

HIVER  
1987  
Vol. 4  
N° 3

# *l'une à l'autre*

LA REVUE DE  
NAISSANCE-RENAISSANCE



*HUMANISER  
LA NAISSANCE:  
L'HISTOIRE DES DIX DERNIÈRES ANNÉES*

*LA MÉNopause :  
C'EST POUR DEMAIN LES FILLES!*

*VERS LA LÉGALISATION  
DES SAGES-FEMMES?*

*Arrière Plan*  
**Le Répertoire**  
 88

Video Femmes vous offre son nouveau Répertoire 88. Films et vidéos de femmes touchant des thèmes tels : Art et création — éducation — histoire — santé — sexisme — société — travail — violence.

Certaines vidéos sont également disponibles en version anglaise et espagnole.

Pour recevoir notre Répertoire, communiquer avec Video Femmes au :

56, St-Pierre, local 203  
 Québec (Québec)  
 G1K 4A1  
 Tél. : (418) 692-3090

**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

*Jean Glazos*  
*Sage-femme / Midwife*

Accompagnement  
 Cours Assistante-Sage-Femme  
 Cours Périnatales  
 Consultations  
 Rebirth



700, rue McManamy  
 (coin Belvédère)  
 Sherbrooke (Québec) J1H 2M8  
 (819) 564-0588

**人迎**  
**ACUPUNCTURE**

- Christiane Arlaud
- Renée Ouimet
- Yolande Provençal

6600 St-Denis, Montréal  
 (Métro Beaubien)  
 279-3970

« **TECHNIQUE ALEXANDER** »

Cours semi-privés  
 pour femmes enceintes  
 (janvier seulement)

**AVEC MICHELINE CHARRON**  
**INFO : (514) 731-2033**  
 5, Vincent d'Indy, suite 217, Outremont,

**PAULINE FORTIER**  
 Formation en massage californien

- AUTO MASSAGE
- MASSAGE CALIFORNIEN
- MASSAGE DES FEMMES ENCEINTES
- MASSAGE DES BÉBÉS

INFORMATION (514) 739-9631

**YOGA PRÉNATAL**



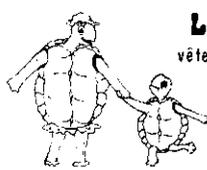
Approche graduelle  
 du seuil de la douleur.  
 Relaxation, visualisation,  
 postures, respirations.

**AVEC VÉRONIQUE VILDER**  
 INFORMATION : 272-9211

*l'essentielle*  
*(en français et en anglais)*  
*la librairie des femmes*

- littérature féministe et lesbienne
- revues
- en français/anglais
- carte de fidélité
- ouverte le dimanche

420 est, rue Rachel Montréal  
 H2J 2G7 tél. 844-3277



**La Mère Tortue**  
 vêtements usagés pour enfants

**AVANT TOUT,  
 VENEZ NOUS VOIR !**

3881 St-Denis, Mtl, H2W 2M4 843-7208



**COMPOSITION SOLIDAIRE**  
**TYPOGRAPHES**

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



**LUCIANA DAL MAS**  
 Psychologue  
 Enseignante de  
 la Méthode Feldenkrais

274-0117

**Louise Maurin, M.A.**

**Sexothérapeute**  
**Si votre intimité vous tient à coeur**  
 (514) 279-7879

**NAISSANCE-RENAISSANCE** sort tout juste d'une longue période de restructuration interne. Nous nous sommes penchées sur nos mécanismes de fonctionnement et nous avons examiné l'évolution des groupes-membres. Ce fut aussi l'occasion de refaire notre profession de foi et d'affirmer notre volonté de vivre des maternités autonomes, avec des sages-femmes, dans des lieux mieux adaptés aux besoins des familles. D'autre part **NAISSANCE-RENAISSANCE**, comme tout le mouvement féministe, se trouve confronté à de nouveaux problèmes et doit par conséquent relever de nouveaux défis. On y retrouve autant le désintéressement des individus vis-à-vis des grandes questions sociales que le besoin des femmes de voir reconnaître financièrement leur travail jusqu'ici bénévole. Tous les changements désirés ont-ils été réalisés au point que la relève ne soit plus nécessaire ? Nous en doutons. Le nombre élevé de projets de centres de maternité intra-hospitaliers présentement à l'étude, ainsi que l'orientation du premier avis du Comité de travail sur la périnatalité au Québec présenté à la ministre de la Santé en mai dernier, sont des exemples éloquents du besoin de demeurer vigilantes lorsque des changements réclamés depuis longtemps sont sur le point d'être effectués. L'historique du mouvement d'humanisation des naissances présenté dans ce numéro saura nous rappeler que nous faisons partie d'une lutte qui s'inscrit dans le contexte social des quinze dernières années. Si le passé est garant de l'avenir, **NAISSANCE-RENAISSANCE** pourrait, en redécouvrant ses racines, prendre un second souffle. Malgré sa jeunesse, **NAISSANCE-RENAISSANCE** a développé une expertise qui devrait lui permettre de dépasser cette crise de croissance en imaginant, une fois de plus, une approche originale. Le débat continue. À vous maintenant de prendre la parole.

HELENE LAFORCE  
DHYANE IEZZI



**NOUVELLES EN BREF**

**4/24**

**PROFESSION : SAGE-FEMME** Quelques commentaires sur le rapport du comité de travail sur la périnatalité au Québec portant sur la pratique des sages-femmes. **8**

**MAISONS DE NAISSANCE** Les centres intra-hospitaliers : les nombreux projets à l'étude sauront-ils répondre à nos attentes ? **20**

**AU MASCULIN** Le colloque « La part du père » : réflexions et souhaits des nouveaux pères. **6**

**LE DOSSIER** Naissance-renaissance : 10 ans déjà ! L'histoire du mouvement d'humanisation des naissances. Des idées, des luttes, des réalisations. **12**

**CÉSARIENNE ET AVAC** L'impact d'une césarienne sur la famille. Pour les femmes et les couples, une blessure affective et physique. **21**

**FEMMES ET SANTÉ** La ménopause : attention, les filles, ça s'en vient ! **19**

**NOUS AVONS LU** Michèle Champaigne et Céline Lemay ont lu pour vous. **22**

**NAISSANCE-RENAISSANCE** De l'allaitement à l'action commune. Participation à la rencontre internationale « Femme et santé ». **26**

PHOTO DE LA COUVERTURE ET PHOTO CI-HAUT : SUZANNE LANGEVIN, MODÈLE : DIANE CAGNÉ, ENCEINTE DE 9 MOIS

**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 COORDONNATRICE : Dhyane Iezzi RÉDACTRICE EN CHEF : Évelyne Foy COLLABORATION : Suzanne Blanchet, Isabelle Brabant, Paule Brière, Michèle Champaigne, Évelyne Foy, Marie-Andrée Laffleur, Hélène Latorce, Céline Lemay, Hélène Vadeboncoeur COMITÉ DE LECTURE : Isabelle Corbeil, Marie-Claude Martel GRAPHISME : Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier COMPOSITION : Composition Solidaire inc. IMPRESSION : Groupe Litho Graphique DISTRIBUTION : Diffusion Parallèle PUBLICITE ET PROMOTION : Judith Pothier ABONNEMENTS : Josée Boismenu ADMINISTRATION : Nicole Germain 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 13 \$ ; groupes, corporations ou institutions 30 \$ ; étranger : ajouter 5 \$. Adresse postale : **L'UNE À L'AUTRE**, 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.

## MÉDECINE DE FONCTIONNAIRES?

Une entente survenue entre le gouvernement et la Fédération des médecins spécialistes limitera les visites médicales à trois par année pour les femmes atteintes d'un cancer du col. Selon la ministre de la Santé et des Affaires sociales, Thérèse Lavoie-Roux, cette norme rencontre celle du Collège américain des obstétriciens et gynécologues. Pourtant, selon le docteur Alain Campbell, gynécologue montréalais, il faut plutôt quatre visites pour traiter les malades adéquatement.

D'autre part, les femmes enceintes ne faisant pas partie d'un groupe à risque devront se contenter de douze consultations durant leur période de grossesse. Dans plusieurs autres cas tels les maladies transmises sexuellement ou l'infertilité, d'autres normes auraient pour conséquence de n'allouer annuellement au médecin que quatre rencontres normalement rémunérées. À partir de la cinquième consultation, le praticien ne recevra que le quart de ses honoraires habituels.

« Celles qui consultent une fois par année ne seront pas affectées; seules les patientes vraiment malades le seront. Voilà de la médecine de fonctionnaire qui ne tient pas compte de la maladie », d'ajouter le docteur Campbell.

À l'Assemblée nationale, M. Jacques Rochefort, critique du Parti québécois en matière de santé déclarait « avec les problèmes de natalité que nous connaissons au Québec, s'il y a un domaine où la qualité des soins ne doit pas être affectée, c'est bien celui-là ».

Source : *La Presse*, 24 mai 1987



## UN TROISIÈME ENFANT, OÙ TROUVER LE TEMPS ?

C'est pas une question d'argent, mais d'organisation du temps et des horaires de travail, qui entraîne le refus du troisième enfant. Du moins, chez les femmes professionnelles ou cadres mariées à des hommes du même milieu. Ce sont les conclusions livrées par Jeanne Fagnani, chercheuse française, lors du séminaire FÉCONDITÉ ET URBANISATION organisé par l'INRS-Urbanisation en mai dernier à Montréal.

En France, les principaux éléments de la politique familiale encourageant le troisième enfant sont entrés en vigueur en janvier 1987. Mme Fagnani doute fort que la réforme de la fiscalité en faveur de la famille et l'équivalent des 600 \$ versés pendant trois ans aux Françaises qui donnent naissance à un troisième enfant soient de nature à relancer la natalité.

Il y a par ailleurs d'autres éléments qui entrent en ligne de compte. La chercheuse mentionne le sentiment de précarité du couple : face aux divorces de plus en plus fréquents, les femmes veulent préserver et maîtriser leur avenir. Il est plus facile de revenir sur le « marché matrimonial », suite à une rupture, avec un enfant qu'avec trois. Comme les femmes de carrière ont généralement leurs enfants plus tard, elles hésiteront aussi à cause de leur âge. Enfin, la qualité de la relation que l'on veut entretenir avec ses enfants exige encore temps et disponibilité.

Et Madame Fagnani d'ajouter : « Tant qu'on n'adapte pas le monde du travail aux exigences des responsabilités parentales, le problème de la natalité demeurera entier. C'est à partir de là qu'il faut définir les politiques et non inciter les femmes à retourner chez elles. Elles ne le feront pas : le mouvement est irréversible. »

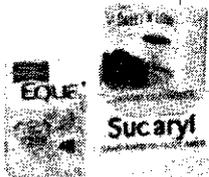
Intéressante réflexion en attendant notre politique québécoise de la famille !  
Source : *Le Devoir*, 19 mai 1987

aux femmes enceintes souffrant de nausées, est mieux connu sous son nom d'origine BENEDECTIN. Le Bendectin a été volontairement retiré du marché en 1983 par la compagnie Merrell Dow qui le manufacturait (celle-là même qui fabriquait la Thalidomide, tristement célèbre). Pourtant, Duchesnay Labs, un manufacturier montréalais de médica-

ments génériques (c'est-à-dire de même composition que le médicament d'origine mais sans le nom) a continué tranquillement à vendre, depuis 15 ans d'ailleurs, sa propre version de la même drogue sous le nom DICLECTIN.

Plus de mille cinq cents poursuites contre la première compagnie manufacturière ont été enregistrées aux États-

## UNE PETITE NOUVELLE EN SUCRE !



Plusieurs femmes utilisent des édulcorants artificiels (de type « Nutrasuc ») pour réduire leur consommation de calories, dans l'espoir de maintenir leur poids ou de l'en perdre. Il se pourrait bien que ce soit de faux espoirs ! Une recherche menée auprès de 80 000 femmes d'un certain âge (de 50 à 69 ans) a démontré que celles qui faisaient usage d'édulcorants artificiels gagnaient plus de poids que les autres, peu importe leur poids de départ. L'étude, conduite par l'American Cancer Society, conclut que les résultats n'appuient pas l'hypothèse que l'usage à long terme d'édulcorants artificiels aide à perdre du poids ou prévient le gain de poids.

Source : *Healthsharing*, hiver 86, vol. 8 : 1

Unis par des familles qui tiennent le médicament responsable de malformations des nouveau-nés. Des recherches en laboratoire avaient montré des liens entre son usage et des malformations chez les animaux, mais des études épidémiologiques n'étaient pas arrivées à prouver son effet tératogène chez l'hu-

**Précautions :** Grossesse : études chez l'animal, des études tératologiques du Diclectin ou de ses 2 composés (doxylamine et pyridoxine) ont été réalisées chez diverses espèces animales, à savoir : rates Sprague-Dawley et Wistar, lapines de Nouvelle-Zélande et de Hollande, souris NMRI, singes rhésus (M. Mulatta) et cynomolgus (M. fasciculans).

Des études du Diclectin chez des rates Sprague-Dawley et des lapines de Nouvelle-Zélande, à des doses allant jusqu'à 90 fois la dose maximale chez l'homme (DMH), n'ont révélé aucune anomalie fœtale due au médicament. Dans une étude de petite dimension chez des singes cynomolgus gravides traités par organogénèse avec du Diclectin (10 à 20 fois la DMH), des anomalies de la cloison interventriculaire cardiaque ont été constatées chez 4 des 6 fœtus extraits le centième jour de gestation (la gestation a une durée totale d'environ 160 jours). Le fœtus d'une gestation ayant avorté le quarante-sixième jour semblait être normalement développé. Trois autres fœtus qu'on a laissés arriver à terme, ne présentaient aucune anomalie cardio-vasculaire apparente lors des examens cliniques habituels, faits à la naissance. Dans d'autres études où des singes rhésus et cynomolgus ont été traités par du Diclectin pendant de plus courtes périodes, les fœtus mis bas étaient normaux.

main. Un couple de Washington vient de recevoir à ce sujet une compensation de 1.6 millions \$, la deuxième en importance jusqu'ici.

*Healthsharing*, hiver 86, Vol 8 : 1

**DICLECTIN**  Duchesnay  
Succinate de doxylamine -  
Chlorhydrate de pyridoxine  
Antinauséux de la grossesse

## UN MÉDICAMENT CONTROVERSÉ

Cette année, environ 10 000 prescriptions de Diclectin, un médicament très controversé, ont été vendues au Canada. Le médicament, prescrit

## OÙ SE CACHE LA CAFÉINE ?

Tout le monde sait qu'il y a de la caféine dans le café, le thé, et certaines liqueurs douces. Mais sait-on qu'il y en a aussi dans le chocolat et dans plusieurs médicaments qui se vendent sans prescription ? Voici, en milligrammes, le contenu réel en caféine : Combien y a-t-il de caféine dans...

UNE TASSE DE CAFÉ ?	moyenne
café filtre	(5 oz) 115mg
café au percolateur	80mg
café instantané	65mg
décaféiné en grains	3mg
décaféiné instant	2mg

UNE TASSE DE THÉ ?	(5 oz)
marques américaines, infusées	40mg
marques importées	60mg
instantané	30mg
thé glacé (12 oz)	70mg

LE CHOCOLAT ?	
lait au chocolat (5 oz)	5mg
chocolat noir (1 oz)	20mg

LES LIQUEURS DOUCES ?	par 12 oz
Coca-Cola	45mg
Pepsi	41mg
Diet Pepsi	38mg
Tab	47mg

LES MÉDICAMENTS PRESCRITS ?	par pilule ou capsule
Cafergot	100mg
Darvon	32mg
Fiorinol	40mg

LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE ?	
Anacin	32mg
Excedrin	65mg
Dristan	30mg
Triaminicin	30mg
Midol	32mg
No Doz	100mg

Source : American Journal of Nursing, cité dans Healthsharing, hiver 86, Vol. 8:1

## BÉBÉS TROP PETITS

C'est au Québec que l'on retrouve le taux le plus important de nouveau-nés anormalement petits. Suite à son étude, la Corporation des diététistes du Québec recommande d'instituer un programme conçu spécifiquement à l'intention des femmes enceintes à bas revenus.

Les nouveau-nés au poids insuffisants (moins de 2.5 kilos) proviennent en majeure partie des milieux défavorisés. Dans ces milieux, un lien inversement proportionnel a été établi entre le coût du loyer et la qualité de l'alimenta-



tion des futures mamans. La Corporation des diététistes recommande que Québec soutienne les femmes enceintes à bas revenus, ainsi que leur famille.

