


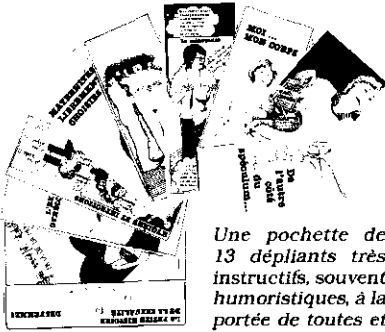
HIVER  
1987  
Vol. 4  
N° 1  
2,50 \$

# l'anne à l'autre

LA REVUE DE  
NAISSANCE-RENAISSANCE



**Accouchement:  
NE TOUCHEZ PAS  
À MA DOULEUR!**



Une pochette de 13 dépliants très instructifs, souvent humoristiques, à la portée de toutes et de tous :

- Centre de santé des femmes de Sherbrooke
- Moi... mon corps
- Contraception... mais douce
- La petite histoire de la sexualité des femmes
- De l'autre côté du spéculum
- Maternités librement choisies
- Hygiène et infections
- L'examen gynécologique
- La cape cervicale
- La ménopause
- Les maladies transmises sexuellement
- La périnatalité
- La boulimie

**FEMMES, SANTÉ, AUTONOMIE**

Centre de santé des femmes de Sherbrooke Inc.  
80, rue Alexandre  
Sherbrooke (Québec)  
J1H 4S6

Prix de revient : 5.00 \$

Transport : 1-2 copies 1.00 \$

Prix de soutien : 7.00 \$

3-10 copies 2.25 \$  
15-20 copies 3.00 \$



Réalisé par Hélène Valentini et Françoise Braun pour ALTERNATIVE-NAISSANCE, ce document informe et porte un regard critique sur :

- l'échographie
- l'amniocentèse
- le déclenchement de l'accouchement
- l'épisiotomie

**POUR VOTRE BIEN NAÎTRE**

Alternative-Naissance  
3429, rue Delorimier  
Montréal (Québec)  
H2K 3H5

Prix : 4.00 \$ (plus 50 ¢ pour frais de poste)



Dossier d'accompagnement du film du même nom réalisé par Sylvie Van Brabant, ce document produit par NAISSANCE/RENAISSANCE traite de

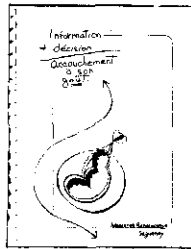
divers sujets, dont, notamment :

- la médicalisation de la naissance
- les chambres de naissance
- l'accouchement à domicile
- la situation des sages-femmes

**DEPUIS QUE LE MONDE EST MONDE**

Naissance-Renaissance  
Case postale 249, Succ. E  
Montréal (Québec)  
H2T 3A7

Prix 3.00 \$ (plus 50 ¢ pour frais de poste)



Réalisé par Nicole Audet, Denise Pelchat et Kathleen Saulnier du groupe NAISSANCE/RENAISSANCE/SAGUENAY, ce document couvre toute la période

dite GAP (grossesse-accouchement-postnatal). On y traite, entre autres :

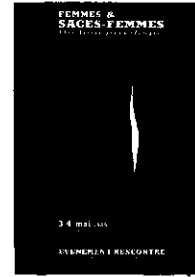
- du choix d'hôpital
- de l'accompagnement
- du rôle du père
- des diverses interventions médicales
- des positions d'accouchement
- des chambres de naissance
- de l'accouchement à domicile

**INFORMATION + DÉCISION = ACCOUCHEMENT À SON GOÛT**

Ce document est disponible à deux endroits :

Naissance-Renaissance/ Saguenay Case Postale 924 Chicoutimi (Québec) G7H 5E8	Alternative-Naissance 3429, rue Delorimier Montréal (Québec) H2K 3H5
--	---

Prix 8.00 \$ (plus 50 ¢ pour frais de poste)



Produit par Carole Pinsonneault, Lise Cousineau et Édith Engelman-Bélanger, ce document réunit toutes les présentations communiquées lors de

l'événement d'envergure internationale des 3 et 4 mai 1985 organisé par le MOUVEMENT SAGE-FEMME à l'Université McGill :

- Francine Lalonde, ministre à la Condition féminine
- Maria de Koninck, chercheuse féministe
- Isabelle Brabant, sage-femme
- Lise Cousineau, sage-femme
- Renée Gilbon, sage-femme
- Monique de Gramont, journaliste
- Francine Saillant, anthropologue
- Gayle Peterson, thérapeute américaine

**FEMMES ET SAGES-FEMMES UN LIEN PRIVILÉGIÉ**

Naissance-Renaissance  
Case postale 249, Succ. E  
Montréal (Québec)  
H2T 3A7

Prix 3.00 \$ (plus 50 ¢ pour frais de poste)



Réalisé par Hélène Goudreau, du groupe NAISSANCE-RENAISSANCE/SAGUENAY, ce document retrace l'histoire de la césarienne, en révèle les

causes, donne des statistiques, discute des interventions médicales menant à la césarienne, aborde des sujets comme l'anesthésie, les conséquences physiques et psychologiques de cette intervention, ses coûts et bien d'autres sujets, dont la rupture utérine et l'AVAC.

**DEVENEZ MÈRE SANS ACCOUCHER ou l'épidémie césarienne**

Ce document est disponible à deux endroits :

Naissance-Renaissance/Saguenay Case Postale 924 Chicoutimi (Québec) G7H 5E8	Alternative-Naissance 3429, rue Delorimier Montréal (Québec) H2K 3H5
--	---

Prix 8.00 \$ (plus 50 ¢ pour frais de poste)

**NE CHERCHEZ PLUS ; L'INFORMATION EST ICI !** Depuis plusieurs années, les groupes de femmes produisent régulièrement des documents d'information qui s'adressent aux femmes enceintes qui veulent être bien renseignées afin d'être en mesure de faire des choix conscients ; ces documents s'adressent également aux intervenant-e-s qui désirent renouveler leur approche. Pour faire connaître vos parutions, envoyez un exemplaire ainsi qu'un court texte de présentation à : LUNE À L'AUTRE C.P. 249, Succ. E, Montréal (Québec) H2T 3A7. Nous nous ferons un plaisir de vous annoncer.

**L'**an dernier à pareille date, la revue *Châtelaine* publiait un article sur la douleur. Un an après, il n'en reste qu'un amer souvenir : accoucher fait tellement mal, disait l'auteure, qu'il vaut mieux avoir une césarienne. La sage-femme Isabelle Brabant ne pouvait rester insensible à pareille affirmation. Elle nous offre donc en exclusivité un extrait du livre qu'elle prépare sur la grossesse et l'accouchement. Son chapitre sur la douleur, qui prend ici la forme d'un super-dossier, nous apprend qu'au lieu de la nier ou d'essayer de l'effacer, il faudrait plutôt apprivoiser cette douleur. Dans une optique plus globale de la santé des femmes, nous vous offrons un article sur le cancer du sein, première cause de mortalité chez les femmes au Canada. Toutes n'en meurent pas, mais bon nombre en sortent mutilées physiquement et psychologiquement. Ces deux sujets et ceux que nous vous réservons pour l'avenir sont le



fruit d'intenses réflexions chez toutes les membres de l'équipe de *L'UNE À L'AUTRE*. Nous avons entamé des débats de fond qui mèneront à des prises de position plus franches encore, tout en travaillant à perfectionner l'image et le style de la revue.

Il est toujours plus facile de s'adresser à son public quand on connaît ses attentes. Vos lettres de plus en plus nombreuses sont déjà pour nous un signe d'encouragement et nous vous en remercions. Cependant, nous voudrions en savoir davantage sur vos besoins et vos désirs. Nous espérons donc que vous voudrez bien prendre quelques minutes de votre temps pour répondre au sondage de *Naissance-Renaissance*, dont une section porte spécifiquement sur *L'UNE À L'AUTRE*. Nous serons alors en mesure de faire de la revue une tribune unique pour faire évoluer notre idéologie, pour faire en sorte que la maternité trouve sa place dans la vie trépidante de la femme d'aujourd'hui.

## NOUVELLES EN BREF

**LE CANCER DU SEIN** est encore la forme de cancer la plus répandue ; un cancer qu'on peut cependant guérir s'il est soigné à temps.

4

6

**LE DOSSIER : « NE TOUCHEZ PAS À MA DOULEUR »** La douleur fait partie intégrante de l'accouchement, mais il faut faire la différence entre la douleur négative et la douleur positive.

8

**L'HOMME ENCEINT** La grossesse masculine un sujet fort discuté sur la place publique récemment.

17

**NOUS AVONS LU** Michèle Champagne et Céline Lemay commentent leurs dernières lectures.

18

**LETTRES OUVERTES**

20

Photo de la couverture et photo ci haut : Pierre Crépó

**L'UNE À L'AUTRE** s'adresse aux femmes et aux hommes qui veulent vivre pleinement leur grossesse et leur accouchement et à tous ceux qui, de près ou de loin, travaillent auprès d'eux. Organe d'information de *NAISSANCE-RENAISSANCE*, mouvement pour l'humanisation et la démedicalisation de la naissance, *L'UNE À L'AUTRE* est un outil indispensable pour quiconque se préoccupe de l'évolution de la société face à la santé et s'intéresse aux courants de pensée et à l'action des femmes qui ont décidé de prendre leur santé en main.

**L'UNE À L'AUTRE** ÉDITEUR : Naissance-Renaissance RÉDACTRICE EN CHEF : Suzanne Blanchet COORDINATION : Dhyane Iezzi COLLABORATION : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Céline Lemay COMITÉ DE LECTURE : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Marie-Claude Martel GRAPHISME : Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier (514) 272-7619 COMPOSITION : Composition Solidaire inc. IMPRESSION : Presses Elite Inc. PUBLICITÉ ET PROMOTION : Sylvia Provost ABONNEMENTS : Josée Boismenu 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. Vous êtes invité-e-s à soumettre des textes dactylographiés à double interligne pour publication dans *L'UNE À L'AUTRE*. Les textes pourront être publiés dans n'importe quel numéro de la revue à compter de la date de réception ; ils seront cependant soumis aux règles éditoriales courantes et pourront être modifiés à la discrétion de l'équipe de rédaction. Les textes soumis ne seront pas publiés automatiquement et la rédaction exercera son droit de choisir ceux qui le seront. TARIFS D'ABONNEMENT pour 4 numéros (1 an) : individuel 10 \$ ; corporations ou institutions 20 \$ ; 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.

de l'éprouvette  
au bébé spectacle



JACQUES TESTART

## C'EST ASSEZ !

Pour la première fois, un biologiste spécialisé dans les techniques de procréation artificielle décide d'arrêter les recherches sur certains aspects de la manipulation de la procréation humaine. « Je n'irai pas plus loin, déclare le professeur Jacques Testart, dont le dernier exploit est la congélation d'embryons humains. Je ne tenterai pas d'autres premières. D'autres le feront, non pas parce qu'ils sont les meilleurs, mais parce qu'ils ont envie de le faire, de faire parler d'eux, de passer à la télévision. »

Vivement inquiet devant l'évolution de sa discipline, il propose un moratoire international. Une question urgente doit être posée : faut-il réglementer la manipulation des cellules sexuelles et des embryons humains ? Le professeur Testart fait valoir que ces techniques, mises au point pour le traitement de la stérilité humaine, seront demain les meilleurs outils d'un eugénisme qui n'hésitera nullement à dire son nom. « Qu'on cesse de faire semblant de croire que la recherche est neutre, seules ses applications étant qualifiées de bonnes ou mauvaises. C'est en amont de la découverte qu'il faut opérer les choix éthiques. » S'agit-il d'une position ultra-minoritaire ou du début d'une prise de conscience généralisée ?

« On ne sait pas encore établir le sexe de l'embryon humain, mais je ne doute pas un seul instant qu'on y parvienne. Au début, cette technique sera proposée comme un progrès médical pour toutes les maladies héréditaires liées au sexe. Puis, on verra rapidement les gens venir vers la fécondation in vitro pour choisir le sexe de l'enfant à naître. On devra alors implanter les embryons à la demande. Je ne veux pas couper un oeuf humain en deux, prélever une ou quelques cellules sur un oeuf fécondé pour établir le sexe ou pour faire un diagnostic d'anomalie génétique. Toucher à l'intégrité de l'oeuf, c'est prendre la responsabilité des événements qui suivront. » *Source : Le Devoir, 16 septembre 1986.*

NOUVELLES  
EN BREF

## LITS USAGÉS : PAS CHERS MAIS...

Jusqu'à quel point l'achat d'un lit d'enfant usagé est-il une économie ? Depuis une dizaine d'années, 300 consommateurs se sont plaints des lits dangereux auprès du ministère de la Consommation et des Corporations du Canada. Au moins 41 bébés ont trouvé la mort à cause de lits défectueux ou mal conçus. « Jetez les



PHOTO SUZANNE BLANCHET

vieux lits d'enfants qui risquent de causer des accidents, conseille un représentant du Comité de prévention des accidents de l'Association canadienne de pédiatrie. Mieux vaut laisser un enfant coucher par terre que de le voir suffoquer à cause de barreaux trop espacés ou d'un matelas qui se décroche. »

*Source : Protégez-vous, octobre 1986*

## LES FEMMES, LEUR SANTÉ

Plusieurs ateliers collectifs et ateliers-cliniques sur la santé physique et mentale des femmes seront offerts dès janvier au Centre de santé des femmes de Montréal : auto-examen, cycle menstruel, cape cervicale, boulimie/anorexie, ménopause, etc. Pour plus de renseignements, téléphoner au (514) 842-8903.

