiment indispensables à l'accouchement, puisque 90 pour cent des grossesses et des accouchements sont normaux : « Ils seraient mieux avisés de consacrer plus de temps aux grossesses à risque et de confier les naissances normales à un corps de sages-femmes. »**

**Elle se demandait aussi pourquoi les femmes doivent se faire raser, subir un lavement, prendre un sédatif, accoucher sur le dos les pieds dans les étriers, être anesthésiées même localement. Elle se demandait enfin pourquoi on tranchait aux ciseaux le périnée de toutes les femmes et pourquoi on mettait le nouveau-né dans une couveuse en plastique, le séparant ainsi de sa mère, de son père et de ses frères et soeurs.**

**« Plus la médecine intervient dans le processus naturel de la naissance, soulignait alors Catherine Lord, plus elle administre de médicaments, plus les enfants risquent de naître avec des séquelles neurologiques graves et courent le danger de demeurer retardés à divers degrés pour le reste de leur vie [...] Faire courir le risque, si minime soit-il, d'affecter le développement futur d'un foetus en parfaite santé parce qu'on a décidé d'appliquer à toutes les femmes ces procédés inutiles, coûteux et dangereux est certainement un énorme non-sens. » Vieux de onze ans, ce commentaire est toujours actuel!**

**Pourquoi ne se décide-t-on pas enfin à prêter l'oreille aux groupes de pression pour l'humanisation des soins? Prêter l'oreille... et écouter pour vrai, plutôt que de se contenter de camoufler la médicalisation derrière un équipement sophistiqué qui ne change en rien la relation entre le médecin et la femme qui accouche, comme nous l'indique Marie-Claude Martel dans sa chronique « Pour des maisons de naissance ». Tant que les rapports de force continueront de dominer la situation, tant que la prétendue déshumanisation ne sera que condescendance, il faudra continuer à parler de récupération pure et simple.**

**NAISSANCE-RENAISSANCE** Quelles seront les grandes orientations de Naissance-Renaissance en 1986-87? **4**

**SACRÉE SANTÉ** La macrobiotique : prudence pendant la grossesse si vous êtes néophyte. **5**

**PROFESSION : SAGE-FEMME** Les femmes veulent accoucher en toute sécurité. Un élément omniprésent dans le langage des sages-femmes. **6**

**LE DOSSIER** Dossier-témoignage percutant de Micheline St-Onge, suivi de l'opinion d'experts en matière de support aux familles éprouvées par la perte d'un être cher. **10**

**OBSTÉTRIX** L'échographie, une histoire longue comme le bras! **16**

**MAISONS DE NAISSANCE** Peut-on parler d'humanisation des soins quand on se contente de camoufler l'équipement médical? **18**

**NOUVELLES EN BREF** **19**

**NOUS AVONS LU** Michèle Champagne et Céline Lemay ont lu pour vous **20**

**LETTRES OUVERTES** **22**

Photo de la couverture Esther Larose; photo ci-haut Robert Fréchette

**L'UNE À L'AUTRE** ÉDITEUR : Naissance-Renaissance RÉDACTRICE EN CHEF : Suzanne Blanchet COORDINATION : Dhyane Iezzi COLLABORATION : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Francine Gagnon, Céline Lemay, Marie-Claude Martel, Micheline St-Onge, Hélène Vadeboncoeur GRAPHISME : Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier COMPOSITION : Composition Solidaire inc. IMPRESSION : Presses Elite Inc. MARKETING : Lucie Gervais PROMOTION : Francine Dubreuil SECRETARIAT : Christyne Ouellet POLITIQUES DE LA MAISON : Nous laissons aux auteures l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteure). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. TARIFS D'ABONNEMENT pour 4 numéros (1 an) : individu-es 10 \$ ; groupes 15 \$/de soutien 20 \$ ou plus ; corporations ou institutions 25 \$/de soutien 40 \$ ou plus ; étranger : ajouter 5 \$. Adresse postale : NAISSANCE-RENAISSANCE, C.P. 249, Succ. E, Montréal (Québec) H2T 3A7. Tél. : (514) 525-5895. Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 1983, Bibliothèque nationale du Québec. ISSN : 0824-8230. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.



Marie-Claude Martel

## MOT D'ORDRE : VISIBILITÉ

**A**près maintenant deux mois dans mes nouvelles fonctions de directrice générale, à l'écoute de vos attentes de part et d'autre, me voilà bien intégrée et prête à faire un petit bout de chemin avec vous. Avant d'aller plus loin, j'aimerais, en mon nom personnel et au nom de plusieurs groupes, remercier Paula McKeown pour l'immense travail accompli à NAISSANCE-RENAISSANCE. L'héritage qu'elle nous laisse est le fruit de plusieurs années de travail, mais surtout, une partie d'elle-même qui sera, j'en suis certaine, le gage d'un avenir prometteur.

Une nouvelle équipe prend place à NAISSANCE-RENAISSANCE. Le conseil d'administration élu en mai dernier assure une représentation réelle des régions au sein des gestionnaires du regroupement : Côte-Nord, Rimouski, Outaouais, Mont-

réal. Un dynamisme nouveau vient de se créer qui saura donner énergies et orientations aux grands projets de cette année.

Suite à plusieurs années de militantisme et de travail assidu visant l'humanisation, NAISSANCE-RENAISSANCE se retrouve face à une phase de restructuration visant à consolider ses acquis et à planifier l'expansion à venir. Afin de soutenir cette démarche, une tournée provinciale sera organisée à l'automne. Attendez-vous à de belles surprises!

Le mot d'ordre pour la prochaine année à NAISSANCE-RENAISSANCE est celui de la visibilité. Pour ce faire, une emphase importante sera placée sur nos relations avec les médias et le public. Nos deux dossiers prioritaires, le dossier des sages-femmes et celui des maisons de naissance, seront nos véhicules privilégiés pour cette campagne de relations publiques.

En ce qui a trait au dossier des sages-femmes, l'accent de la pro-

chaine année sera mis sur notre participation au « comité sages-femmes » du ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, nous travaillerons à identifier clairement nos critères d'appui aux sages-femmes qui pratiquent actuellement au Québec. Une démarche au niveau provincial sera orchestrée en ce sens.

Quant au dossier des maisons de naissance, il prendra de l'envergure au cours de l'année. Nos déléguées des usagères nous signifient les besoins de démontrer l'importance d'offrir des lieux de pratique privilégiés à nos sages-femmes au Québec. Précisons que ces maisons de naissance, historiquement revendiquées par des femmes et des groupes de femmes dans le but de répondre à leurs besoins, commencent à être repris par « l'establishment technologique ». Les besoins fondamentaux des femmes seront-ils encore relégués en deuxième ou troisième place dans le but de satisfaire des besoins institutionnels et médicaux?

L'action s'impose, les défis ne manquent pas. Une année fort stimulante s'ouvre devant nous. J'espère que l'été passé au soleil vous aura donné l'énergie nécessaire à la poursuite de nos objectifs. ■

MARIE-CLAUDE MARTEL

### ZOOM SUR LES RÉGIONS

Que se passe-t-il dans les régions? Quelles sont les priorités de chaque groupe membre? Y fait-on de l'accompagnement à l'hôpital? Y veut-on des chambres ou des maisons de naissance? Comment s'orchestre l'action concertée de NAISSANCE-RENAISSANCE à travers la province? C'est ce que nous tenterons de cerner cette année dans la chronique Naissance-Renaissance.

PHOTOS JUDITH POTHIER

Assemblée générale de NAISSANCE-RENAISSANCE, mai 1986



## LA MACROBIOTIQUE EN DOUCEUR

**D'**inspiration orientale, la macrobiotique a fait sienne la philosophie orientale qui invite les femmes à porter une attention particulière à tous les aspects de leur vie lorsqu'elles attendent un bébé. Le « Tai-Kyo », ou éducation de grossesse, enseigne à la future mère l'importance d'une vie calme et ordonnée durant cette période pour le bien de son enfant.

Puisque l'alimentation y est abordée de façon bien particulière dans le cadre de toute une philosophie de vie, on ne saurait trop recommander la prudence à la femme qui voudrait l'adopter en cours de grossesse. Il faut en effet plusieurs mois, voire plusieurs années avant de maîtriser la macrobiotique comme le fait Kathleen Burns, à qui nous avons demandé de démystifier cette médecine douce.

« Tous les aliments peuvent être classés « yin » (expansion) ou « yang » (contraction). L'important est d'éviter les extrêmes, insiste Kathleen, elle-même mère de deux jeunes enfants. On retrouve parmi les aliments « très yin » le sucre, les additifs et la drogue, parmi les aliments « très yang » la viande rouge et les œufs. Il est donc préférable de consommer des aliments mieux équilibrés, comme les céréales à grains entiers, les légumes, les légumineuses, les algues de mer et de petites quantités de fruits, de poisson et de noix. »

Les fervents de la macrobiotique estiment que les produits laitiers devraient être réservés aux veaux dont le développement est terminé à la naissance. Ils n'ont par conséquent besoin du lait de vache que pour leur croissance osseuse. « Au contraire, les bébés doivent tout d'abord parachever la formation de leur cerveau et de leur système nerveux. Le lait de

vache ne convient donc pas à l'être humain », explique Kathleen Burns.

### Pas de miracles

« Les femmes sont également sujettes à de nombreux problèmes imputables à une trop forte consommation de produits laitiers, lesquels favorisent une surproduction de mucus, poursuit-elle, ce qui conduit à des problèmes comme le blocage des trompes de Fallope, les kystes aux ovaires ou même les tumeurs. Des femmes qui souffraient d'endométriose avancée, de cystites et de vaginites à répétition ont réglé leurs problèmes après avoir modifié le choix de leurs aliments. »



On prétend que Yoko Ono, la femme du célèbre Beatle John Lennon, ne pouvait concevoir. Or, après dix-huit mois d'alimentation macrobiotique, elle est devenue enceinte. On aurait même vu des cas d'herpès cesser de se manifester. La macrobiotique n'est cependant pas la cour des miracles : il faut être prête à apporter des changements importants dans ses habitudes alimentaires et persévérer.

En quoi la macrobiotique peut-elle être utile pendant la grossesse ? La qualité du sang de celle qui nourrit le fœtus est primordiale ; or, cette qualité est directement fonction de l'alimentation. Quand on sait à quel point le fœtus est sensible à l'effet des poisons provenant de l'alimentation et de l'environnement, on imagine que bien comprise et bien appliquée,

	Caractère YIN	Caractère YANG
royaume	végétal	animal
direction de croissance	vers le haut	vers le bas
durée de croissance	courte	longue
climat de croissance	tropical, chaud	tempéré, froid
saison de croissance	printemps, été	automne, hiver
partie de la plante	tige, feuille, fleur, fruit	graine, racine
forme	allongée, pointue	ronde, dentelée
densité	faible	forte
conservation	courte	longue
goût	piquant, acide, doux	salé, amer
teneur en eau	élevée	faible
minéraux	potassium	sodium, magnésium
vitamines	C	A, D, K

la macrobiotique puisse permettre au bébé de commencer sa vie du bon pied.

N'est-il pas difficile cependant d'adhérer à un régime alimentaire aussi strict lorsque surgit l'irrésistible envie d'une tablette de chocolat ? Un peu moins lorsqu'on pense au bien-être du bébé. Il s'agit alors d'analyser ce que réclame réellement le corps, ici un aliment sucré. Alors, un morceau de tarte confectonnée à la maison fera peut-être tout aussi bien l'affaire. Cependant, si l'envie persiste, plutôt que d'être irritable durant deux jours en pensant au chocolat, affectant ainsi le bébé sensible aux sautes d'humeur de sa future mère, aussi bien acheter du chocolat d'excellente qualité et en manger en quantité raisonnable !

### Comment s'y prendre

Si vous songez à adopter la philosophie macrobiotique, il est préférable de le faire avant la grossesse. Si vous êtes déjà enceinte, il faudra y aller en douceur. Pour une transition moins radicale, diminuez graduellement tous les sucres que vous remplacerez par du sirop de malt, du jus de fruits et des fruits. Même chose pour les produits laitiers, auxquels vous substituerez les légumes feuillus, les graines de sésame et les algues de mer, très riches en minéraux.

Remplacez la viande grasse et rouge par la volaille, puis par le poisson et les fruits de mer ; augmentez parallèlement la consommation de grains entiers, de légumineuses et de légumes en accordant une préférence aux produits biologiques.

La FONDATION RENOUVEAU<sup>1</sup> pourra vous aider dans votre démarche. On y donne des conférences de même que des cours de cuisine. Un groupe de support se rencontre à toutes les semaines ; les femmes échangent alors trucs, recettes et solutions, pendant que les petits s'amuse. ■

HÈLENE VADEBONCOEUR

<sup>1</sup> La FONDATION RENOUVEAU, 4234, rue Saint-Denis, Montréal H2J 2K8. Tél. : (514) 286-0520.

### LA SANTÉ DES FEMMES

La chronique SACRÉE SANTÉ portera sur les problèmes de santé spécifiques aux femmes à partir du prochain numéro.

# LA SÉCURITÉ, UNE QUE

**Le choix du lieu d'accouchement : un droit fondamental des parents**

*Une expérience de grossesse et d'accouchement enrichissante et un bébé en bonne santé, voilà deux attentes des femmes complémentaires plutôt que contradictoires, aussi indissociables que le pile et le face d'une pièce de monnaie. Deux attentes qui doivent être comblées en toute sécurité, une sécurité que les sages-femmes peuvent assurer, comme le démontre cet extrait soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, mieux connue sous le nom de Commission Rochon.*

**Q**uand on discute de changements souhaitables en périnatalité, la sécurité des femmes et des enfants en cause est une question primordiale. La pratique des sages-femmes assure les soins les plus qualifiés qu'une femme enceinte en santé et son enfant puissent recevoir. Le haut niveau de sécurité qui en découle est reconnu internationalement depuis longtemps déjà. Quand un système de santé incorpore un service de sages-femmes à ses services existants en périnatalité, les taux de mortalité et de morbidité baissent immédiatement, de même que les taux de prématurité, de complications et d'interventions.