Plusieurs études démontrent que le poids à la naissance est un facteur déterminant des taux de mortalité et de

morbidity infantiles. Les nouveau-nés de moins de 2.5 kilos courent 40 fois plus de chance de mourir dans les quatre premières semaines de vie.

Pris par une femme enceinte, un litre de lait par jour peut réduire l'incidence des bébés trop petits et des malformations congénitales. Les diététistes voudraient également que les suppléments de fer et les vitamines soient ajoutés à la liste des médicaments disponibles gratuitement pour les assistés sociaux.

Source : Le Devoir, 1 mai 1987

## UN COURS QUI VAUT SON PESANT D'OR

Diane Jackson, une maman de Vancouver, a eu la chance de pratiquer ses notions de réanimation cardio-respiratoire plus tôt que prévu... et elle a ainsi sauvé la vie de Janine, sa petite fille de 2 ans. Un jour, horrifiée, elle vit par la fenêtre son enfant qui flottait dans l'étang. Elle n'aurait pas su quoi faire si elle n'avait pas pris, peu de temps auparavant, des cours de l'Ambulance St-Jean. « Ses lèvres étaient déjà bleues, mais elle a commencé à réagir presque immédiatement. J'étais très inquiète de savoir si je m'y prenais correctement, mais quand je l'ai entendue commencer à respirer, j'ai su que ça marchait ! » Janine a tout de même été transportée à l'hôpital, où elle a reçu de l'oxygène et des antibiotiques pour prévenir une infection causée par l'eau sale de l'étang. « Tous les parents devraient connaître la réanimation cardio-respiratoire, conclut-elle, ça vaut mille fois la peine ! »

Source : The Gazette, 2 mai 1987

### VICTIME INCONSCIENTE : Ouvrir les voies respiratoires

- SOULEVER LA NUQUE
- APPUYER SUR LE FRONT
- NETTOYER L'OROPHARYNX
- OBSERVER POUR UNE RESPIRATION SPONTANÉE



### ABSENCE DE RESPIRATION : COMMENCER RESPIRATION ARTIFICIELLE (BOUCHE - A - BOUCHE)

4 GRANDES VENTILATIONS RAPIDEMENT

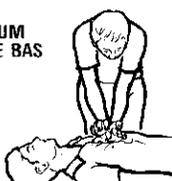
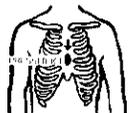


### VERIFIER PULSATION CAROTIDIENNE

### ABSENCE DE POULS : COMMENCER MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE



### DÉPRIMER LE STERNUM DE 1/2" À 2" VERS LE BAS



### UN SAUVETEUR

- 15 COMPRESSIONS
- RYTHME 80/mn.
- 2 VENTILATIONS RAPIDES

### DEUX SAUVETEURS

- 5 COMPRESSIONS
- RYTHME 60/mn.
- 1 VENTILATION INTERPOSÉE

## SYNDROME DE MORT SUBITE : UN ESPOIR

Les bébés qui meurent subitement dans leur berceau semblent avoir un taux élevé de protéine dans le sang. Cette constatation pourrait aider à l'identification des enfants courant des risques particuliers.

Un rapport publié dans le NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE précise que le sang des bébés qui cessent sans raison apparente de respirer, contient jusqu'à deux fois et demie la quantité « d'hémoglobine foetale » des bébés normaux. Les chercheurs soulignent que ce taux élevé d'hémoglobine ne cause probablement pas la mort, mais qu'il contribue peut-être à une privation d'oxygène et pourrait indiquer la présence d'une défectuosité sous-jacente.

Cette découverte permettrait aux médecins de faire subir un test dès la naissance et de déterminer si le bébé court un risque de mort subite et ainsi d'avertir les parents de le surveiller attentivement si tel est le cas.

Aux États-Unis, quelques 10 000 bébés sont victimes de ce syndrome chaque année. Il s'agit de la deuxième cause de décès des nouveau-nés après les accidents. ■

Source : La Presse, 30 avril 1987



# Un amour de père

**La grossesse ne représente pas la même réalité pour les partenaires du couple**

**E**n juin dernier, le colloque LA PART DU PÈRE attirait plus de 300 personnes à l'Université de Montréal. L'assistance était surtout composée d'hommes, que l'on pourrait qualifier « d'hommes nouveaux ». Neuf sur dix étaient des intervenants. Les autres étaient des pères désireux de réfléchir ensemble sur la paternité. Il y avait, bien sûr, quelques femmes venues écouter ces propos et pourquoi pas, regarder ces nouveaux hommes... C'est le collectif masculin COEUR ATOUT qui est à l'origine de cet événement.

Le contrôle des naissances, le féminisme, l'éclatement de la famille (une famille monoparentale sur six - soit trente-cinq mille - est dirigée par un homme) ont provoqué une remise en question des rôles traditionnels. Le colloque entendait définir une nouvelle part pour le père. Part encore peu évidente dans notre société qui tient ce rôle comme secondaire. Selon Jacques Broué, un des organisateurs, « le père est encore perçu, dans sa relation avec l'enfant, comme substitut à la mère et non comme un être plein de capacités parentales qui lui sont propres et distinctes ».

Le colloque a attiré l'attention des médias. Plusieurs psychiatres et psychanalistes y ont fait des déclarations fracassantes. Nous partageons l'avis de plusieurs participants qui trouvaient le contenu des exposés trop teintés de théories analytiques. Il y manquait de « vécu ». Après le colloque, Jacques Broué expliquait cette situation par le fait que très peu de chercheurs ou de penseurs provenant de disciplines autres que la psychanalyse et la psychiatrie se penchent sur la question de la paternité.

## UN THÉÂTRE-FORUM EMBALLANT

Le colloque a débuté par un théâtre-forum qui a eu beaucoup de succès. Préparé par le collectif Coeur-Atout en col-

laboration avec Paule Barsetti, directrice artistique du Théâtre Sans Détours, la pièce JULIEN présente Camille, papa monoparental, dans différentes situations : avec sa femme qui le quitte, avec sa nouvelle « blonde » qui ne veut pas le partager avec son fils, avec ses « chums », avec son père, son frère et avec son patron. Camille fait de son mieux, mais de toute évidence, il est dépassé par les événements. Il veut être responsable de son fils Julien, une marionnette grandeur nature fort sympathique, mais rien dans la société ne reconnaît son droit d'exercer la paternité et rien ne le soutient.

L'histoire ne s'arrête pas là. Après les applaudissements, on a recommencé le scénario avec l'aide des participants guidés par un animateur. Selon son inspiration, chacun pouvait monter sur scène pour réinventer les répliques des personnages et jouer les scènes autrement. Des solutions ont ainsi été trouvées aux difficultés éprouvées par le père. Ce fut une excellente façon de nous mettre dans le coup avant même la première conférence.

## ÉTONNANTES RÉVÉLATIONS

Le colloque a véhiculé une multitude d'idées qui nous ont surprises ou laissées perplexes.

L'atelier « L'homme-père face à la grossesse et la naissance de son enfant », traitait du début de la paternité. Pour les conférenciers André Masse et Gilles Lortie, respectivement pédo-psychiatre et psychiatre-psychanalyste travaillant avec les couples et les femmes qui accouchent à l'hôpital Ste-Justine, la grossesse n'est qu'un moment de la parentalité sur lequel notre société met peut-être trop l'accent. En tous cas, en ce qui concerne les hommes. Selon André Masse, dans une société où sexualité et reproduction sont séparées, avoir un enfant devient un projet confrontant majeur pour l'homme, puisqu'il ne peut accéder à la pater-



nité que par l'intermédiaire d'une femme. Pour lui, couple et famille ne vont plus automatiquement de pair. Il semble que les femmes choisissent d'abord un partenaire, plutôt qu'un père pour leurs futurs enfants. Ceci expliquerait en partie les difficultés que les couples vivent après l'arrivée d'un enfant. La grossesse est moins importante pour l'homme qu'elle ne l'est pour la femme, de dire le docteur Masse. « Par exemple, dans les rencontres prénatales, la volonté de tout centrer sur la grossesse peut parfois compliquer les choses. On perd peut-être notre temps quand on essaie d'impliquer les hommes dans un projet qui n'est pas fondamentalement le leur (la grossesse, pas le désir de l'enfant). Cela ne m'étonne pas que des hommes soient peu impliqués dans la grossesse de leur femme. Ce qui se passe à ce moment-là est bien moins important pour un homme que tout ce qui suit l'arrivée du bébé. Il faut essayer de répondre aux besoins du futur père ; pas d'imposer à tout le monde un modèle soi-disant idéal. »

L'avis de Gilles Lortie diffère : « Un homme ne peut pas ne pas être affecté par la grossesse de sa femme. Elle suscite, sans qu'il en soit toujours conscient, des angoisses qui peuvent même entraîner des symptômes similaires à ceux de sa conjointe enceinte (nausées, prise de poids, maux de dents, etc.) Selon les sources, de 10 % à 50 % des hommes sont ainsi affectés. L'angoisse des hommes peut aussi se manifester par une fuite dans le travail ou une relation extra-maritale. » Monsieur Lortie affirme même avoir rencontré des femmes accouchant prématurément pour « rattraper » un homme angoissé en fuite devant la grossesse ! À son avis, la violence à l'égard de la partenaire enceinte (on sait que la violence débute souvent à ce moment-là dans un couple) pourrait même être reliée à l'angoisse masculine.

### VOIR NAÎTRE SON ENFANT : UN TRAUMATISME ?

Assister à l'accouchement peut s'avérer une expérience pénible pour certains hommes. André Masse et Gilles Lortie ont eu connaissance de séparations dans les mois suivant l'accouchement. Le père devient incapable de reprendre les relations sexuelles ; le passage vaginal, par où l'enfant est passé, est devenu passage interdit. L'éloignement physique provoqué par l'accouchement se solde par une séparation.

Autrefois défendue, la présence du père à l'accouchement semble devenue la norme. C'est là que le bât blesse, affirme MM. Masse et Lortie. Le premier va jusqu'à dire qu'on ne devrait jamais forcer un homme à être présent lors de la naissance de l'enfant. Mais, soulignait une participante, où est la frontière entre encourager, donner un coup de pouce bénéfique à un futur père hésitant et le forcer ?

La solution ne serait-elle pas une meilleure préparation des hommes à l'accouchement ?

COLLOQUE « LA PART DU PÈRE », DE GAUCHE À DROITE : FRANÇOIS LEPAGE, CLEMENT GUÉVREMONT, JACQUES BROUË, PIERRE L'HEUREUX, CAMILLE LACOSTE, JEAN PIERRE SIMONEAU, JEAN BÉI ANGER ET PIERRE LAURFENCE.



PHOTO: BERNARD GAGNÉ

La grossesse ne représente donc pas la même réalité pour les partenaires du couple. Elle est un lieu de projection d'angoisses, d'attentes et d'espérances qui ne sont pas nécessairement identiques pour l'homme et la femme.

Nous croyons qu'un soutien permettant au couple d'exprimer ses sentiments l'aiderait à mieux vivre cette étape de la vie. Un soutien post-natal, inexistant au Québec, aiderait les parents à s'ajuster aux changements entraînés par l'arrivée d'un bébé.

### TROUVER SA PLACE

Qu'en est-il du vécu des hommes après l'accouchement ? Cette question fut abordée dans l'atelier « Les mères ont-elles à faire une place au père » ? À cette dernière question, Anne Paquette-Déhy, psychothérapeute et travailleuse sociale en renvoie une troisième : « Quelle place chaque parent veut-il (ou elle) donner à ses enfants dans sa vie » ? Elle croit que tous les couples devraient y réfléchir avant l'accouchement : « Si on essaie d'éviter la question, on risque de se retrouver dans une situation de lutte de pouvoir après l'accouchement ».

Les participants de l'atelier, centrés cette fois sur leur expérience personnelle, ont abondamment témoigné de la difficulté de se tailler une place comme pères : « J'ai l'impression d'avoir été Monsieur Couches ». « Au premier enfant on est aussi ignorant l'un que l'autre. J'aurais voulu que mes suggestions soient prises en considération ». « Ma façon de m'y prendre n'était jamais correcte ». « À notre troisième enfant, j'ai demandé à ma femme de ne pas allaiter pour que je puisse beaucoup m'occuper du bébé ».

Qu'est-ce qui pousse les femmes à agir ainsi ? Les hommes seraient-ils vraiment moins soucieux des besoins affectifs, physiques et psychologiques de l'enfant ? Les femmes se sentent souvent perdantes dans ce partage. Si elles font une place aux hommes dans le soin des enfants, elles doutent que la pareille leur soit rendue, par exemple, sur le marché du travail. Lors d'une séparation, il arrive souvent que le père réclame la garde des enfants des années plus tard, lorsque les enfants sont élevés.

Pour Madame Paquette-Déhy et les participants de l'atelier, il importe lorsqu'on a un enfant de s'épauler, de s'accorder une confiance mutuelle et de trouver les moyens de s'entraider afin d'être, chacun à sa façon, un parent significatif.

L'intention du colloque était bonne et les organisateurs sont très satisfaits de son déroulement. Cet événement a eu le mérite d'inciter des hommes à organiser des rencontres post-natales. De plus, des organismes ont demandé au collectif Coeur Atout de les aider à poursuivre leur réflexion.

Le collectif a maintenant l'intention de consacrer ses énergies aux recherches et à la réflexion. Quant aux participants, l'organisation leur fera parvenir les textes inédits et les actes du colloque, regroupés sous le charmant titre « Un amour de père » publié aux éditions Albert St-Martin. L'ouvrage est maintenant disponible en librairie. ■

HÉLÈNE VADEBONCOEUR

COLLECTIF COEUR ATOUT, C.P. 214, Bureau de poste E, Montréal, H2T 3A7, tél. : (514) 745-2085.



PHOTO: DOMINIQUE PARENT



PHOTO: CLAIRE MAILLÉ

# Vers la légalisation des sages-femmes

**L**a première partie du rapport du COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC porte sur la pratique des sages-femmes. Intitulé « La pratique des sages-femmes. Étude d'un moyen pour atteindre les objectifs », le document a été remis à la ministre de la Santé et des Services sociaux au mois de mai dernier.

Il est étonnant que ce premier « avis » soit consacré aux sages-femmes. Qu'est-ce qui a poussé le comité de travail à leur accorder la priorité ? La lenteur proverbiale des mécanismes d'implantation ? Les résistances à abolir ? Ou la reconnaissance de la pratique existante mais non légale des sages-femmes au Québec ?

Quoi qu'il en soit, ce premier avis apporte l'espoir de voir un jour se normaliser la pratique des sages-femmes au Québec, même si le gouvernement actuel ne s'est jamais prononcé officiellement sur la question.

## DES OMBRES AU TABLEAU

Le document brosse d'abord un tableau de la situation actuelle en périnatalité au Québec. Situation que certains qualifient d'enviable puisque le taux de mortalité périnatale n'est que de 8/1000. Il est très facile de voir dans ces chiffres fort impressionnants une victoire éclatante. En y regardant de plus près, on se rend compte que plusieurs problèmes viennent ternir ce tableau.

Le taux d'interventions ne cesse de grimper. En 1984-1985, le taux d'extractions par ventouse et forceps combinés était de 15 % ; celui des césariennes de 19 %. Cela suppose que le tiers des Québécoises n'ont pas été capables de mettre au monde leur enfant normalement ! Dans son rapport, le COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRINATALITÉ souligne même que la Corporation professionnelle des médecins affirmait en 1986 « que le recours routinier à l'épisiotomie et à l'application des forceps n'est plus acceptable en obstétrique moderne ». Le comité n'ose malheureusement pas aller plus avant et mettre les chiffres sur papier pour prouver au gouvernement que près de 80 % des accouchées ne bénéficieront plus de leur intégrité corporelle après la naissance de leur enfant.

Le taux des bébés de faible poids est en hausse constante. C'est actuellement un problème crucial. Ces bébés sont issus, pour la plupart, de populations bien identifiées : les adolescentes et les femmes de milieux défavorisés. En général, ces deux groupes sociaux sont très difficiles à rejoindre. Le réseau actuel de santé ne leur apporte pas les ressources nécessaires pour mener leur grossesse dans les meilleures conditions possibles et pour mettre au monde un enfant en santé. Les femmes des milieux éloignés ne bénéficient pas non plus de tous les services auxquels elles auraient droit.