## DEUX PRIX POUR L'UNE À L'AUTRE

L'UNE À L'AUTRE a reçu deux prix dans le cadre du concours rédactionnel 1986 de l'Association des journalistes de la presse spécialisée (AJPS). Le numéro d'hiver, qui portait notamment sur la grossesse à l'adolescence, était finaliste dans la catégorie « Meilleur numéro », tandis qu'un dossier sur l'AVAC signé par Hélène Vadeboncoeur dans le numéro du printemps était gagnant dans la catégorie « Article de fond ».

## LA VASECTOMIE : QUI VA PAYER ?

Au moment de mettre sous presse, il était question que la ministre Thérèse Lavoie-Roux dépose à l'Assemblée nationale un amendement à la loi de la Régie de l'assurance-maladie pour faire en sorte que la vasectomie redevienne un acte médical assuré. L'Association des urologues déclare que si tel est le cas, il ne sera plus question d'en pratiquer. Rappelons que les urologues reçoivent 55 \$ de la RAMQ pour effectuer cette intervention de dix minutes, mais qu'ils sont libres de faire payer le patient entre 150 \$ et 300 \$, s'ils le préfèrent... ce qu'ils font, il va sans dire ! En attendant, souligne Huguette Roberge dans La Presse, monsieur, à qui la procréation n'a jamais fait mal, peut toujours alléguer une économie appréciable pour convaincre sa trop douce moitié de subir une ligature des trompes, intervention plus douloureuse et plus grave, mais si commodément assurée aux frais des contribuables !

*Source : Le Soleil, 30 août 1986 et La Presse, 21 septembre 1986*

## DES CHIFFRES ...

Dans notre dernier numéro, nous donnions quelques statistiques sur les économies qu'auraient réalisées les Canadiens de Colombie-Britannique s'ils avaient diminué le nombre de césariennes pratiquées dans leurs hôpitaux. Le Québec n'est pas à l'abri de tout reproche. Dans une conférence prononcée à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Dr Marsden Wagner, directeur de la santé maternelle et infantile de l'Organisation mondiale de la santé en Europe, soulignait que sur 87 610 accouchements au Québec en 1984, 18,6 % ont fini par une césarienne, 19,2 % par l'utilisation des forceps, pour un total de 37,8 %. Pendant la même période en Europe, ces interventions ont varié de 6 à 24 % selon les pays, avec une moyenne inférieure à 12 % en excluant le Royaume-Uni.

Si l'on évalue à 3 000 \$ l'écart de coût entre l'accouchement vaginal et l'accouchement par césarienne, les hôpitaux québécois économiseraient près de 10 millions de dollars par année en réduisant à 15 % leur taux de césariennes comme le suggère l'OMS. Ils pourraient économiser plus de 18 millions s'ils réduisaient ce taux à 11,9 % comme en Finlande, pays dont le taux de mortalité périnatale est le plus bas au monde. Enfin, ils économiseraient 40 millions par année avec un taux de césarienne semblable à celui de la Hollande, pays dont les statistiques en mortalité infantile sont pourtant inférieures à celles du Québec. Le prétexte de la sécurité en prend pour son rhume !

Dans cette même allocution, le Docteur Wagner soulignait que le Canada fait partie d'un club très exclusif qu'il ne partage qu'avec l'Afrique du Sud. Ce sont en effet les deux seules régions industrialisées au monde qui s'opposent encore à la légalisation des sages-femmes. « Certains pensent qu'il s'agit d'un retour en arrière. Je dis au contraire que refuser les sages-femmes est passé de mode ! »

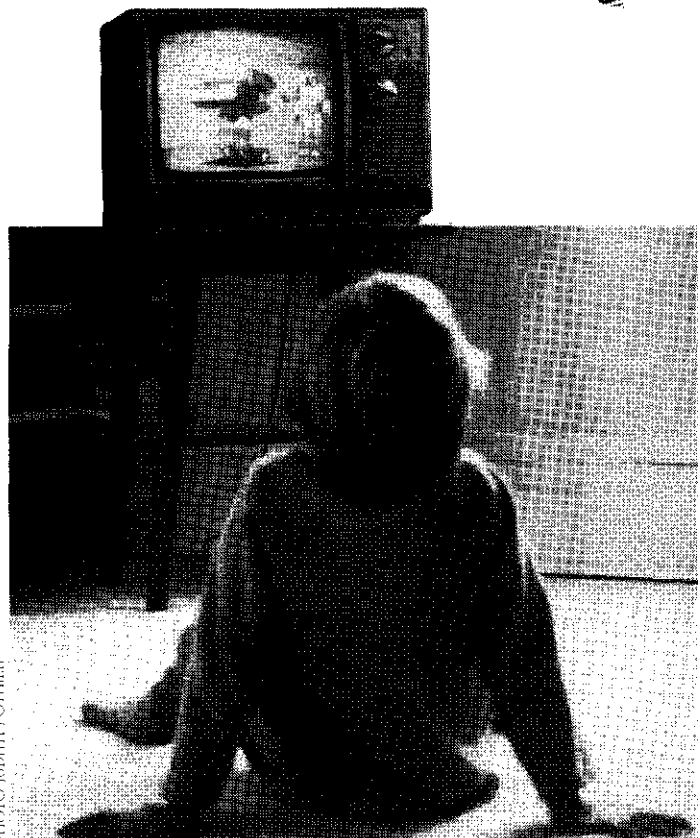


PHOTO JUDITH POTIER

### LES JOUETS DE GUERRE ET LA TÉLÉVISION

**L**a vente des jouets de guerre a augmenté de 600 % au cours des trois dernières années aux États-Unis. L'industrie des jouets de guerre prévoyait réaliser un chiffre d'affaires de 1,3 milliards \$ US en 1985 aux États-Unis seulement. Des dix jouets les plus vendus chez nos voisins du sud, sept sont de nature violente et chacun a son propre programme de télévision. Dix séries de dessins animés de guerre sont montrées chaque semaine à la télé et six autres sont en préparation. Chacune est subventionnée par une compagnie de jouets pour assurer la promotion d'un de leurs produits.

Ces dessins animés présentent 41 actes violents par heure, dont une tentative de meurtre aux deux minutes ! Leur diffusion est passée de une heure et demie par semaine en 1982 à 27 heures par semaine en 1985. L'enfant américain moyen verra 800 annonces de jouets de guerre cette année à la télévision et environ 250 épisodes de dessins animés destinés à en promouvoir la vente, soit l'équivalent de 22 jours de classe.

« Les jouets de guerre rendent acceptables les comportements violents, estime Arnold Goldstein, directeur du CENTER FOR RESEARCH ON AGRESSION à l'Université de Syracuse. Ils désensibilisent les enfants aux dangers et aux conséquences des comportements violents et augmentent leurs chances d'y avoir recours. »  
Source : *Mothering, printemps 1986*

### VOUS N'ÊTES QUE LES PARENTS

**L**e Code civil prévoit que ce sont le père et la mère de l'enfant qui doivent assurer les obligations découlant de l'autorité parentale. Pourtant, la loi leur interdit de désigner le tuteur qui prendrait la relève, advenant le décès des deux parents. C'est au

conseil de famille, composé d'au moins sept parents et amis, que revient le pouvoir de désigner la personne qui assumera le rôle de tuteur. Le conseil de famille jouit d'une entière liberté et peut ne pas retenir la suggestion que les parents auraient pu prévoir par testament ou autrement. Voilà une loi qui mériterait d'être révisée !  
Source : *Justice, octobre 1986.*

### LE TABAGISME DU PÈRE

**L**e fœtus ne souffre pas seulement du tabagisme de sa mère : il maigrit aussi lorsque le père fume, révèle une étude effectuée par des chercheurs danois. Plusieurs recherches avaient récemment prouvé que dans le ventre de leur mère, les bébés étaient déjà des fumeurs passifs et que les cigarettes fumées par la femme enceinte augmentaient le risque de fausses couches, de prématurité et de faible poids de l'enfant à la naissance.

Une nouvelle étude, publiée par la revue britannique *The Lancet* et portant sur 500 nouveau-nés, indique cette fois que le tabagisme du père ou de tout autre occupant permanent de l'appartement a, lui aussi, des répercussions sur le poids du fœtus, même lorsque la mère ne fume pas.

Conduite au Danemark à l'hôpital de l'université Gentoft de Hellerup, où naissent chaque année 2 000 enfants, l'étude précise que la consommation par le père d'un paquet de cigarettes par



PHOTO MARIE-CHICOINE

jour entraîne une réduction moyenne de 120 grammes à la naissance. Il apparaît également que les effets du tabagisme passif sont plus importants dans les familles qui vivent dans de petits logements où la fumée est davantage concentrée.

En publiant leurs conclusions, les auteurs soulignent qu'ils ont pris soin d'éliminer à l'aide de questionnaires très détaillés tous les autres facteurs qui auraient pu avoir une influence sur le poids du bébé (l'âge de la mère, le nombre de grossesses antérieures, la consommation d'alcool et de tabac par la mère, la survenue de maladies pendant la grossesse, le milieu socio-économique.)

Source : *La Presse, 3 septembre 1986*

### LA MAISON DES SAGES-FEMMES

**L**e 5 octobre dernier, les Sages-femmes associées de Montréal ouvraient officiellement leur bureau au 3939, rue Berri. Plus de 400 personnes, dont plusieurs enfants nés dans les mains d'une sage-femme, ont envahi la maison, témoignant de leur appui par leur

présence et par une levée de fonds totalisant près de 3 000 \$. Une journée semblable ravive une lueur d'espoir dans le cœur des personnes qui désirent ardemment voir les sages-femmes avoir enfin pignon sur rue. ■

Vous souvenez-vous d'Aurore Bégin, la sage-femme du film *DEPUIS QUE LE MONDE EST MONDE ?* La voici en compagnie de Sylvie Van Brabant, réalisatrice de ce film, et quelques sages-femmes, membres des SAGES-FEMMES ASSOCIÉES DE MONTRÉAL.



PHOTO JUDITH POTIER

# On peut vaincre le ca

## L'auto-examen : le meilleur moyen de dépistage

**L**e dépistage systématique du cancer du sein, ce n'est pas pour demain. Le ministère de la Santé et des Services sociaux refusait récemment de financer la poursuite du programme de dépistage du cancer du sein entrepris en 1981 dans le cadre d'une recherche à l'échelle nationale. On préfère attendre les résultats de cette étude, prévus pour... 1990! Le ministère estime en outre que les CLSC pourraient tout simplement intégrer ce volet à l'ensemble de leur mission de prévention car le contexte d'austérité actuel décourage la création d'un centre permanent de dépistage du cancer du sein.

De toute façon, quand on connaît les effets nocifs des rayons X, peut-être est-il préférable de songer à d'autres moyens. « L'initiation de la maladie cancéreuse est parfois attribuée à des radiations et en particulier aux rayons X et pourtant nous continuons à irradier nos malades en multipliant les examens radiographiques, parfois inutiles, et ceci en toute bonne conscience! »<sup>1</sup> Sans compter qu'avant 45 ans, la mammographie est moins fiable car le sein est généralement très dense, de sorte qu'une tumeur palpable n'est pas toujours visible aux rayons X.

L'auto-examen est certes une bonne solution de rechange. La Société canadienne du cancer publie depuis quelques années un dépliant qui explique, étape par étape, la façon d'effectuer l'auto-examen des seins. Le Centre de santé des femmes de Montréal a également publié un livre intitulé « L'auto-examen, un geste de santé », qui rappelle aux femmes que le sein n'est pas un symbole sexuel mais une partie du corps qu'il faut observer afin d'y déceler rapidement tout signe irrégulier.

La pratique de l'auto-examen des seins s'effectue une fois par mois, après les menstruations, à partir de l'âge de 20 ans et la vie durant. La première fois, c'est un peu la panique : le sein est en effet une glande en forme de grappe de raisin. La femme se demande parfois si toutes ces petites boules sont des « bosses de cancer ». Elle doit donc se tracer une image mentale, une sorte de cartographie mammaire qui deviendra ensuite le point de comparaison, sans pour autant s'alarmer outre mesure lorsqu'elle découvre « quelque chose » : près de 80 % des tumeurs du sein ne sont pas cancéreuses.

Mais elle ne doit pas non plus pratiquer la politique de l'autruche et faire comme si de rien n'était : en 1985, le cancer du sein était encore la première cause de mortalité chez la femme. Une Québécoise sur 13 en sera atteinte un jour ou l'autre. Toutes n'en mourront pas, mais plusieurs en sortiront mutilées physiquement et psychologiquement, d'où l'importance d'un diagnostic précoce.

### ET SI C'ÉTAIT...

Lorsqu'une masse est décelée, la mammographie est utile, mais elle ne suffit pas : il faut savoir s'il s'agit d'une tumeur maligne ou d'un simple kyste. Dans ce dernier cas, il disparaîtra complètement lors d'une cytoponction à l'aiguille fine. Sinon, la médecine qu'on sert présentement aux femmes est « simple » : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie. Et avec ça, ma chère madame, « parti bobo », on n'en parle plus. « Le médecin a dit à ma voisine qu'il lui enlèverait un sein comme s'il s'agissait des amygdales », s'indigne Francine.