La sage-femme est la seule intervenante dont la philosophie et la pratique ont pour objet le suivi complet de la femme enceinte et de sa famille durant tout le processus de la maternité. Elle a l'avantage de fournir des soins personnels, continus et préventifs, et une part importante de son apport aux familles est l'éducation.

Sa présence est donc un gage de sécurité pour toutes les femmes qui la consultent, même celles classées « à haut risque » (Evenson 1983).

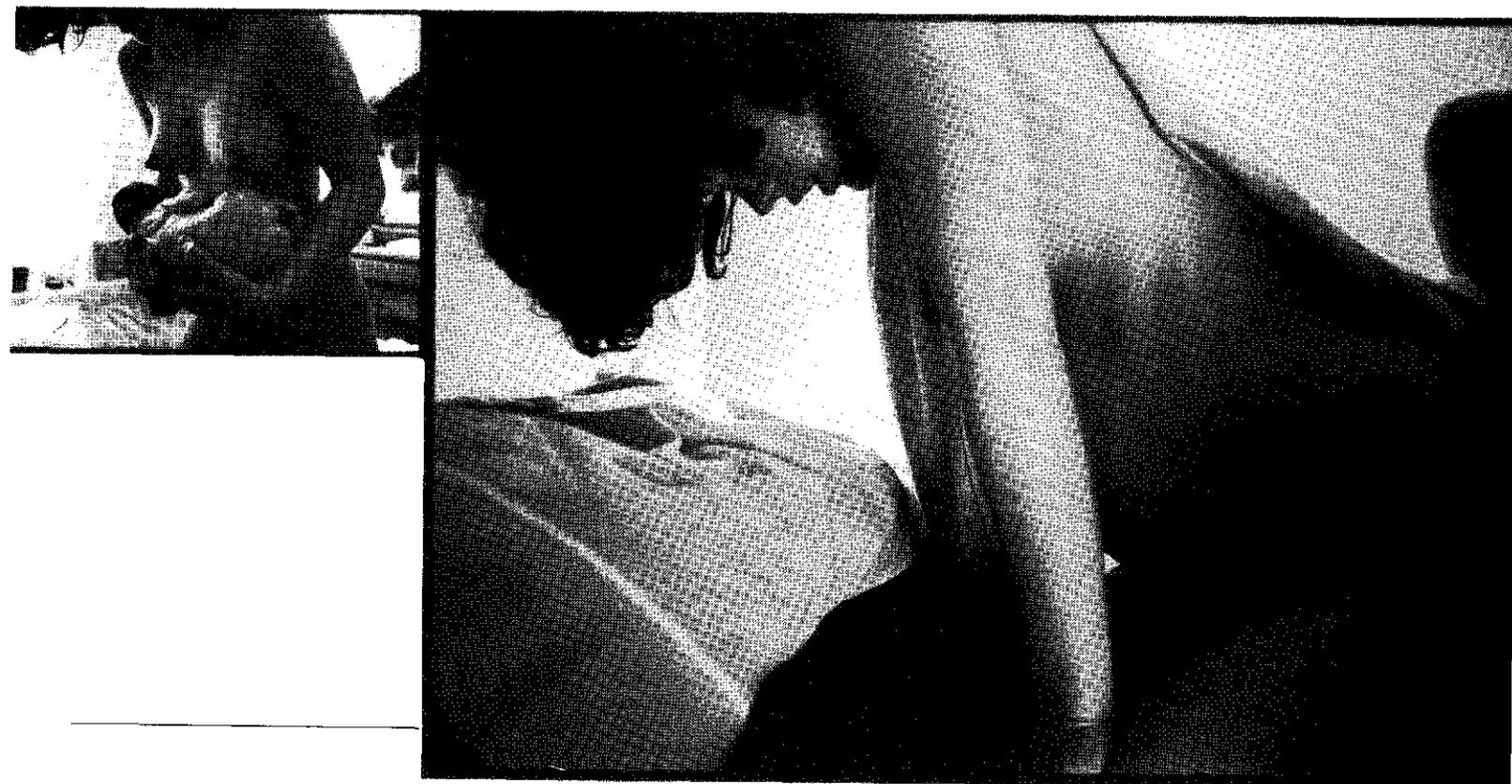
## MORTALITÉ ET MORBIDITÉ PÉRINATALES

Les statistiques sont éloquentes : les pays industrialisés qui ont recours principalement aux services de sages-femmes ont les taux de morbidité et de mortalité les plus bas, comme en témoignent nos tableaux (p. 8-9).

En Finlande, la sage-femme est omniprésente dans le système de santé et l'organisation des soins primaires liés à la périnatalité. Pour l'ensemble de la ville d'Helsinki (485 157 habitants), il y a quatre obstétriciens et 44 sages-femmes. Les médecins généralistes ne font pas d'accouchements, n'ayant pas de formation adéquate (Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes 1983).

## PRÉMATURITÉ ET PETIT POIDS DE NAISSANCE

L'une des principales façons de réduire le taux de mortalité infantile est de s'attaquer aux problèmes de prématurité et de bébés de petits poids (petits pour le temps de gestation : PT.G. ou post-matures : PPTG.). Il a été démontré que le suivi prénatal des sages-femmes fait baisser ces taux : le temps et l'attention qu'elles accordent aux femmes sont des facteurs déterminants, car elles les guident et les encouragent à choisir une meilleure alimentation et un mode de vie adéquat (Evenson 1983).



# STION PRIMORDIALE

Une étude conduite en 1984 dans six pays a démontré la corrélation entre l'augmentation du poids de naissance et le suivi prénatal, le nombre et la qualité des visites influant directement sur le poids du bébé, parmi une population-cible d'adolescentes et de fumeuses (Donaldson et al. 1984).

En France, à Clamart, sur une période de dix ans, le taux de naissances prématurées a chuté de 42 % après qu'on ait mis sur pied un service de visites à domicile pré- et post-natales assuré par des sages-femmes (Cole 1985).

## INTERVENTIONS TECHNIQUES

La pratique des sages-femmes se caractérise par l'emploi judicieux des interventions techniques qui sont ainsi réduites à leur minimum. Or, il existe une corrélation entre l'augmentation du taux de mortalité maternelle et infantile chez des femmes à grossesse normale et l'augmentation du nombre d'interventions à l'accouchement (Klein 1983).

Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) a statué qu'un taux de césarienne supérieur à 10-15 % est absolument inacceptable (il était de 18 % au Québec en 1983), étant donné qu'il est inférieur à 10 % dans les pays jouissant des plus bas taux de mortalité néonatale. L'O.M.S. note par ailleurs que dans les pays où on permet la pratique autonome des sages-femmes, le taux de césariennes, bien que préalablement élevé, a chuté de plus de 10 % (O.M.S. 1985).

## ÉTUDES DE CAS

Aux États-Unis, où la pratique des sages-femmes est légale dans la majorité des états, on s'est livré à plusieurs « études de cas » dans les cliniques mises sur pied par des sages-femmes ou dont la majorité des intervenants sont des sages-femmes. Au Kentucky, l'expérience du FRONTIER NURSING SERVICE, un service de sages-femmes dans une région montagneuse difficilement accessible, date de 1925 ; le taux de mortalité maternelle pour les 10 000 premières naissances entre 1925 et 1954 était de 9,1/10 000 alors que le taux national était de 34,1/10 000 (Brown et al. 1976).

Plus récemment, au Texas, en 1972, deux sages-femmes ont mis sur pied une maison de naissance, Su Clinica Familiar, pour les immigrantes mexicaines (95,5 % de la clientèle). Les conditions économiques et sociales et le grand nombre d'adolescentes enceintes placent cette clinique dans la catégorie « risque élevé ». Le taux de prématurité et de bébés de petit poids (P.T.G.) y est de 4,2 % alors qu'il est de 9,1 % pour le reste du Texas dans la même période. Leur taux de mortalité néo-natale pour les 1 412 premières naissances était de 5/1 000 naissances vivantes, la moitié du taux national (Murdaugh 1977). Au Texas toujours, au El Paso Maternity Center, pour une population également à hauts risques, le taux de mortalité périnatale est de 7,7/1 000 (Daniels 1983).

Au Madeira County Hospital, en 1959, le taux de mortalité néo-natale était de 23,9/1 000 et le taux de prématurité de 11 %. Des sages-femmes ont pris en

**La présence des sages-femmes assure un très haut niveau de sécurité**



PHOTOS ROBERT FRÉCHETTE

Taux de mortalité néonatale  
(par 1 000 naissances)

Pays	1977	1978	1983	1984
Suède	8,0	7,7	7,0	6,3
Japon	6,9		6,8	6,0
Danemark	6,9	8,9	7,7	7,7
Finlande	9,1		6,8	6,2
Norvège	9,2			
Hollande	9,5	9,5	7,9	7,9
Suisse	9,8		7,6	7,1
France	11,4	10,6	9,0	9,0
Belgique	11,9	11,7	11,3	11,3
Singapour	12,4	12,6	9,4	9,4
Canada	12,4		8,5	8,5
Australie	12,5		9,6	9,6
R.D.A.	13,1	13,2	10,7	10,0
Hong-Kong	13,5	11,6	9,9	9,2
Grande-Bretagne	13,7	13,1	10,2	9,6
Etats-Unis	14,1	13,6	11,2	10,6

Source: O.M.S., 1985.

charge les soins obstétricaux de 1960 à 1963, ramenant les taux à 6,6 % pour la prématurité et à 10/1 000 pour la mortalité néo-natale. Après que l'Etat eut coupé les fonds de ce projet expérimental, les taux sont remontés dès 1965 à 9,8 % et 32/1 000 (Levy 1971).

Il en va de même pour le North Central Bronx Hospital à New-York, situé dans l'un des quartiers les plus défavorisés de la ville. Les sages-femmes de cet hôpital ont réussi à abaisser le taux de mortalité et de prématurité plus bas que n'importe où ailleurs aux Etats-Unis où prévalent des conditions socio-économiques semblables et ce, avec le plus bas taux d'interventions, diminuant le nombre d'inductions, de forceps, d'anesthésie, d'analgésie, de monitoring foetal interne et de césariennes (Haire 1981).

Le Kings County Hospital à New-York a mis sur pied en 1976 un service de sages-femmes pour suivre les grossesses d'adolescentes généralement considérées à risques élevés. Pour les 884 premières naissances, seulement sept bébés sont morts, tous prématurés, soit un taux de mortalité de 7,9/1 000 (Chavis 1977).

#### MORBIDITÉ PSYCHO-SOCIALE

L'apport des sages-femmes dans un système de santé ne se borne pas à une amélioration des statistiques de mortalité périnatale. Leur présence assure aussi une baisse du taux de morbidité psycho-sociale, un taux dont on s'inquiète de plus en plus, et avec raison. On entend par morbidité psycho-sociale un déséquilibre important des états émotionnels et mentaux qui se traduisent entre autres par :

- le syndrome connu sous le nom de « dépression post-partum » ;
- le sentiment d'impuissance, la perte d'estime de soi, l'insatisfaction profonde consécutifs à l'expérience de grossesse et d'accouchement ;
- les difficultés graves d'adaptation au nouvel enfant dans la famille, la violence familiale qui en découle, la négligence, les traitements abusifs, l'inceste ;
- les problèmes d'adaptation de l'enfant lui-même.

Qu'on regarde cette morbidité psycho-sociale en terme d'atteinte à la santé mentale, de perte de potentiel humain ou de besoins accrus d'un certain type de services de santé (dont les femmes sont à l'heure actuelle les principales clientes), les coûts économiques et sociaux qu'elle engendre sont exorbitants. Le rapport du COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LES SAGES-FEMMES est éloquent à ce sujet.

Il n'est plus possible, aujourd'hui, de n'envisager que le côté physique et mécanique de la grossesse et de l'accouchement. Il faut désormais considérer la maternité comme une expérience globale et fondamentale pour la mère, l'enfant, le père, la famille qui se crée et donc la société québécoise dans son ensemble.

#### SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON

Enfin, les sages-femmes sont formées pour aider les femmes à accoucher à la maison. Cette demande existe au Québec et notre système de santé devrait assurer des soins de qualité aux parents qui font ce choix. D'excellentes études récentes démontrent clairement que l'accouchement à la maison planifié et assisté par une personne qualifiée est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital. En fait, il n'existe pas une seule étude qui démontre le contraire. La Hollande, dans l'intention de réduire encore ses taux de mortalité, fait la promotion de l'accouchement à la maison parce qu'il a été jugé plus sécuritaire. Les services d'« unités mobiles », souvent jugés indispensables pour assurer la sécurité des accouchements à la maison, ont été abolis partout en Europe où ils étaient en usage parce que, en pratique, ils se sont avérés inutiles (Wagner 1985).

Le Royal College of Obstetricians & Gynaecologists a déclaré, dans une mise au point en 1983, que les accouchements planifiés à la maison en Grande-Bretagne avaient un taux de mortalité de 2/1 000, alors que le taux général était de 14/1 000 (Midwives Coalition 1983).

Enfin, une étude comparative de 1 146 accouchements à la maison pairés avec un nombre égal d'accou-



PHOTOS JOSEF MIREAULT

chements à l'hôpital, en Californie, a démontré un taux de mortalité et de morbidité similaire, alors que le taux de complications et d'interventions était beaucoup plus bas à la maison (Mehl 1977).