La déshumanisation des soins est un autre problème cerné par les plus récentes études. La sécurité procurée par la haute technologie des départements d'obstétrique modernes s'est instaurée au détriment de l'aspect humain et social de la naissance. Cela suscite aujourd'hui un vaste mouve-

ment de protestation chez les usagers. La place que les pères se sont taillée dans les salles d'accouchement au cours des vingt dernières années est un symbole des victoires des groupes d'humanisation. Malheureusement, pour s'assurer de leur collaboration, le système médical en a fait des « entraîneurs » en tentant de nier leur implication émotive durant cet événement.

## EN EUROPE ET AU ÉTATS-UNIS

Le comité s'est ensuite intéressé à la pratique des sages-femmes en Europe et aux États-Unis. Dans les pays européens qui font le plus appel aux services des sages-femmes, les taux très bas d'interventions lors de l'accouchement et de mortalités périnatales indiquent clairement que la venue des sages-femmes dans le réseau de santé serait un atout. Les statistiques concernant le travail des sages-femmes auprès des adolescentes et des femmes des milieux défavorisés sont aussi impressionnantes. Tant aux États-Unis qu'en Europe, les approches des sages-femmes se ressemblent : l'approche globale, le travail d'équipe et la continuité des soins. Le champ de leur pratique est clairement défini, mais il reste que l'intégration de cette nouvelle venue est encore difficile. Les coûts prohibitifs d'assurances responsabilité par exemple, ont convaincus plusieurs d'entre elles d'abandonner leur pratique.

## LES SAGES-FEMMES DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ

La troisième partie du document se penche sur l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec. Après un bref historique qui relate le rôle des sages-femmes en Nouvelle-France et sous le régime anglais, on expose comment elles ont été peu à peu exclues du système médical jusqu'à la disparition presque complète de la profession au vingtième siècle. Un vaste tableau étale les faits qui ont marqué l'humanisation des soins de santé au Québec de 1973 à 1987. Il démontre de façon concise les actions posées sur trois piliers : au niveau de la population, du gouvernement et des professionnels. Aussi exhaustif soit-il, ce tableau oublie complètement la pratique des sages-femmes qui s'est faite de plus en plus active à partir de 1975. Le GROUPE DE TRAVAIL POUR LA RECONNAISSANCE DE LA SAGE-FEMME, qui depuis 1982 regroupait des sages-femmes praticiennes et des femmes intéressées à l'avancement de la cause des sages-femmes, n'est jamais mentionné, ni comme groupe de pression, ni comme membre du mouvement sage-femme, ni comme précurseur de l'ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES. Étrangement, la fondation de la revue L'UNE À L'AUTRE est située en 1980 alors que c'est à la fin de 1983 qu'elle a vu le jour.

Il semble évident que le travail acharné des usager-e-s, des groupes d'humanisation, de NAISSANCE-RENAISSANCE et des sages-femmes praticiennes n'est jamais reconnu à sa juste valeur.

REMEMBER THE DIGNITY  
OF YOUR WOMANHOOD.  
DO NOT APPEAL.  
DO NOT BEG,  
DO NOT GROVEL.  
TAKE COURAGE.  
JOIN HANDS  
STAND BESIDE US.  
FIGHT WITH US....

CHRISTABEL PANKHURST  
ENGLISH SUFFRAGIST,  
(1880-1958)



# Les-femmes ?

Le statut juridique des sages-femmes québécoises est aussi étudié parce que très ambigu. Bien qu'elles soient mentionnées dans la loi médicale où il est spécifié qu'elles peuvent exercer l'obstétrique (article 19, paragraphe a ; article 31 paragraphe c), aucun règlement ne vient définir et compléter ce droit. Elles sont ainsi maintenue dans la non-légalité de leur pratique, par la volonté de la Corporation professionnelle des médecins.

## MÉNAGER LA CHÈVRE ET LE CHOUX

Le COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRINATALITÉ est bien au courant des réticences des médecins à l'intégration des sages-femmes dans notre système de santé. Néanmoins, le rapport cite la diminution des coûts qu'entraînerait cette intégration. Étant donné leur attitude peu interventionniste, la possibilité de rémunérer les sages-femmes cas par cas peut apparaître profitable à un gouvernement qui doit couper dans ses budgets. Cette éventualité s'avère une arme à deux tranchants pour les sages-femmes. Perçues comme de la main d'œuvre à bon compte, leur intégration peut entraîner des coupures budgétaires qui alourdiraient leurs tâches et n'apporteraient pas à la population la satisfaction escomptée.

Pour enfin parvenir à l'intégration des sages-femmes, le comité suggère entre autres d'adopter une loi spécifique aux sages-femmes. Cette loi aurait pour but de créer une nouvelle corporation professionnelle à exercice exclusif. Le comité souhaite que le champ de pratique des sages-femmes québécoises permette une utilisation maximale de leur potentiel. Qu'est-ce que cela veut dire au juste ? Pourquoi ne pas revendiquer clairement un statut professionnel égalitaire ?

## LA FORMATION

Au niveau de la formation, les recommandations du comité sont claires : formation de niveau universitaire de premier cycle ; comme pré-requis nécessaires à l'admission au programme : un diplôme d'étude collégiale (DEC) de formation générale ou professionnelle, ou une formation équivalente. La formation d'infirmière doit être considérée comme une voie d'accès à la profession de sage-femme, mais non comme

un pré-requis. Le programme d'études pour les sages-femmes doit faire l'effet d'un programme-réseau, afin de rendre la profession accessible partout au Québec.

## LIEUX DE PRATIQUE

Le document envisage plusieurs lieux de pratique pour les sages-femmes : en CLSC avec privilèges hospitaliers, en centre hospitalier, en maison de naissance autonome et en pratique privée. Il est déplorable que le comité n'ait pas privilégié les maisons de naissance autonomes comme lieux d'implantation des sages-femmes. Ainsi, il aurait pu demander la création de tels centres. D'autre part, les changements statistiques de la pratique de l'obstétrique apparaîtraient avec beaucoup plus d'évidence s'ils n'étaient pas noyés dans les nombreuses interventions exercées en milieu hospitalier.

Il ne faut cependant pas restreindre le champ de pratique des sages-femmes aux seules maisons de naissance. Il est important d'ouvrir toutes les portes. Pour les sages-femmes, l'accès libre aux différents champs de pratique dépend du statut professionnel qu'on lui allouera, de sa reconnaissance comme membre à part entière de l'équipe périnatale et de l'accroissement du recours à ses services.

Mais faudra-t-il que le législateur impose la pratique des sages-femmes ?

## UN RAPPORT EFFICACE MAIS SANS ÂME

Sauf en annexe, ce document ne traite pas de la philosophie des sages-femmes. On n'y suggère que des solutions pratiques et techniques. On peut se demander si cette nouvelle intervenante n'est pas présentée comme une solution-miracle à tous les problèmes qui existent en périnatalité. L'objectif de redonner à la naissance son aspect d'événement humain normal a été mis de côté.

Et c'est pourtant le sens profond des demandes des femmes envers les sages-femmes : avoir auprès d'elles quelqu'un qui les accompagne dans un moment de leur vie.

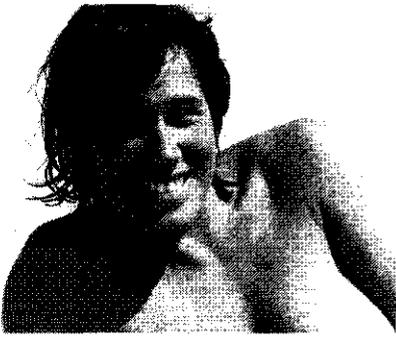
Ce rapport reste un ouvrage fort bien documenté, logique et je l'espère, convaincant. Il atteindra peut-être certaines cordes sensibles de nos élus ; il abolira peut-être certaines réticences du milieu hospitalier ; il permettra probablement la mise sur pied d'un projet pilote d'implantation des sages-femmes. Mais à long terme, il n'en résultera que la création d'un niveau supplémentaire d'intervenantes et l'on oubliera peut-être qu'en des temps reculés, les femmes portaient et mettaient au monde les enfants. ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

*Les opinions émises dans ce texte n'engagent que son auteur.*

**L'espoir de voir un jour se normaliser la pratique des sages-femmes au Québec**





**La ménopause survient à un âge où la femme vit de nombreux changements**

# La ménopause : c'est pour

*Phénomène naturel auquel aucune femme n'échappe. Simple arrêt des menstruations.*

« Quoi, il y a des femmes qui ne prennent pas d'hormones à la ménopause ? On n'est pas obligées ? » Ghyslaine est étonnée. Surprise aussi d'apprendre qu'à 40 ans, la ménopause, c'est pour demain. C'est que la ménopause ne dure qu'une journée : celui où les menstruations ne reviennent jamais. Mais la pré-ménopause, elle, avec son cortège de bouffées de chaleur, de fatigue, d'insomnie, de dépression et d'ostéoporose, peut durer une dizaine d'années. Elle commence donc à la quarantaine si votre ménopause doit survenir à 50 ans. Mais comment prévoir ? Votre mère a-t-elle eu la sienne à 45 ans ? C'est là une bonne indication pour vous, car l'hérédité gynécologique vient de la lignée maternelle. Vous êtes donc peut-être en pré-ménopause à 35 ans !

Bien sûr, vous qui lisez L'UNE À L'AUTRE aimez mieux penser maternage que ménopause. Il est pourtant tellement plus facile d'envisager objectivement ce passage de la vie quand on n'est pas encore dans le bain ! On est alors davantage prête à considérer, par exemple, certaines solutions de rechange à l'hormonothérapie que médecins et bouquins vantent à qui mieux mieux. Le CLSC Le Norois, en collaboration avec le Centre hospitalier de Jonquière, a passé à la loupe le traitement hormonal et les différentes approches non médicamenteuses. L'éclairage apporté par cette étude peut en aider plusieurs.

Il est important, avant d'expliquer le phénomène de la ménopause, de décrire brièvement comment agit la fonction ovarienne. La première partie de notre cycle commence par le saignement menstruel. Pour que le saignement s'arrête, l'hypophyse signale aux ovaires de fabriquer une hormone appelée oestrogène. Survient ensuite l'ovulation. Dans la deuxième partie du cycle, l'ovule qui a été libéré passe par la trompe de Fallope laissant le follicule qui, au départ de l'ovule, s'est transformé en corps jaune. Ce corps jaune sécrète pendant 14 jours l'hormone progestérone. Le dernier jour du cycle, comme l'endomètre ne reçoit plus de stimulation de la part des hormones, il se liquéfie ; des petites parcelles d'endomètre s'écoulent et les vaisseaux de sang éclatent. C'est la menstruation.

À la ménopause, la production cyclique de progestérone et d'oestrogène descend au-dessous du niveau nécessaire à la formation et à la désagrégation de l'endomètre. Les règles par conséquent disparaissent. La pré-ménopause correspond à la diminution graduelle de l'ovulation et la ménopause à l'arrêt définitif des menstruations. C'est l'époque des plus grands désordres neuro-végétatifs ou fonctionnels dont le plus connu est celui des bouffées de chaleur.

Toutes les femmes ne subissent pas ces désordres. De 20 à 25 % n'en éprouvent aucun, les autres peuvent ressentir un ou plusieurs des symptômes suivants à divers

degrés : irrégularité menstruelle, fatigabilité, irritabilité, bouffées de chaleur, changement de libido, insomnie, céphalées, dépression, etc.

Il ne faut pas oublier cependant que la ménopause survient à un âge où la femme vit de nombreux changements qui n'ont rien à voir avec l'état de santé mais qui peuvent l'affecter : départ des enfants, décès d'un parent, retraite du conjoint.

## CONTROVERSES

Un nombre de plus en plus grand de médecins proposent l'hormonothérapie pour compenser la baisse d'hormones. Rarement un traitement a été sujet à autant de controverses que celui du traitement de remplacement des oestrogènes. Nos connaissances sur les avantages et les risques de ce traitement sont encore incomplètes. Quoi qu'il en soit, l'utilisation de l'oestrogène seul dans le traitement des symptômes du climatère (période ménopausique) est très contestée. Le traitement actuel suggéré par les médecins est la combinaison d'oestrogènes et de progestatifs. L'addition de progestatifs contrebalancerait les effets nocifs des oestrogènes. Les études qu'on retrouve actuellement portent par contre davantage sur les effets nocifs à plusieurs points de vue de l'utilisation exclusive de l'oestrogène et encore peu d'études sont parues sur l'utilisation combinée de l'oestrogène et d'un progestatif.

Dans ces conditions, on ne peut se tromper en affirmant que les femmes qui subissent l'hormonothérapie aujourd'hui servent de cobayes, puisque jusqu'à maintenant, les études sont contradictoires et non concluantes. Par exemple, des études sont encore nécessaires pour déterminer s'il existe ou non une relation de cause à effet entre l'oestrogénothérapie et le cancer du sein. Il est même possible qu'une période de latence de 10 à 20 ans soit nécessaire pour mettre en évidence une telle association.

Le risque le plus important associé à l'emploi des oestrogènes en post-ménopause est le cancer de l'endomètre. Bien qu'il s'agisse la plupart du temps de cancer précoce, c'est un trop gros risque à prendre selon nous que d'utiliser seul l'oestrogène, affirment Huguette Boivin et Noëlla St-Pierre, du CLSC le Norois.

La controverse se poursuit quand vient le temps de discuter des maladies cardiaques. Dans les années 50, on accordait aux oestrogènes prises en post-ménopause une valeur de protection contre les maladies coronariennes. Une série d'études a été faite par la suite et n'a pu démontrer un effet protecteur quelconque de l'oestrogénothérapie sur les maladies coronariennes en post-ménopause. On a même fait des études afin de savoir si les oestrogènes ne contribuaient pas à augmenter les risques des maladies coronariennes.

Les nombreux livres publiés sur la ménopause laissent généralement entendre que l'hormonothérapie garde à la

# demain, les filles !

**Pas si banal pourtant, autant y penser maintenant.**

femme une apparence plus jeune plus longtemps. Une Fontaine de Jouvence, quoi ! Huguette Boivin et Noëlla St-Pierre rappellent qu'aucun effet de la ménopause ou de l'oestrogénothérapie sur la peau n'a pu être clairement établi chez l'humain. En fait, la perte de l'élasticité et l'affaissement des tissus n'étant pas liés aux hormones, un traitement hormonal n'aura pas d'effets à ce niveau.

Un avertissement spécial doit être fait aux femmes utilisant des oestrogènes en injection. Les injections d'oestrogènes agissent directement sur les tissus du sein sans qu'il y ait eu au préalable absorption à travers les intestins et désintoxication dans le foie. De plus, le risque associé au cancer du sein avec l'utilisation de ces injections est augmenté de quatre fois.

Les oestrogènes en crème vaginale devraient être soumis aux mêmes contre-indications que les oestrogènes administrés par voie orale ou en injection. Il ne faut pas oublier que un à deux grammes d'oestrogènes conjugués par voie intra-vaginale correspond à une dose quotidienne de 0,625 mg à 1,25 mg.

## APPROCHES NON MÉDICAMENTEUSES

Si la controverse vous sensibilise au point de remplacer votre hormonothérapie par une approche non médicamenteuse, sachez qu'une cessation abrupte du traitement résultera en une exacerbation aiguë des symptômes ; donc, le traitement hormonal devrait être réduit graduellement sur une période de deux ou trois mois.

A-t-on oublié que l'individu forme une entité englobant l'aspect physique, psychique et social, demandent les auteurs du document « Le traitement hormonal et les différentes approches non médicamenteuses » ? La sophistication de la médecine moderne nous aurait-elle fait oublier que nous possédons des forces intérieures capables de soulager nos douleurs et de nous faire du bien ? Quels sont les risques à mieux connaître notre corps, à mieux comprendre ce qui se passe en nous, à redécouvrir des capacités que nous possédons et que bien souvent nous ne soupçonnons pas ? Le risque le plus grand n'est-il pas de reconquérir notre autonomie et un état de mieux être ?

Plusieurs problèmes associés à la ménopause, telles l'anxiété, l'irritabilité, l'angoisse appellent un moment d'arrêt pour s'observer et se prendre en main. Les différentes techniques de relaxation et de détente en médecines douces favorisent cette réappropriation du corps et des émotions.

D'autres problèmes d'ordre plus physiologique, comme les bouffées de chaleur, l'ostéoporose, l'atrophie vaginale demandent essentiellement des modifications de comportements et d'habitudes de vie. Pour prévenir l'ostéoporose, consommez des aliments riches en calcium, magnésium et vitamine D et faites de l'exercice quotidiennement.