Plusieurs chirurgiens optent encore pour l'ablation radicale parce qu'ils ont eux-mêmes une réaction de panique face au cancer. Il arrive donc qu'il ne s'écoule que quelques jours entre le diagnostic et l'ablation. Même si la maladie progresse parfois très rapidement, la femme doit prendre le temps de consulter un autre médecin pour obtenir une deuxième opinion : « La profession médicale a été un peu réticente à adopter les traitements modernes en se cachant derrière le fait que ce n'est pas entièrement prouvé, déplore le docteur Roger Poisson, chef du service de chirurgie oncologie de l'hôpital Saint-Luc à Montréal. En médecine, il y a des écoles et les patientes sont traitées selon l'école à laquelle appartient le chirurgien. Certains croient encore que c'est mieux de faire des mastectomies. »

Ces mastectomies systématiques ont longtemps fait croire que le cancer du sein est localisé. Ce n'est pas toujours vrai : des cellules cancéreuses peuvent s'étendre à d'autres parties du corps. Ce que le docteur Poisson propose donc à ses patientes et souhaiterait voir adopté par l'ensemble de la profession, c'est une chirurgie moins mutilante suivie d'un traitement systémique. Au lieu d'enlever tout le sein, il n'enlève que la tumeur ou la partie atteinte, pour prendre ensuite ce qu'il y a de mieux de chaque arme : « Les résultats combinés sont mieux que les résultats d'un seul traitement. » Nous sommes loin des saignées et emplâtres à la ciguë proposés à la reine mère Anne d'Autriche, atteinte du cancer du sein en 1664, mais ce suivi post-opératoire n'est pas pour autant une partie de plaisir.

Les traitements sont très astreignants : il faut généralement se présenter à l'hôpital cinq jours par semaine pendant plusieurs mois sans possibilité d'hébergement à proximité pour les femmes qui demeurent loin. Même celles qui habitent relativement près d'un grand centre n'ont pas la vie facile. Françoise Lanthier, qui a subi une mastectomie il y a 15 ans, se souvient des longs trajets en autobus entre la banlieue et le centre-ville de Montréal. C'est pour ces personnes que la Fondation québécoise du cancer entend construire cette année deux hôtels, une à Montréal, l'autre à Sherbrooke. Il n'en existe présentement qu'une seule, adjacente à l'Hôtel-Dieu de Québec.

photo tirée du livre WOMAN'S EXPERIENCE OF SEX, Kluwer, Sharada, New York, 1983

### L'AUTO-EXAMEN un geste de



### L'AUTO-EXAMEN UN GESTE DE SANTÉ

L'auto-examen est un geste de santé. C'est pourquoi le Centre de santé des femmes de Montréal a publié aux Éditions du Remue-ménage un livre sur l'auto-examen des seins et des organes génitaux. Au-delà de la prévention, lit-on en conclusion, l'auto-examen peut répondre à plus d'un besoin : le désir d'être plus près de son corps, de comprendre davantage ce qui s'y passe et le désir de prendre en main sa santé.

# ancer du sein

On « oublie » bien souvent d'expliquer les effets secondaires ou de suggérer une solution de rechange. Pourquoi ne pas informer la femme que sa peau risque de dessécher ? Pourquoi ne pas lui suggérer une crème non-médicamenteuse appropriée ? Pourquoi ne pas lui dire que la fatigue est normale pendant le traitement, au lieu de la laisser se tourmenter, s'imaginant le pire ? Pourquoi ne pas investiguer sur ce qui se fait ailleurs ? On dit par exemple que la perte des cheveux pourrait être évitée grâce à un casque qui refroidit le cuir chevelu afin d'arrêter l'action toxique des médicaments à cet endroit.

## VIVRE AVEC UN SEIN EN MOINS

Les effets secondaires ne sont pas que physiques. Le cancer a des répercussions psychologiques indéniables dès l'annonce du diagnostic et elles se poursuivent après l'opération : difficultés à réintégrer son milieu de vie naturel, crainte d'une rechute, angoisse face à la mort. Rares sont les hôpitaux qui disposent du personnel qualifié pour aider la patiente à identifier ses propres ressources, à reprendre confiance en elle-même, à avoir une image plus positive. Pourtant, la perspective de vivre avec un sein en moins n'est pas facile à accepter. L'atteinte de l'image corporelle apporte certaines angoisses émotionnelles et sexuelles : « Il n'y a aucun moyen de cacher l'amputation à son amoureux. »<sup>3</sup> On voit souvent les mariages se dissoudre à ce moment : la mastectomie est parfois un obstacle insurmontable quand l'union ne tient déjà plus qu'à un fil. Certaines femmes ne peuvent s'en sortir moralement que le jour où elles osent prendre un amant.

Nombreuses sont les bénévoles qui deviennent les meilleures alliées dans l'épreuve. Membres d'organismes à but non lucratif comme « Toujours femme/Reach to Recovery », « Vie Nouvelle » ou « L'Association des opérées du sein »<sup>4</sup>, ces femmes ont déjà passé au bistouri. Mieux que personne, elles deviennent un réconfort, voire une ressource essentielle. Elles remontent le moral, écoutent, encouragent, suggèrent de petits trucs qui rendront la vie plus facile. Elles donnent même aux femmes une légère prothèse afin qu'elles puissent sortir de l'hôpital avec deux seins.

Lorsque les traitements sont terminés et que la peau n'est plus sensible, la femme cherche une prothèse mammaire dite permanente, non pas uniquement par souci d'esthétique ou pour répondre à un besoin psychologique, mais pour son confort physique. En effet, la colonne vertébrale est habituée à un poids égal de chaque côté ; l'absence d'un sein cause donc un inconfort physique réel. On imagine cependant le désarroi de celle qui doit pour la première fois de sa vie chercher une prothèse mammaire : que faut-il acheter ? À quel endroit ?<sup>5</sup> Encore une fois, les bénévoles conseillent et donnent de bonnes adresses.

Puis, la vie continue. Plus belle, parfois : « L'épreuve fait grandir, conclut Françoise Lanthier. Le cancer a changé ma vie. Ça m'a motivée à en faire davantage. J'ai aujourd'hui plus d'énergie, plus de volonté que je n'en ai jamais eues. J'ai même appris à nager, moi qui avais une peur bleue de l'eau ! » ■

SUZANNE BLANCHET

<sup>1</sup> SOLIGNAC, Dr Pierre, *Ces malades mal-traités*, Collection Polémique, Éditions de Trévise, Paris, 1981.

<sup>2</sup> RUEFF, Dr Dominique, *Choisir la vie — nouveaux combats contre le cancer*, Le hameau éditeur, Paris, 1984.

<sup>3</sup> KITZINGER, Sheila, *Woman's Experience of Sex*, G.P. Putnam's Sons, New York, 1983.

<sup>4</sup> Pour connaître le nom d'une bénévole dans votre région, vous pouvez rejoindre le groupe *Toujours femme* en téléphonant au (514) 737-0464, *Vie Nouvelle* au (514) 669-2984 et *L'association des opérées du sein* en appelant La Société canadienne du cancer. Si d'autres groupes d'entraide existent, nous serons heureuses de publier leurs coordonnées dans le prochain numéro.

<sup>5</sup> On peut lire un article sur les prothèses mammaires dans le numéro d'octobre de la revue *PROTEGEZ-VOUS*.

PHOTO ESEF MIREAULT



## « UNE FEMME SUR TREIZE... POURQUOI MOI ? »

Certaines femmes seraient-elles plus vulnérables que d'autres ? L'hérédité compte pour beaucoup : si votre mère ou vos sœurs ont été atteintes du cancer du sein, et particulièrement en pré-ménopause, vous risquez davantage d'être également touchée. Les risques sont moins grands s'il s'agit d'un cancer du sein développé par votre grand-mère à 70 ans.

D'autres facteurs entrent en ligne de compte : des menstruations précoces ou une ménopause naturelle tardive, une première grossesse après 30 ans, l'absence de grossesses. Au Congrès de sénologie tenu à Paris en septembre dernier, des spécialistes ont même avancé l'interruption de grossesse comme cause possible du cancer du sein, uniquement peut-être parce qu'elle retarde la venue d'une première grossesse. De récentes études tendent à démontrer que la pilule est désormais à l'abri de tout soupçon, mais personne n'ose encore en dire autant à propos des hormones données pendant la ménopause.

Étrangement, on a longtemps cru que le célibat était une cause du cancer du sein, puisque de nombreuses religieuses en étaient atteintes. « On a effectivement remarqué que les religieuses avaient beaucoup plus souvent le cancer du sein que les femmes mariées, constate le Dr Roger Ghys, radio-oncologue spécialisé dans le diagnostic des maladies du sein, mais il s'agissait d'une génération de femmes qui allaitaient leurs enfants. Dès que les Québécoises ont arrêté d'allaiter leurs enfants, on a vu le cancer du sein monter en flèche chez les femmes mariées aussi bien que chez les célibataires. D'après moi, il ne fait pas l'ombre d'un doute que la grossesse suivie d'allaitement est un facteur favorable pour prévenir le cancer du sein, même si ce n'est pas le seul facteur. C'est ma conviction, mais j'ai dû l'écrire en des termes beaucoup plus nuancés dans un récent numéro de la revue américaine **CANCER**. »

La consommation de matières grasses, de viande rouge, de café et de cigarettes pourraient être à l'origine de certains cas de cancer du sein. Par ailleurs, de nombreuses publications laissent supposer que le magnésium, la vitamine C et la vitamine A ont une action anticancéreuse.

Enfin, on commence à admettre l'importance du facteur psychologique dans le déclenchement du cancer. Une situation de stress intense en est souvent la cause, bien qu'il soit difficile de le prouver, parce que l'événement responsable peut remonter à plusieurs années au préalable.





# « Ne touchez pas à ma douleur »

*Toute femme enceinte pour la première fois se demande si elle va passer au travers de la douleur de l'accouchement. On a donc cherché, au fil des ans, soit à contrôler cette douleur, soit à l'endormir, soit même à la nier. Mais pourquoi faudrait-il y toucher ? Pourquoi ne pas chercher plutôt à l'apprivoiser ? Au bout du compte, la meilleure façon de sortir de la douleur, c'est encore d'y entrer !*

**N**ous vivons dans une société programmée pour fuir la douleur, une société qui croit masochiste la personne qui endure un mal de tête sans aspirine, une société qui n'a laissé qu'aux sportifs le droit d'avoir mal noblement. Même si la douleur est au cœur du quotidien de millions de gens, on a choisi d'y répondre collectivement par l'usage illimité de tonnes d'analgésiques, une solution strictement chimique et efficace à court terme seulement.

La douleur est une expérience très subjective : non seulement sa perception varie-t-elle d'une personne à l'autre, mais également d'une culture à l'autre. Dans les



sociétés dites primitives, la douleur fait partie de la vie quotidienne ; celle de l'accouchement n'est donc pas perçue comme une exception. Dans les cultures méditerranéennes, on trouve normal de crier pour la manifester, qu'elle soit grande ou légère, tandis qu'ailleurs, l'usage commande qu'on la cache soigneusement. Chez les indiens de Panama, où la naissance est un événement honteux, le travail est très long et douloureux. Chez les Indiens Kahunas, la femme transmet la douleur à quelqu'un qui la mérite et le travail en est ainsi facilité ! Ces différentes attitudes ont un effet direct sur la façon dont les individus perçoivent la douleur.

PHOTO PIERRE CARRÉ

PHOTO LUC VALÉRIE

P A R I S A B E L L E B R A B A N T



histoire tirée de L'HISTOIRE DES ACCOUCHEMENTS

On apprend dès la petite enfance comment réagir face à la douleur. Dans certaines familles, on se précipite au premier cri sur le bébé qui a des coliques et on le cajole ; ailleurs, on se dépêche de distraire l'enfant avec de la nourriture pour « effacer le bobo » ; ailleurs encore, on préfère l'ignorer, malgré ses protestations. On reçoit là des messages précis qui modèlent pour longtemps notre perception de la douleur.

Les histoires d'accouchements qu'on a entendues au cours de notre vie peuvent parfois amplifier nos craintes, d'autant plus que les détails qui manquent à ces histoires sont souvent remplacés par une version imaginaire bien pire que la réalité.

À travers l'histoire, cette douleur a eu la valeur de punition de Dieu : souvenez-vous de Ses paroles à Ève en la chassant du Paradis terrestre ! La douleur a également eu la valeur de malédiction, de condition fâcheuse à contrôler et même à annuler complètement à l'aide de drogues ou de respirations longuement pratiquées.

On arrive donc à l'accouchement remplies d'idées préconçues. Des exercices comme ceux proposés en encadré peuvent nous aider à prendre conscience à quel point nos croyances et nos automatismes transforment notre façon de vivre la douleur. Car on ne peut nier qu'elle existe. Une recherche sur la douleur effectuée récemment à l'Université McGill de Montréal démontre, à la surprise de tous, que l'accouchement s'avère plus douloureux que les maladies habituellement reliées à une grande souffrance, le cancer par exemple, sauf qu'on n'a jamais fait la différence entre la douleur qui exprime une pathologie, un désordre de l'intérieur, et celle de l'accouchement, expression normale d'un travail extraordinaire.

### PETITS EXERCICES

Voici deux exercices pour vous permettre d'aller fouiller vos modèles de réponses face à la douleur. Ces jeux sont particulièrement intéressants pour la femme qui va accoucher, mais aussi pour tous ceux qui l'entourent. Le futur père, le médecin et l'infirmière ont, eux aussi, leur propre liste d'idées associées à la douleur, lesquelles affectent leur façon de la vivre en tant que témoin. Leur support dépend directement de leur propre attitude par rapport à la douleur ; ils auront peine à la mettre de côté s'ils n'en sont pas conscients. Ainsi, l'anesthésie proposée après des heures de travail douloureux peut sembler une délivrance pour le père ou pour le personnel, s'ils se sentent, eux, à bout de ressources !

Inscrivez en grosses lettres le mot **DOULEUR**. Écrivez au-dessous tous les mots qui vous viennent à l'esprit quand vous pensez à ce mot. Au besoin, dites-le à haute voix. Ne censurez pas, ne filtrez pas. Écrivez pêle-mêle tout ce qui vous passe par la tête. Après quelques minutes, ou lorsque vous êtes à court d'inspiration, relisez votre liste et essayez de sentir ce qui s'en dégage. Partager le contenu de votre liste avec votre partenaire l'aidera à mieux vous comprendre et, par conséquent, à mieux vous soutenir pendant le travail.