Le choix du lieu d'accouchement est un droit fondamental des parents. Le Québec devra étudier cette question et juger des critères appropriés pour l'accouchement à la maison sur son territoire, en n'oubliant pas que la moitié de sa population habite en région urbaine, soit dans une densité de population comparable à celle de la Hollande qu'on cite souvent en exemple pour son utilisation généralisée (et sécuritaire) de la maison comme lieu d'accouchement.

Stewart (1981) fait ressortir quatre points majeurs en faveur de la pratique des sages-femmes :

- grâce à un suivi continu, elles peuvent détecter dès leur apparition tous les symptômes de complications possibles et les traiter ou les référer selon le cas ;
- elles limitent leurs interventions techniques au minimum ;
- elles aident les femmes enceintes à développer leur confiance de pouvoir donner naissance elles-mêmes, dans un climat de sécurité, réduisant ainsi le besoin de médication et d'intervention ;
- elles sont présentes en post-partum et au cours des mois qui suivent, attentives au processus d'adaptation des parents, aptes à déceler les signes de dysfonction, à agir ou à référer s'il y a lieu.

La présence des sages-femmes dans un système de santé assure un très haut niveau de sécurité physique, psychologique et sociale pour les femmes et leurs enfants. Par leur formation et leur philosophie de pratique, les sages-femmes offrent un suivi de grossesse qui reconnaît les capacités individuelles, encourage les parents à développer leurs ressources et à collaborer activement à leur mieux-être que ce soit dans leur alimentation, leur consommation d'alcool, de cigarettes, leur mode de vie, etc. Ils arrivent à leur accouchement mieux préparés, conscients de leurs choix, appuyés et supportés pendant toute cette période cruciale dans leur développement comme parents.

La société québécoise dans son ensemble bénéficierait largement de l'intégration des sages-femmes dans son système de santé. ■

**LE COMITÉ DE LÉGALISATION DE L'ALLIANCE  
QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES**

Références

- BROWN & ISAACS (1976), *The Frontier Nursing Service*, Am. J. Ob. & Gyn., 124, 14-17.
- CHAVIS, M. (1977), *Preliminary Report, Teenage Clinic of Midwifery Services, King County Hospital, Brooklyn, New York*, J. Nurse-Midwifery, hiver.
- COLE, C. (1985), *Prevention of Prematurity, Can We Do It in America?*, Pediatrics 78(2), 311-312.
- DANIELS, S. (1983), *Report From the El Paso Clinic*, MANA News, hiver 1983.
- DONALDSON, P. Belly, J. (1984), *The Impact of Prenatal Care in the Birth Weight*, Medical Care 22(2), 177-187.
- EVENSON, D. (1982), *Midwives: Survival of an Ancient Profession*, Women's Rights Law Reporter 7(4), 313-330.
- HAIRE, D. (1981), *Improving the Outcome of Pregnancy Through Increased Utilisation of Midwives*, 26(1), 5-8.
- KITZINGER, S. (1979), *Birth at Home*, Oxford University Press.
- KLEIN, M. (1983), *Obstetrical Procedures and Newborn Outcomes*, Brit. J. Obst. Gyn., mars 1983, 167-179.
- LEVY, B. et al. (1971), *Reducing Neonatal Mortality Rate with Midwives*, Am. J. Obst. Gyn. 109, 50-58.
- MEHL et al. (1977), *Outcomes of Elective Home Births: A Series of 1 146 Cases*, Reproductive Medicine, 19, 281.
- MIDWIVES COALITION (1985), *Brief to the Health Professions Legislative Review*, Ontario, octobre 1985, Annexe 4.
- MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (1985), *Les sages-femmes: Proposition d'un profil professionnel et hypothèse de formation*, rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes.
- MURDAUGH, A. (1977), *Report on Su Clinica Familiar, Wilby County, Texas, 1972-1976*, J. Nurse-Midwifery, hiver.
- OAKLEY, A. (1976), *Wise Women and Medicine Man: Changes in the Management of Childbirth*, in Mitchell, I. and Oakley, A., *The Rights and Wrongs of Women*, Middlesex, Penguin.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1985), *Appropriate Technology for Birth*, Lancet, 24 août 1985, 436-437.
- STEWART, D. (1981), *Five Standards of Safe Childbearing*, Marble Hill, Missouri, Naisac International.
- WAGNER, M. (1985), directeur du service de santé maternelle et infantile à l'Organisation mondiale de la santé, témoignage présenté au cours de l'enquête Mc-Laughlin-Harris le 8 juillet 1985 à Toronto, Ontario.

**Dommages au cerveau  
survenus lors de la naissance  
(par 1 000 naissances)**

Suède	1,5
Hollande	1,5
Finlande	1,6
Etats-Unis	5,4
Source: Kitzinger, 1979.	



# Au-delà des statis

**Partir pour accoucher et revenir les bras vides, il ne faut pas en faire un drame, prétend l'entourage, puisque de toute façon, ce bébé n'a jamais réellement existé. Il faut donc en faire son deuil. Un deuil silencieux. On va même jusqu'à prétendre que ça n'arrive plus ! Pourtant Micheline St-Onge témoigne ici du contraire.**

**Si l'on avait été plus attentif au déroulement des événements au lieu de ne se fier qu'aux statistiques, Sylvie-Anne aurait-elle été sauvée ?**

*Ce matin est un matin particulier, après une nuit terrible...*

**E**n 1977, je suis étudiante au baccalauréat en sciences infirmières. J'aime un garçon qui m'aime aussi. Dans cette relation, nous traînons tous les deux un passé qui nous dérange. Nous sommes bien ensemble, mais nous ne voulons pas d'enfants pour le moment. Nous ne sommes pas prêts psychologiquement, émotionnellement et matériellement parlant.

Comme méthode contraceptive, on utilise les condoms, cela fait maintenant partie de notre rituel amoureux. Je suis très régulière et je commence à écouter ce que m'indique mon corps. Heureusement que j'ai déjà fait des migraines, sinon j'aurais cédé à la pression du milieu et j'aurais, moi aussi, pris « la pilule », comme toute fille intelligente ! Comme je suis étudiante en nursing, personne n'en revient d'apprendre que nous utilisons les condoms : c'est pas sûr, c'est pas le fun, ça peut se déchirer. Comme « preuve », les statistiques !

Cédant à la panique, nous faisons des démarches pour que je me fasse poser un stérilet. Je rejette le premier dans les 24 heures qui suivent. Je retourne pour un deuxième (le lavage de cerveau a été assez efficace), le médecin me dit que je dois avoir une sténose du col et me réfère à un gynécologue : c'est un bon, puisqu'il est à Sainte-Justine. Celui-ci me dit que je n'ai pas de sténose, me pose mon stérilet en me disant que je n'ai pas besoin de le revoir. Neuf mois après (étrangement), j'ai « beaucoup de difficulté » avec ce stérilet. Je devrais tout simplement m'en faire poser un autre, un Geny-T cette fois. Mais depuis, je travaille et j'ai expérimenté le fait que les chiffres que j'ai appris durant mes études ne sont pas tous vrais.

Donc, je me fais enlever ce stérilet. Plus de stérilets, jamais plus de stérilets pour moi...

Nous revenons à nos condoms avec soulagement, mais le prix à payer pour ne pas correspondre aux statistiques apprises a été élevé. Est-ce moi qui ne correspondait pas aux moyens contraceptifs ? Est-ce moi qui aurait dû correspondre aux moyens ?

P A R M I C H E L I N E S T -

# tiques

Ou est-ce que les moyens contraceptifs auraient dû répondre à mes besoins ?

La vie continue et jamais de problèmes avec les condoms. Je continue d'apprendre à écouter mon corps.

En juillet 1982, on décide d'essayer d'avoir un enfant. Au premier mois d'essai, je suis enceinte. Je devrais accoucher à la mi-mai 1983. A neuf semaines de grossesse, je commence à saigner. Mais on me dit de ne pas m'en faire, que ça arrive souvent... les chiffres le disent. Une semaine plus tard, en me levant le matin, je passe un énorme « caillot ». On part pour l'hôpital... Il est 9 heures du matin. Je fais une fausse couche mais mon test de grossesse est encore positif. Je saigne toute la journée. A 22 heures, je vois le gynécologue qui m'annonce qu'il va me faire un curetage. Je suis surprise, je demande à passer un autre test de grossesse. J'ai besoin de savoir... Il me dit que de toute façon, c'est mal parti, que je suis mieux de tout faire enlever « ça » et de recommencer à neuf dans trois mois. Les statistiques disent dans trois mois. Je descends en salle d'opération sans autre test de grossesse. Mon chum vient juste de repartir à la maison après avoir attendu toute la journée.

Je fais maintenant partie des statistiques qui disent qu'une femme sur « x » fait une fausse couche dans sa vie.

Trois mois plus tard, on s'essaie à nouveau. Victoire : je suis à nouveau enceinte. Je dois accoucher le 29 septembre 1983.

La grossesse est extraordinaire, tout va à merveille. J'ai des nausées les trois premiers mois, mais cela me rassure, car je n'en avais pas eues au premier. Je me dis que le fœtus doit être bien implanté.

Une équipe de quatre omnipraticiennes nous suit et nous respecte. Mes menstruations étaient très régulières et nous savons exactement quand on a fait notre bébé.

Le 29 septembre 1983 passe. Puis le 30, le 1er octobre, le 2... Le vendredi 5



octobre, je subis un « non stress test ». Tout est beau. Mon col n'est pas favorable à un déclenchement... Le 8 octobre, enfin, à 10 heures du matin, mes contractions commencent aux 15 minutes. Une heure et demie plus tard, aux 10 minutes, etc. Vers 23 heures, je suis aux deux minutes pour une période, mais après, les contractions s'espacent. Toute la nuit, j'ai des contractions chaque 5, 6, 10 minutes que nous avons notées soigneusement.

Régulièrement, mon chum examine mon col, aucune dilatation... Qu'est-ce qui se passe ? On écoute le coeur du bébé après chaque contraction ou régulièrement. On n'est pas des « gens spéciaux » qui trippent sur la naissance à la maison : juste un couple bien ordinaire qui veut savoir ce qui se passe. On écoute donc les indices.

J'ai un rendez-vous chez mon omnipraticienne vers 14 heures. Ca fait 28 heures que j'ai des contractions sans arrêt. Elle m'annonce que le coeur foetal est beau, que je suis dilatée à un centimètre et demi, que le travail est commencé, mais pas très avancé.

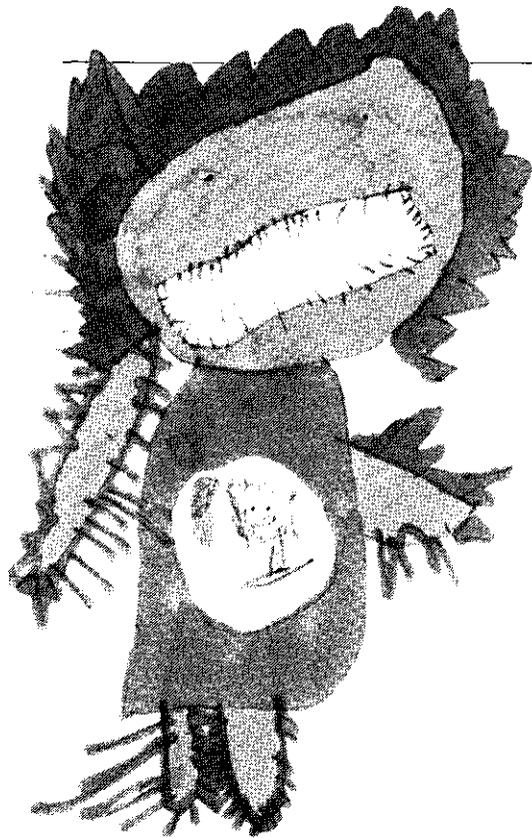
On retourne chez nous. Vers 18 heures, je mentionne à mon chum que le bébé me fait mal de façon particulière et que j'ai l'impression qu'il est pris. Comme c'est la

première fois que je suis en travail, je « nous » dit que ce sont probablement les contractions qui font cela.

Vers 22 heures, j'ai une grosse contraction, je vomis, mes eaux rupturent. Nous nous rendons tout de suite à l'hôpital. Il est près de minuit le 9 octobre. J'ai dépassé ma date d'accouchement depuis une semaine et six jours. Suzie, l'omnipraticienne qui nous reçoit, est très contente de nous voir, car elle est inquiète. Elle a le sentiment que quelque chose ne va pas. Les infirmières m'installent dans la chambre de naissance et Suzie vient me voir. Elle constate que le liquide amniotique n'est pas clair. Je ne suis dilatée qu'à deux centimètres et demi.

Elle nous dit que ça s'annonce mal et que si je ne dilate pas de un centimètre à l'heure pour les deux prochaines heures, elle nous proposera une césarienne. Nous aussi, on commence à être sérieusement inquiets. On accepte la proposition de Suzie. Donc, consultation immédiate en gynécologie. On m'installe un soluté, le monitoring interne, l'oxygène, etc. Et la nuit continue. On est tellement fatigués. Ca fait plus de 40 heures qu'on n'a pas dormi. On ne s'aperçoit pas de ce qui se passe, mais ça va mieux puisque je n'ai pas de césarienne.

PHOTO GILBERT GRAVEL



DESSIN MELANIE ROY, 5 ANS

Vers 4 heures du matin, le 10 octobre 1983, j'ai une grosse contraction et le coeur foetal descend à zéro. Mon chum court chercher quelqu'un : c'est la première fois que nous sommes seuls dans la chambre depuis notre admission. À 5 heures 35, une petite fille de 7 livres et 3 onces est extirpée de mon ventre par césarienne d'urgence pendant que je suis endormie et que mon chum est mort d'angoisse devant les ascenseurs !