Pour diminuer les inconvénients reliés au problème de vieillissement de notre appareil génital, une bonne alimentation, de l'exercice et du repos. Une sexualité active est encore une des meilleures façons de conserver nos organes génitaux dans un bon état. Des lubrifiants locaux sans hormones et solubles dans l'eau aident à des relations sexuelles moins douloureuses.

Enfin, la phytothérapie, diverses approches énergétiques et certaines techniques de massage peuvent aider la femme en pré-ménopause, en ménopause et en post-ménopause. Mais pour mettre toutes les chances de son côté, des habitudes de vie saines sont encore ce qu'il y a de mieux, concluent les auteures : une alimentation équilibrée qui contient chaque jour des aliments des quatre groupes alimentaires consommée dans des conditions favorables de calme et de détente. Et surtout... un peu de temps pour soi. Une quinzaine de minutes deux fois par jour, est-ce trop ? ■

SUZANNE BLANCHET

Pour en savoir plus :

BOIVIN, Huguette et ST-PIERRE, Noëlla « *Le traitement hormonal et les différentes approches non médicamenteuses* », CLSC Le Norois, 100 St-Joseph, Alma, Qc G6B 7A6. Automne 1985.

LE COLLECTIF DE SEPT-ÎLES POUR LA SANTÉ DES FEMMES, « *La ménopause - des mesures alternatives à la prise d'hormones* », 421 Arnaud, Sept-Îles, Qc G4R 3B3. Mars 1987.

HEALTHSHARING, hiver 1986, 101 Niagara Street, #200A, Toronto, Ontario M5V 1C3.

SEAMAN, Barbara et Gideon, *Dossier Hormones, de la contraception à la ménopause*, Éditions L'Impatient, 1982.

SHEEHY, Gail, *Les passages de la vie*, Éditions Sélect, 1977.

DESMEULES-GAUDEI, Yolande, *Tout sur la ménopause*, Éditeur officiel du Québec, 1985.

CUTLER, GARCIA et EDWARDS, *La ménopause, guide pour les femmes et les hommes qui les aiment*, Éditions Stanké, 1984.

**Un moment d'arrêt  
pour s'observer  
et se prendre  
en main**



PHOTO : JUDITH CRAWLEY

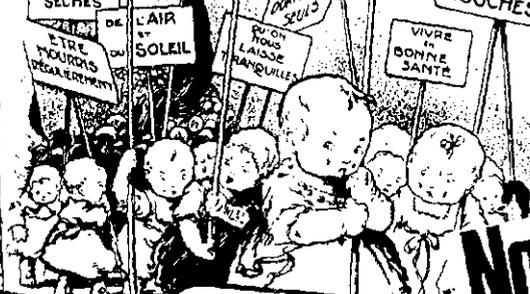
...s devaient contribuer à canaliser la  
 - site sourde des femmes. D'abord local,  
 - mouvement allait prendre une enver-  
 - gure provinciale avec le groupe Naissance-  
 - Renaissance, en 1977. Les objectifs du  
 - groupe : humanisation des soins à l'ac-  
 - couchement, démedicalisation, revendica-  
 - tions pour l'obtention du retour des sages-  
 - femmes, création de maternités.  
 - En mai 1979, l'Association québécoise  
 - pour la santé publique orga-  
 - niser

ce qui expliq-  
 une enjeu ce  
 D'emblée,  
 santé des  
 cœur  
 la

# ACCOUCHER EST UNE EXPERIENCE PUISSANTE ET FRAGILE

Neuf cents personnes dans le Tennessee, ont appris à se servir de la force psychique de chaque femme pour l'aider à accoucher naturellement.

Il y a aux Etats-Unis, dans le Tennessee une collectivité de neuf cents personnes dont une des principales activités est de mettre au monde des bébés, au rythme moyen de un par jour. L'équipe de sages-femmes qui s'y trouvent et qui déjà tout école, pratiquent ce qu'elles appellent "Spiritual Midwifery". Cela se traduit mal mais ça signifie qu'elles ont appris à se servir de la force du psychisme pour aider au travail de la naissance. Je vous donne un exemple: un jour, une femme (une "lady" comme elles les appellent toutes), se trouve depuis de longues heures au bord de l'épuisement et le bébé ne vient toujours pas. Ina May, la sage-femme, lui demande alors de lui dire ce qui lui habite l'esprit. La femme lui répond que depuis deux heures, elle entend dans sa tête la formule "pour le meilleur et pour le pire". Ina May continue de la faire parler et voit enfin le "nœud" qui l'empêche de lui livrer son fruit, ne sachant plus très bien où elle en est avec son homme, elle craint l'abandon ou le rejet de ce qu'elle s'apprete à livrer. Il y a alors un échange avec l'homme qui, de son côté, vit une grande aventure affective et exprime le désir, pour la première fois, de s'engager vraiment avec une femme. Cet échange soulage grandement la future mère: elle se détend et le bébé vient au monde tout de suite après.



# Notre corps, nous-mêmes



# Naissance Renaissance

## 10 ANS DÉJÀ

*« Je ne peux pas jurer  
que j'ai été d'une sincérité totale  
en affirmant que je n'ai pas de nostalgie.*

*J'ai peut-être la nostalgie de  
la mémoire non partagée... »*

*Simone Signoret*

**S**eptembre 1977, à la Clinique des jeunes de Montréal, différents groupes préoccupés par l'humanisation de l'accouchement se réunissent. On y retrouve le Centre d'auto-santé des femmes de Montréal, le Comité d'humanisation de la naissance de Québec (CHAN), des collectifs d'un peu partout à travers la province. À

cette occasion, des femmes qui se sentent concernées par ce qui se passe en périnatalité, décident de faire entendre leurs revendications au niveau provincial et de former un organisme de regroupement.

De nouveau rassemblées à Montréal en octobre, puis à Québec au mois de novembre, elles établissent graduellement les premiers grands

P A R H É L È N E L A F O R C E

ET LA  
IENCE  
DANS  
JT ÇA,  
ST DU  
ORE?

accoucher dans des  
relles et humaines  
nécessaire, l'aide de  
édicale



demarque  
des premiers en pous-  
ten au-delà de la simple  
ices supplémentaires  
cause les notions mêmes  
ies par le pouvoir médi-  
le ce pouvoir. Au Qué-  
s militantes aient com-  
per à peu près à la même  
r les premiers jalons du  
n'est qu'au début des  
ici a vraiment pu pren

ation de  
nent  
sentaient volées, dépos



MONIQUE DE GRAMONT, DE LA REVUE CHATELAINE.

principes de leurs revendications et se choisissent un nom : **NAISSANCE-RENAISSANCE**. Ce nom représente bien le bouillonnement d'une époque où l'on aspire à des changements sociaux majeurs.

Les ambitions sont très grandes : sensibiliser et informer la population sur la situation en périnatalité, faire des pressions pour l'humanisation des soins et la légalisation des sages-femmes, intervenir sur des questions comme l'accouchement à domicile, les maternités et les cours prénatals. Il s'agit en fait de bâtir un groupe d'intervention provinciale ayant des assises régionales.

Même si le regroupement initial de Naissance-Renaissance disparaît à la fin de 1978, ses principes de base continuent d'être portés par la presse féminine du temps. Ils seront d'ailleurs repris par les protagonistes du nouveau Naissance-Renaissance. Organisation qui « renaîtra » en septembre 1980 et qui est à la base du regroupement actuel.

## Le reflet d'une époque

Pour bien comprendre l'origine du nom Naissance-Renaissance, il faut se replacer dans le contexte des années 70. Le Québec est alors en pleine ébullition. La Révolution tranquille s'achève et on ressent déjà les effets des réformes des systèmes d'éducation et de santé amenées par les commissions Parent (1963-1966) et Castonguay-Nepveu (1967-1972).

En obstétrique, un changement de cap important a été effectué en 1973, suite à l'application de la politique en périnatalité. L'implantation de cours prénatals et l'introduction rapide des technologies dans les services d'obstétrique ont bouleversé les anciennes règles du jeu.

En 1977, le Québec a beaucoup changé. De grands événements comme l'Expo 67 et les Jeux olympiques de 1976 nous ont permis d'élargir nos horizons. Les Québécois et Québécoises ont pris confiance en leurs possibilités.

Le mouvement féministe a lui aussi eu sa révolution tranquille. Il a produit des rejets tels le Conseil du statut de la femme (1973), les centres d'auto-santé (1975), les groupes de réflexion féministe. N'oublions pas que 1975 a été l'année, mais aussi le début de la décennie de la femme.

Portée par un cycle de postérité, cette époque apparaît aujourd'hui comme un temps où tout se vivait en démesure. Du moins pour les habitants d'une petite nation qui avaient vécu jusqu'ici dans le silence et à l'ombre des grands. « Les changements, ça se sentait dans l'air », nous dirons les militantes du temps. La crise d'octobre 70, la vague écologique et le mouvement hippie plus tard qualifié de « granola » (1965-1975), les fronts communs tant étudiants que syndicaux, les grandes manifestations nationalistes et l'élection du Parti Québécois en

1976 : des moments où l'on imagine le Québec vibrant à un même rythme. Un Québec en renaissance.

Selon la journaliste Catherine Lord, auteure d'« Accoucher, c'est une fête » publié dans Châteline en octobre 1976 - article qui fut un détonateur pour de nombreuses militantes de Naissance-Renaissance - cette effervescence avait gagné beaucoup de femmes. « Il y avait beaucoup de petits groupes qui réfléchissaient avec des idées souvent très neuves... On était au début d'une nouvelle ère. » C'est dans un tel contexte que des femmes de Matane rédigent le manifeste de St-Léandre, *Renaissance de la sage-femme* publié à l'hiver 1977 par Main-Mise.

Mais pourquoi parler de renaissance de la sage-femme ? Parce qu'aux États-Unis comme au Québec, on se rappelle soudainement cette ancienne pratique. Aux États-Unis, les « nurses-midwives » ont continué leur pratique et des groupes de « lay-midwives », sages-femmes autodidactes amorcent avec *The Farm* (1970) une remise en question de tout le système obstétrical.

Ici, on découvre avec surprise que des cours de sages-femmes étaient offerts aux infirmières quelques années plus tôt à l'hôpital du St-Sacrement de Québec (1962-1972). Il ne s'agit pourtant pas, en 1977, de revendications à essence corporatiste. La venue de cette nouvelle intervenante s'inscrit à l'intérieur d'un changement plus global de tous les aspects de la naissance.

« On voulait donner des droits à la naissance et à la femme » raconte Huguette Boilard. N'aspire-t-on pas à un nouveau départ, à une forme de nouvelle naissance pour la naissance ? En choisissant avec enthousiasme en septembre 1977 le nom de Naissance-Renaissance, version simplifiée de Naissance-Renaissance de la sage-femme, les femmes veulent alors affirmer leur croyance de pouvoir faire changer l'univers de l'obstétrique.

## Des principes, un mode d'organisation

Naissance-Renaissance est la conséquence pratique de la réflexion des Québécoises sur les conditions dans lesquelles se déroulaient leurs accouchements. Ce n'est pas l'instrument d'un groupe socio-économique particulier désireux de véhiculer des revendications d'ordre corporatiste ou idéologique. « Les choses ne partent

PREMIER BUREAU DU CENTRE DES FEMMES DE MONTRÉAL, RUE ST-URBAIN, EN 1975.



pas d'un groupe, mais surgissent spontanément dépendant du vécu et des réalisations de chaque femme.» Cette constatation de Marie Savard, instigatrice d'un groupe de réflexion en 1975, situe bien le contexte qui prévaut à la création de Naissance-Renaissance deux ans plus tard.

Sensibilisées par des articles parus dans Québec-Science et surtout, dans Chatelaine qui organise même des assemblées de réflexion en février 76, les femmes du Québec s'interrogent sur ce qu'on leur offre dans les services obstétricaux. Informées de l'existence d'alternatives, elles revendiquent. À Québec, Jonquière, Alma, Sherbrooke, Mont-Joli, Montréal, Matane, des couples passent à l'action. De 1974 à 1977, les initiatives collectives et individuelles se multiplient. Des couples demandent l'implantation de chambres de naissance dans leurs hôpitaux ou CLSC, l'utilisation de la technique Leboyer, la cohabitation mère-enfant. D'autres femmes, déçues d'une expérience antérieure, décident d'accoucher à domicile.

Naissance-Renaissance, c'est un peu le rassemblement de toutes ces énergies dispersées. C'est l'application concrète et pratique de la volonté des femmes de se faire entendre au niveau politique. C'est le choix qui a été fait après que les femmes eurent réalisé qu'elles n'étaient pas seules à penser ainsi et que les transformations majeures ne peuvent passer que par les superstructures. « On voulait en faire un groupe provincial important qui parlait, manifestait, revendiquait des droits » relate Céline Lemay alors membre du Centre d'auto-santé des femmes de Montréal.

Il faut ici mentionner qu'à l'origine, les membres de Naissance-Renaissance ne privilégient pas nécessairement l'accouchement à domicile, même si elles appuient ce geste et qu'elles encouragent les femmes à l'autonomie face à leur accouchement. Les positions du groupe CHAN, particulièrement influent au sein de Naissance-Renaissance en 1977 sont très claires : l'accouchement à domicile, « non intégré à un encadrement médical » doit être un geste politique visant à faire changer les choses. C'est une solution transitoire en attendant la création de maternités alternatives ou des transformations majeures à l'intérieur des institutions. C'est d'ailleurs sur la question des maternités que les nombreuses divergences, que l'on sent poindre dans le groupe dès 1977, s'estompent. Les maternités apparaissent comme des lieux où

toutes les alternatives semblent possibles et où l'insertion d'une nouvelle intervenante paraît plausible.

Déjà, en 1976, on tente de créer une maternité à Mont-Joli. Le projet, accepté au fédéral, est court-circuité au provincial, suite aux pressions des médecins. Les projets de maternités seront d'ailleurs nombreux dans la décennie qui va suivre. En 1980, CHAN veut rencontrer Ann Voker, du comité de santé du CSF, pour lui faire part de leur volonté de créer une maternité. De 1982 à 1985, le Comité de maison de naissance de Montréal peaufine un autre projet suite à la fermeture du centre de l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc. Naissance-Renaissance Outaouais aura aussi son projet de maternité en 1986.

C'est somme toute, pour faire contrepoids au lobby des médecins que les femmes décident de se regrouper. Ce lobby avait fait ses preuves lors de l'élaboration de la politique en périnatalité de 1973 : on y cite des statistiques sur les sages-femmes européennes sans trop en parler, et on fait mourir dans l'oeuf des projets de maternités qui circulaient au ministère des Affaires sociales à cette époque.

## Des idéologies différentes

Les militantes de Naissance-Renaissance ne proviennent pas d'un groupe idéologiquement homogène. Les idées véhiculées et les types d'action proposés y sont parfois très diffé-

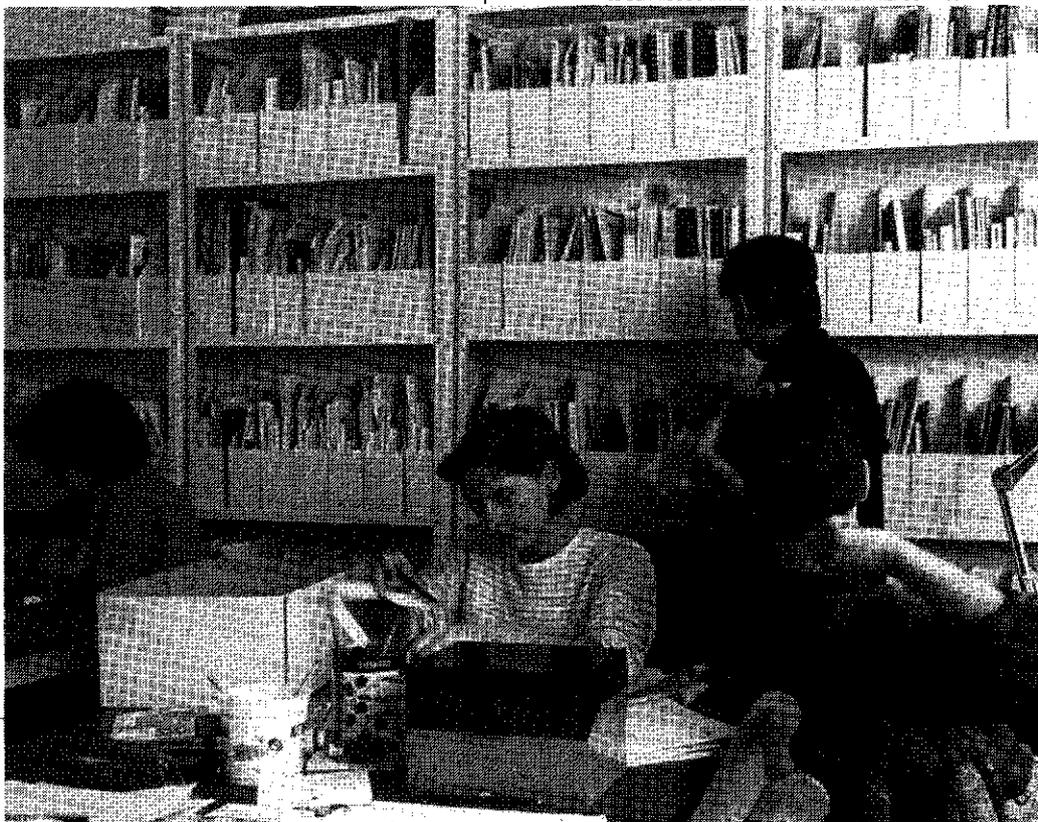
rents. Naissance-Renaissance est le reflet de toutes les tendances revendicatrices en périnatalité véhiculées au Québec durant les années 70. On peut les diviser en quatre groupes : les femmes venant des mouvements féministes réformistes et radicaux, celles de la contre-culture et les intervenantes en périnatalité.