Cette suite de mots est à l'image de vos croyances et de vos émotions au sujet de la douleur. Voyez, par exemple, les deux listes qui suivent :

aïe	intense
j'ai peur	sensation forte
sang	énergie
mort	grandir
hôpital	abandon
accident	suer

À lire ces deux listes, on voit bien que leurs auteurs n'abordent pas la douleur avec la même attitude. Si votre liste tourne autour de la peur, la maladie et la dépendance, prenez le temps d'explorer d'où vous viennent ces images. Permettez-vous, lors d'un prochain malaise, d'expérimenter une autre façon d'y réagir, plus ouverte peut-être, plus détendue, moins dépendante du passé.

Voici un deuxième exercice pour vous aider à identifier votre attitude par rapport à la douleur et soulager la charge émotionnelle qui peut y être rattachée. Faites cet exercice par écrit ou parlez-en avec un ami jusqu'à ce que vous vous sentiez en paix avec les souvenirs qu'il éveille.

Rappelez-vous une situation où vous avez eu très mal. Essayez de vous remémorer le plus de détails possibles :

- Où était-ce ?
- Quand et comment la douleur était-elle venue ?
- Qui était autour de vous ?
- Comment avez-vous manifesté votre douleur ?
- Quelle a été la réaction des gens ?
- Quelles émotions éprouviez-vous ?
- De quoi aviez-vous besoin ?
- Avez-vous demandé de l'aide ? Comment ?
- En avez-vous reçue ? De quel ordre ?
- Qu'est-ce qui vous a réconfortée, finalement ?

Refaites l'exercice pour plusieurs événements différents. Dégager pendant la grossesse des émotions difficiles rattachées à la douleur permet d'arriver à l'accouchement plus légère, davantage disposée au travail d'abandon, d'ouverture.

## L'accouchement est une initiation

L'accouchement marque très puissamment la rupture avec la relation biologique et symbiotique entre la mère et son enfant. C'est une initiation, un passage entre la grossesse et la maternité aussi significatif que les rites de passage qui existent dans diverses cultures entre l'enfance et l'âge adulte par exemple. Pour l'individu comme pour la communauté, l'initiation vient marquer le passage d'une période de la vie à une autre et stimuler, souvent de façon spectaculaire, les ressources personnelles qui seront sollicitées à l'avenir et qu'il faut mettre à l'épreuve.

C'est un événement qui annonce et prépare au changement, un événement provocateur parce qu'il vient bouleverser l'état habituel des choses pour laisser place à l'inconnu, à l'imprévisible de la nouvelle relation entre la mère et son enfant. Bien sûr qu'ils se connaissent déjà, mais les mécanismes biologiques pour répondre aux besoins de chaleur, de protection, de nourriture du bébé ne seront plus automatiques ; ils seront désormais remplacés par les gestes volontaires de la mère, d'où l'importance de l'attachement entre les deux, seule garantie que la mère demeurera disponible et attentive pour combler ces besoins vitaux.

Quel rapport avec la douleur ? Elle prépare ce passage. Elle vient briser les schémas habituels de comportement, déséquilibrer la mère au moment où elle doit abandonner le statu quo de la vie courante pour plonger dans la transformation majeure que représente l'arrivée de son bébé dans sa vie. Le partenaire présent vit, lui aussi, ce grand chambardement du corps et du cœur.

La maternité exigera mille fois d'une femme qu'elle rassemble ses forces et se surpasse, qu'elle aille puiser profondément en elle-même la confiance et le courage nécessaires pour passer à travers ce que la vie avec son enfant lui réserve. L'accouchement, par la puissance des mécanismes physiologiques et psychiques sollicités, par l'attrait intense que représente le moment de rencontre avec le bébé qui s'en vient, est un moment charnière qui permettra à la nouvelle mère d'exprimer sa force, son endurance, sa patience, son amour pour son enfant.

## Se préparer de façon réaliste

Qui n'a pas rêvé, à sa première grossesse, de se rendre à l'hôpital avec une sensation bizarre au bas du ventre pour apprendre qu'elle est complètement dilatée et qu'il ne lui reste qu'à pousser son

bébé ? Pour la majorité des femmes, la réalité est tout autre : l'accouchement est douloureux !

Il faut absolument se préparer de façon réaliste à l'immense défi que représente le travail et l'accouchement. Remplacer le mot « douleur » par des euphémismes comme « inconfort » et « intensité » dans les cours prénatals a certes pour but louable de ne pas effrayer la femme, mais comme triste résultat, elle et son partenaire se retrouvent sans préparation face à de puissantes sensations. Ils se demandent avec raison s'il ne se passe pas quelque chose de grave puisque ça fait si mal, la douleur étant couramment associée à la maladie.

Il est temps d'arrêter de nourrir l'image romantique de la maternité en ne publiant que des photos de femmes au teint de pêche, fraîchement coiffées, béates dans leur jolie robe de dentelle, en prétendant qu'elles viennent d'accoucher. Ces images passent sous silence des aspects plus dérangeants et plus difficiles : les femmes qui accouchent transpirent, gémissent, vomissent parfois, émettent des sons bizarres, perdent le contrôle qu'elles ont habituellement sur leurs fonctions corporelles.

Cette idée de contrôle, concept abondamment véhiculé dans la préparation prénatale, s'avère trompeuse elle aussi : il faut oublier les bonnes manières pendant l'ac-

**« Mon ventre est lourd ! Mon ventre est dur comme de la roche ! Mon ventre éclate ! Et pourtant, à chaque secousse, je décolle, je flotte dans la chambre, je me retrouve au plafond, je passe à travers, je vole dans l'air glacial d'un après-midi de janvier... Pis je redescends, j'éclate encore, mais de rire : j'en reviens pas, je suis encore vivante, capable de parler, de marcher, de faire des farces...**

**« Est-ce que c'est douloureux ? » On en a parlé des douleurs de l'enfantement !**

**C'est de la douleur... oui ! Une douleur surprenante, saisissante, démesurée. Mais une bonne, une belle douleur. Une douleur sans peur, sans honte. Une fière douleur. »**

FRANCINE TOUGAS

« Grandir (en hommage à ma fille) », Leméac, 1985.

PHOTO LUC VALLIERES



couchement qui, par définition, est incontrôlable. Les femmes qui ont appris à contrôler la douleur par des techniques précises peuvent, parfois, bloquer inconsciemment le travail en empêchant les contractions de devenir plus intenses, mais en même temps plus efficaces. La dilatation peut alors stagner pendant des heures ; la femme s'épuise, et finalement, seule une césarienne peut dénouer la situation.

Une autre fausse idée est largement répandue : on s'imagine que les contractions causent du tort au bébé<sup>1</sup>. Pourquoi un processus aussi naturel que celui de la naissance serait-il nocif ? Les bébés ont au contraire besoin de ces contractions qui les préparent au passage de la vie intra-utérine à la vie tout court, alors qu'ils devront respirer et s'alimenter par eux-mêmes. Les contractions intenses ne blessent pas les bébés : elles les font naître !

## Il y a souffrir... et souffrir !

Le niveau de douleur de l'accouchement est déterminé par un ensemble de facteurs physiques et psychologiques. Pendant le travail, certaines couches musculaires de l'utérus se contractent pour effacer le col et le dilater, ouvrant ainsi le passage à l'enfant. D'autres couches se relâchent complètement pour laisser le col s'ouvrir, alors que leur rôle pendant la grossesse avait été de voir à ce que le col reste fermé, protégeant ainsi le fœtus des conséquences néfastes d'une naissance prématurée. Les muscles effectuent ce travail sans qu'on ait à le commander, tout comme le système digestif se met en branle au besoin sans notre décision consciente. Si une femme est très tendue, la résistance annule l'effort et le travail ne peut se réaliser ; le muscle ne peut se reposer entre les contractions, d'où fatigue et augmentation de la douleur. Quel gaspillage d'énergie !

Parmi les facteurs qui augmentent notre perception de la douleur, on retrouve la peur, le stress, la tension, la fatigue, le froid, la faim, la solitude, le bouleversement émotif, l'ignorance de ce qui se passe, un environnement étranger et, pendant l'accouchement, le fait d'appréhender les contractions.

Parmi les facteurs qui réduisent notre perception de la douleur, on retrouve la relaxation, la confiance, une bonne information, le contact continu avec des personnes familières et amicales, le fait d'être reposée et bien nourrie, un environnement familial et confortable, le fait d'être active et, pendant l'accouchement, le fait de rester dans l'instant présent et de prendre les contractions une à une.

Modifier certains de ces facteurs ne supprime pas la douleur mais contribue grandement à en changer l'intensité. Les femmes, de même que les personnes qui les accompagnent, ont le pouvoir de changer plusieurs de ces éléments. Elles ne sont donc plus des victimes, mais des participantes actives, changement d'attitude qui, à lui seul, va modifier le cours des choses.

« Souvent, on sent que la douleur physique n'a pas la part prédominante dans ce qui amène à avoir recours à la péridurale. Évidente paraît l'importance de l'environnement, calme ou bruyant, de la présence ou de l'absence du ou des accompagnants, de l'affinité avec l'équipe, des conflits latents, de l'ambiguïté du désir d'être mère à mesure que l'instant s'en approche, de la peur, en gros de tout ce qui est facteur de souffrance. Et ça peut être la somme de cette souffrance et de la douleur physique qui rend cette dernière intolérable, alors que réduite à elle-même, elle resterait dans les limites de ce que beaucoup de femmes s'attendent à vivre. »<sup>2</sup>

## Douleur et résistance

À quelqu'un qui s'exclamait devant elle combien cela avait dû être épouvantable et immensément douloureux d'avoir un bébé de 10 livres, une mère a répondu en souriant : « Ce ne sont pas les dix livres qui font mal, c'est la résistance ! »

Toutes les cellules de notre corps contiennent les consignes génétiques qui lui disent dès la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde comment développer un embryon, assurer sa survie, son évolution, et donner naissance à un bébé neuf mois plus tard. Dans son infinie sagesse, la nature n'a pas fait les choses à moitié et chaque phase du travail est inscrite dans tout le corps. La douleur servira de signal, témoin de l'important travail en cours,

UN PEU D'

1600 - 1750

- *Sages-femmes.*
- *Le protestantisme contre les aspects spirituels et religieux de la naissance.*
- *La naissance et sa douleur sont considérées comme bibliques, une punition de Dieu, donc inévitables.*
- *Naissances à la maison.*
- *C'est l'accouchement social, c'est-à-dire que les sages-femmes et les femmes de la communauté s'en occupent ; elles aident les femmes en travail et durant la période postnatale.*
- *Le clergé joue un rôle significatif dans les rituels de l'accouchement.*

1750 - 1800

- *Sages-femmes, médecins et « sages-hommes » partagent le marché des accouchements.*
- *Recherche sur l'anesthésie et sur les méthodes pour soulager la douleur.*
- *Forceps utilisés pour accélérer la naissance et, dans certains cas, la mort !*
- *Les aspects spirituels et émotionnels ne font plus partie de l'accouchement.*
- *Le processus de la naissance est considéré comme mécanique et contrôlable.*
- *L'identification des maladies est encore peu connue ; on se contente de « traiter ».*
- *Les femmes sont encore les premières responsables de l'accouchement, mais le contrôle des hommes sur le corps des femmes commence à s'instaurer.*

1800 - 1900

- *On commence à avoir recours à l'homéopathie et à la phytothérapie.*
- *La douleur est maintenant perçue comme quelque chose dont les femmes doivent être « sauvées ».*
- *Les médecins deviennent les premiers responsables des accouchements.*
- *Les hommes contrôlent le corps, la conduite et la santé des femmes.*
- *Croyances : vêtements serrés, manque d'exercices, diètes riches et peur d'accoucher augmentent la douleur de l'accouchement.*
- *La modeste guide le comportement social et médical.*
- *Les sages-femmes commencent à disparaître sauf dans les régions rurales défavorisées et les régions rurales.*
- *5 % des naissances ont lieu à l'hôpital.*

1900 - 1950

- *Les femmes demandent le droit de vote et l'accouchement sans douleur ; la « Twilight Sleep Association » insiste sur le fait que les femmes n'ont pas besoin de souffrir pour accoucher.*



De haut en bas : scène Rome, au XVI<sup>e</sup> siècle ; chambre d'accouchées en 1554 ; un accouchement ; d'après A. Boss. Gravures tirées de L'HISTOIRE DES ACCOUCHEMENTS CHEZ TOULOUSE, G. J., Paris.



HISTOIRE



re d'accouchement à (après) Romain; opéré, au XVI<sup>e</sup> siècle; une Suisse, d'après Rueff, ent au XVII<sup>e</sup> siècle.

TOIRE DES ACCOU-  
IS LES PEUPI.ES, W4

- À partir de 1930, 68 % des accouchements ont lieu en milieu hospitalier.
- Le sommeil provoqué, les narcotiques et l'anesthésie locale deviennent largement disponibles.
- Les « accouchements à la chaîne » atteignent leur plus haut niveau.
- Les obstétriciens organisent des programmes d'éducation prénatale standardisée et insistent pour que les femmes les suivent.
- Autour de 1930, on admet que l'abus d'anesthésie et d'interventions de routine à l'accouchement ont des répercussions néfastes pour la mère et l'enfant.
- Le biberon connaît son heure de gloire.
- Granly Dick-Read découvre la relaxation et son effet sur la douleur.