Je n'ai pas écrit qu'une petite fille est née, car elle n'est pas réellement née : le néonatalogiste l'a réanimée pendant 25 minutes, l'a intubée, etc. Elle est morte définitivement 17 heures plus tard. Une belle petite fille qui était en pleine santé, sans aucun problème, sans malformation, une belle petite fille qui aurait pu être bien avec ses parents est morte... pourquoi ? Parce que sa mère n'entrait pas dans les chiffres des bouquins médicaux. Hé oui, encore une fois pour moi, mais combien d'autres fois pour toutes les femmes ?

On a essayé de comprendre, de savoir comment cela avait pu arriver. On nous a dit que j'étais une primipare et que selon les « livres », je n'étais pas en travail actif depuis huit heures, travail actif voulant dire contractions aux cinq minutes, pas aux six comme je l'étais. On nous a dit aussi que mon temps de grossesse n'était pas confirmé par l'échographie, qui a une marge d'erreur d'une semaine, même si mon test de grossesse était positif à 40 jours exactement.

Je n'écrirai pas comment on peut se sentir après, cela fait 20 mois que ça s'est passé et je ne suis pas encore capable de trouver dans tout mon vocabulaire les mots qui soient adéquats... Ceux et celles qui l'ont vécu comprendront...

On juge la femme qui veut se faire avorter parce qu'elle ne pourrait pas s'occuper adéquatement d'un bébé qu'elle n'a pas fait seule : elle n'a pas le droit d'enlever la vie à ce qu'on considère déjà un enfant en puissance. Pourtant, lorsqu'une femme perd un bébé qu'elle a porté neuf mois, en lui préparant une vie intéressante, en faisant attention à son bien-être, et que cet enfant meurt, on ne sait trop pourquoi, il ne faudrait pas qu'elle en fasse une maladie. Elle n'a qu'à se reprendre et comme pour la consoler, on lui dit que les statistiques de mortalité périnatales sont encourageantes. Les taux de mortalité infantiles sont plus bas qu'ils ne l'ont jamais été.

Donc, parce que moi, je n'entrais pas dans les statistiques, ma fille, elle, y est entrée. Sa mort sera classée sous les affections périnatales et on n'en reparlera plus, sinon par le biais des statistiques.

### La vie doit continuer

**P**our nous, même si on ne le veut pas, même si on refuse, même si on ne sera jamais plus les mêmes, la vie doit continuer. C'est ça le plus dur.

Nous décidons d'essayer d'avoir un autre enfant. En janvier 1984, je suis de nouveau enceinte. Pas heureuse de la grossesse, mais heureuse d'être enceinte. Je ne raconterai pas les détails de cette grossesse horrible psychologiquement. On se sent écrasée par la vie, on n'arrive pas à être libre.

L'accouchement est prévu pour septembre. En juillet, avec beaucoup d'efforts, le soutien de mon chum et d'une infirmière qui s'occupe des grossesses à risques élevés dont je fais maintenant partie, je trouve un gynécologue attentif à mes demandes.

Je dois subir une deuxième césarienne. Je l'ai choisi car, psychologiquement, je ne veux pas entrer de nouveau en travail et penser que mon bébé pourrait encore souffrir... et en mourir.

Nous voulons une césarienne sous anesthésie épidurale, que mon chum soit

présent, que je puisse voir mon bébé tout de suite et l'allaiter peu de temps après sa venue au monde. On met tant d'espoir dans ce petit bébé.

Nos demandes sont « prévues » et prônées par les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pourtant, les démarches sont difficiles. Il y a des anesthésistes à l'hôpital où je veux accoucher, mais ils *n'aiment pas* faire des épidurales. Il serait intéressant de savoir pourquoi ! L'anesthésiste peut à la rigueur faire des spinals, mais il est en vacances la semaine suivante, semaine où ma césarienne est prévue. C'est la panique. Cette fois, je suis décidée à me faire respecter. Je ne gonflerai pas une fois de plus leurs statistiques.

Je pique une crise de colère. D'autres diront une crise de nerfs. Je n'aurai pas une autre césarienne sous anesthésie générale et ce même si c'était une césarienne d'urgence... qui prendrait quand même 50 minutes. Mon gynécologue me dit que de toute façon, je ne devancerai sûrement pas ma date, parce que les statistiques disent que quand tu as retardé à une grossesse, tu vas probablement retarder à l'autre.

Je n'ai jamais été bonne pour faire partie des statistiques et je le lui fais savoir. On arrive finalement à un arrangement. Je pourrai accoucher dans un autre hôpital où le gynécologue peut venir faire ma césarienne et où un anesthésiste me fera une épidurale. Je repars chez moi un peu soulagée. Mes eaux rupturent le soir même, deux semaines avant ma date. Comme quoi les statistiques devraient aider et non nuire. Être des indicateurs et non des révélateurs. Peut-être que les femmes ont des pressentiments ou des sentiments qui peuvent être révélateurs.

Donc, le 14 septembre 1984, à 1 h 05 du matin, j'ai par césarienne sous épidurale, en présence de mon chum, un garçon de toute beauté et en pleine forme. Je le vois, mon chum le prend et je l'allaiterai presque toute de suite après être sortie de la salle d'opération.

Notre petit bonhomme a présentement huit mois et il est adorable, gentil, tranquille. Comme s'il avait compris que ses parents sont en mauvais état. Car la naissance de Guillaume ne nous a pas rendus

légers comme on l'espérait.

On adore notre fils, mais la difficulté de vivre avec ce qui est arrivé à Sylvie-Anne perdure toujours et même empire pour moi, sa mère. Heureusement que Guillaume nous occupe mais pour lui aussi, je voudrais être bien, mais souvent je pleure quand je l'ai dans les bras.

Après avoir fait ce qu'on a pu en couple, on décide, après beaucoup de réticences, à demander de l'aide extérieure. Encore la difficulté d'entrer dans les statistiques. Depuis un mois, nous rencontrons une thérapeute très adéquate mais pour moi, c'est de plus en plus difficile.

Les entrevues font du bien, on découvre des choses, je découvre des choses que j'essaie d'appriivoiser. Pourtant, plus je découvre de choses, plus j'ai mal. Je me sens vidée, foutue... Je n'ai plus l'énergie ni la volonté nécessaires pour défendre ce que je veux. Je n'existe plus vraiment.

La vie de couple devient de plus en plus difficile même si nous nous aimons et que nous adorons notre fils.

Un soir, nous avons un démêlé. Je ne dirai pas une dispute, car nous ne nous parlons presque pas. On envisage même de se séparer. Je suis à bout, je voudrais mourir réellement. Je me concentre très fort, je voudrais rejoindre Sylvie-Anne et amener Guillaume avec nous. Je vais me coucher par terre à côté de la couchette de mon fils. Je voudrais m'endormir là et ne plus jamais me réveiller. Je serais avec ma fille et près de mon fils. Je m'endors là, épuisée. Je me réveille vers 2 h 30 défaite mais calme. Je retourne me coucher dans mon... notre lit, où mon chum dort. Le matin, vers 6 heures, Guillaume se réveille en criant et en pleurant, ce qui ne lui arrive jamais.

On se lève tous les deux pour aller le voir. Mon chum me dit qu'il m'aime et qu'il ne veut pas plus que moi qu'on se laisse. Il est tanné, écoeuré. Guillaume prend son biberon avec nous et retourne se coucher dans son lit. Il se rendort.

On se retrouve face à face. Mon chum me dit qu'il ne veut plus qu'on continue à vivre ainsi. J'essaie de lui expliquer ce qui m'arrive. J'ai tellement de mal que je ferme les yeux. Je pleure.

En fermant les yeux, je me vois dans un



grand trou noir rempli d'eau qui tourne violemment. Je m'épuise à essayer de garder ma tête en dehors de l'eau. Je dois rester dans l'eau, car Sylvie-Anne est dans le fond du trou et je ne suis pas capable de l'abandonner; elle a déjà assez souffert. Mon chum me dit qu'il est sur le bord du trou assis avec Guillaume et que lui aussi voit Sylvie-Anne qui est dans le fond du trou. Il voit que je la retiens par son cordon ombilical. J'ai peur de la laisser aller, je ne veux pas qu'elle s'éloigne encore plus de moi, je ne veux pas le supporter. Mon chum me dit de la laisser aller. Elle souffre, parce que je la retiens et que l'autre côté du trou, c'est beau, c'est clair. Sylvie-Anne veut y aller, car elle ne peut pas revenir. Elle est fatiguée d'être dans le fond du trou. J'ai mal au ventre comme si j'allais accoucher. Je réalise que je n'ai pas accouché de ma fille, qu'on me l'a enlevée.

Je vois Sylvie-Anne dans le fond qui tire sur son cordon pour être libre. Je la retiens parce que je ne veux pas qu'elle s'éloigne de moi et en même temps, j'ai une corde qui me relie à Guillaume et une autre à René qui sont assis sur le bord du trou. Il veulent que j'aille les retrouver. Je veux être avec eux, mais je ne veux pas sortir de l'eau, car Sylvie-Anne ne pourra jamais remonter. Pourtant, je m'épuise à vouloir garder la tête en dehors de l'eau. Si ça continue, je vais me noyer et je vais tous les perdre.

J'ai des contractions, Sylvie-Anne veut sortir et je ne veux pas... je vais la perdre. René m'envoie une bouée pour que je n'aie plus à me débattre. Il m'accompagne, m'encourage. Il voit Sylvie-Anne dans le fond du trou, mais il me dit qu'il y a un autre cordon qui relie Sylvie-Anne à moi. Je ne

peux pas le voir, car il est de l'autre côté du trou, là où il fait clair. Je voudrais tellement le croire, mais je ne peux pas.

J'ai des contractions d'expulsion, mais je ne veux pas, je pleure. René me dit qu'il la voit flotter librement à côté de lui, que si je la laisse aller, elle va être plus près et ça va me faire moins mal. Je lui dis que je vais hurler, je finis par écarter mes jambes et je pousse en criant, ça me fait du mal... J'ai l'impression que sa tête est sortie, il faut que je pousse encore, je ne peux plus reculer. Je continue à pousser en pleurant et en hurlant. Sylvie-Anne sort de moi...

Je sens qu'elle vient effleurer ma joue. Guillaume se réveille, René est collé sur moi... Je me sens libérée, j'ai encore de la peine, mais je ne suis plus aussi désespérée.

J'ai déjà senti instinctivement que la naissance de Guillaume me manquait aussi, car j'ai souvent pensé avoir un autre enfant par voie vaginale, plus tard, et de mettre Guillaume sur mon ventre en même temps que ce nouveau bébé.

J'ouvre les yeux et c'est la première fois que je trouve ma chambre belle. Je ne suis pas guérie, mais au moins, aujourd'hui, j'ai eu envie d'écrire comment je me sentais. J'ai commencé à écrire en me levant et je termine pour aller dîner. Ma fille me manque beaucoup, elle va toujours me manquer... J'essaie tranquillement d'amadouer cette douleur.

Étrangement, le nombre de femmes qui éprouvent des difficultés de ce genre n'est indiqué nulle part et semble importer peu à ceux et celles qui, d'habitude, ne jurent que par les statistiques.

MICHELINE STONGE

PHOTO MARIE CHICONE

## DEUILS SILENCIEUX : L'AIDE À APPORTER

*Le témoignage de Micheline St-Onge ne serait pas complet sans une réflexion sur le support à apporter à la femme et à l'homme éprouvés par la perte d'un bébé. Le thème n'est guère facile, nous en convenons. Mais l'absence totale de références (un seul article a été répertorié en français sur le sujet) nous a incitées à prendre la décision de l'aborder.*

**P**erdre un bébé en cours de grossesse ou à la naissance était jadis le lot de plusieurs mères. Pourtant, elles gardent de chacune de ces maternités une nostalgie que le temps n'a jamais réussi à effacer totalement. Aujourd'hui, plusieurs sont portés à croire qu'avec l'avancement des sciences médicales, tous les bébés font leur entrée dans le monde sains et saufs. Erreur ! La réalité est toute autre mais on la tait. Femmes, hommes et enfants qui sont touchés doivent faire semblant de rien.

À l'hôpital, à la maison, au travail, dans l'entourage immédiat, dans la société en général, quel support peut-on apporter aux personnes qui vivent le deuil d'un bébé ? Un manuel médical américain résume la réponse à trois lettres : T.L.C., pour « Tender Loving Care ». « C'est toujours une tragédie pour un médecin de ne plus entendre le cœur foetal », affirme le docteur Jean-Marie Moutquin, chef du service d'obstétrique à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

Tragédie pour le médecin, mais drame encore plus grand pour la famille qui doit assumer cette dure réalité. Dans ces conditions, comment annoncer la pénible nouvelle ? Il faut tout d'abord s'adresser au conjoint, répondre à ses angoisses et à ses questions, afin qu'il décide s'il veut annoncer lui-même la nouvelle à sa femme ou s'il préfère demander de l'aide. En libérant ses émotions le premier, lesquelles se traduisent souvent par de l'agressivité contre le médecin ou contre l'hôpital, il est davantage en mesure de soutenir ensuite sa compagne.