## Les féministes radicales

Inspirées par le mouvement de libération des femmes américaines, une réflexion importante sur la réappropriation de son corps se développe au Québec à partir de 1970. Touchant d'abord les revendications pour la contraception et l'avortement, cette réflexion s'étend graduellement à tout l'univers de la santé incluant le champ des maladies mentales, de l'auto-santé et de la périnatalité, lieux privilégiés de l'emprise masculine.

Le questionnement est le suivant : faut-il exiger de nouveaux services ou diversifier et démocratiser ceux déjà existants ? Mais en agissant ainsi, ne permet-on pas tout simplement au groupe médical d'étendre son pouvoir alors qu'on devrait davantage s'interroger sur la nature des soins qu'il prodigue. Des Américaines, ne croyant pas qu'une plus grande accessibilité des services soit la solution à tous les problèmes de santé, mettent sur pied un réseau parallèle. C'est le point de départ des centres de santé et d'auto-santé des femmes.

LE CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE MONTRÉAL EN 1985



S'il faut attendre 1975, dans le milieu francophone montréalais pour voir apparaître le premier Centre de santé des femmes, il en va tout autrement du côté anglophone. Dès 1970, on y met en place le Centre de référence des femmes de Montréal, pierre angulaire du premier Centre d'auto-santé des femmes (1972-1975) d'où partira la première vague de sages-femmes autodidactes. Avec le groupe CHAN de Québec, les militantes de ce centre où se côtoient anglophones et francophones, sont en quelque sorte les membres fondatrices principales du premier Naissance-Renaissance.



## Les femmes de la contre-culture

**S**i les femmes des années 70 sont plus revendicatrices que leur mères, c'est sans doute qu'elles sont partie prenante de la remise en question de leur époque. Dans les villes comme dans les campagnes, elles ont imprégné le mouvement social de leur démarche, par le biais du milieu de travail, des organisations communautaires, syndicales ou socialistes et des coopératives alimentaires. Leur place est importante dans le mouvement de retour à la campagne où, il ne faut pas l'oublier, les accouchements à domicile se pratiquent majoritairement. Ce phénomène, propre au milieu francophone, tient selon nous non seulement au type de femmes qui y habitent, mais aussi aux conditions d'accouchement en région rurale.

Mieux informées, sensibilisées par une presse féminine qui est à leur écoute et que l'on ne peut plus faire taire, elles ont non seulement des solutions pratiques en main mais aussi l'audace de les mettre en application.

Les femmes, comme le précise Chatelaine en octobre 1978, ne sont pourtant pas réfractaires à l'accouchement à l'hôpital, en autant qu'elles puissent y vivre une expérience de maternité satisfaisante. Les couples tentent donc, au départ, d'impliquer leurs médecins dans cette démarche. Certain-e-s se laissent sensibiliser malgré les embûches de leurs collègues. Ils ou elles se retrouvent rapidement confronté-e-s au fait de n'être plus maîtres de la situation.

Sensibilisés par les cours prénatals, avides de vivre pleinement la naissance du peu d'enfants qu'ils engendrent, les couples se retrouvent soudainement coincés à l'intérieur de cette véritable chaîne à production d'enfants qu'est devenu l'hôpital. Sous prétexte d'une lutte sans merci contre la mortalité infantile, les centres hospitaliers spécialisés sont devenus des macrosystèmes rodés par les routines, la parcellisation et la spécialisation des tâches, les effets négatifs de la « castonguette », l'euphorie technologique et les hasards des « pools » de gynécologues.

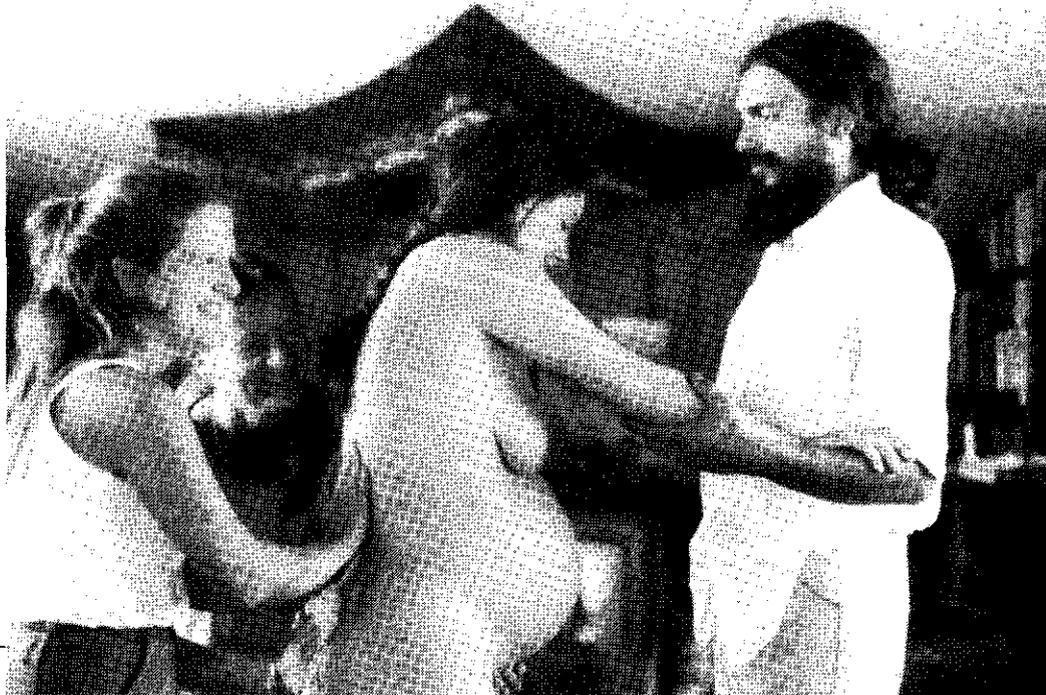
C'est pour faire accepter des mesures humanisantes que les groupes impliqués dans le premier Naissance-Renaissance lutteront de 1975 à 1981. La venue des chambres de naissance en est un exemple frappant. Ne profite-t-on pas encore, en quelque sorte, des gains de cette époque ? Le groupe CHAN de Québec va même plus loin en établissant un réseau de parrains-marraines pour appuyer les couples à l'intérieur de cette chasse-gardée qu'est l'hôpital. C'est un peu le précurseur du groupe Les Relevailles.

Certaines femmes sont pourtant conscientes que ces concessions ne changent pas véritablement les structures hospitalières. Parce qu'on ne répond pas à leurs véritables besoins, qu'on ne se donne même pas la peine de les écouter, certaines d'entre elles poussent plus loin leur révolte et accouchent à domicile. Elles le feront avec leurs médecins, des sages-femmes diplômées ou autodidactes, des amies et parfois, seules. L'accouchement à domicile est le fer de lance du mouvement, obligeant en quelque sorte les institutions à changer, car c'est la seule alternative au système en place.

## Les intervenantes en périnatalité

« Quand elles se voient menacées de fermeture, les institutions sont prêtes à tout ; même à faire du Leboyer de salon... On baisse les lumières, on parle bas, on fournit le bain et le reste, mais on prend bien soin de garder ses gants, son masque et toutes ses idées préconçues. »<sup>1</sup> Cette remarque de Louise Gareau, infirmière, animatrice de cours prénatals et sage-femme, traduit bien la révolte de certaines intervenantes en périnatalité.

De 1975 à 1981, les réunions publiques, colloques, conférences sur l'humanisation des soins attirent de nombreuses intervenantes en périnatalité : monitrices de cours prénatals, infirmières, sages-femmes diplômées ou autodidactes et quelques médecins. On les retrouve aussi lors des premières réunions de Naissance-



Renaissance. Même si le groupe vise prioritairement à rejoindre les usagers et usagères, le rôle de ces intervenantes est important aux premières heures du mouvement, à cause de l'information et de l'aide technique qu'elles apportent.

Très tôt cependant on perçoit un conflit au sein de ce groupe d'intervenantes. On ne s'entend pas toujours sur ce que signifie la démedicalisation de l'accouchement. D'un côté, on retrouve celles qui désirent intégrer les changements à l'intérieur d'une approche médicale traditionnelle. Un peu comme le font certaines sages-femmes européennes. D'autres préconisent une approche différente. « Il y a bien sûr l'approche Leboyer, commente Ginette Legris, infirmière militante en 1977, mais il faut aussi voir les choses d'une autre façon. Faire plus confiance en la nature, ne pas se précipiter pour couper le cordon, ne pas crever les eaux... »

C'est cette double vision qui explique que malgré les tentatives de concertations, les groupes d'infirmières et les sages-femmes évolueront de façon parallèle sur la question des sages-femmes. Les intérêts de ces groupes n'étant pas nécessairement les mêmes.

## Les féministes réformistes

Une analyse sommaire des actions des différents groupes membres de Naissance-Renaissance nous permet de constater que ses militantes sont plus réformistes que radicales.

À la fin des années 70, le mouvement réformiste est en pleine expansion. S'inspirant des idées des radicales, des organismes comme le Conseil du statut de la femme (CSF) proposent des mesures concrètes pour l'amélioration des conditions de vie des Québécoises. Le CSF recommande en 1978, dans son plan d'ensemble intitulé **POUR LES QUÉBÉCOISES, ÉGALITÉ ET INDÉPENDANCE**, que le ministère de l'Éducation (MEQ), après une consultation avec le milieu d'enseignement collégial, crée un programme d'études spécialisées en obstétrique pour les infirmières. Suite à cette recommandation, le MEQ établit en 1980 des tables de discussions sur ce sujet.

À son tour, le Parti Québécois promet, dans son programme de 1977, de s'impliquer dans la création de maternités et la légalisation de la profession de sage-femme. Le récent mariage entre le Parti Québécois et les femmes, comme l'écrivent les membres du Collectif de Matane, redonne confiance. « Depuis l'accession du PQ au pouvoir, nous sentons un début d'espoir de nous faire entendre. Nous constatons chez vous

une certaine ouverture d'esprit, nous en profitons donc pour vous présenter les résultats d'une réflexion commune. »

## Le mouvement s'effrite

On pourrait facilement croire que la dissolution du mouvement tient à la forme de militantisme alors pratiqué par les femmes dans ce type de regroupement. Selon Paula McKeown, future coordonnatrice de Naissance-Renaissance, l'implication des femmes dans les groupes d'humanisation tourne autour de leur grossesse. Après, vient celle dans les garderies, les écoles alternatives et les femmes doivent réorienter leurs énergies. Pas toujours facile d'être parents alternatifs !

Mais il n'y a pas que cela. Presqu'ironiquement, la vivacité que démontre l'aile réformiste est aussi l'une des causes de l'effritement du mouvement. Manquant de moyens financiers, éprouvant des difficultés à assumer un leadership, à bout de souffle et de ressources pour des actions autres que locales, la coalition nationale qu'est Naissance-Renaissance, s'éteint graduellement en 1979. Tacitement, parce qu'elles y croyaient et qu'elles n'avaient pas le choix, les

femmes décident de remettre entre les mains des organismes gouvernementaux, leur représentation provinciale.

Cette décision n'empêche pas certains groupes de poursuivre leurs activités. En effet, des groupes comme Abitibiennes enceintes (1976), Mieux Naître de Chicoutimi, les comités d'humanisation de l'accouchement et de la naissance de Québec, d'Alma et de Sherbrooke ainsi que l'Association d'éducation à la périnatalité d'Ottawa-Hull (1974) continuent de s'impliquer auprès des hôpitaux, soutenus le plus souvent par les CLSC et les Départements de santé communautaire. À Montréal les sages-femmes autodidactes du Centre d'auto-santé continuent leur pratique, malgré la fermeture du centre. Le petit noyau retrouve un second souffle avec l'arrivée d'une nouvelle venue, Isabelle Brabant, et étend son action. De leur côté, en 1980, les infirmières-sages-femmes diplômées se regroupent en association. Ce sera la cellule de base du second Naissance-Renaissance.

## Un précieux héritage

Naissance-Renaissance, première version, aura laissé en héritage une forme d'organisation originale qui tient à la diversité idéologique des militantes qui l'ont conçu. Des féministes radicales, le rassemblement a gardé l'idée de l'association de petits groupes d'action fonctionnant sur le mode de l'autogestion. Collectifs





SABRILE BRABANT, SYLVIE VAN BRABANT, CÉLINE LEMAY, HÉLÈNE CORNELLIER PRÉPARENT LA RELEVÉ

souvent réfractaires à toute forme de leadership et de hiérarchies, dont les projets politiques varient suivant les courants idéologiques qui les traversent. De la pensée réformiste est venue le concept d'une large association de femmes, structurée en tant que groupe de pression, travaillant sur des projets à court terme et actives au plan législatif qu'à celui des médias.

De là, la force et la fragilité du regroupement. La force, parce qu'en étant ainsi organisé Naissance-Renaissance s'est trouvé directement branché sur les mouvements de base qui sont, bien souvent, les plus dynamiques en terme d'actions et de réflexion. La fragilité aussi, car la cohabitation de ces deux types d'action est propice aux tiraillements. L'évolution de Naissance-Renaissance deuxième version, en sera d'ailleurs imprégnée. Les orientations du regroupement, reposant sur les mêmes principes de base, oscilleront du côté des groupes ou de la représentation nationale — qui en est l'essence — dépendant de la force que prendra l'un ou l'autre courant.

La structure de Naissance-Renaissance est aussi influencée par certains modèles anglo-canadiens déjà en place en Colombie-Britannique (*Maternal Health News*). L'approche des Québécoises sera pourtant différente en ce qui a trait aux rapports avec l'État subventionneur. Choississant d'accepter l'aide financière des ministères, sans laquelle sa représentation nationale ne peut survivre, Naissance-Renaissance tentera toujours de garder son autonomie face à ces derniers. Même associée à des comités chapeautés par des ministères, l'asso-

ciation parviendra, tant bien que mal au cours des ans, à rester le chien de garde des intérêts des usagères. Sa prise de position sur l'avortement en 1987 est dans ce sens un signe de maturité.

Enfin, comme dernier leg, Naissance-Renaissance 1 a laissé toute une série de questionnements. « Faut-il exiger des cliniques de maternité privées? Doit-on obliger les grands hôpitaux à séparer l'obstétrique du reste de l'hôpital? Faut-il que les femmes s'emparent de l'obstétrique afin de pouvoir accoucher chez elles? Faut-il mettre sur pied un réseau d'assistance technique sage-femme/ambulance, pour que les femmes désireuses d'accoucher à domicile puissent le faire dans des conditions optimales de sécurité? Faut-il mettre l'accent sur l'information aux femmes? »<sup>2</sup>

C'est ce type de questionnement qu'aura à résoudre Naissance-Renaissance 2.

## Un nouveau départ

Cette renaissance tient à la conjonction de divers facteurs liés autant aux groupes de femmes qu'aux organismes gouvernementaux. Fin 1979, le débat sur les sages-femmes reprend de plus belle alimenté par les médias et par les grandes organisations. Organisations elles-mêmes sensibilisées par les militantes des groupes d'humanisation encore en place. Début 1979, les CLSC et les DSC introduisent une nouvelle réflexion sur le problème de la surmédicalisation périnatale avec le colloque « Accoucher à son goût ». Durant l'été 79, l'Association de santé publique de Québec alimente le débat

avec le colloque « Avoir un enfant sans risque et sans violence ». C'est cette même organisation qui sera à la base au cours des années 80-81 des colloques régionaux « Accoucher ou se faire accoucher », incroyable plate-forme de revendications pour plus de 10 000 femmes et hommes.