1950 - 1980

- Majorie Karmel introduit la méthode psychoprophylactique de Lamaze en Amérique du Nord.
- La psychologie et la psychiatrie analysent l'effet de l'accouchement naturel sur la psyché des femmes (Freud, Deutsch, etc.)
- De Mead à Kitzinger, les anthropologues encouragent l'accouchement éveillé et conscient (sans drogues).
- La « génération du retour à la terre » des années 60 et 70 ramènent l'accouchement naturel et la naissance à domicile.
- Dans les années 70, 95 % des naissances ont lieu à l'hôpital.
- Analgésie épidurale et anesthésie.
- Les féministes contribuent à élargir la conscience des femmes sur leur droit de contrôler leur corps et leur destinée.
- Les médias et les groupes d'humanisation informent les femmes sur les dangers de l'anesthésie pour le fœtus et le déroulement de l'accouchement.
- Doris Haire publie « The cultural Waring of Childbirth »
- Les femmes se révoltent contre le contrôle des hommes sur leur système reproducteur.
- Certains estiment que les femmes ne sont pas complètes psychologiquement sans la douleur.
- L'Église se penche sur l'avortement, mais non plus sur l'accouchement.
- Des études sont menées pour déterminer l'effet des drogues sur le travail.
- Dans les années 80, la négligence professionnelle et les interventions deviennent un souci majeur en obstétrique.

MARIANNE BRORUP WESTON  
traduit par DHYANE IEZZI

SOURCE: Maternal Health News, Vol. II, no 1, 1986. Extrait d'un article intitulé No One Ever Said it Would be Easy, Dealing with Pain in Birth.

annonçant l'imminence et le besoin d'intimité et de protection.

Quand l'être entier s'abandonne au processus, l'accouchement est douloureux, mais à la mesure de la femme qui accouche. Si elle résiste, peu importe où est la source de sa résistance, dans son corps, ses émotions ou sa tête, la douleur ressentie sera à la mesure de sa résistance !

Au lieu d'agir sur un col détendu, enclin à s'étirer et à céder le passage, chaque contraction devra se battre avec des muscles rigides et tendus qui s'oxygènent mal et se libèrent encore moins bien de leurs toxines ; ils demeurent alors douloureux même entre les contractions, empêchant la femme de se reposer, la conduisant bientôt dans une impasse dont seule la médication, ou la césarienne, semblera pouvoir la délivrer. « Quand une douleur se manifeste dans le corps, la réaction la plus commune est de se fermer autour d'elle. Mais notre résistance, notre peur, notre appréhension de la souffrance, amplifient la douleur. C'est comme serrer le poing autour d'un charbon ardent. Plus on serre, plus on se brûle... L'objectif de contrôle de la douleur, avec l'idée que la douleur est ennemie, intensifie la souffrance, fait serrer le poing. »<sup>3</sup>

On a appris à considérer la douleur comme une agression et on en a peur ! Pourtant, l'accouchement est différent : ici, la douleur n'annonce pas un danger ou une maladie, mais un extraordinaire travail créatif du corps qu'il faut apprendre à accueillir autrement, si l'on veut qu'il complète son oeuvre. C'est la douleur de l'effort et plutôt que de lui résister, il faut apprendre à dire : « Je veux ce travail, je veux que mon corps s'ouvre et laisse passer mon enfant. Je veux faire corps avec la douleur plutôt que contre elle. » On a la faculté de changer la résistance première en acceptation, en adaptation. L'apprentissage qui se fait pendant tout le travail est incroyable. Il permet à la femme de vivre, détendue et ouverte, des contractions qui la faisaient se raidir quelques heures ou quelques minutes plus tôt ! On pourrait peut-être utiliser les petits inconforts de la fin de la grossesse pour pratiquer ce oui à la douleur, ce oui à ce qui arrive, ce oui à la vie !



PHOTO ESTHER LAHOZE

Marie me rappelait récemment une simple petite phrase que je lui avais dite pendant sa grossesse : « Aime ta douleur ! » Même retournée dans tous les sens, cette expression lui semblait incompréhensible. Elle lui était pourtant revenue à l'esprit en force pendant son travail, ce qui l'avait guidée. « Je n'aurais probablement jamais eu l'idée d'aimer ma douleur, si on n'en avait pas parlé, me disait-elle. C'est pas évident ! Ça fait mal, et la première réaction c'est non ! Mais plus on lui dit oui, et plus c'est facile. C'est tellement une expérience d'acceptation, avoir un enfant, ça commence dès l'accouchement ! »

Choisir la douleur, l'inviter plutôt qu'en être victime ! Et si ça changeait tout ?

Quand on parle de la douleur de l'accouchement, on oublie qu'on passe le plus clair du temps à ne pas avoir mal ! La plupart des contractions durent une minute ; les dernières, plus intenses, durent quelquefois une minute et demie, mais les intervalles de repos durent de deux à cinq minutes au moins. Le corps n'est pas fou : il s'est prévu un gros travail, mais il s'est également prévu des temps de repos ! Chaque intervalle entre les contractions devrait donc être un moment de repos infini, de régénérescence. Quand on donne la vie, on doit aussi se nourrir, se remplir, à même chaque respiration, chaque regard échangé, chaque parole et chaque geste. Malheureusement, il arrive souvent qu'on reste centrée sur la contraction même quand elle est finie !

Êtes-vous prêtes à profiter de chaque seconde de paix ? Sommes-nous prêts à offrir ce support à chaque femme qui accouche ?

## Le support

Il faut que les femmes puissent répondre spontanément aux sensations du travail. Cet immense travail d'adaptation ne peut pas se faire à l'intérieur de limites rigides, que ce soient celles d'une technique particulière, de l'environnement ou de la peur des autres. L'organisation de l'obstétrique s'est faite autour d'objectifs autres que celui d'aider les femmes dans leur pouvoir de donner la vie. C'est à nous de reprendre cet objectif et de le réaliser.

Pour accoucher comme elles le veulent, nous dit Claudia Panuthos<sup>4</sup>, les femmes ont besoin :

1. d'information ;
2. de liberté, d'espace et de permission pour expérimenter des choses nouvelles ;
3. d'amour inconditionnel, c'est-à-dire non relié à leur « performance » ;
4. de confiance dans leur capacité à relever ce défi.

La liberté d'émettre des sons est un excellent exemple de permission dont on parle. On a souvent confondu relaxation et silence. Ou encore gémissements et panique. À l'hôpital, on interprète parfois un écart à la respiration enseignée comme un état de panique ! Or, au contraire, les femmes qui peuvent s'exprimer vocalement pendant leurs contractions ont souvent plus de facilité à les vivre. Bien sûr, personne n'est obligé de gémir, mais celles qui en ressentent le besoin y trouvent un soulagement et une voie d'expression importante.

Émettre des sons aide le corps à produire ses propres remèdes à la douleur : les endorphines. Le chirurgien français bien connu Michel Odent a démontré, par son travail à Pithiviers, comment la production d'endorphines est encouragée par la pénombre, l'usage du minimum de paroles, le chuchotement, le contact de l'eau et la possibilité de faire des « bruits d'accouchements ». Ces sons ressemblent étrangement à ceux produits en faisant l'amour, ce qui explique probablement le malaise de certaines personnes et leur préférence pour les femmes silencieuses qui font leurs respirations !

Le toucher est une façon extraordinaire d'aider une femme en travail. Un toucher conscient, attentif et présent, en correspondance souple avec les sensations de la

femme qui accouche. Il ne suffit pas de « faire des massages ». Souvent, je chuchote au père ému et fébrile qui veut aider sa femme en la massant : « Mets du calme dans tes mains ». Quand les sensations sont très intenses, les femmes préfèrent parfois la présence immobile et chaude des mains plutôt qu'un mouvement de friction qui distrait ou envahit. C'est un langage qui gagne à être exploré petit à petit par les deux partenaires tout au long de la grossesse.

La visualisation est un moyen efficace quoique moins connu d'aider le travail et de favoriser la détente. Visualiser le col qui s'ouvre, au plus fort de la sensation, appuyer son ventre contre quelqu'un et lui « envoyer » une partie de la douleur, imaginer un endroit de repos et de paix où aller se réfugier entre les contractions pour se régénérer sont autant de façons de s'harmoniser avec le travail.

**« La douleur agit comme un professeur, implacable et aimant, qui nous rappelle encore et encore de dépasser nos positions, d'investiguer plus profondément, de laisser l'instant présent être ce qu'il est et d'observer ce qui monte dans la plénitude du moment suivant. »**

STEPHEN LEVINE

« Who Dies », Anchor Books, 1982.

La respiration a gagné ses lettres de noblesse comme moyen de support pendant l'accouchement depuis les travaux de Lamaze et de Dick-Read au début des années 50. Le principal mérite de ces méthodes est d'avoir permis la présence du père à l'accouchement (comme « coach ») et le refus des anesthésies générales alors courantes. Ces méthodes, qui sont principalement des techniques de distraction, n'ont plus vraiment leur place dans leur forme la plus stricte. Après tout, l'hypothèse de base est que sans l'application de la méthode, les femmes n'y arriveraient pas !

En fait, laissée à elle-même sans consigne spécifique, la respiration change et s'adapte tout au long du travail. Les différentes techniques de respiration, le yoga et toutes les approches qui visent à rendre

la respiration plus consciente, plus pleine, plus vivifiante, sont autant d'excellentes préparations à l'accouchement... et aux autres moments de la vie où une mère a besoin de l'ensemble de ses ressources pour retrouver son calme.

Le mouvement et la liberté de bouger sont essentiels ! Quand avez-vous vu, par exemple, un film qui montrait une femme marcher pendant ses contractions pour se soulager ? Ou accoucher debout ? Les images courantes d'accouchements nous ont tellement habituées à voir les femmes confinées à leur lit, incapables de bouger, qu'on a accepté peu à peu cette immobilité imposée aux femmes sans se rendre compte qu'on multipliait d'autant la douleur ressentie. Marcher, se bercer, bouger le bassin en rotation ou autrement, s'asseoir, s'étendre, se relever et s'étirer au besoin, sont des droits fondamentaux en tout temps, et encore plus quand on accouche ! Seules des indications médicales très sérieuses pourraient justifier qu'on les limite.

Avant de commencer à accompagner des femmes dans leur accouchement, j'avais une image sérieuse, dramatique, souffrante de la douleur, à l'exclusion de toute autre. L'une de mes plus grandes surprises aura été, sans doute, de rencontrer simultanément la douleur ET la joie, ET l'excitation, ET une grande paix du cœur ! Je ne savais pas que la douleur pouvait cohabiter avec le bonheur ! Celles qui acceptent l'expérience sont capables de se voir comme étant plus grandes que la douleur, si intense soit-elle. « Je ne suis pas que douleur », pourraient-elles dire.

Plusieurs d'entre nous n'arriveront pas à ce détachement, mais comme le disait Ina May Gaskin<sup>5</sup>, « Si vous n'avez pas la trempe d'une héroïne, vous pouvez au moins en rire » ! S'accepter à l'intérieur de ses limites avec humour et amour nous prépare à être parents, à accepter et à aimer l'enfant qui vient tel qu'il est. On ne fait toujours que de son mieux ! Le jugement et la comparaison ne servent qu'à blesser le cœur et à le fermer. Mieux vaut utiliser l'expérience comme une extraordinaire occasion d'apprendre sur soi et d'avancer.

## ANESTHÉSQUES ET ANALGÉSQUES : ET S'ILS NE SERVAIENT QU'À FAIRE TAIRE LES FEMMES ?

*Tous les calmants qu'on offre à la femme qui accouche ont des effets sur le bébé. Pourquoi ne pas lui offrir plutôt le contact humain dont elle a le plus grand besoin ?*

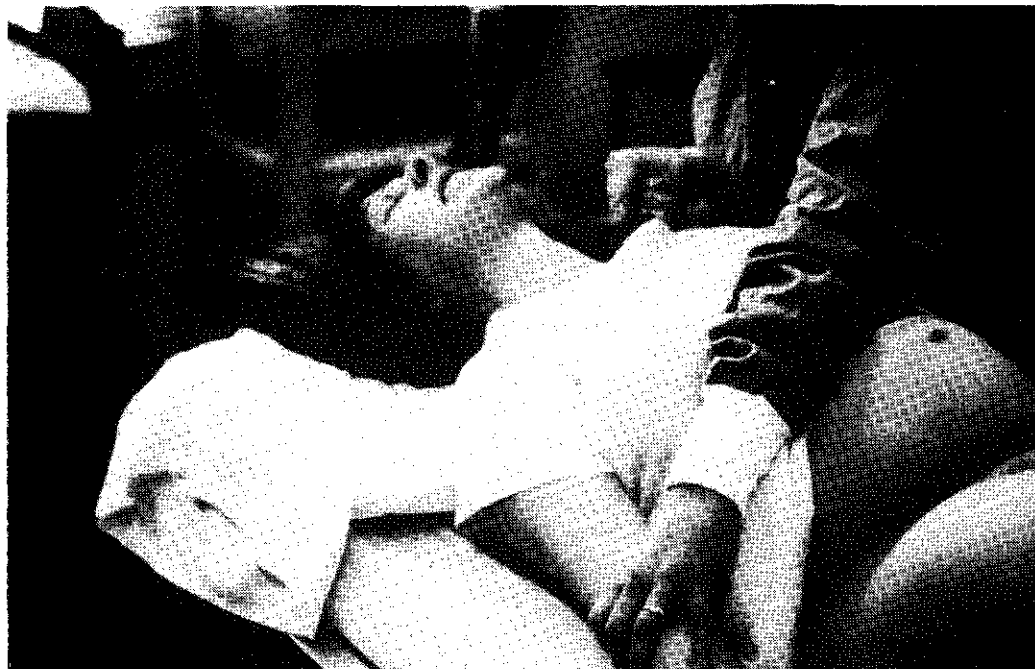


PHOTO JEAN BRUNEAU

**L**e médecin sourit avec bienveillance à la « petite madame » qui lui annonce son intention d'accoucher sans calmants. Il lui répond que sans doute, c'est elle qui en réclamera à six centimètres ! Soumise aux contraintes des routines hospitalières, remise à sa place si elle fait trop de bruit, appuyée par son mari lui-même ébranlé par l'événement et dérouté par l'environnement et le langage étrangers, il est fort probable qu'à l'accouchement, les calmants en question s'avèrent la seule solution. Et, une fois de plus, la demoiselle en détresse aura été sauvée par la potion magique du prince charmant. Il est temps de changer ce scénario ! Quand on accouche, on n'est pas en état de soumission : on est en expansion !