### Extirper sa peine

**C'**est un coup terrible pour la mère. S'il est un moment où la femme a besoin de support et de sympathie, c'est bien celui-là. Il faut respecter sa peine alors que

des sentiments de culpabilité, de panique, de négation, de solitude, d'injustice et de révolte l'assaillent tour à tour. Il n'est pas toujours nécessaire de parler : c'est d'une présence chaleureuse dont la femme a alors besoin. « Il suffit d'être là, de lui serrer la main, d'être disponible même si on est très occupé, explique garde Perez, infirmière en chef en salle d'accouchement. Il n'y a pas une seule parole qui puisse soulager la peine. » Et vaut mieux se taire plutôt que d'utiliser des formules toutes faites du genre « vous êtes jeunes, vous vous reprendrez une autre fois ». On ne se reprend pas, car ce ne sera jamais le même bébé.

Lorsque le choc est passé, il est urgent de faire comprendre à la mère qu'elle n'est pas coupable. « Il faut être attentif au couple, répondre aux questions et expliquer les causes sans pour autant devenir paternaliste, insiste le docteur Moutquin. Pour la mère qui a donné le meilleur d'elle-même, c'est une portion de son potentiel, de ses rêves qui ne pourront jamais se réaliser. Elle devra vivre avec cela dans ses tripes. »

Les réactions à la perte d'un être cher varient d'un individu à l'autre, d'un couple à l'autre, d'une famille à l'autre. Il importe de laisser les gens exprimer leurs sentiments. Certains pleurent, d'autres parlent beaucoup ou font semblant de rien. S'ils sont trop stoïques, il faut essayer de les amener à verbaliser, mais à leur propre rythme. Il est préférable que le choc se passe à l'hôpital plutôt qu'à la maison, alors que la femme se retrouve seule. Dans leur désespoir et leur solitude, certaines songent au suicide.

Il est du devoir de l'équipe médicale d'informer les parents des services humains complémentaires offerts par l'hôpital pour leur venir en aide : travailleur(euse) social(e) ou psychologue. Toute



l'équipe doit veiller à l'équilibre émotif du couple : « Quand on constate que le choc est trop grand, souligne Monic Pothier, infirmière en chef au service post-partum, il faut avertir le CLSC le plus près de chez la patiente pour assurer un suivi. »

Toute mère qui vient de mettre au monde un bébé vivant reçoit la visite d'une infirmière qui s'assure que tout va bien. Si le bébé meurt, la femme ne reçoit aucune visite de ce genre. Serait-ce que la société reconnaît le droit à la vie, mais non le droit à la mort ?

### Processus de deuil

**Q**ue peut faire le service social ou le psychologue ? Etablir un lien, soutenir le couple dans son épreuve, permettre à l'un et à l'autre de parler, assurer le suivi du deuil. Il faut ventiler les émotions pour mesurer la façon dont l'autre vit le drame. Il arrive que des couples se renvoient mutuellement le blâme ou que le mari refuse de parler parce que sa compagne pleure. La femme doit permettre à son mari de manifester sa peine : lui aussi est en deuil. Autrement, toute communication est coupée.

La personne-ressource doit discuter avec la femme, voir avec elle si elle se sent capable de continuer à vivre : « Il est important d'avoir quelqu'un avec qui elle ne se sente pas stupide ou folle, de dire la travailleuse sociale Francine Langevin. C'est toujours une catastrophe de perdre un enfant. » Si le suivi n'est pas effectué correctement, la femme garde toujours ses inquiétudes. Tous les enfants seront pour

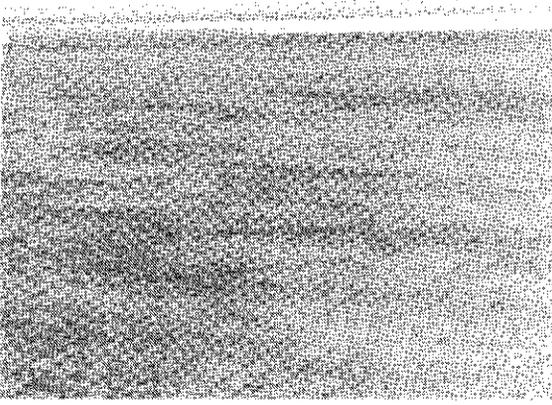


PHOTO MARIE CHICQINE

elle le rappel d'un échec et elle ne pourra jamais profiter d'une autre grossesse.

Cette étape franchie, la personne-ressource enclenche le processus de deuil en offrant aux parents la possibilité de prendre contact avec le bébé et l'assiste dans ce moment difficile. Luba Serge, fondatrice d'un groupe de rencontres de parents<sup>1</sup> ayant vécu la même expérience insiste sur la nécessité de ce contact avec l'enfant : « Il est faux de vouloir prétendre qu'il n'a jamais existé. Voir le bébé, c'est reconnaître qu'il y a eu quelque chose. Il est important d'avoir un souvenir, de le tenir, le laver, avoir une photo, une mèche de cheveux, voir à qui il ressemble. » Il se peut qu'au début, les parents ne veuillent pas avoir de photos, mais six mois plus tard, ils le regrettent souvent. L'hôpital devrait être en mesure de combler le désir des parents. « C'est important que la mère voit qu'elle n'a pas fabriqué un monstre », soutient le docteur Jean-Marie Moutquin.

Vient ensuite la pénible décision de disposer du corps. Les hôpitaux offrent plusieurs possibilités : le bébé peut être enseveli sur les lieux mêmes ; l'hôpital peut prendre les dispositions nécessaires et le faire enterrer dans une fosse commune ou le faire incinérer ; les parents peuvent prendre en charge la dépouille mortelle. Dans n'importe quelle éventualité, le travailleur social doit être en mesure d'assister les parents dans ces démarches qui peuvent s'avérer difficiles. En effet, certaines entreprises funéraires ne voient pas la pertinence d'un tel rituel, vu que l'enfant n'a pas eu de vie sociale ! L'Église, quant à elle, offre

volontiers un service funéraire appelé « messe des anges » et ce avec ou sans le corps.

## Le retour à la maison

**T**oute la maison s'apprêtait à fêter. Certaines âmes bien intentionnées voudront faire disparaître au plus vite la chambre et les vêtements du bébé. Nier la réalité, en quelque sorte. C'est à la mère de décider si elle veut qu'on défasse la chambre avant son retour ou si elle préfère s'acquiescer elle-même de cette tâche.

La personne-ressource devrait préparer les parents à affronter la réalité familiale, les voisins, le milieu de travail, la société en général. L'entourage veut généralement que la mère oublie le plus vite possible alors que tout son corps garde le souvenir d'une grossesse. Il faut comprendre que le processus de deuil dure en général 18 mois, mais il peut s'étendre sur plusieurs années lorsque la femme ne reçoit pas le support nécessaire. La société laisse peu de place à la peine : deux semaines ! Après ce délai, motus !

« Il faut laisser chaque couple vivre l'événement à sa manière, estime la psychologue Diane Légaré. Il faut être disponible, à son écoute. » Il peut arriver que la femme ait besoin d'un coup de pouce pour se changer les idées, mais il faut respecter le temps nécessaire. Mais on se sent si impuissant devant quelqu'un qui pleure. On ne sait que dire. Pourtant, le silence est encore le genre de sympathie qui reconforte le plus. Si la femme doit se fabriquer un masque pour affronter la société, elle se déséquilibre.

Lorsque les parents reviennent les bras vides, il est difficile de faire comprendre aux autres enfants de la maison qu'ils n'auront pas le petit soeur ou le petit frère attendu. Comment leur expliquer que le bébé est mort ? Qu'est-ce que ce concept représente réellement pour eux ? Y a-t-il danger de les traumatiser en leur faisant vivre le deuil ? La psychologue Louise Champagne a écrit un petit livret intitulé « Dis-moi c'est quoi », où elle explique ce que les enfants sont en mesure de comprendre selon leur âge.

Avant 2 ans, le bébé canalise toutes ses

énergies sensori-motrices à maîtriser son univers ; alors, il est presque impossible d'aborder le sujet avec lui. Entre 2 et 6 ans, le bambin connaît la mort comme une séparation, mais il est incapable d'en comprendre le caractère final. Comme il est égocentrique, il faut mettre l'emphase sur sa propre expérience. S'il a plus de 3 ans, on pourra lui suggérer, par exemple, d'en conserver le souvenir dans son cœur et dans sa tête. De 7 à 12 ans, il a besoin de support social ; il est important de se pencher alors sur les réactions émotives de l'enfant, qui peuvent, tout comme l'adulte, être un mélange confus teinté de remords. On peut lui faire exprimer ses émotions soit verbalement, soit par un dessin ou par l'écriture. Louise Champagne invite les parents à ne pas comparer la mort au sommeil ni à entretenir des discussions philosophiques de l'absurde devant eux.

## Continuer...

**L**orsque la femme se trouve enceinte à nouveau, le docteur Moutquin suggère une consultation le plus vite possible, car elle peut vivre une dépression profonde jusqu'au troisième mois. L'étape qui correspond à la perte du bébé précédent s'avère un moment crucial. La femme aura parfois même besoin d'être hospitalisée, tant le stress est alors difficile à supporter. Le chef du service d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame souhaiterait voir au Québec des cliniques spécialisées dans le support à donner aux femmes qui ont perdu un bébé, comme il en existe en France. Peut-être le présent article en sera-t-il le point de départ ? ■

FRANCINE GAGNON

<sup>1</sup> On peut écrire à Luba Serge au 4060, rue Coloniale, Montréal H2W 2C1 ou la rejoindre au (514) 849-1060.

\* Un merveilleux petit livre, *REVIVRE*, écrit et illustré avec beaucoup de sensibilité, vient en aide aux parents qui ont perdu un bébé. Chaleureusement recommandé, ce livre est disponible en plusieurs langues : français, anglais (*A BEGINNING*), italien, grec, portugais, chinois et braille. Faire parvenir un chèque de 3 \$ à l'ordre de : ASSOCIATION OF VOLUNTEERS WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL, 76 Grenville Street, Toronto, Ontario, M5S 1B2, tél. : (416) 966-7457.

# L'ÉCHOGRAPHIE : QUE

**N**ée pendant la première guerre mondiale comme méthode de détection sous-marine, la technique des ultrasons n'a pris sa place dans le domaine médical qu'au milieu des années 50. C'est en effet à ce moment qu'un obstétricien écossais, Ian Donald, songe à l'adapter au diagnostic des tumeurs abdominales chez certaines patientes. Il découvre alors que les présumées tumeurs sont en réalité... des grossesses !

Les techniques de mesures bipariétales mises au point en 1965 permettent dès lors de détecter la grossesse à compter de la septième semaine. On passe ensuite rapidement de l'état expérimental à l'usage généralisé comme méthode courante de surveillance foetale et ce plus particulièrement encore dans les pays où existe un programme d'assurance-maladie.

Un bref coup d'œil à l'histoire nous révèle que la plupart des nouvelles techniques dans le monde médical suivent le même cheminement :

1. Les innovations techniques en médecine suivent un processus spontané plutôt que rationnel.
2. L'évaluation scientifique d'une technique n'est pas un prérequis à son introduction comme pratique routinière.
3. Le délai entre l'usage expérimental et l'usage routinier peut être très court.
4. L'expérience, l'opinion et le consentement des patients sont rarement jugés nécessaires ou valides.
5. Ceux qui défendent les nouvelles techniques sont souvent atteints d'un mal étrange : la certitude.

La technique des ultrasons est issue d'une série de tentatives de la part des obstétriciens qui voulaient en savoir plus long que la mère sur ce qui se passe dans l'utérus. Le développement de l'usage de l'échographie en obstétrique ressemble étrangement à celui des rayons X. Dans les deux cas, les autorités professionnelles affirment une certitude rapidement reprise par la presse et on vante la sécurité offerte par ces techniques malgré l'absence de toute évidence scientifiquement contrôlable.

La carrière d'une innovation médicale se déroule habituellement ainsi :

1. Des études prometteuses sont diffusées dans les publications médicales spécialisées.
2. Les autorités médicales l'adoptent.
3. Le grand public la demande.
4. Elle devient pratique courante.
5. Une évaluation expérimentale contrôlée s'amorce.
6. Les résultats de l'évaluation scientifique sont négligés ou dénoncés par les professionnels, surtout lorsqu'ils mettent en doute l'apparente sagesse de l'usage clinique.
7. Une discréditation générale de la technique, qui passe de l'indication universelle à l'usage exceptionnel, peut s'ensuivre.

À l'heure actuelle, l'échographie se situe entre la cinquième étape et la sixième. À ce moment, des questions

surviennent : y a-t-il eu quelque évaluation médicale avant qu'elle n'envahisse la pratique clinique ? Que démontre une telle évaluation, une fois complétée ? Qui se soucie des rapports de recherche ? Quel type de relation existe-t-il entre la recherche évaluative et les décisions des cliniciens ?

« Avant l'ère du savoir médical, la connaissance subjective qu'avait le patient de sa condition constituait une mine de renseignements sans lesquels le médecin ne pouvait pas pratiquer, explique Ann Oakley, qui poursuit une réflexion sur le rôle de la technologie en médecine. Les technologies comme l'échographie posent problème en ce sens qu'elles substituent une vision partielle par une autre. En outre, les innovations technologiques tendent à transformer les relations sociales de ceux qui les utilisent. Ainsi, au lieu de discuter avec la future mère, l'obstétricien étudie le développement du foetus par le biais des résultats de l'échographie : la machine lui dit ce qu'il veut savoir ! »

Certains prétendent que l'échographie sert d'instrument pour faciliter l'attachement entre la mère et son foetus. Pourtant, la mère et son bébé sont en relation bien avant qu'ils ne se rencontrent sur un écran ! Il faut être particulièrement vigilant en matière de technologie dans le domaine de la grossesse, car il s'agit d'une période au cours de laquelle les facteurs sociaux et émotionnels jouent un rôle profondément important, exigeant des praticiens un répertoire d'habiletés cliniques qui ne peuvent être simplement remplacées par une machine.