En 1979 et 1980, Consult-Action du CSF commence à recevoir de nombreux appels de femmes demandant les références de bons hôpitaux, de bons médecins et de sages-femmes. C'est pour répondre à cette demande que le CSF passe à l'action. Voici ce que note Gisèle Audet, agente du CSF, à ce sujet en 1981 : « C'est là que je commençai à rechercher plus systématiquement les groupes actifs. En faisant le tour des groupes de santé, et en courant après les vieux numéros de téléphone du CLSC, je finis par dénicher un groupe de sages-femmes faisant des accouchements à domicile, un groupe de sages-femmes diplômées non pratiquantes, quelques comités d'humanisation ici et là et quelques hôpitaux, qui se laissaient gagner par les changements pour se refaire une clientèle. Tous les gens rencontrés semblent intéressés à une certaine action.

La fermeture en décembre 79 de la maternité du docteur Tucker où l'on retrouvait des sages-femmes, sous la pression de la Corporation des médecins et la prise de position imminente de cette même Corporation rendait plus urgente la préoccupation de réunir les groupes. Alors que je me préparais à réunir les femmes intéressées, une stagiaire du MEQ, Marie-Christine Courchesne, qui avait reçu le mandat d'investiguer la recommandation de 1978 en vue d'une spécialisation en obstétrique pour les infirmières voulût rencontrer tout ce monde. Je décidai de combiner les deux. »

La première réunion du groupe a lieu le 2 avril 1980. Elle réunit des femmes intéressées à la problématique sage-femme. Afin de poursuivre l'action, le groupe nomme un comité de travail chargé de proposer des objectifs et des activités. Dans un même élan, on décide d'endosser une demande de subvention au Secrétariat d'État visant à terminer un film sur la naissance commencé par Sylvie Van Brabant. Comme le groupe endosseur devait posséder un nom, on propose celui de l'ancien regroupement Naissance-Renaissance.

LANCÉMENT DE L'UNE À L'AUTRE EN 1983.



## Une autre organisation

Les objectifs formulés par le comité de travail sont acceptés par les femmes de nouveau réunies par le CSF le 9 juin suivant. Pour éviter les poursuites judiciaires contre des sages-femmes apparaissant dans le film, le groupe décide de s'incorporer au cours de l'été 1980. Naissance-Renaissance tient sa première assemblée générale les 28 et 29 septembre 1979. Née d'une demande de subvention pour un film et du besoin de protection d'un groupe de sages-femmes, le rassemblement revient, grâce aux préparatifs (septembre 1980) et à l'adoption de ses statuts et règlements (28 février 1981) aux

## Une valse à trois temps

On peut par la suite diviser l'historique de Naissance-Renaissance en trois temps. Nous ne ferons qu'un bref survol de cette période. Nous y reviendrons dans le prochain numéro pour examiner les grandes réalisations de Naissance-Renaissance 2.

De 1980 à 1984, on assiste à une période de structuration et de consolidation du regroupement. Naissance-Renaissance aide à la production de la brochure d'accompagnement du film DEPUIS QUE LE MONDE EST MONDE, instrument de sensibilisation important pour le mouvement. Ces militants suivent de près le

déroulement des colloques « Accoucher et se faire accoucher ». Suite à une recommandation de ces colloques, proposant la création d'un organisme chargé de véhiculer les revendications alors émises par les femmes, le petit regroupement obtient une subvention substantielle qui assure son départ véritable en 1981. L'aspect information devenant de plus en plus important (rencontres des groupes trois fois par année, ateliers et sessions régionales, colloques d'envergure à chaque année) l'organisme boucle le processus avec la parution en décembre 1983 de la revue L'UNE À L'AUTRE qui deviendra le journal d'information officiel du regroupement. Les pérégrinations du premier rapport interministériel sur les sages-femmes (1983) y seront fidèlement relatées. Cette époque a une âme : elle porte le nom d'Hélène Cornellier.

La seconde période, de 1984 à 1986, en est une d'expansion et de grands événements : tel le symposium « Femmes/sages-femmes : un lien privilégié » organisé en 1985 par le mouvement sage-femme et suivi par une tournée sur les sages-femmes dans plusieurs régions du Québec.

Enfin, en 1986 et 1987, Naissance-Renaissance amorce une période de restructuration et de réflexion. Comment concilier les objectifs issus de la période de prospérité économique et d'engouement des militantes aux réalités d'une époque de récession et de coupures alors que les énergies deviennent plus rares ? Naissance-Renaissance est en quelque sorte à la recherche de son essence et doit, encore une fois, affronter de nouveaux défis. Il a fait la preuve tout au long de son histoire qu'il en est capable. ■

<sup>1</sup> Châtelaine, janvier 1979.

premiers objectifs de Naissance-Renaissance. Objectifs qui sont de poser tous les gestes nécessaires (recherche, conférence, publication, manifestation, pressions, etc...) pour humaniser l'accouchement et favoriser la prise en charge des femmes dans ce domaine. Enfin, travailler au retour de la sage-femme.

On décide aussi que Naissance-Renaissance sera constitué par des groupes composés majoritairement de femmes et que ces groupes détiendront le pouvoir décisionnel. Cet extrait du procès-verbal de janvier 81 nous informe davantage sur les raisons d'existence du groupe : « Naissance-Renaissance n'est pas là pour poser des gestes dans chaque région. En tant qu'organisme provincial, il est un organisme de liaison et de sensibilisation de l'action des groupes auprès des médias. »

115 PARTICIPANTS AU COLLOQUE DE NAISSANCE-RENAISSANCE EN 1986  
LA PRÉSIDENTE DE NAISSANCE-RENAISSANCE, À CE MÊME COLLOQUE.





## DES CENTRES DE MATERNITÉ NOUVELLE MODE

**Y a-t-il tentative de la part du gouvernement et des institutions hospitalières de récupérer les revendications des femmes qui réclament des lieux de naissances adaptés à leurs attentes ?**

Depuis 1980, l'idée des maisons de naissance évolue au Québec. Rappelons quelques jalons : le colloque « Accoucher ou se faire accoucher », la lutte contre la fermeture de l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc, le projet-pilote du COMITÉ MAISONS DE NAISSANCES DE MONTRÉAL, l'étude d'opportunité du Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSS) de l'Outaouais. Si bien qu'aujourd'hui, plusieurs projets de centres de maternité intra-hospitaliers sont à l'étude au ministère de la Santé et des Services sociaux.

### DEUX TYPES DE PROJETS

On désigne par « centre de maternité intra-hospitalier » et « maison de naissances » des projets fort différents. On en compte une dizaine à travers la province : Outaouais, Québec, Sherbrooke, Beauce, Laurentides et plusieurs dans la région montréalaise, qui se partagent en deux catégories : petits centres autonomes organisés par des groupes de femmes et grands centres intra-hospitaliers.

Les premiers, comme ceux de Hull et de Montréal, partagent la philosophie mise de l'avant par le COMITÉ MAISON DE NAISSANCES, même s'ils diffèrent sur quelques points pour mieux répondre aux besoins de leur milieu respectif. On peut en tracer le portrait suivant : les femmes assument un rôle décisionnel, ils sont de petite envergure, indépendants des hôpitaux, la pratique des sages-femmes y est importante. On y retrouve une grande continuité basée sur une approche globale de la santé et de la maternité, et la sécurité tant physique que psychologique est une préoccupation constante. Malgré leurs coûts de fonctionnement pourtant restreints, ils sont difficilement reconnus au niveau gouvernemental.

Les projets intra-hospitaliers, les plus connus étant ceux de l'hôpital général Lasalle, de la Cité de la santé de Laval et du nouveau centre hospitalier de Châteauguay, se différencient à plusieurs égards. Malgré des coûts beaucoup plus élevés que ceux des centres autonomes, ils sont considérés avec un plus grand empressement par les auto-



rités gouvernementales qui seraient même prêtes à les reconnaître avec des réserves mineures.

Leurs innovations les plus intéressantes sont la continuité de lieux et de personnel à travers les quatre étapes de la naissance : travail, accouchement, post-partum, pouponnière, et l'encouragement à la cohabitation mère/bébé.

### DES CRAINTES

L'ampleur des projets soulève cependant une contradiction majeure. Comment des relations personnalisées et une dimension humaine et familiale des lieux peuvent-elles se concrétiser dans des centres qui accueillent entre 3 et 4 000 patientes par année ?

Contrairement aux projets qui émanent des groupes de femmes et d'humanisation de la naissance, les projets intra-hospitaliers ne remettent pas en question les pratiques obstétricales interventionnistes ; rien ne laisse prévoir une baisse du taux actuellement très élevé de césariennes, d'épisiotomies, d'échographies, de monitoring foetal.

De plus, aucune distinction n'est visible entre le normal et le pathologi-

que. Cela a certes l'avantage de ne pas exclure les « cas à hauts risques » des mesures d'humanisation, mais on peut craindre que leurs besoins spécifiques soient sous-estimés, tout en continuant à médicaliser inutilement et dangereusement les grossesses et accouchements normaux, nettement majoritaires.

Les projets intra-hospitaliers comportent aussi certains « oublis » gênants. Absence totale de sages-femmes, aucune garantie d'homogénéité et de continuité chez un personnel médical et para-médical forcément très nombreux. Pas de rencontres pré ou post-natales, de services à domicile, de groupes d'entraide, de participation des proches, de services de documentation, de pratiques alternatives de santé. Aucun rôle décisionnel accordé à la clientèle dans les orientations et les services qui la concernent en premier lieu.

Derrière un vocabulaire à la mode-humanisation, démedicalisation, approche familiale - se cache un souci de réorganisation du travail et de modernisation des lieux et des équipements, plutôt qu'une réponse aux demandes concrètes des femmes et des familles.

Diverses études, portant sur les chambres de naissance au Québec et au Canada ainsi que sur les centres de maternité intra-hospitaliers aux États-Unis<sup>1</sup>, en viennent à la conclusion que ces concepts peuvent représenter des améliorations souhaitables de la structure hospitalière, mais qu'ils ne sont pas vus comme un véritable changement. Ces conclusions s'appliquent parfaitement aux projets intra-hospitaliers.

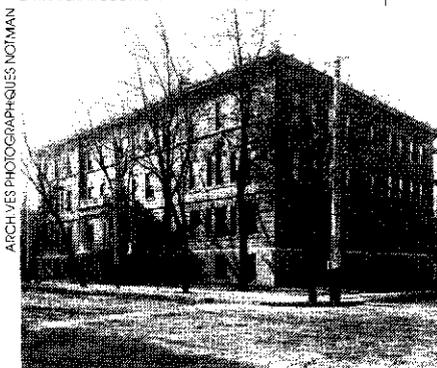
### UNE VIEILLE CERTITUDE

Devant tant de contradictions et de lacunes, on se demande pourquoi les projets intra-hospitaliers ont la faveur du gouvernement. La réponse est probablement politique plutôt que rationnelle ou économique. Les maisons de naissance que réclament les femmes sont-elles trop révolutionnaires pour les gouvernements et leurs institutions médico-hospitalières dont l'ambition première n'est certes pas de favoriser la force des femmes et la magie de la naissance ? ■

PAULE BRIÈRE

<sup>1</sup> CADIEUX, S., LEBEL, G., *Les chambres de naissance dans la région de Montréal*, Alternative-Naissance, Montréal, 1984.  
DEVRIES, R., *The Alternative Birth Center : Option or Cooptation*, dans *Women and Health*, 1980, vol. 5, no 3.  
HANVEY, L., *Birth Rooms in Canada*, Canadian Family Physician, 1984, vol. 30.

LA MATERNITÉ DE MONTRÉAL EN 1926



## L'IMPACT D'UNE CÉSARIENNE SUR LA FAMILLE

toires. Les réactions des pères, eux aussi ayant fait l'objet d'une étude, sont plus tranchées : ils ont éprouvé, soit beaucoup de soulagement et de joie, soit beaucoup de frustration et de déception. Selon un article de ICEA NEWS<sup>3</sup>, des recherches récentes indiqueraient que la césarienne peut influencer les relations à l'intérieur de la famille durant des mois et même des années. Chez la mère, Mews a trouvé qu'elle peut affecter les pensées et les sentiments envers l'enfant, la capacité et le désir de se reproduire à nouveau et l'estime personnelle. Selon Trowell, qui a comparé deux groupes de femmes les unes ayant accouché vaginalement et les autres par césarienne, ces dernières avaient moins confiance en elles et en leurs capacités maternelles, elles étaient plus déprimées et trouvaient l'adaptation difficile. On constate qu'en général, les sentiments des parents suite à une césarienne sont influencés par le type d'anesthésie, par la présence ou non du père et par la prévisibilité ou non de l'intervention.

Claudia Panuthos, dans TRANSFORMATION THROUGH BIRTH, A WOMEN'S GUIDE<sup>3</sup> souligne qu'après une césarienne, certaines femmes deviennent très sensibles à la moindre

violation de leur intégrité physique et peuvent même réagir fortement à une simple ecchymose. D'autres ont l'impression que leur corps s'est « durci », pour prévenir toute violation ultérieure.

### ET L'ENFANT ?

On connaît peu d'études analysant l'impact de la césarienne sur l'enfant. Afonso avance que « si les sentiments conflictuels engendrés par une césarienne ne sont pas résolus durant la période initiale d'attachement au bébé, il y a plus de risques que tensions et inconfort imprègnent la future relation ». Elle a même découvert que les parents ayant vécu un accouchement par césarienne prennent souvent plus de temps à nommer leur bébé. Des difficultés d'attachement à l'enfant sont aussi rapportées par plusieurs chercheurs. Certains se sont même interrogés sur la possibilité d'un lien entre mauvais traitements infligés aux enfants et césarienne.

Les expériences de rebirth rapportées par Sondra Ray dans BIRTH AND RELATIONSHIPS<sup>5</sup> illustrent les difficultés de clients nés par césarienne : détester être interrompus dans leurs actions, insister pour faire les choses à leur façon et quand ils le désirent, man-

quer de confiance dans leurs capacités de mener les choses à terme, hésiter à prendre des décisions.

### IMPACT CERTAIN

L'expérience de la césarienne est difficile à vivre pour la plupart des femmes et leurs conjoints. Selon les médecins, d'autres femmes réclament cette intervention. Il est indéniable que cela a un impact sur la famille. La question mériterait des recherches plus approfondies. Mais cette opération, dont la fréquence ne cesse de croître, a aussi un impact sur la société. C'est ce que nous verrons dans la prochaine chronique, statistiques à l'appui. ■

HÉLÈNE VADEBONCOEUR

<sup>1</sup> Cette conférence a eu lieu à l'Université MacMaster, Ontario en 1985. Le panel recommanda la généralisation de mesures destinées à faire baisser le taux national de césariennes, dont l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC).

<sup>2</sup> AFFONSO, DYANNE, *Impact of Cesarean Childbirth*, F.A. Davis, Philadelphie, 1981.

<sup>3</sup> ICEA News, 23 janvier 1984.

<sup>4</sup> PANUTHOS, Claudia, *Transformation Through Birth, A Woman's Guide*, 1984.

<sup>5</sup> RAY, Sondra, MANDEL, Bob, *Birth and Relationships*, Celestial arts Berkeley, 1987.



PHOTO: LUCIE WELLS

**Y**a-t-il une explication scientifique aux démangeoisons subites de la cicatrice d'une opération vieille de onze ans ? C'était pourtant bien ce qui m'arrivait ce soir-là. Lorsque je demandai à mon homme pourquoi la cicatrice de ma césarienne me « piquait » tant, et ce pour la première fois depuis longtemps, il me répondit : « C'est ton article sur l'impact de la césarienne qui te préoccupe ».