Nous vivons dans un monde qui ne demande, à la majorité d'entre nous, que peu d'efforts physiques. S'il fait noir, on fait de la lumière, s'il fait froid, on active le chauffage. L'accouchement arrive donc comme une surprise à quiconque s'attendait à recevoir son bébé sur un plateau

d'argent. Nous sommes au vingtième siècle, direz-vous, pourquoi ne pas profiter de la technologie moderne pour s'offrir ce dont nos grands-mères ne pouvaient même rêver : l'accouchement véritablement sans douleur ?

Il faut beaucoup plus qu'un simple survol, lequel ne mènerait inévitablement qu'à des conclusions aussi rapides qu'évidentes du genre : « Ca fait mal, donnez-nous des calmants ! » Cette attitude de passivité vient à l'encontre de l'autonomie dont parlent les mouvements d'humanisation des naissances, puisqu'elle réduit les femmes à une dépendance encore plus grande envers la médecine et son arsenal. L'utilisation d'analgésiques et d'anesthésiques à l'accouchement n'est pas uniquement un problème d'ordre médical. Ni, non plus, une question strictement personnelle.

Les conditions dans lesquelles les accouchements se déroulent ont une relation directe avec la manière dont les femmes vivent la douleur. Par exemple, l'organisation des hôpitaux ne garantit pas la

présence d'une même intervenante connue et amicale tout au long de l'accouchement, une présence humaine et professionnelle rassurante. Or, de nombreuses études ont clairement démontré que cette présence diminue la nécessité d'utiliser des médicaments pendant le travail. Il y a donc des solutions autres que médicamenteuses au problème de la douleur et il importe de les explorer, de les développer et de les rendre accessibles. L'idée n'est pas de laisser souffrir les femmes davantage, mais de minimiser le besoin de médicaments qui ne sont pas sans effets secondaires et sans dangers. « Concevoir la douleur comme résultante d'autant de facteurs psychologiques liés à l'environnement, à l'impression d'abandon et d'incompréhension, la logique veut que l'on s'attaque à ces causes-là au lieu d'en traiter les conséquences par un geste aussi lourd que la péridurale, et en fin de compte aussi inadapté. »<sup>6</sup>

La douleur du travail normal ne dépasse habituellement pas les capacités de la femme qui accouche ; en fait, je n'ai encore jamais vu personne en perdre connaissance. Par contre, quand il y a un blocage d'origine psychologique aussi bien que physique, l'intensité et la durée du travail ainsi que les interventions nécessaires peuvent exiger une endurance hors limites. La découverte des possibilités de l'analgésie a donc été un progrès pour les femmes, les libérant du tabou religieux qui aurait voulu qu'elles souffrent toutes, sans exception.

Mais ce droit à l'analgésie est rapidement passé de l'usage exceptionnel, parfait pour les circonstances exceptionnelles, à un usage généralisé, qui va presque de soi, au point où l'on considère maintenant absurde de vouloir passer à travers l'accouchement sans médicaments. Dans certains hôpitaux, par exemple, le taux d'épidurales est de plus de 80 %, ce qui est bien loin de l'usage exceptionnel. Ainsi, on a remplacé les gestes et la présence qui, depuis toujours, ont accompagné les femmes dans leurs accouchements. Mais le vide se fait cruellement sentir. Et les femmes se demandent alors : pourquoi souffrir quand on peut s'en passer ?

De fait, les analgésiques et les anesthésiques sont assez efficaces. Ils réussissent, dans la majorité des cas, à diminuer ou



arrêter complètement la douleur. Au-delà du soulagement immédiat, cependant, quel est l'effet de ces techniques sur la personne dans toute son expérience, sur l'image qu'elle a d'elle-même ?

## La meilleure façon de sortir de la douleur est d'y entrer !

**E**n s'éloignant artificiellement de la douleur sans même s'y être mesurée, on s'éloigne aussi de soi. La douleur n'est pas un phénomène externe qui s'abat sur ses pauvres victimes : elle fait partie intégrante de l'expérience humaine. Facile à dire... pas toujours facile à vivre. On a souvent envie de répondre : « D'accord, mais souffrez les premiers ! »<sup>7</sup> Et c'est bien vrai qu'entre les paroles qui inspirent le courage et le sermon, la frontière est mince !

Il est bien tentant de contourner ou de régler la question de la douleur en utilisant les ressources modernes de la pharmacie ou de la chirurgie. D'ailleurs, l'une et l'autre ont leur place quand il s'agit de faciliter un accouchement qui autrement mettrait en danger la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'une mère et de son bébé. Mais il y a d'excellentes raisons pour lesquelles il n'est pas souhaitable qu'elles se substituent d'emblée aux ressources de la femme qui accouche et au support de son entourage.

Rappelons d'abord que **tous** les médicaments ont des effets sur les bébés : c'est écrit en toutes lettres dans les manuels de pharmacologie. Les effets seront plus ou moins importants et dommageables selon le produit, la dose utilisée, le moment de l'administration, le mode d'absorption et la sensibilité particulière de cette mère et de ce bébé. **Aucun** n'a été scientifiquement démontré sans danger pour le bébé. Voilà un fait qu'on a tendance à passer sous silence de peur de culpabiliser les femmes. Pourtant, cache-t-on par exemple que le sucre est dommageable pour les dents pour ne pas culpabiliser les mères dont les enfants aiment les bonbons ? Comment se sent la mère dont l'accouchement médicalisé a eu des conséquences sérieuses pour son enfant ? Le sentiment de culpabilité lui est-il épargné ?

La douleur est une expérience très personnelle et nul autre que la femme elle-même peut juger de ce que ça représente pour elle. L'usage de médicaments, comme de n'importe quelle autre intervention d'ailleurs, ne se justifie que lorsqu'on peut être raisonnablement certains que le fait de ne pas les utiliser risquerait de causer plus de dommages. Seuls les femmes et les hommes bien informés sont à même de prendre une telle décision, de concert avec leur médecin. La connaissance de ce risque peut donner aux femmes qui seraient tentées de se reposer « juste une petite heure » grâce à un calmant le courage de continuer.

Instant par instant, telle un miroir, la douleur nous renvoie l'image du travail immense qui s'accomplit, y compris l'image de notre résistance, de notre tension, nous donnant ainsi la chance de nous en défaire, de nous abandonner, d'oublier les idées préconçues, les jugements, l'idée qu'on se faisait de nos capacités à mesure que le travail avance. Chaque minute est une occasion de s'ouvrir et de se renouveler à même l'énergie de notre entourage. Ce fameux seuil de la douleur, qu'on imagine à tort une valeur absolue, se transforme avec nous !

C'est vrai qu'il peut y avoir des moments où, à bout de ressources, on puisse choisir momentanément d'endormir cette douleur. Momentanément. Le corps semble ne pas sentir qu'il y a douleur, mais le reste de l'être le sait, lui. Et doucement, il faudra relier les deux parties de l'expérience : celle qui n'a rien senti et celle qui a tout senti.

Est-ce un hasard si les médicaments qui prétendent aider les femmes pendant le travail sont tous nocifs pour les bébés ? Ou est-ce seulement parce qu'on n'a pas

encore tout à fait assez cherché ? Et si l'accouchement normal et sain, avec sa part de sensations fortes et de douleur, était indissociable d'un bébé en santé dont la conscience n'est pas altérée par les calmants donnés à sa mère ?

La question qui se pose en dernier ressort est encore celle du choix. Mais pas seulement du choix entre les divers analgésiques et anesthésiques disponibles. Ni non plus entre « prendre des calmants » ou rien ! La femme qui accouche doit pouvoir choisir entre plusieurs moyens de support. De cette qualité de support qui ne ménage ni le temps ni le contact humain, qui lui offre véritablement assistance et confiance, qui n'a peur ni de sa douleur ni de son cri, qui saura s'incliner et continuer quand elle décidera de l'aide technique dont elle a besoin, en toute connaissance de cause. Seul un support fera véritablement de l'accouchement un choix viable et constructif, un choix qui lui redonnera à elle le rôle premier de pouvoir et de responsabilité.

Ne touchez pas à sa douleur : elle s'en occupe ! ■

<sup>1</sup> Par exemple l'article de Dominique Demers, *L'accouchement sans douleur : un mythe ?*, paru dans *Châteline* en novembre 1985 et le livre du célèbre docteur Leboyer *Naissance sans violence*.

<sup>2</sup> WEISS-ROUANET, Jeanne, *En avoir ou pas*, dans *Maternité en mouvement*, Éditions Saint-Martin, 1986.

<sup>3</sup> LEVINE, Stephen, *Who Dies*, Anchor Books, New-York, 1977.

<sup>4</sup> PANUTHOS, Claudia, *Transformation Through Birth*, Bergin & Garvey, Mass., 1984.

<sup>5</sup> GASKIN, Ina May, *Spiritual Midwifery*, The Book Pub. Co., Tenn., 1977.

<sup>6</sup> WEISS-ROUANET, Jeanne, *En avoir ou pas*, dans *Maternité en mouvement*, Éditions Saint-Martin, 1986.

<sup>7</sup> Ibid.

Isabelle Brabant est sage-femme praticienne. Cet article est extrait d'un livre en préparation. Dhyane Iezzi a contribué à la recherche avec l'auteure.





# L'homme enceint

**V**errons-nous apparaître dans l'évolution de l'homme sans grand « h » une génération d'hommes enceints? C'est ce qu'ont laissé croire les médias récemment, dès la publication du livre de Elisabeth Badinter, L'UN EST L'AUTRE. La philosophe-historienne n'en est pas à sa première controverse: qu'on se souvienne son premier succès, L'AMOUR EN PLUS, qui mettait en doute l'instinct maternel.

Lors du récent passage de l'auteure à Montréal, ses théories ont été largement remises en question. En milieu universitaire, on l'a même accusée de commettre de sérieuses erreurs de fond: « Elle situe le débat sur un terrain où il ne se déroule pas », affirmait la sociologue Danielle Juteau au cours d'une rencontre à l'UQAM à laquelle Elisabeth Badinter a refusé de participer. L'auteure a préféré s'en tenir à une conférence publique où elle s'est contentée de prétendre que le patriarcat est chose du passé: « Il ne reste qu'à le faire mourir chacune dans notre travail et notre quotidien. » C'est pourtant déjà tout un contrat!

De la thèse soutenue par Elisabeth Badinter, les médias n'ont retenu que la possibilité de voir un jour un homme enceint. « C'est la presse qui est enceinte des pères porteurs, soutenait Louise Vandéac lors d'un débat télévisé à Radio-Québec. Les scientifiques ne sont pas si sûrs de pouvoir y arriver. » Pourquoi les femmes semblent-elles refuser aux hommes la possibilité de porter les enfants? Les féministes n'ont-elles pas réclamé le partage? Ne sont-elles pas responsables de la tournure du discours?, demandait l'animatrice de DROIT DE PAROLE Claire Lamarche. Il n'en fallait pas plus pour enflammer l'auditoire!

En fait, des femmes ont plutôt dénoncé les conditions dans lesquelles on nous impose la maternité et non pas la période de gestation somme toute assez courte par rapport à l'ensemble des tâches du maternage. Inverser les rôles ne changerait pas la situation: les hommes seraient-ils plus pères parce qu'ils auraient porté leurs enfants? De toute façon, les hommes sont-ils intéressés par la question? A-t-on vu des hommes descendre dans la rue réclamant le droit d'avoir un enfant dans leur ventre? Tout au plus cette perspective fait-elle amorcer les discussions sur les rapports hommes-femmes.

Quoi qu'il en soit, ce débat cache d'autres vérités. Par exemple, les hommes n'ont-ils pas toujours envié les femmes parce qu'elles détiennent un pouvoir unique? Cette jalousie habite l'histoire de toute la culture masculine; même la religion est empreinte de ces fantasmes, rappelait une participante, faisant allusion à la Sainte Trinité. « Personne ne sort de notre ventre, disait le père de Marie dans le film si populaire TROIS HOMMES ET UN COUFFIN. Tout ce qu'on sait fabriquer, c'est



des buildings, des avions, des voitures... » Les hommes recherchent-ils un simple « thrill biologique », quand ils imaginent leur grossesse?

Sans compter que, finalement, la grossesse masculine ne servira qu'au premier homme de science qui réussira ce tour de force. Il verra son nom gravé en lettres d'or dans l'histoire et bénéficiera de tous les budgets possibles. Pendant ce temps, on n'investira ni le temps ni l'argent nécessaires aux recherches qui permettraient d'améliorer la qualité de vie des mères enceintes ou d'enrayer les causes d'infertilité, comme la pollution de l'environnement.

Qu'on se permette pour une fois de discuter d'un problème avant d'être placé-e-s devant le fait accompli est cependant fort intéressant. Il est possible, dans ces conditions, de faire le point avant qu'il ne soit trop tard et proposer, s'il le faut, un moratoire international. Une solution qui n'est certainement pas utopique, quand on sait que le docteur Jacques Testart, père du premier bébé éprouvette français, a décidé de mettre fin à ses recherches sur la reproduction humaine pour des raisons d'ordre éthique. ■

SUZANNE BLANCHET

## De Elisabeth Badinter à Droit de parole





## CULTIVER SA SANTÉ

**M**ichel Odent nous parle de la santé d'un point de vue tout à fait différent de ce que l'on entend généralement à ce sujet. Il ne s'agit plus de s'attaquer aux microbes et d'entretenir la santé : il faut se demander plutôt comment elle se construit. On devrait donc en parler sur ce « terrain » ou système d'adaptation primale qui relie étroitement le cerveau, le système hormonal et le système immunitaire.