Leur usage généralisé risque d'empêcher les nouveaux médecins d'acquiescer certaines habiletés cliniques et de faire perdre confiance à ceux qui les possèdent déjà. D'ailleurs, une recherche révèle que 30 pourcent des médecins, incertains de leur propre jugement, ont brisé la consigne pour obtenir des renseignements fournis par les échographies de routine.

SCIENCE VIE, DÉC. 1983



**Les avantages dépassent-ils les risques ?**

# ELLE HISTOIRE!

## QUAND PEUT-ON UTILISER L'ÉCHOGRAPHIE

Les recherches demeurent contradictoires quant à l'utilité réelle des échographies en obstétrique. Celles du dernier trimestre sont efficaces pour dépister les bébés de petit poids (P.T.G. : petits pour le temps de gestation), quoique les meilleures statistiques estiment qu'on obtient deux faux diagnostics positifs pour un vrai. Aucun progrès dans le traitement des foetus ou leur condition à la naissance n'a été enregistré. Les recherches actuelles ne démontrent d'ailleurs aucun avantage dans les échographies de fin de grossesse.

Par ailleurs, des recherches d'envergure devront être effectuées avant de pouvoir se prononcer sur les avantages des échographies de début de grossesse, car les échographies de routine du premier trimestre n'ont pas fait diminuer le taux d'induction de travail. Aucune recherche n'a démontré non plus leur valeur dans les cas de placenta praevia. Si elles permettent de détecter des anomalies chez le foetus dès le début de grossesse, elle ne règlent pas pour autant les nombreux dilemmes éthiques et humains que ces diagnostics suscitent, comme le risque d'avortement thérapeutique d'un foetus normal suite à une erreur de diagnostic.

## DANGERS POSSIBLES DES ULTRASONS

Les échographies sont souvent recommandées entre la seizième et la dix-huitième semaine de grossesse, alors que le cerveau antérieur est l'organe le plus vulnérable du foetus et à la trente-quatrième ou trente-sixième semaine, alors que c'est le cervelet cette fois qui est particulièrement vulnérable. Des troubles de la vision ou de l'ouïe pourraient en résulter, lesquels ne se manifesteraient probablement pas par des malformations, mais plutôt par un développement qui mènerait à une certaine détérioration des fonctions mentales.

Huit échographies pour une photo spectaculaire du foetus... peut-être au détriment de sa santé

Les recherches effectuées sur des animaux peuvent difficilement être transposées, puisque la genèse de leurs organes est différente de celle des humains ; il n'est d'ailleurs nulle part prouvé que les premiers soient aussi sensibles aux ultrasons que les seconds. Si les dangers des ultrasons n'apparaissent que dans une proportion de l'ordre de 1/5000 (la même que celle des risques liés à l'usage des rayons X pendant la grossesse), il faudra davantage de recherches avant d'en arriver à des résultats concluants. Les études épidémiologiques actuelles ont utilisé ou bien une méthode inadéquate, ou un échantillonnage insuffisant.

Le calcul des avantages de l'échographie par rapport aux risques n'est pas chose simple. Si, en terme de diagnostic d'anomalies, les risques de dommages sont de 1/1000 et les bénéfices de 1/100, les avantages semblent dépasser de loin les risques. Mais si, par la suite, on ne peut rien faire dans neuf cas d'anomalies sur dix, le bénéfice réel n'est plus que de 1/1000.

Si le dépistage décèle une anomalie sur laquelle on peut intervenir dans 1/1000, mais qu'elle cause du dommage dans 1/1000, un foetus en santé aura été perdu pour en sauver un autre. Voilà un dilemme éthique sérieux qui démontre à quel point les pratiques médicales doivent tenir compte de l'ensemble des cas et non pas d'un seul individu.

Pour mesurer l'impact des échographies de routine sur la morbidité, la mortalité et le taux d'induction sur la population en général et sur la population « à haut risque », il faudra effectuer des recherches sur une grande échelle. Fait intéressant à signaler, le BRITAIN'S NATIONAL PHYSICAL LABORATORY se dit toujours incapable de mesurer précisément la quantité d'ultrasons émis par un appareil, les différences pouvant varier de 1 à 1000 d'une machine à l'autre. Plus important encore, il faudrait savoir combien d'énergie le foetus absorbe.

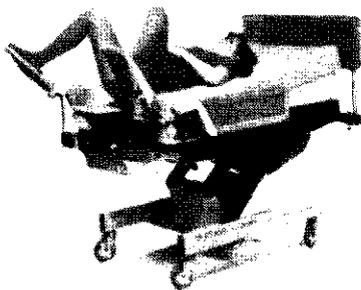
Enfin, aucune évaluation rigoureuse n'existe en ce moment quant aux coûts qu'entraîne une telle pratique. Mais on peut d'ores et déjà affirmer que le temps et l'argent dépensés à l'achat d'équipement et en formation de personnel, sans compter le temps investi par la femme enceinte, pourraient être employés dans des secteurs de promotion de la santé par exemple, pour prévenir les anomalies que l'échographie s'emploie à détecter une fois le mal accompli. ■

ISABELLE BRABANT

En mars 1986 (vol. 13 no 1), le magazine BIRTH consacrait une large part de son numéro au compte rendu d'une importante rencontre de la « Royal Society of Medicine Forum on Maternity and the Newborn : Ultrasonography in Obstetrics » organisée conjointement par l'« Association for Improvement in the Maternity Services » et le directeur de la « National Perinatal Unit of Epidemiology » d'Angleterre, Iain Chalmers. Isabelle Brabant s'est inspirée de cet article pour nous présenter l'échographie et son histoire.

**Il faudra effectuer de nombreuses études encore**





# LE CAMOUFLAGE DE LA MÉDICALISATION

**F**ier d'annoncer une économie de 20 % sur les frais reliés à l'accouchement, le docteur Loel Finwick, père de la « chambre unique » (single room) et vendeur du « lit à 101 positions » triomphait devant un auditoire tout ouïe composé de médecins, d'administrateurs d'hôpitaux, de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'infirmières et de moi-même clouée sur la chaise à l'hôtel Hilton de Dorval en juin dernier.

Oh, un beau principe en soi que le système « Cybele Cluster », cette chambre d'hôpital à l'apparence domestique servant de salle de travail, d'accouchement et de séjour pour la mère et son bébé ! On y diminue par la même occasion le nombre de visages puisque la même infirmière polyvalente accompagne la femme de la période du travail à celle du post partum. Fini donc, le morcellement des services et la multiplication des intervenants favorisant une perte d'information souvent précieuse ainsi que les multiples transferts, augmentant du même coup les risques d'infections.

Généreux principe qui s'appuie sur certaines demandes des femmes. Tout se passe dorénavant dans une seule chambre, à l'hôpital. La femme ne se déplace plus : c'est la chambre qui se transforme. Les arrivées de gaz (oxygène et gaz hilarant) sortent des appliques murales. Tout l'appareillage que l'on rencontre habituellement dans une salle d'accouchement pour intervenir sur la mère ou sur le bébé y est monté sur roulettes. Le lit, qu'on achète pour la modique somme de 18 000 \$, peut prendre les 101 positions les plus connues<sup>1</sup>. Bébé a même droit à une bassinet-cloche-à-fromage ou boîte à pain dont le couvercle de plexiglas le protège des postillons des visiteurs.

Décidément, on n'arrête pas le progrès ! Tout devient réalisable avec la technologie. Même la césarienne, habituellement pratiquée dans des salles prévues à cet effet, peut se dérouler dans la « chambre unique ». On imagine facilement que toute autre intervention médicale et chirurgicale y sera également possible. Une surveillance très étroite du travail et de l'accouchement s'y fait d'ailleurs de façon continue par moniteur foetal, tandis que la femme est assurée d'être abreuvée par soluté : sécurité oblige ! Mais de quelle sécurité s'agit-il au juste ? Celle qui fait qu'on enregistre au Québec 19 % de césariennes et 67 % d'épisiotomies, avec pour chacune de ces interventions, des risques de complications pouvant être très graves ?

Quant à la sécurité du concept « Cybele Cluster », elle inclut un retour à la maison dans les 24 heures suivant l'accouchement accompagné d'un maigre soutien infirmier d'une visite à domicile. Diminution d'espace, réduction de personnel infirmier, raccourcissement de la durée de séjour, voilà où se réalisent les économies qui réjouissent les administrateurs d'hôpitaux, lesquels

inondent actuellement le gouvernement de projets de développement intra-hospitaliers. Il faut bien comprendre que ces demandes s'inscrivent dans une période de fortes coupures budgétaires, on invoque les revendications des femmes et le mouvement d'humanisation de la naissance, un discours qui « pogne » au MSSS, aux dires du Docteur André Lalonde, deuxième orateur de cette mémorable soirée à l'hôtel Hilton, lequel ajoute par ailleurs que le ministère aurait déjà un projet de Maison de naissance situé à l'extérieur d'un centre hospitalier. Il s'agit bien sûr du programme fonctionnel de centre de maternité déposé par le COMITE MAISONS DE NAISSANCE au MSSS en octobre 1985. Le docteur Lalonde s'oppose fermement à ce projet qu'il apprécie voir sur les tablettes pour un an encore, tout comme à l'accouchement à domicile d'ailleurs, faisant sans doute référence aux sages-femmes. Il enjoint donc l'assistance à faire des pressions auprès du MSSS pour que les projets hospitaliers puissent se réaliser prochainement.

Quelle colère de constater que nos années d'actions continues pour se réapproprier la maternité et faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se vivent dans des conditions humaines et démedicalisées servent en fait à des fins purement mercantiles visant à améliorer le standing des médecins sans changer leur pratique et à permettre aux centres hospitaliers de s'équiper de matériel toujours plus sophistiqué. Ce n'est pas une réponse technologique que nous exigeons, mais bien d'être accompagnées dans nos maternités par des personnes compétentes, respectueuses de nos besoins et de nos choix, sachant prendre en considération dans nos suivis de grossesse et nos accouchements nos réalités sociales, émotives et économiques tout autant que biologiques.

Nous voulons que ces accompagnatrices, sages-femmes, infirmières, médecins aient comme priorité dans leur pratique la prévention des pathologies, la démedicalisation d'événements normaux de la vie, la déséxiation et la déhiérarchisation des rapports cliente/professionnel-le. Comment pouvons-nous empêcher de se réaliser ces supercheries qui sont en totale contradiction avec nos intérêts, mais qui verront pourtant le jour grâce à nos luttes ?

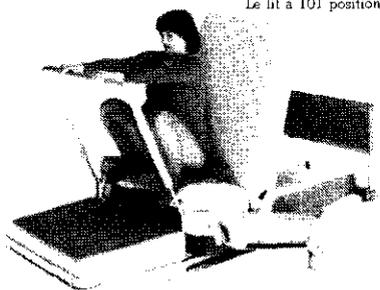
Nous devons réaffirmer à la ministre de la Santé et des Services sociaux nos volontés en matière de Maisons de naissance autonomes et nous opposer publiquement aux projets hospitaliers de nos régions, lesquels se servent de nous pour rafraîchir la couleur de leurs murs et acquérir du nouvel équipement. Nous n'avons pas le choix : demain, il sera déjà trop tard ! ■

MARIE-CLAUDE MARTEL

<sup>1</sup> Lit se transformant en chaise plus ou moins inclinée et en table obstétricale.

PUBLICITÉ GENESIS, THE BORNING CORPORATION, 1985

Le lit à 101 positions



## DEPO-PROVERA

*Nous avons choisi de publier cette lettre ouverte adressée à la Fédération du Québec pour le planning des naissances et parue dans La Presse, parce qu'elle complétait bien notre article du numéro précédent.*

**S**uite à votre article fort intéressant paru dans La Presse : « Depo-Provera : des enjeux politiques », il est de mon devoir de vous communiquer mon expérience avec ce produit.

J'ai reçu deux injections de Depo-Provera, en juillet et en octobre 1976. De juillet 1976 jusqu'au mois de mai 1977, une gamme de symptômes tels que vertiges, grave dépression, fébrilité, angoisse et oedème abdominal se sont tour à tour développés, bref une tension pré-menstruelle constante. J'ai consulté deux ou trois médecins qui ne savaient trop le pourquoi de ces malaises. Je suis allée également chez un neurologue pour les vertiges ; verdict : examen négatif. Bref, on ne connaissait pas assez les effets secondaires du Depo-Provera pour affirmer que le produit était en cause. Mais moi, je savais et c'est ce qui comptait pour arriver à survivre !

J'ai cessé de consulter les spécialistes. J'ai abandonné le travail pour une période d'un mois. En janvier 1977, je me suis inscrite à une session de yoga, ce qui m'a aidée à calmer une partie de cette fébrilité intense. La seule solution pour moi était que les règles reprennent en force. En mai 1977, j'ai rencontré un sauveur en la personne d'un gynécologue qui m'a prescrit de l'aménorone forte, ce qui a fait que les choses ont recommencé comme avant... et quel soulagement, et quelle joie et quel bien-être ; les malaises menstruels n'étaient rien comparativement à l'état de « mal-être dans sa peau » d'auparavant. Je dois dire aussi que mon taux de prolactine avait fortement chuté durant cette période et qu'il a fallu encore quelques mois pour me sentir à nou-

veau « moi » physiquement et psychiquement. Les règles sont pour moi une nécessité, cela fait partie intégrante de notre physiologie ; le cycle menstruel, c'est le barème de nos humeurs et l'activité des ovaires favorise notre bien-être.

Vous pourrez comprendre que je ne suis pas d'accord avec les propos du Dr Henderson au sujet des règles qui ne sont qu'un embarras pour les femmes (culturellement parlant...)