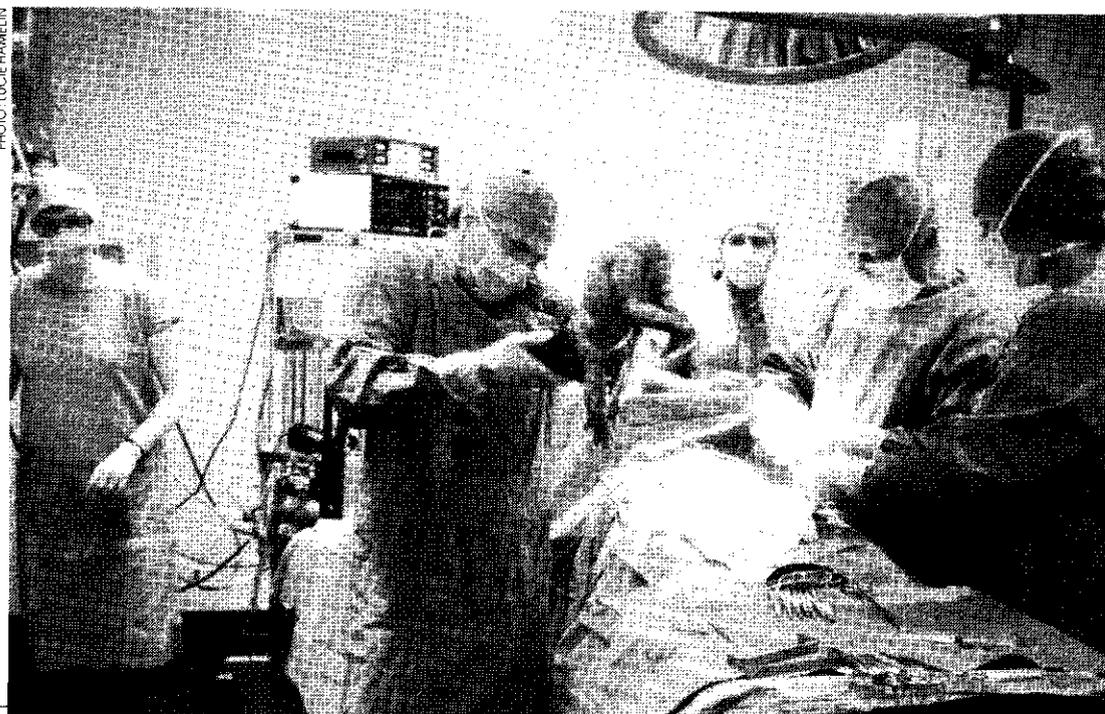
Pour combien de femmes et de couples, accoucher par césarienne représente-t-il une blessure autant, sinon plus, affective que physique ?

### FEMMES BOULEVERSÉES, MÉDECINS SURPRIS

Faye Ryder, responsable de la « Cesarean Section » du MATERNAL HEALTH NEWS et seule membre usagère du panel de la NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON ASPECTS OF CESAREAN BIRTH<sup>1</sup>, m'avouait qu'une des plus grandes surprises des médecins de ce panel a été de découvrir la force des émotions des femmes témoignant devant eux. Ils étaient renversés de constater que la césarienne avait pu bouleverser ces femmes à ce point et se demandaient si elles représentaient une minorité insatisfaite ou la majorité habituellement silencieuse.

Il existe malheureusement peu d'études, particulièrement à long terme, sur l'impact d'une césarienne sur la mère, le père et l'enfant concernés. Toutefois, un livre de Dyanne Afonso, IMPACT OF A CESAREAN CHILDBIRTH<sup>2</sup>, nous apporte quelques réponses. L'auteure a interviewé 105 femmes qui ont accouché par césarienne : 30 % d'entre elles se sont dites soulagées ou heureuses après cette intervention, 52 % ont ressenti de la colère ou de la déception. L'opération et ses conséquences ont inquiété 92 % d'entre elles. Elles éprouvaient souvent des réactions apparemment contradic-

PHOTO: LUCIE HAMELIN





## LA FAMILLE, UNE BONNE AFFAIRE

**V**oici un livre écrit par une mère de quatre enfants qui tente de convaincre hommes et femmes d'écrire plus souvent le mot enfant avec un « s ». Selon elle, les couples devraient non seulement avoir absolument un enfant, mais au moins deux.

Alertée par le phénomène de la dénatalité, Mme Christine Collange, dans son livre *CHERS ENFANTS*, se joint à ceux et à celles qui lancent ce cri d'alarme : au rythme où vont les choses, nous allons vers la mort de la civilisation occidentale. Elle met en relief les causes de cette situation qui sont, selon elle, l'individualisme et le goût des loisirs et de la liberté si chers à notre société. L'idée même d'avoir des enfants entre en conflit avec ces valeurs ou bien semble un exploit au-dessus de nos forces et de nos moyens. On en est arrivé à croire qu'un enfant doit être sain, beau, mince, rempli de diplômes, équilibré et sans complexe. Tout écart avec ces normes est source de culpabilité pour les parents.

L'auteure cite les résultats d'une mini-enquête où l'on constate que les femmes auraient aimé avoir un enfant de plus, alors que les hommes sont plus facilement satisfaits du nombre de leurs rejetons.

Sans faux optimisme, Mme Collange décèle quelques signes avant-coureurs de la reprise de la natalité. Elle réaffirme alors sa conviction « jamais un sans au moins deux » montrant tous les

désavantages d'un enfant unique et évoquant les règles pour réussir l'entreprise parentale.

Pourtant mère de trois enfants, je n'ai pas réussi à me laisser emporter par les propos de l'auteure. Le désir d'enfant est l'un des instincts les plus fondamentaux. C'est une affaire de cœur. Le livre s'adresse beaucoup trop à la raison, à la logique, aux chiffres, et au narcissisme des individus. Les enfants représentent un bon « investissement » affectif. En les dotant d'une rentabilité financière à long terme par surcroît, il deviendrait irrésistible de s'en offrir plusieurs pour garantir son « capital vieux jours ». Elle parle encore des enfants comme « d'œuvres personnelles en chair et en os ». Elle compare l'entreprise familiale à une PME. Bref, avoir des enfants, c'est une bonne affaire!

Enfin, il me semble indécent de comparer les coûts, les soins, l'éducation, l'affection et la valeur sociale des enfants et des chiens!!! À vous de tirer vos conclusions.

*CHERS ENFANTS*, par Christiane Collange, Fayard, 1987, 333 pages, 19,95 \$



## REGARD D'UNE ANTHROPOLOGUE

**L'**accouchement est une affaire sérieuse. Comme on le sait, c'est un objet de science et d'études. Une anthropologue, Louise Paradis, a décidé de publier sa thèse, *À LA RECHERCHE DE L'ACCOUCHEMENT IDÉAL*, une étude sur l'accouchement au Québec. Le titre est accrocheur mais pourrait décevoir celles qui y chercheraient un modèle ou des solutions.

Madame Paradis traite d'abord de l'évolution des conditions dans lesquelles les femmes mettent leurs enfants au monde, de la disparition graduelle des sages-femmes et de la situation actuelle. J'ai sursauté lorsque je me suis aperçue qu'elle ignorait que des sages-femmes pratiquent aujourd'hui au Québec. Comment se fait-il qu'elle ait pu retracer un réseau d'accouchements à domicile et ne prenne pas la peine de mentionner les sages-femmes qui les font? Elles ont pourtant une pratique structurée et sont même regroupées en associations. N'est-ce pas là un aspect anthropologique et culturel qui mérite d'être cité dans le contexte des années 80?

La plus grande partie du livre concerne seize femmes qui ont choisi d'accoucher chez elles. À travers leurs témoignages, on voit qu'elles sont informées, qu'elles ont des connaissances médicales et n'aiment pas les interventions inutiles. Elles ne considèrent pas non plus la naissance comme un processus inquiétant, ni comme un acte

médical. Le déroulement d'un accouchement à la maison est décrit de façon à bien montrer que les femmes qui ont pris cette décision ne sont pas des irresponsables et qu'elles connaissent les raisons et les conséquences de leur geste.

L'auteure donne des précisions sur les médecins et les infirmières qui ont aidé ces femmes. Elle recueille ensuite l'opinion des membres du corps médical face à l'accouchement à domicile. Ils s'y opposent, c'est bien connu.

Elle termine en proposant des alternatives : l'amélioration des conditions de pratique en milieu hospitalier et des changements d'attitude du corps médical. Elle propose l'instauration d'unités mobiles : solution peu économique pour un grand pays souvent enneigé. Elle privilégie l'avènement de maisons de maternité. Elle parle de Pithiviers comme unique modèle en France. Elle semble ignorer que deux projets ont été élaborés au Québec à ce jour.

Je me demande s'il valait vraiment la peine de publier cette thèse sous forme de livre. Je n'ai pas senti qu'il s'adressait vraiment aux femmes, il pourrait par contre être utile aux intervenant-e-s.

Si pour l'auteure, l'accouchement idéal se passe avec des sages-femmes, elle en parle très peu. Leur rôle semble réduit à celui d'accoucheuses. Ce n'est pourtant pas ce que font les sages-femmes québécoises, ni ce que les femmes demandent depuis des années.

CÉLINE LEMAY

*À LA RECHERCHE DE L'ACCOUCHEMENT IDÉAL*, par Louise Paradis, Éditions Papyrus, 1987, 130 pages, 14,95 \$



## LA GROSSESSE À LA LOUPE

Le nombre d'ouvrages traitant de la grossesse et de l'accouchement semble inversement proportionnel au taux de natalité. Les auteures de celui-ci sont membres de la « CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION » de Seattle. Cette association accomplit aux États-Unis et au Canada un immense travail pour promouvoir une image nouvelle de la grossesse et de l'accouchement. **BIENTÔT MAMAN** est donc le fruit de plusieurs années d'expérience et de travail.

Si vous attendez un premier enfant vous trouverez réponse à toutes vos questions ou presque... Que vous désiriez recommencer différemment ou simplement vous rappeler les enseignements de votre première grossesse, ce livre vous sera encore très utile. Sans remplacer les cours prénatals, bien que j'avoue m'être posé la question, il en est le complément idéal.

L'alimentation, l'exercice physique, les médicaments, les changements psychologiques pendant la grossesse, la respiration, les routines hospitalières, les alternatives possibles, les malformations du bébé, le massage du périnée, l'allaitement, la vie avec un nourrisson, constituent le vaste horizon de ce livre. Pour faciliter la compréhension, une synthèse des sujets abordés est présentée sous forme de tableaux en fin de chapitre.

Mais, à force de vouloir tout planifier et tout éclaircir ne risque-t-on pas de devenir un peu trop maniaque ?

Compter les mouvements quotidiens du bébé s'avère dans certains cas fort utile, savoir consigner ces observations en tableaux aussi, mais ça peut aussi devenir une obsession !

La traduction est bien faite et agréable à lire malgré le vocabulaire qui s'éloigne parfois de notre français nord-américain. On parle par exemple de la layette du bébé pour sa sortie de l'hôpital qui doit comprendre un « gilet de dessous » (une camisole), une robe de nuit ou un survêtement (un pyjama). On suggère le « blue Cohosh » pour provoquer le travail sous son nom bien français « d'actée à grappes bleues ».

Traduit en français trois ans après sa parution aux États-Unis, il était temps que ce type d'information soit enfin diffusé massivement.

**BIENTÔT MAMAN**, par Janet Whalley, Penny Simkin et Ann Keppler, traduit de l'américain par Linda Nantel, Les Éditions de l'homme, 1987, 334 pages. 29,95 \$



## FRUIT DE LA SCIENCE ET DE L'AMOUR

**L'ENFANT DU DERNIER ESPOIR**, c'est celui des nouvelles technologies de reproduction humaine.

Ce livre nous fait découvrir l'immense fossé qui sépare le désir des couples infertiles qui ont recours à ces techniques et les sceptiques que nous sommes, voyant ces nouvelles techniques d'un oeil critique.

Elizabeth Raumont raconte son histoire. Elle est devenue stérile à la suite d'une hystérogaphie<sup>1</sup> absolument inutile, qu'un imminent professeur jugeait essentielle pour vérifier l'état des ses trompes, lors d'une visite pré-conceptuelle. Commence alors la ronde des experts, des médications, des interventions. On lui enlève une trompe, puis un ovaire « qui ne sert à rien » ; elle frôle l'hystérectomie et réussit finalement à échapper aux mains des chirurgiens.

Son désir d'avoir un enfant augmente mais ses espoirs sont à chaque mois déçus. Elle rencontre enfin la bonne personne, le professeur Sherman<sup>2</sup>. Après une tentative de fécondation in vitro, le miracle se produit, elle est enceinte.

« Je supplie les scientifiques de ne pas arrêter leurs recherches pour que tous les parents puissent s'émerveiller de leur bébé et dire : « Il a tes yeux, il a ma bouche et ton fichu caractère... » Car c'est cela le vrai miracle. Le reste n'est que merveilleux jouet. Il est un enfant de l'amour quoiqu'on puisse en

dire, « il existe parce que son papa et sa maman se sont aimés très fort ».

Fin idyllique d'une histoire pas si simple. Quelques remarques acerbes et certaines questions démontrent que l'auteure n'est ni dupe, ni obnubilée par la science. Son bébé lui fait oublier les innombrables souffrances physiques et psychologiques endurées durant les neuf années d'attente. Pour elle, le jeu en valait la chandelle. Pour les nombreux couples déçus, c'est une autre histoire. Ne vaudrait-il pas mieux investir ailleurs les millions dépensés pour les nouvelles techniques de reproduction humaine : en prévention par exemple ? ■

MICHÈLE CHAMPAGNE

<sup>1</sup> Hystérogaphie : technique radiologique consistant à opacifier l'utérus et à donner des images du moule de la filière génitale.

<sup>2</sup> Il s'agissait en fait de René Frydman, auteur de **L'IRRÉSISTIBLE DESIR DE NAISSANCE**, Presses Universitaires de France, 1986. Nous en avons parlé dans le Vol. 3 no 4 de LUNE À L'AUTRE.

**L'ENFANT DU DERNIER ESPOIR**, par Elizabeth Raumont, La manufacture, 1987. 168 pages. 24,95 \$

**L'ESSENTIELLE**, LA LIBRAIRIE DES FEMMES, offre 15 % de rabais sur ces 4 titres jusqu'au 1<sup>er</sup> février. Commandes postales acceptées (Visa, Mastercard, mandat ou chèque).

Ajouter les frais de poste : 0,75 \$ pour 1 livre et 0,25 \$ par livre additionnel.

**L'ESSENTIELLE**  
420 rue Rachel est,  
Montréal, QC, H2J 2G7  
Tél. : (514) 844-3277

## CHRONIQUE VIDÉO

**U**NE MAISON DES NAISSANCES, un documentaire vidéo de 30 minutes. Chantal cherche un lieu pour accoucher et se questionne sur l'approche médicale de la grossesse et de l'accouchement. Lors d'un colloque, elle entend le témoignage d'une femme ayant accouché dans une maison de naissance aux États-Unis. À partir des propos de cette dernière, elle se voit évoluer dans ce que pourrait être une maison de naissance au Québec. Disponible au Groupe d'intervention vidéo (514) 524-3259 et à Naissance-Renaissance (514) 525-5895.

**AU CLAIR DE L'OVULE**, ou quand la technologie transforme la maternité. Une vidéocassette de 51 minutes, 30 secondes sur les nouvelles technologies de reproduction, vous l'aurez deviné. Une production conjointe du Conseil du Statut de la femme et du ministère des Communications du Québec qu'on peut emprunter à la Cinémathèque, Ministère des Communications du Québec, 1601, boul. Hamel Ouest, Québec, G1N 3Y7. Tél. : (418) 643-5168.

**STÉRÉO-CLIP**, vous connaissez ? En visionnant vous comprendrez qu'il s'agit d'une contraction de « stéréotype » et de « vidéoclip ». Astucieuses ces femmes d'Évaluation-Médias, le groupe qui a produit ce très intéressant vidéo sur les images sexistes dans les rock vidéo. Recommandé à toute personne préoccupée par les questions de violence et de sexisme dans les médias. Vous pouvez aussi contacter ce groupe si vous désirez formuler des plaintes sur des publicités que vous jugez sexistes. Ce vidéo de vingt-six minutes est disponible au Vidéographe, 4550 Garnier, Montréal, téléphone : (514) 521-2116 ou à Évaluation-médias, C.P. 1687 Succ. H, Montréal, H3G 2N6 téléphone : (514) 270-7069.

Vidéo Femmes le plus important distributeur de films et vidéos faits par des femmes a préparé une nouvelle édition de son répertoire contenant plus de cent productions audiovisuelles. En plus du

Québec, leur réseau de distribution s'étend au Canada anglais, en Europe, en Amérique du Sud et au Japon.

Pour emprunter ces productions ou encore pour faire inscrire les vôtres à leur répertoire contactez : Vidéo Femmes, 56 St-Pierre, suite 203, Québec, QC, G1K 4A1 TEL. : (418) 692-3090.