Selon l'auteur, il devrait y avoir de moins en moins de médecins et de plus en plus de jardiniers pour cultiver la santé plutôt que de se limiter à tuer les microbes. Pour lui, l'amour, la sexualité, l'allaitement, la nourriture, l'environnement et l'instinct religieux font partie intégrante de la santé, laquelle devient alors une préoccupation collective et non institutionnelle ou professionnelle.

La grossesse, les conditions entourant la naissance et la période de dépendance à la mère (allaitement) sont le point de départ du système d'adaptation primale et, par conséquent, de la santé primale. « Malgré des milliers d'années de patriarcat, des mères de tous les continents savent encore que la façon de vivre pendant la grossesse, la façon d'enfan-

ter, la façon d'allaiter influencent définitivement la santé et la personnalité de leurs enfants. » (p. 151)

Les attaques du Docteur Odent contre la famille nucléaire, notre système de santé, l'obstétrique et la néonatalogie sont incisives et sans recours. L'obstétrique, obsédée par le contrôle, a fait de l'accouchement difficile une des plus fréquentes maladies de civilisation.

Le célèbre médecin français présente des éléments de solutions comme d'autres types de recherches ayant des hypothèses de base tout à fait nouvelles. Il propose également la redécouverte de la famille étendue et de la sage-femme. Il faut noter enfin son questionnement sur la présence masculine dans les lieux d'enfantement.

Malgré une terminologie scientifique pas toujours facile à suivre, malgré un certain agacement soulevé par une tendance à tout expliquer par le dérèglement du système d'adaptation primale, malgré le manque de profondeur face à la multitude de sujets abordés, ce livre a l'immense mérite de secouer les frontières de notre pensée sur la santé, la physiologie humaine et l'obstétrique et de faire naître le concept de l'homme écologique.

LA SANTÉ PRIMALE, par Dr Michel Odent, Payot, Paris, 1986, 210 pages.



## RIVALITÉ FRATERNELLE

**O**n s'est préparé pour la grossesse et l'accouchement, nos enfants naissent et on les aime. Mais comment se fait-il qu'ils soient toujours en train de se chicaner ? On dirait que le bel amour qu'on voulait vivre en famille s'est envolé.

Un psychiatre américain complètement pris dans ce dilemme s'est aperçu qu'il n'y avait pas beaucoup de ressources pour les parents à ce sujet. Son livre ne prétend pas tout solutionner, mais il explique essentiellement que la rivalité fraternelle est une réalité qui existe depuis la naissance du genre humain, qu'il est possible et même souhaitable de l'influencer. « Le rôle des parents consiste à maintenir cette rivalité naturelle dans des limites acceptables durant la croissance des enfants et à leur permettre de la canaliser d'une façon saine qui favorise leurs progrès et facilite leur apprentissage des relations inter-personnelles. »

L'auteur analyse les situations et les attitudes qui font empirer les formes possibles de rivalité. Il parle avec justesse du rang de chacun dans la famille ainsi que des particularités que ça amène. Il explique aussi ce qui peut se passer lors de la venue d'un nouvel enfant.

La rivalité fraternelle permet à chacun de faire sa place au sein de la famille. Mais les parents devraient connaître l'évolution habituelle des relations fraternelles et en tenir compte. Lorsqu'on en connaît les étapes, il est possible d'aider nos enfants à passer de l'un à l'autre. « Il est primordial de ne pas exiger d'un enfant plus qu'il n'est capable de donner et de tenir compte, dans nos rapports avec lui, du degré de partage et de justice auquel il est parvenu. »

Il fait un clin d'œil aux parents en leur rappelant leur propre position au sein de leur famille et son influence sur leur vie et la manière dont ils élèvent leurs enfants.

Ce livre est truffé d'exemples concrets (parfois trop ?) pour illustrer les propos de l'auteur. Même si je trouve que dans la vraie vie, les choses ne sont pas si simples, je considère néanmoins ce livre comme une tentative honnête d'approcher la réalité de la rivalité fraternelle, tant dans l'attitude que dans les éléments d'action proposés. ■

CÉLINE LEMAY

FRÈRES-SOEURS : LA RIVALITÉ FRATERNELLE, par Dr John F. McDermott Jr., Les éditions de l'Homme, 1982, 272 pages.



## DAMNÉ SYNDROME!

**V**ous avez des sautes d'humeur, des tensions, des tendances suicidaires ou au contraire l'âme d'un tueur quelques jours par mois ? Cessez de vous culpabiliser, ce n'est pas grave : tout est affaire de syndrome. Une fois le problème identifié, il est pour ainsi dire réglé... jusqu'à ce que la science vous en découvre un autre.

Les publications sur le syndrome prémenstruel sont nombreuses depuis quelques années. Dans son livre, Caroline Shreeve tente d'en cerner tous les aspects. Elle le fait clairement, quoique de façon un peu tragique. À l'en croire, « pas moins de 80 % des femmes ont conscience de subir des changements pré-menstruels, 40 % en sont grandement perturbées, et de 10 à 20 % en sont gravement handicapées » (p. 32). Elle n'oublie pas non plus de rappeler que « Le syndrome a tenu la manchette en 1981 lorsque deux femmes inculpées l'une et l'autre d'actes criminels graves ont allégué pour leur défense et dans le cours de leurs procès respectifs que le syndrome pré-menstruel dont elles souffraient constituait une circonstance atténuante » (p. 32). Il y a de quoi hérisser le lecteur le plus passif ! Quelle perception de la santé des femmes ! Bravo, pour l'égalité, on repassera !

L'oeuvre est cependant bien menée, intéressante, facile à lire, pratique. Quelques tableaux permettent à la lectrice de savoir si elle est atteinte du syndrome prémenstruel (SPM) et avec quelle intensité. L'emploi du temps suggéré pour ces journées de SPM est intéressant : organisez-vous, écoutez-vous, gâtez-vous, prenez soin de vous, restez actives, sortez, prenez de l'air. Intéressant oui, quoique peu réaliste ou s'adressant à quelques privilégiées. Le chapitre sur le SPM à l'école résume tout le livre et est très clair pour les adolescentes.

Bien qu'il soit rempli d'humour et très vivant, le ton n'est pas sans reproche : de la première à la dernière page, il fait l'éloge d'un supposé médicament miracle qui constitue en fait la trame du livre, l'huile de graine d'onagre brevetée sous le nom d'Efamol. Cette volonté de pousser un produit remet en question l'objectivité de l'auteure. Je pense qu'elle aurait pu, par exemple, développer davantage les paragraphes traitant des aliments qui contiennent les fameux acides gras essentiels dont l'absence semble la cause de tous nos maux, ce qui nous aurait permis de choisir.

Le sujet aurait également gagné à être traité sous un angle beaucoup plus vaste. Le rythme du corps des femmes y est encore bafoué. Faut-il donc nous dompter pour ensuite nous obliger à produire tous les jours et davantage ? Par où passe vraiment notre libération ? Je ne crois pas que le discours officiel nous permette de répondre en toute objectivité et dans notre plus grand intérêt.

LE SYNDROME PRÉMENSTRUEL, par Dr Caroline Shreeve, Les éditions de l'homme, 1986, 186 pages.



## FÉMINISME ET MATERNITÉ

**F**ruit de la réflexion de plusieurs femmes sur le thème de la maternité, ce livre est né à la suite du colloque « Féminisme et maternité » tenu en France en janvier 1984. Ouvrage collectif composé d'une série d'articles organisés en chapitres, « Maternité en mouvement » est un livre cléf qui devrait être largement diffusé pour qu'enfin se fasse entendre la voix des femmes sur un sujet qui les touche intimement.

Les deux premiers thèmes abordés, « féminisme et maternité » et « mère-fille-mère », sont sincères et touchants comme seuls savent l'être les ouvrages de femmes. Nous assistons à ce que certains pourraient appeler un revirement dans la pensée féministe. Il n'est pas facile pour ces femmes qui ont milité pendant plusieurs années en faveur de l'égalité des sexes, qui ont applaudi à la prétendue libération sexuelle qu'apportait la contraception, qui se sont battues pour l'avortement et qui y ont parfois même perdu mari et enfants, de réviser leur position. J'ai été très touchée par la souffrance qui exsude de ces chapitres.

L'historique de la perte du pouvoir des femmes dans leur maternité et la création de la dépendance médicale qui nous a assu-

jettées depuis tant d'années ne peut nous laisser indifférentes. Analyse des nouvelles approches (accouchement dans l'eau, sauvage, etc.) qui risquent de n'être que des modes propres à encarcanner les femmes fait réfléchir. Plus encore, l'analyse des nouvelles technologies reproductives (NTR), la démystification de leur pourquoi et de leur comment, crée chez le lecteur de la peur et un besoin intense de réagir pour mettre l'univers en garde.

Je ne peux passer sous silence les deux articles de Louise Vandellac, sociologue à l'Université de Montréal. Le premier, intitulé « Un océan entre deux mères », laisse deviner très finement et sans préention la situation des Québécoises. Le second, « L'enceinte de la maternité : sexes et sexualité », a l'honneur de clore le livre. Il jette sur le sujet un regard neuf et provoquant sans équivoques sur la précarité de notre situation.

Malheureusement, certains articles sont hermétiques et demandent à être lus et relus, parfois même à l'aide d'un dictionnaire. C'est une lecture exigeante qui demande une attention soutenue. C'est l'oeuvre d'intellectuelles, soit : qui d'autre aurait pu écrire un tel livre ? Était-ce nécessaire, cependant, que cela transparaisse autant dans l'écriture ? Par contre, d'autres articles coulent bien et m'apparaissent un havre à l'intérieur de dédales de grands mots et de phrases redondantes.

Je pense toutefois qu'il est essentiel de populariser cette information, mais ce ne sera pas le rôle de ce livre. Peut-être quelqu'une parmi nous s'en sentira-t-elle la vocation ? ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

MATERNITÉ EN MOUVEMENT, ouvrage collectif sous la direction de A.-M. De Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Éditions Saint-Martin, 1986, 244 pages.

## Dossier AVAC

**N**ous sommes abonnés à votre magazine d'abord parce que les sujets que vous traitez nous intéressent mais aussi parce que vous n'avez pas peur d'aborder les questions importantes. L'un de ces sujets, au dossier du printemps 1986, allait prendre dans notre famille une importance peu banale. Il s'agit des AVAC. Il allait nous en tomber un du ciel, avec la bénédiction des médecins.

Ma femme Coleen était, au moment de la parution du dossier, enceinte de sept mois de notre deuxième enfant. Nous avons lu et relu l'article, l'avons passé au peigne fin, l'avons épuré de quelques statistiques menaçantes. Nous en avons discuté avec notre médecin de famille.

Il convient de souligner que notre premier garçon est né il y a trois ans par césarienne parce que la tête était mal engagée. Il était donc prévu, je dirais tout naturellement, que le deuxième passerait lui aussi par les voies du bistouri. Les échographies avaient révélé qu'il serait costaud. La césarienne était donc inscrite au calendrier le 16 juin, 12 jours avant la date estimée de l'accouchement.

Coleen, qui appréhendait les contractions, n'était pas déçue à l'idée que cette césarienne les lui éviterait. Quant à moi, je n'avais qu'un regret : ne pas vivre avec elle un accouchement vaginal, « normal », ordinaire, comme tout le monde. Mais c'était à elle de décider. Entre la lecture de l'article paru dans L'UNE À L'AUTRE et la date prévue de l'accouchement, il n'y avait, à son avis, pas assez de temps pour la préparer à un changement de cap radical : depuis le début de la grossesse, elle s'était conditionnée à la césarienne. Césarienne il y avait, césarienne il y aurait... jusqu'au 28 mai.

Trois jours après une belle fin de semaine sur les routes de terre de l'Estrie, Coleen se réveilla à 5 heures du matin, toute étonnée de sentir quelques contractions. Elles

prirent vite de l'ampleur et à 7 heures, nous étions à l'hôpital Charles-Lemoyne. Le col de l'utérus était ouvert à 2 cm.

Le Dr Étienne Borreman, l'obstétricien qui avait suivi Coleen pendant sa grossesse, n'était pas de service mais il était quand même à l'hôpital. Il conféra avec le médecin de garde, le Dr Victor Bayouk, puis revint nous voir et dit à Coleen d'une voix rassurante mais ferme : « Puisque tu as commencé toute seule, tu vas te rendre jusqu'au bout toute seule. »

Un éclair de panique passa dans les yeux de ma femme entre deux contractions, mais l'infirmière, le médecin et moi parvinrent à la rassurer un peu. Le bébé, prématuré, était petit et devrait passer sans trop de difficultés. Nous repoussions tant bien que mal au fond de notre esprit la possibilité d'une déchirure. De toute façon, on surveillait mère et enfant et, à la moindre alerte, on procéderait à la césarienne.

Vers 10 h 30, on l'emmena dans la salle d'accouchement et je suivis, un peu inquiet, mais absolument ravi. Coleen violait à chaque poussée et avait bien hâte d'en finir. À part ça, tout allait bien.

À 11 h 02, après une épisiotomie en règle, Coleen poussa une dernière fois et un Patrick de 2,850 kg naquit. Aujourd'hui, nous sommes tous les deux heureux de cet AVAC inattendu. Et si vous demandiez à Coleen ce qu'elle a le moins aimé, elle vous répondrait : se faire « recoudre » !

**BENOÎT PRIEUR,**  
Saint-Hubert

## Les deuils silencieux

**S**uite à votre dossier LES DEUILS SILENCIEUX, voici quelques réflexions d'une autre femme en deuil de sa première enfant, morte à la naissance. D'abord, c'est justement ce deuil qui m'a amenée à connaître votre revue, comme quoi elle touche bien tous les aspects de la « mise au monde ». Ça me fait toujours du bien de lire des témoignages d'autres parents, ainsi que de me raconter. J'écrirai donc en vrac les quelques phrases qui me reviennent le plus souvent depuis ces trois derniers mois et qui sont d'autant plus présentes après cette lecture.