Je n'accepte et je n'accepterai jamais qu'un homme, et ce n'est nullement d'un point de vue féministe que j'écris ce propos, qu'un homme, dis-je, décide de proclamer qu'une femme puisse vivre sans règles. Premièrement, il n'a jamais expérimenté la chose et « qu'est-ce que cela fait ? » Que répondrait-il si une femme gynécologue affirmait qu'un homme peut vivre aisément sans testicules ou sans sperme ? Oui, je sais, j'extrapole, mais si peu, finalement ! (...)

**DANIÈLE POIRIER,**  
*infirmière auxiliaire*

## GROSSESSE ET CHIROPATIQUE

**J'**ai été profondément déçu par l'article intitulé « Grossesse et chiropratique » publié dans l'édition Printemps 1986 de la revue LUNE A L'AUTRE. Il me semble en effet inacceptable qu'une revue féministe qui dit encourager l'autonomie des femmes face à leur santé n'analyse pas les médecines parallèles avec la même rigueur qu'elle critique la médecine officielle.

J'aurais voulu en savoir plus au sujet de l'histoire de la chiropratique ; connaître sa philosophie, ses champs d'action privilégiés et ses limites ; apprendre ce qu'est au juste cette fameuse subluxation qui semble la source de tous nos maux ; lire des témoignages de femmes qui ont profité de manipulations pendant leur grossesse ; me renseigner au sujet des frais de consultation et des interventions

remboursables par la RAMQ ; consulter les conclusions des études épidémiologiques que le gouvernement a certainement commandées avant d'autoriser la profession au Québec ; savoir enfin en quoi consistent les manipulations de la colonne vertébrale et du bassin.

Au lieu de cela, j'ai trouvé un article publicitaire. Je ne mets pas en doute la bonne foi et la compétence de l'auteur, mais son texte est tout le contraire d'une analyse impartiale, objective, vérifiable et nuancée de ce que la chiropratique peut apporter aux femmes enceintes.

En outre, j'avoue avoir eu la désagréable impression qu'on me ressortait la rhétorique classique de la médecine officielle : affirmer d'un côté que les manipulations sont « absolument inoffensives tant pour la mère que pour l'enfant » (alors que si je connais des gens qui consultent régulièrement le chiropraticien, j'en connais d'autres qui ont subi le martyre sur son divan ; et que, d'autre part, le diagnostic chiropratique repose sur le recours systématique aux rayons X) ; brandir de l'autre côté la menace des multiples troubles qui risquent de s'en suivre » pour les mères et pour les enfants qui risquent de demeurer « malades parfois même jusqu'à l'adolescence » ; pour conclure enfin que les chiros perpétuent la santé au même titre que les parents « perpétuent la vie par leurs enfants ». C'est tout de même y aller un peu fort !

J'ai beaucoup réfléchi avant d'écrire cette lettre. Je sais qu'elle est sévère, mais je ne crois pas que ce sont des demi-mesures qui permettront à votre revue de maintenir sa crédibilité et de justifier sa vocation. Je crois aussi, comme l'a dit quelqu'un, que la santé est quelque chose de trop sérieux pour la laisser aux médecins, officiels ou parallèles.

**JACQUES FALQUET**  
*Hull (Québec)*

## ATELIERS DE JEU

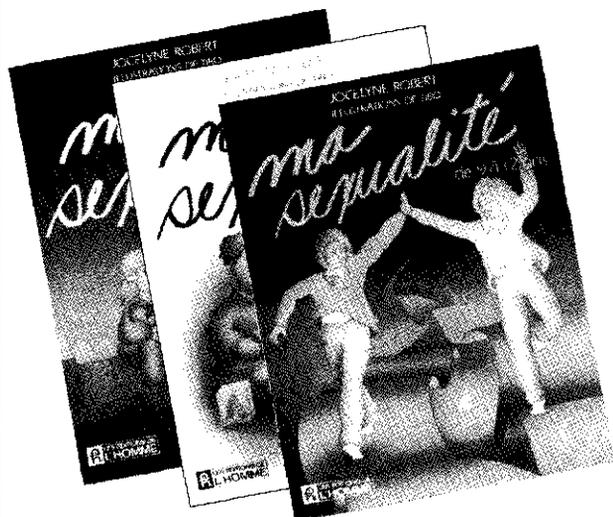
**J'**ai beaucoup aimé le compte rendu du colloque *NAISSANCE-RENAISSANCE* dans le numéro d'été 1986 de la revue LUNE A L'AUTRE. Ce qui a surtout retenu mon intérêt, c'est lorsque vous parlez de Francine Ducharme qui avait un atelier axé sur « des jeux pour faire connaissance, des jeux de contact, des jeux de confiance ». J'aimerais beaucoup avoir plus d'informations sur ces jeux. Existe-t-il des livres sur ces types de jeux ? Existe-t-il des cours ? Merci de votre attention.

**MARIE D. DeGRANDPRÉ**  
*Monitrice, Ligue La Lèche*

*Francine Ducharme travaille à la rédaction d'un livre sur le sujet. Elle organise également des ateliers de technique d'animation pour les professionnels-les et des journées de rencontres parents-enfants. On peut la rejoindre au (514) 274-1209.*

## VOTRE ABONNEMENT EST ÉCHU ?

**Dans les prochains numéros, LUNE A L'AUTRE vous encouragera à poursuivre vos réflexions en publiant à l'occasion des textes de fond philosophiques et littéraires. Par ailleurs, vous ne voudrez sûrement pas manquer les prochains sujets que nous vous réservons : la douleur, la grossesse à 40 ans, le cancer du sein, le syndrome de mort subite, la rubéole et la femme enceinte, la grossesse ectopique, l'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction, la vaccination, la ménopause et la contraception. Si votre abonnement tire à sa fin, n'hésitez donc pas à le renouveler sans tarder. Mieux encore, abonnez une amie par la même occasion !**



## MA SEXUALITÉ DE 0 À 6 ANS/ DE 6 À 9 ANS/ DE 9 À 12 ANS

Jocelyne Robert, Les Éditions de l'Homme, 1986, 78/64/62 pages.

Malgré la controverse sur l'éducation sexuelle, malgré le virage à droite de la société nord-américaine, les Éditions de l'Homme publient cette série de trois volumes dont la spécificité est de s'adresser à des groupes d'âges différents et de se vouloir un outil pédagogique.

L'approche didactique qu'a choisie l'auteure m'apparaît comme un non-sens. Si elle veut démystifier la sexualité, pourquoi alors en faire un sujet d'études et d'apprentissage? Est-ce une obligation sociale ou morale? On ne peut parler à un enfant de son corps, de son sexe, d'amour et de plaisir comme on lui parle des plantes, des animaux ou des étoiles. Il faut lui apprendre. Entendons-nous, je trouve la série fort bien faite et farcie de bonnes idées, déculpabilisante aussi. Tiens, est-ce que sexualité et culpabilité vont encore de paire? Est-ce la seule façon de faire passer le message? Est-ce qu'il faut considérer que dans notre société où violence et pornographie s'étalent au grand jour, il n'y a pas de place pour l'expression d'une sexualité saine et normale?

Chacun des volumes à sa façon touche différents aspects de la

sexualité, que ce soit la perception de soi en tant qu'être sexué, garçon ou fille la connaissance de son corps, la démythification des relations sexuelles, de la conception, de la grossesse et de la naissance. Le dernier chapitre de chaque livre est consacré aux agressions sexuelles, quoi dire, quoi faire, comment s'en sortir. Aspect nouveau, mais combien important et tellement nécessaire.

Il me semble par ailleurs que chaque livre s'adresse aux plus vieux de la tranche d'âge visée. Il en va de même pour les exercices à faire. Le livre « 0 à 6 ans » m'apparaît conçu pour les 5 et 6 ans, celui des « 6 à 9 ans » pour les 7 à 10 ans et celui des « 9 à 12 ans » pour les 11 et 12 ans. Les illustrations de Tibo sont simples et justes, le langage clair et concret. Il y a place pour toutes les situations jugées gênantes par les enfants, ce qui en fait une aide précieuse et efficace.

### VIENT DE PARAÎTRE

**FEMMES ET SANTÉ. PRENDRE LA PAROLE. PRENDRE NOTRE PLACE.** On peut se procurer gratuitement copie de ce travail collectif en s'adressant à la Fédération Québécoise des Infirmières et Infirmiers, 1067, rue St-Denis, Montréal H2X 3J3. Au téléphone : (514) 842-5255.



## VIVENT LES BÉBÉS!

Dominique Simonet,  
Seuil, 1986, 259 pages.

Vous désirez un enfant, vous hésitez, vous calculez les pous et les contres, vous avez peur? Alors, lisez ce livre de Dominique Simonet, il vous convaincra : « Les bébés sont notre chance. Ils sont notre futur. Notre fraîcheur. Des garde-fous contre le dérisoire et contre la sécheresse du cœur. Nous qui sacrifions trop souvent à l'apparence, nous avons besoin de cet empêchement de frimer en rond. » (p. 237), nous livre-t-il en conclusion. Les bébés sont à la mode en France. Je pense au film « Trois hommes et un couffin », succès de l'heure. Je pense aussi au documentaire « Le bébé est une personne », que la télévision française a produit récemment. Je pense enfin à cet autre livre qui vient de paraître chez Stock : « Les compétences du nouveau-né ».

Dominique Simonet, père de deux enfants, est rédacteur en chef scientifique à l'Express. Vulgarisateur dans l'âme, c'est son expérience de paternité qui l'a poussé à tout savoir sur les bébés et à écrire ce livre sur l'histoire extraordinaire des « petits d'Homme », de la fécondation à deux ans. Le volume est merveilleusement écrit et même les fastidieuses descriptions du développement du cerveau se lisent comme un roman. On en veut toujours, et plus. Avec humour et poésie, il nous raconte, preuves à l'appui, les compétences

du nouveau-né. Les nombreux tests auxquels on a soumis les bébés, bien que banalisés, me semblent parfois cruels et jamais je n'abandonnerais mon bébé aux mains des spécialistes qui se targuent de le connaître sous toutes ses coutures.

Le livre, quoique résolument matérialiste, porte un message d'amour. La tendresse, l'affection sont-tendents chaque phrase. On sent chez l'auteur un père d'expérience.

Plaidoyer en faveur des tous-petits : « Les bébés sont des exclus. Le premier âge connaît une infortune comparable à celle du troisième : le bébé à la garderie, le vieux au foyer. » (p. 208) « Vivent les bébés » est surtout une apologie de l'amour et du gros bon sens toujours essentiels au développement des bébés. Malgré les chercheurs et leurs découvertes, malgré le mythe du super-bébé qui s'impose tranquillement et malgré l'industrie des bébés de plus en plus florissante. ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

### VIENT DE PARAÎTRE

**LA FEMME ET LE DROIT**, un périodique bilingue d'environ 250 pages, analyse en profondeur les questions juridiques qui concernent les femmes. Les articles sont publiés dans la langue d'origine, suivis d'un résumé dans l'autre langue. Le numéro de juillet 1986 porte sur la reproduction. Pour plus de renseignements, écrire à : RJFD, 323, rue Chapel, Ottawa, Ontario K1N 7Z2. Au téléphone : (613) 238-1545.



## L'ENFANT PARAÎT... ET LE COUPLE DEMEURE

**Marsha Dorman  
et Diane Klein, Les Édi-  
tions de l'homme, 1986, 232  
pages.**

**Q**ue de fois imagine-t-on un bébé qui ne fasse que boire et dormir après sa naissance : tout paraît si simple ! Les couples partent avec l'idée qu'après la naissance de l'enfant, on peut reprendre le cours normal des choses. La plupart des gens n'ont pas une vision réaliste de la vie après le bébé. En fait, les auteures de ce livre ont constaté l'absence presque totale de préparation pour vivre cette période. Elles insistent donc sur les difficultés de la première année après un accouchement, dans le but d'encourager les couples à être réalistes et surtout à discuter ouvertement de leurs conflits. Car personne ne s'attend vraiment à ce que les changements fassent partie d'un processus normal d'adaptation ; les couples se font des reproches ou remettent en cause la nature même de leurs relations. Tout le monde parle de la dyade parentale après l'accouchement, mais jamais de la dyade conjugale.

Il ne sera pas difficile de s'y reconnaître dans la description des réactions des nouveaux parents ainsi que des difficultés et des ajustements de leur vie sexuelle. La notion de temps personnel, temps conjugal et temps social est très

intéressante : on visualise plus facilement lequel ou lesquels sont les plus écourtés dans le post-natal. Les auteures apportent aussi une autre conception, discutable cependant, du couple nourricier. J'ai beaucoup apprécié le fait de ne pas sentir de leur part une prise de position face à l'alimentation au sein ou au biberon. Elles abordent enfin avec beaucoup de tact la réalité des aventures extra-conjugales : ce n'est pas un mythe. Elles n'hésitent pas non plus à parler du travail ou de passe-temps qui occupent parfois toute la place !

De nombreux témoignages de parents viennent corroborer et souligner ce que les auteures veulent nous communiquer. La lecture n'en est que plus vivante. Mais un des aspects les plus intéressants reste pour moi les différents exercices proposés aux couples. Ils sont simples mais pas nécessairement faciles à faire ; ils ne prennent pas beaucoup de temps mais sont porteurs de nombreuses découvertes sur soi-même et sur son partenaire. Ils sont là pour alimenter et faciliter les communications, avant ou après l'accouchement, quant aux différents aspects de la vie après avoir eu un enfant. Bref, les auteures donnent assez d'informations et d'outils pour que chaque couple travaille ses propres relations. Ne cherchez pas de recettes ou de solutions, il n'y en a pas. On suggère seulement de prendre tous ces éléments en considération durant la grossesse, d'imaginer ce que ce sera la vie avec un enfant et surtout, d'en discuter.