- Je suis surprise du nombre de couples à qui c'est arrivé (« Ça n'arrive qu'aux autres ») car à chaque fois qu'on en parle, quelqu'un connaît quelqu'un qui... que... des statistiques, S.V.P. !

- Oui, j'ai besoin d'en parler, mais seulement quand je le choisis. Ça m'est très pénible d'avoir à l'annoncer quotidiennement à tout le monde qui m'a vue enceinte et qui me demande « Pis, vot' bébé ? » Je suis impuissante à cacher les événements ; il n'y a que mes émotions qui m'appartiennent.

- Je vais vers les couples qui ont vécu ce type de deuil car parmi les couples amis, nous sommes l'exception. Nous fréquentons une association de parents en deuil à l'Hôpital Sainte-Justine. Il y a tant de sujets à aborder pour vivre le deuil, à commencer par celui de la mort elle-même. J'ai vu à ces réunions des hommes qui parlent avec profondeur et émotion (et pas seulement les femmes). Et ça m'a réjoui car c'est si important d'être deux pour passer à travers cela. Eh oui, le deuil porte sa part de réconfort.

- Je lis maintenant les faits divers avidement et sans honte car nous en sommes devenu-e-s un.

- Je m'étais toujours dit : « Donner la vie, c'est donner la mort ». Mais mettre au monde notre enfant morte, c'est « l'anti-climax ». Et

dire que tout ce qu'il nous reste à dire, c'est : « C'est la vie ! » J'ai besoin d'ironiser et philosopher autant que de pleurer, rire et... écrire.

- Dans notre cas, nous n'avons rien à reprocher à la médecine. Alors, vers qui se tourner pour se révolter ? Contre quoi se battre ? La vie, peut-être ? Mais alors là, c'est à nous que nous ferions mal. Je prends soin de moi de toutes les façons possibles. La lecture, par exemple, est source de réconfort. J'ai donc apprécié l'article de Francine Gagnon sur LAIDE À APPORTER.

- La relation de chaque parent avec son enfant mort reste unique, intense, presque cosmique. Je remercie Micheline St-Onge de nous avoir partagé son image si intime du grand trou noir rempli d'eau et de la délivrance.

- Pour terminer, chers pères et chères mères, si vous passez dans la rue avec vos beaux enfants et que vous voyez un couple qui vous regarde de façon inhabituelle, dites-vous que peut-être cette image du bonheur leur est insupportable... pour le moment.

- Mon témoignage n'engage en rien les pensées de mon partenaire, mais je veux dire que certaines réflexions m'ont été inspirées par lui.

*Femme, partenaire  
et désormais mère*

## La mort expliquée aux enfants

**B**ravo pour votre dernier numéro. Suite à l'article de Francine Gagnon DEUILS SILENCIEUX : L'AIDE À APPORTER, j'aimerais recevoir les coordonnées pour me procurer le livret « Dis-moi c'est quoi » de Louise Champagne.

LISE GAUVREAU  
Québec

*On peut se procurer gratuitement le livret qui explique la mort aux enfants dans la plupart des salons funéraires ou en s'adressant à la Corporation des Thanatologues du Québec, 945, rue Paradis, Roberval, Québec G8H 2J9.  
Tél. : (418) 275-4875*

## Grossesse et chiropratique

*Réponse à Jacques Falquet, dont la lettre ouverte a été publiée dans le dernier numéro de L'UNE À L'AUTRE.*

**C**oncernant votre rigoureuse critique face à l'article GROSSESSE ET CHIROPRACTIQUE, je tiens à vous informer que vous pouvez vous procurer à l'Ordre des chiropraticiens toutes les données et recherches pertinentes en relation avec l'histoire de la chiropratique, sa philosophie, ses

champs d'actions privilégiés, ainsi que toutes les informations au sujet du complexe de la subluxation vertébrale.

Cher Monsieur, la revue L'UNE À L'AUTRE nous a permis de nous exprimer face à la périnatalité. Si, dans l'avenir, cette revue souhaite que nous publions les résultats de recherches effectuées dans les milieux cliniques sur les soins donnés aux femmes enceintes avant et après l'accouchement ainsi qu'aux enfants, le tout accompagné de témoignages, cela viendra joindre un désir commun.

ANDRÉ BROSSARD, d.c.

**ÉCRIVEZ-NOUS.** Adresse et numéro de téléphone sont nécessaires mais seront gardés confidentiels. Les lettres anonymes ne seront pas publiées, mais vous pouvez ajouter un pseudonyme à votre signature, si vous le souhaitez. L'UNE À L'AUTRE ne s'engage pas à publier toutes les lettres reçues.  
L'UNE À L'AUTRE, C.P. 249, Succ. E, Montréal, Qc H2T 3A7

**AVIS DE RECHERCHE**  
L'ordinateur a « mangé » une partie de notre liste d'envoi. Si vous connaissez des abonné-e-s dont le nom commence entre les lettres D et J, dites-leur d'entrer en contact avec nous au plus vite en téléphonant au (514) 525-5895 ou en nous écrivant.

L'ordinateur a également fait disparaître la liste des membres de MOUVEMENT SAGE-FEMME! Si vous étiez membre du regroupement, veuillez communiquer vos coordonnées à :  
Mouvement Sage-Femme,  
C.P. 129, Succ. E, Montréal, Qc  
H2T 3A5  
(514) 737-1400 ou 689-6967



LA SEULE REVUE FÉMINISTE  
TRAITANT DE GROSSESSE  
ET DE MATERNITÉ  
ENCOURAGEANT  
L'AUTONOMIE DES FEMMES  
FACE À LEUR SANTÉ.

**ABONNEZ-VOUS DÈS MAINTENANT!**

TARIF POUR UN AN

INDIVIDUS 10\$

CORPORATIONS ET INSTITUTIONS 20\$

S.V.P. ajouter 5\$ pour un abonnement à l'étranger

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

TÉL.

# SONDAGE NAISSANCE-RENAISSANCE

Connaissez-vous  
Naissance-Renaissance?

oui  non

Etes-vous membre d'un groupe  
de Naissance-Renaissance?

oui  non

Etes-vous un(e) intervenant(e)  
en milieu institutionnel?

oui  non

Etes-vous un(e) intervenant(e)  
de Naissance-Renaissance?

oui  non

De quelle région êtes-vous?

\_\_\_\_\_



**Veillez identifier vos besoins en périnatalité  
et préciser s'ils sont satisfaits ou non  
par Naissance-Renaissance**

	Besoin		Besoin satisfait par N-R	
	oui	non	oui	non
1. Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Référence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rencontres prénatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Influencer les pratiques médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Influencer les lois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lutter pour les maisons de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Modification de la vision de la grossesse - accouchement - naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Réduction du taux d'interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Autres (Préciser) _____				



# L'UNE A L'AUTRE

## Comment avez-vous connu la revue «L'Une à l'autre»?

- lors d'une grossesse
- dans mon milieu de travail
- par un(e) ami(e)
- par une institution de soins
- autres (préciser) \_\_\_\_\_

## Qui êtes-vous?

- membre de Naissance-Renaissance
- infirmière
- femme enceinte
- autre (préciser) \_\_\_\_\_

## Pourquoi lisez-vous cette revue?

- analyses de fond
- trucs pratiques
- information sur les sages-femmes
- témoignages de femmes
- autres (préciser) \_\_\_\_\_

## Selon vous, «L'Une à l'autre» est là pour:

- informer
- revendiquer des changements
- porter un regard critique sur le système médical actuel
- donner aux femmes enceintes des moyens concrets pour se prendre en charge

## Numérotez, par ordre de préférence, les sujets que vous aimeriez voir traités

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ___ santé des femmes en général | ___ ce qui se passe dans les hôpitaux                                       |
| ___ la vie avec les enfants     | ___ analyse féministe   |
| ___ les sages-femmes            | ___ information sur les groupes d'entraide au niveau des besoins des femmes |
| ___ maisons de naissance        | Suggestions: _____  |
| ___ une place pour les hommes   | _____   |

## Votre appréciation globale de la revue:

---

---

---



Retournez ce sondage à:  
Naissance-Renaissance  
C.P. 249, Succ. E  
Montréal Qc, H2T 3A7






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

# *mouvement en eau*

CAROLINE VEECHI 277-6959  
C.P. 336 de Lorimier, Montréal H2H 2N7



**THE WISE WOMAN HERBAL FOR THE CHILDBEARING YEAR**  
192 pages, abondamment illustré, index complet  
PRÉFACE DE JEANNINE PARVATI BAKER  
ASH TREE PUBLISHING,  
PO Box 64, Woodstock, NY 12498  
VERSION DE POCHE: 11 \$ CAN.  
VERSION À COUVERTURE RIGIDE: 20 \$ CAN.

**CÉLINE LEMAY**  
**s a g e - f e m m e**

- suivi de grossesse
- accompagnement d'accouchement
- consultation pré et post-natale


6 5 5 - 5 7 8 8      2 8 8 - 1 8 4 8

**NICOLE REEVES, M.A.**  
Psychologue  
Psychothérapie individuelle

Tél.: (514) 274-4645  
920, rue Cherrier  
Mtl. H2L 1H7

## L'ORDINATEUR DU CYCLE MENSTRUEL

# BIOSELF<sup>TM</sup> 110



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

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

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

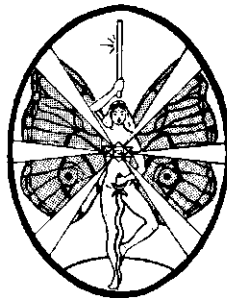
Avec BIOSELF 110 finis les calculs, finies les erreurs, fini le doute.

Disponible en pharmacie et au Centre d'information BIOSELF.

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

## TAROT

### ASTROLOGIE



**Nyala 276-3511**  
**cours et tirages**



**COMPOSITION SOLIDAIRE**  
**TYPOGRAPHES**

COMPOSITION SOLIDAIRE INC.  
4073, RUE SAINT-HUBERT  
MONTREAL, QC H2L 4A7  
TEL. : (514) 524-8711

## DANIÈLE TREMBLAY

---

**Psychologue**  
**Thérapie individuelle et de couple**

- Expertise psycho-légale dans le cas d'agression sexuelle.
- Counselling pré et post-natal : peur et angoisse de l'accouchement, difficultés d'adaptation post-natal.

426 est, boulevard Saint-Joseph,  
Montréal, H2J 1J5      721-1806

# L'UNE À L'AUTRE

LA REVUE DE  
NAISSANCE-RENAISSANCE

PROCUREZ-VOUS LES ANCIENS NUMÉROS DE L'UNE À L'AUTRE DISPONIBLES À 2\$ L'UNITÉ. ILS CONTIENNENT DES DOSSIERS ET DES ARTICLES SUSCEPTIBLES D'ALIMENTER VOS PROJETS DE RECHERCHE.

*Cette deuxième offre est indépendante de l'offre d'abonnement.*



**VOLUME 1, NO 1** La qualité de la naissance, les chambres de naissance, la politique familiale, l'évolution de la profession sage-femme. **ÉPUISE.**



**VOLUME 1, NO 2** L'échographie, l'autosanté, de la mère à la ménagère, la sage-femme au Canada.



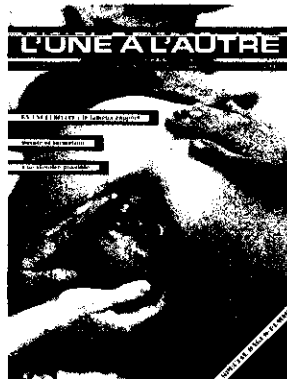
**VOLUME 1, NO 3** Les soins d'été pour enfants, la beauté au naturel, le nom des enfants, la sage-femme au Québec.



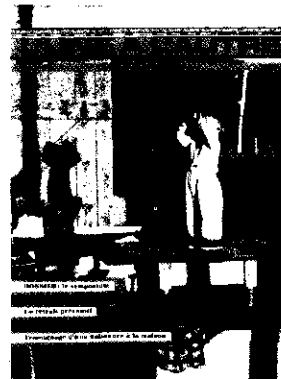
**VOLUME 1, NO 4** Le syndrome pré-menstruel, les prestations de maternité, les nausées, la sage-femme en Nouvelle-France (1).



**VOLUME 2, NO 1** Allaiter en travaillant, se renseigner avant d'accoucher, la sage-femme en Nouvelle-France (2), l'épisiotomie.



**VOLUME 2, NO 2** Spécial sage-femmes (rapport, formation, légalisation), la sexualité après l'accouchement, rétrospective sur les maisons de naissance.



**VOLUME 2, NO 3** Compte rendu sur le symposium sage-femmes, le retrait préventif (1), bébé et ses pleurs, témoignage d'un accouchement à la maison.



**VOLUME 2, NO 4** La pilule 25 ans après, le retrait préventif (2), Shorter et le corps des femmes, les maisons de naissance en France.



**VOLUME 3, NO 1** La grossesse à l'adolescence, comment porter plainte, les plantes médicinales, comment choisir une sage-femme, qui consulte les sage-femmes.



**VOLUME 3, NO 2** L'accouchement vaginal après une césarienne, les poursuites médicales, les maisons de naissance ne sont-elles qu'un rêve?, la chiropratique.



**VOLUME 3, NO 3** Place aux bébés, l'ostéopathie, natation et grossesse, le Depo-Provera, compte rendu du colloque de Naissance-Renaissance.



**VOLUME 3, NO 4** Dossier témoignage: les deuil silencieux, la sage-femme et la sécurité, la macrobiotique, l'échographie.