Ce livre se veut essentiellement un outil pour redéfinir le couple sur une autre base, de façon à ce que le père, la mère et l'enfant vivent une relation dans laquelle tous soient nourris et soignés, et pas seulement l'enfant. Il ne s'adresse pas uniquement à ceux qui vont avoir ou qui ont eu un premier enfant ; il peut être utile à tous les parents qui veulent faire quelque chose pour le vie de couple. Il n'est jamais trop tard.



## L'IRRÉSISTIBLE DÉSIR DE NAISSANCE

**René Frydman, Les Presses  
universitaires de France, 240  
pages, 1986.**

« **D**ésormais, un enfant peut naître d'une tierce personne dont il ne saura jamais l'identité ; un cadet peut naître avant son aîné ; une femme peut accoucher d'un enfant qui n'est pas le sien ou mettre au monde un enfant d'un homme mort depuis des années ; un enfant peut avoir cinq parents ; des jumeaux peuvent naître à dix ans d'intervalle ; un fils peut être le jumeau de son père... » p. 203.

Dans son livre qui ne traite pas du tout de fiction, le Dr René Frydman explique bien les différentes techniques développées ces dernières années pour parer à certaines stérilités : l'insémination artificielle, le don d'ovocytes, la congélation d'embryons, les mères porteuses. Cette dernière solution entre autres comporte de nombreux risques physiques et psychologiques pour tout le monde. On se rend aux limites du respect de la personne humaine. En fait, ce qui est souvent techniquement possible, comme le don d'ovule, n'est pas nécessairement souhaitable. Il ne faut pas oublier que des notions aussi solides que la vie et la mort, le père et la mère, sont bouleversées.

Les traitements de la stérilité ne devraient pas être seulement médicaux ; il faut d'ailleurs voir com-

ment d'autres cultures ont trouvé des solutions à ces difficultés. L'auteur fait aussi le tour des grandeurs et des absurdités de la médecine du prénatal ; car l'accès au fœtus devient de plus en plus efficace et la médecine flirte avec l'eugénisme.

Avant, le médecin soignait ; aujourd'hui, il remplace, répond aux désirs. Jusqu'où doit-il aller ? Même s'il est clair qu'il n'est pas là pour répondre aux fantasmes des gens, il a de plus en plus d'outils pour répondre à ses propres fantasmes. Et il n'a pour balises que sa propre conception du monde. Bien que le Dr. Frydman veuille nous rassurer en disant que « La plupart des enfants de demain conçus comme ils l'étaient hier, c'est-à-dire sans l'ombre du médecin et avec un zeste de plaisir », je ne le suis pas pour autant : il est quand même un de ceux qui oeuvrent dans la procréation artificielle ! La biomédecine acquiert non seulement des connaissances, mais elle détient un pouvoir énorme sur les femmes. Même si la médecine est un art, la plupart des hommes-médecins qui touchent à la reproduction humaine sont des scientifiques d'abord. Les femmes ayant des problèmes de fertilité sont nombreuses à déplorer l'absence d'information sur l'intervention qu'elles doivent subir et sur les conséquences des nombreux examens préalables. Comment oublier que ce sont elles qui contribuent à la recherche !

Les techniques de procréation artificielle ont non seulement bouleversé la morale et le droit, elles touchent potentiellement la moitié de l'humanité : les femmes. Les questions posées dans ce livre sont nombreuses et pertinentes. Mais il faudrait encore en ajouter : à qui appartient l'embryon ? Le clonage et toutes les autres expériences effectuées sur les animaux seront-elles appliquées bientôt à l'espèce humaine ? On a ouvert la porte, mais il n'y a pas beaucoup de lumière ! ■

CÉLINE LEMAY

## DES CHIFFRES...

**E**n 1983, il y a eu 43 000 naissances en Colombie-Britannique, dont 19 % par césarienne, soit 8 170. Chaque césarienne coûte 3 000 \$ de plus qu'un accouchement par voies naturelles. (Pour fins de comparaisons, il y a eu 97 000 naissances au Québec en 1980, selon le registre de la population du MAS.)

Si le taux de césariennes avait été de 15 %, soit le maximum acceptable pour un pays industrialisé, d'après l'Organisation mondiale de la santé, il n'y aurait eu que 6 450 césariennes, une réduc-

(Europe) de l'Organisation mondiale de la santé. Extrait d'une allocution prononcée à la Conférence régionale de la Confédération internationale des sages-femmes à Vancouver en mai 1986.

## ... ET ENCORE DES CHIFFRES!

**A**u Québec, nous sommes de grands utilisateurs des examens d'imagerie, dont l'échographie. En 1982 par exemple, notre taux global de consommation était de 15 % plus élevé que celui du Manitoba et de 20 %

## BÉBÉ PLEURE

**I**l aura fallu 99 mères d'enfants de moins de douze semaines pour convaincre les chercheurs de l'Université McGill de Montréal qu'un enfant dorloté pleure moins. La moitié des mères ont pris leur bébé dans les bras 2,2 heures par jour, l'autre moitié 4,2 heures. Les bébés du deuxième groupe pleuraient de 23 à 43 % moins que ceux du premier groupe. « Ce n'est peut-être pas une révélation pour les mères, admet le pédiatre Ronald Marr, responsable de l'étude, mais nous avons quand même été surpris des résultats. » Source : *Glamour*, mai 1986.



PHOTO GILBERT GRAVEL

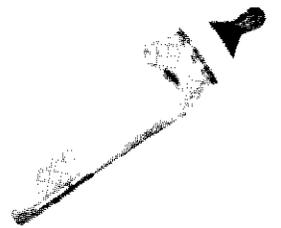
## SIDA ET GROSSESSE

**U**ne femme enceinte contaminée par le virus du SIDA devrait-elle se faire avorter? Jusqu'à présent, presque toutes les femmes contaminées ont donné naissance à des enfants contaminés. Le virus du SIDA se transmet en effet par le placenta. Des chercheurs français rapportent cependant quelques cas de femmes contaminées ayant mis au monde des enfants normaux. Le Dr Normand Lapointe, de l'hôpital Sainte-Justine, à Montréal, a observé le cas d'une femme contaminée dont le premier bébé a succombé mais dont le second, âgé maintenant de deux ans et demi, vit toujours bien qu'il soit atteint d'une forme mineure du SIDA. Alors, faut-il ou non avoir recours à l'avortement? En attendant que les études en cours apportent une réponse catégorique, le Dr Lapointe recommande aux gynécologues d'offrir l'avortement thérapeutique mais de laisser la patiente prendre sa décision elle-même.

Source : *Nursing Québec*, mai/juin 1986.

## ACNÉ ET CONTRACEPTION

**L'**hôpital Saint-Luc est à la recherche de jeunes femmes de 15 à 35 ans qui ont des problèmes d'acné. Celles-ci peuvent profiter d'un examen gratuit et sûr tout en participant à un projet de recherche conjoint en dermatologie et en gynécologie. Les personnes intéressées doivent téléphoner à la clinique de l'hôpital Saint-Luc au 285-1525, poste 344, et demander Josée-Ann Trudeau.



## ALLERGIE AU LAIT

**C**hez les jeunes de moins de deux ans présentant des réactions allergiques, 30 % sont allergiques au lait. La prépondérance est plus élevée chez les jeunes bébés du sexe masculin. On dit aussi qu'un enfant allergique au lait a un parent ou un grand-parent qui ne le tolère pas. Source : *L'Accueil*, mars 1986. ■



tion de 1 720 et une économie de 5 millions de dollars par année dans cette seule province.

Si le taux de césariennes avait été de 11 % comme en Finlande, le pays qui détient les meilleures statistiques de mortalité périnatale, il y aurait eu 3 440 césariennes de moins, soit une économie de 10 millions, toujours pour une année seulement.

Si le taux de césariennes avait été de 3,8 % comme en Hollande, le pays industrialisé où le taux de césariennes est le plus bas au monde, et ce avec de meilleures statistiques de mortalité infantile qu'au Canada, il y aurait eu 6 500 césariennes de moins, une économie de 20 millions.

Source : Marsden Wagner, directeur de la santé maternelle et infantile du bureau régional

supérieur à celui des Etats-Unis. En 1983-84, chacune des 517 999 échographies effectuées dans les centres hospitaliers publics a coûté 73,20 \$.

L'enthousiasme pour cette technique a déjà poussé son utilisation chez nous à plus de 1,4 examen par grossesse. Or, une révision récente de l'état des connaissances sur l'efficacité et la sécurité de cette technique amenait un comité d'experts américains à recommander une utilisation circonspecte de cet examen. Ceci devait aboutir à son recours pour environ le tiers des grossesses. Le moins qu'on puisse dire, c'est que dans ce secteur, l'utilisation de l'imagerie précède de beaucoup les résultats de son évaluation.

Source : *Santé et société*, printemps 1986.

PHOTO ROBERT BEAUFLET



## **Des Maisons de Naissance Hors des Centres Hospitaliers Pour Qui ? Pour Quoi?**

---

Depuis plus de dix ans, des milliers de femmes à travers le Québec ont créé un vaste mouvement d'humanisation des naissances et de remise en question du contrôle médical dans le domaine de la grossesse et de la maternité.

**Les femmes qui mettent les enfants au monde sont les premières concernées par cet événement : c'est donc d'abord à elles de choisir les conditions dans lesquelles elles veulent le vivre.**

Pour se réapproprier la maternité dans le contexte grandissant de surmédicalisation et de déshumanisation, l'une des solutions proposées par les femmes est celle de la mise sur pied de Maisons de naissance hors des Centres hospitaliers, pour celles dont la grossesse se déroule normalement, comme cela existe dans d'autres pays.

### **Ses principes de base<sup>(1)</sup>**

#### **I. Autonomie et pouvoir des femmes**

- a) **Au niveau des soins, des services et du choix des professionnelles (sages-femmes ou médecins/infirmières);**
- b) **Au niveau des orientations et des décisions de la Maison de naissance.**

**II. Continuité des soins, approche globale de la transition à la maternité et prise en compte de la réalité sociale, économique et psychologique des femmes au même titre que la réalité physiologique.**

**III. Pratique de la profession sage-femme.**

**IV. Autonomie de la Maison de naissance en dehors d'un Centre hospitalier : facilite la démedicalisation d'un processus normal.**

Une Maison de naissance, au service des usagères doit être **en dehors** d'un Centre hospitalier (pour les grossesses se déroulant normalement) afin de permettre d'éliminer l'emprise unilatérale du pouvoir médical dans les soins de santé.

**V. Maison de naissance : c'est un petit Centre de maternité (selon les régions, de 120 à 400 suivis de maternité/an).**

**VI. Sécurité pour les femmes et leurs bébés.**

- **Suivis des femmes dont la grossesse se déroule normalement et proximité géographique d'un Centre hospitalier si transfert nécessaire.**

Tous ces principes de base de Maisons de naissance sont **reliés et interdépendants**. Ils s'inspirent de nous toutes, femmes, mères, professionnelles de la santé, membres de groupes féministes et d'humanisation de la naissance.

**Nous en sommes le coeur et la raison d'être... et nous voulons une, dix, quarante, cent Maisons de naissance à travers le Québec.**

---

(1) : Tel que présenté dans *Le Programme fonctionnel et technique de Centre de maternité : un Projet Pilote à Montréal* par le Comité Maisons de Naissance pour le MSSS, 1985 (disponible à la Direction générale de la Santé de Montréal (514) 873-2651 ou au Comité de Condition Féminine du MSSSS à Québec et aussi dans *l'Etude d'Opportunité d'une Maternité avec Sages-Femmes pour l'Outaouais*, janvier 86, (disponible au CRSSS Outaouais-Hull).



# ALPHA-SILHOUETTE-SANTÉ

approche psycho-alimentaire

*Faire la différence entre les VRAIES FAIMS et les FAUSSES FAIMS engendrées par le besoin de compensation ou autres conditionnements... une première étape à franchir pour décrocher de l'obsession de la nourriture.*



LISE PELLETIER  
fondatrice

Rencontre individuelle  
sur rendez-vous  
à St-Bruno

Rencontre de groupe  
la fin de semaine  
sur invitation

Cassette de détente

« Je nettoie  
mon corps  
intérieurement »  
musique originale  
de relaxation



13,70 \$  
taxe incluse

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



## SERÉNA

**SERÉNA est  
un Service de  
Régulation des Naissances**

QUI apporte au couple une connaissance personnelle de sa fertilité  
QUI se spécialise dans l'enseignement des méthodes naturelles de régulation des naissances  
QUI met l'accent sur le couple et la communication amoureuse  
QUI valorise la vie humaine dès la conception.

SERÉNA QUÉBEC

6646 St-Denis Montréal  
Québec, H2S 2R9 Tél. : (514) 273-7531

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

la librairie  
des ressources

OUVERT 7 jours/semaine

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



**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

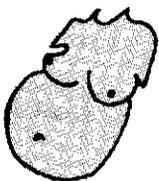
Piscines aux 4 coins de la ville

Lise Bernard

**AQUA**  
PHYSIQUE  
inc.

Tel. : 523-3188

créations grenier



MOULAGES DE PLÂTRE  
reproduction intégrale  
bedames - pieds de bébé - etc.

MONTREAL  
937-1932



**BRONZAGE**

L'ESCALE AU SOLEIL

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

849-2497 CLAUDETTE DUBREUIL

**G.I.V.**  
GROUPE L'ENTREPRISE VIDEO

DISTRIBUTION • PRODUCTION • VIDEO  
718 GILFORD MTL H2J 1N6 • 524-3259