## RÊVES DÉÇUS

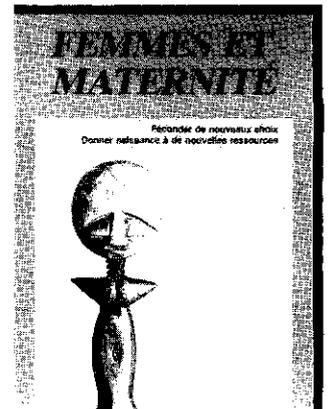
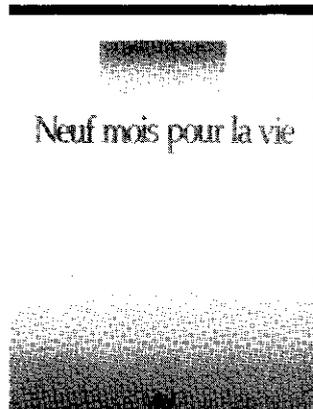
**C**athy McDiarmid a vécu cinq fausses couches. Pour venir en aide à celles qui ont connu le même problème, elle publie depuis juillet dernier le bulletin SHATTERED DREAMS qui propose des lectures, des témoignages, des adresses de groupes-ressources à travers le Canada. Mme McDiarmid espère ainsi apporter information, soutien et espoir d'une future grossesse.

Le bulletin est publié 4 fois l'an et les coûts de l'abonnement sont de 8 \$. S'adresser à SHATTERED DREAMS, C/O BORN TO LOVE, 21 Postdam Road Unit 61, Downsview, Ontario, M3N 1N3 (416) 663-7143.

## INFORM'ELLE

**D**e simples fiches blanches méticuleusement classées pourraient apporter réponse à vos interrogations d'ordre légal. Pas n'importe quelles fiches, bien sûr, mais celles préparées par Inform'Elle, un groupe d'information juridique de Brossard, dont l'objectif est d'aider les femmes à dédramatiser les situations qui ont des implications juridiques et les aider à se prendre en main.

Quelles lois régissent l'adoption internationale ? Quelles sont les étapes d'un divorce ? Sept cent soixante-quinze fiches, chacune apportant une réponse précise à une question claire. Le fichier sera remis à jour chaque année. Les bénévoles donnent aussi des informations par téléphone au (514) 465-6280. Vous pouvez acheter le FICHER D'INFORMATION JURIDIQUE en envoyant un chèque au montant de 48,50 \$ à l'ordre d'Inform'Elle, 1670C, boulevard Provencher, Brossard, QC J4W 2Z6.



## MÉDECINS ET INFIRMIÈRES : DEUX VISIONS DE LA MATERNITÉ

**E**n juin 1987, la Corporation professionnelle des médecins du Québec lançait le carnet de santé NEUF MOIS POUR LA VIE. Ce carnet sera désormais distribué aux femmes enceintes lors de leur première visite chez le médecin. Grâce à cette luxueuse brochure, abondamment illustrée de photos intra-utérines en couleurs, la Corporation veut enrichir la communication femme/médecin en donnant une information complète et cohérente à toutes les femmes du Québec, y compris celles des régions éloignées.

Selon la Corporation, la réalisation de ce carnet est « l'aboutissement d'une révolution que connaît le domaine de l'obstétrique depuis une dizaine d'années ». Cet avis n'est pas partagé par tous et l'on peut avancer que ce guide n'est peut-être pas entièrement à la hauteur des attentes des femmes.

Une lectrice, qui a participé au comité de lecture de ce guide, nous a fait parvenir ses commentaires. Ils traduisent bien notre opinion :

« On oublie complètement dans ce guide d'aborder la possibilité de choix. On décrit la grossesse comme un gros rêve et, pour bien le vivre, il faut écouter scrupuleusement le « grand manitou » ! Le choix du lieu d'accouchement, les sages-femmes, les positions, le droit de refus de certaines interventions, la description des examens et des techniques employées par le médecin et les infirmières et, j'en passe... rien de tout cela dans ce dépliant. »

Si vous cherchez une lecture plus enrichissante, consultez plutôt FEMMES ET MATERNITÉ : FÉCONDER DE NOUVEAUX CHOIX, DONNER NAISSANCE À DE NOUVELLES RESSOURCES, produit par la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers (FQII) et préparé en collaboration avec de nombreux groupes de femmes dont on retrouve la liste au sommaire.

Soucieuses d'offrir une alternative à la population et de contribuer à la lutte pour la démedicalisation de la maternité, les 12 000 infirmières de la Fédération prennent clairement position pour l'intégration des sages-femmes au sein de l'équipe de santé. Elles veulent donner une image juste des sages-femmes et rappellent que dans plusieurs pays ces dernières sont reconnues comme professionnelles de la santé.

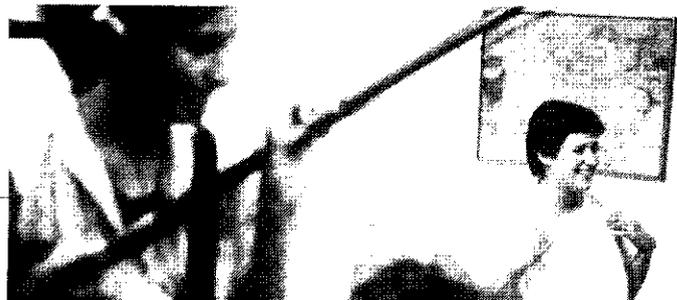
Le document de la FQII veut aussi dédramatiser le discours médical sur l'accouchement à domicile : « s'il y a des femmes qui veulent accoucher à la maison, qu'on leur en donne donc la possibilité ». Les auteures insistent enfin sur les besoins du père qui doit se sentir compris et rassuré pour mieux s'impliquer, sur l'importance de faire place aux enfants, à l'accompagnante... et à la mère !

Se reconnaissant intervenantes privilégiées auprès des femmes enceintes, les infirmières veulent contribuer à l'évolution et au changement et faire en sorte que « concevoir un enfant demeure un acte d'amour ».

FEMMES ET MATERNITÉ, un outil de réflexion que nous vous recommandons.

Carnet de grossesse NEUF MOIS POUR LA VIE. Publication de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine ouest, bureau 914, Montréal, Québec, H3G 1S5. 24 pages.

FEMMES ET MATERNITÉ : féconder de nouveaux choix. Donner naissance à de nouvelles ressources. Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, 1067 St-Denis, Montréal, Québec, H2X 3J3. Tél. : (514) 842-5255. 19 pages.



## STRESS, DOULEUR ET HORMONES DE DÉTRESSE

**L**e stress d'un travail normal est sans danger pour la mère, et bénéfique au fœtus et nouveau-né en santé, puisque qu'il stimule leurs mécanismes d'adaptation à la naissance. Mais quand il est excessif, ou quand il met à l'épreuve un fœtus déjà compromis, le stress peut avoir des effets nuisibles.

Le stress excessif induit chez la mère une augmentation de catécholamines, ces hormones qui répondent à une situation perçue dangereuse. Les effets de cette surabondance de catécholamine maternelle incluent : une diminution de l'efficacité des contractions utérines, une prolongation du travail, et possiblement le détournement de la circulation du sang au profit des organes et muscles nécessaires pour « fuir ou se battre »... à l'exclusion de l'utérus et autres organes non-vitaux. Ceci entraîne chez le fœtus une hypoxie (réduction de son apport d'oxygène) et une augmentation de ses propres catécholamines, lesquelles sont reliées à la détresse respiratoire, à la jaunisse et à plusieurs autres détresses et maladies néonatales. On n'a pas encore réussi à déterminer ni à prévoir les niveaux où le stress commence à être dangereux. D'où l'importance de réduire au minimum les interventions potentiellement stressantes.

Ce qui est possible, puisque plusieurs éléments stressants ne font pas

partie intégrante du travail lui-même. Ces éléments sont imposés sous forme de routines irréfléchies, de personnel non familial et d'interventions technologiques. Un échantillonnage de 159 femmes ayant suivi des cours prénatals et ayant eu par la suite un accouchement vaginal à l'hôpital ont répondu à un questionnaire. Les événements décrits le plus souvent comme étant stressants incluaient : l'induction ou l'augmentation du travail par pitocin, l'administration d'une anesthésie, le confinement au lit, la restriction des mouvements dans le lit, l'accouchement par forceps ou ventouse, la limite du temps passé avec le bébé. Plusieurs de ces événements stressants sont faits sans indication et pourraient donc être éliminés. Parmi les avenues prometteuses pour réduire le stress et la douleur chez la femme qui accouche, on entrevoit l'amélioration de l'éducation prénatale, la présence d'un excellent support pendant le travail, une utilisation judicieuse des médicaments et interventions, et la mise en place de l'environnement le plus confortable possible pour la naissance. L'exploration de moyens non-interventionnistes pour préserver l'adaptation au travail par la mère et son fœtus devrait devenir une priorité, sinon une urgence, dans le mouvement continu vers des soins de maternité centrés sur la famille.

Source : Penny Simkin, in *Birth*, décembre 86, Vol. 13 : 4

## LE SPERMICIDE QUI DÉVORE LES DIAPHRAGMES

**L**es ovules spermicides Pharmatex se vendent en pharmacie comme moyen contraceptif. Sur la boîte, on recommande de les utiliser en conjonction avec des barrières contraceptives telles le condom ou le diaphragme. Or, il s'avère que dès le second contact avec le spermicide, le caoutchouc perd 80 % de ses propriétés élastiques ! Après le deuxième ou troisième usage, la membrane du diaphragme commence à se séparer de l'anneau. Personne ne sait encore combien de temps les ovules Pharmatex prennent pour éroder un condom... C'est le docteur Louise Savoie, une médecin en planning familial de Matane qui a rencontré le problème chez une de ses patientes revenue peu de temps après une consultation, avec des trous dans son diaphragme. Une lettre à la compagnie n'a suscité que cette réponse de leur part : « les ovules devraient être utilisées seules ». Le Ministère de la Santé et du Bien-être, tenu au courant de la situation, n'a montré que peu d'intérêt à poursuivre la question : ils ont simplement fait une recommandation à la compagnie demandant de changer leur mode d'emploi. L'utilisation des ovules Pharmatex comporte un trop grand risque d'échec. Les femmes ont besoin d'ovules contraceptifs sécuritaires et efficaces... pas de suppositoires qui mangent le caoutchouc !

Healthsaring, printemps 87, Vol. 8 : 2

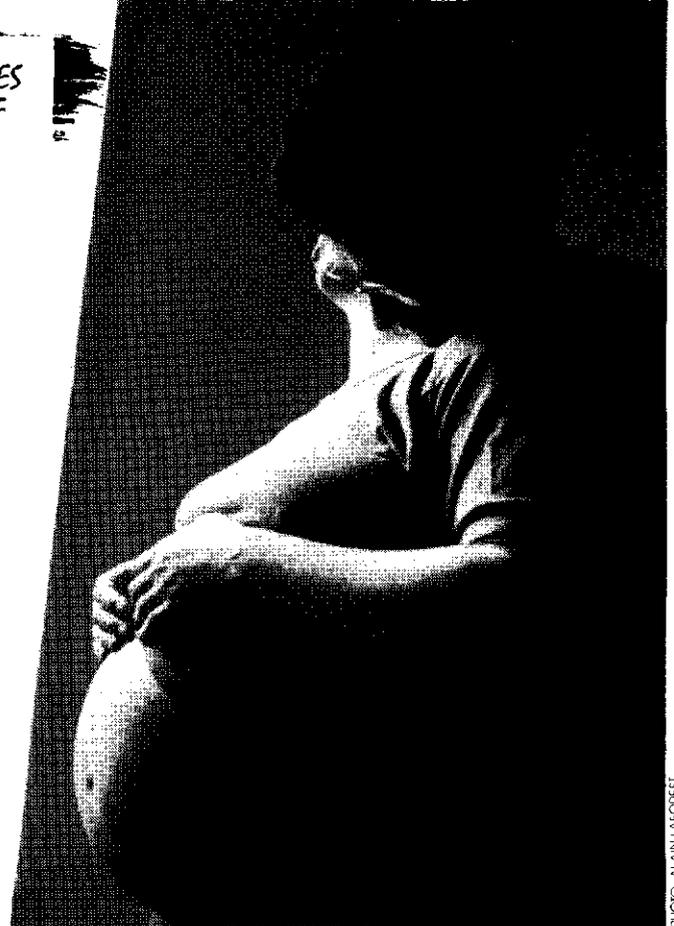


PHOTO ALAIN LAFOREST

## DES LUBIES D'ENFANTEMMENT

**E**n 1979, Margaret Martin qui avait subi une ablation de l'utérus, réussit à mener à terme et en santé une grossesse qui s'était développée dans la cavité abdominale. De là à conclure que l'utérus n'est pas indispensable, il n'y avait qu'un pas. Certains l'ont franchi, se mettant à rêver de grossesse masculine...

Ces grossesses exceptionnelles sont pourtant dangereuses : la mort frappe neuf bébés sur dix et sept femmes sur cent, jusqu'à l'accouchement, les parois intestinales qui ont recueilli le bébé ne peuvent pas se débarrasser du placenta. Il s'ensuit donc une hémorragie grave qui peut causer la mort de la mère. « Quand on voit le bébé flotter littéralement parmi les tripes, son placenta collé sur le péritoine, et que tout saigne de façon épouvantable, ça enlève pas mal de charme à l'enfantement. On ne fait pas ce genre d'opération par fantaisie », déclarait Jacques Rioux, médecin et « père » du premier bébé-éprouvette québécois. « Le temps et l'énergie qu'il faudrait consacrer à la recherche sur la grossesse masculine, poursuit-il, on les retirerait à la recherche sur des problèmes médicaux pour lesquels on ne trouve pas encore de solution ». L'infertilité, par exemple !

On avait déjà provoqué la grossesse d'un babouin mâle, en implantant un embryon dans son abdomen, et celle

d'une souris mâle, en lui implantant l'embryon dans les testicules ! Mais ces expériences effectuées sur des animaux, ne constituent pas une preuve que les hommes peuvent avoir des enfants : plusieurs expériences simples sur des animaux sont des échecs sur l'être humain. À plus forte raison un processus aussi complexe étalé sur une longue période, et comportant des équilibres hormonaux subtils qu'on maîtrise encore mal. L'homme devrait rester couché plus de neuf mois sous surveillance médicale, en risquant sa vie et celle de l'enfant à tout moment. Tenter ce genre de « prouesse à haut risque » suppose tout un débat éthique qui est loin d'être fait ! Mais rien n'empêchera un quelconque millionnaire américain de léguer sa fortune, par exemple, à ceux qui oseraient tenter l'expérience. Un obstétricien-gynécologue de Las Vegas serait prêt à la tenter, ainsi que six cobayes australiens, tous transsexuels.

Bref, c'est un projet farfelu, et plusieurs experts approchés pour en discuter ont refusé de se prononcer sur cette fantaisie suicidaire. Les médias sont-ils tombés « enceints » de sensationnalisme scientifique ? ■

Source : *Québec Science*, avril 87, vol. 25 : 8

## DE L'ALLAITEMENT À L'ACTION COMMUNE : 5<sup>e</sup> RENCONTRE INTERNATIONALE « FEMME ET SANTÉ »



### Des réalités différentes, des luttes semblables.

**A** San José, capitale du Costa Rica, se déroulait en mai dernier un événement capital pour les femmes : la cinquième rencontre internationale « Femme et santé », organisée par les membres du Centro Femenista de Informacion y Acion (Centre d'information et d'action pour les femmes) CEFEMINA.

Pour la première fois, ce congrès se déroulait dans un pays du Tiers monde. Plus de mille femmes de quatre-vingt-deux pays ont pu partager avec quatre cents Costa-Ricaines, leurs espoirs, leurs luttes et leurs victoires. L'importante participation des femmes des pays dévalorisés a eu un impact sur les échanges. Elles ont pu exprimer leurs besoins réels et leurs combats.

On a discuté de santé communautaire, des nouvelles technologies de reproduction, des drogues et médicaments. Une attention particulière a été accordée aux problèmes de la malnutrition et de l'allaitement maternel.

#### DES RÉALISATIONS

Au Costa-Rica, depuis 1982, les femmes de Heredia et Guarapi mènent une lutte pour des logements décentes. Au cours de ces cinq années de lutte, elles ont construit quatre-vingt mille maisons avec l'aide financière du gouvernement.

Les Costa-Ricaines impliquées dans ces projets aspirent à un nouveau type de communautés conçues et développées par elles.

L'utilisation massive en Inde de deux contraceptifs dangereux a été dénoncée par les représentantes de ce pays. Les effets observés du NET-EN et du DÉPO-PROVERA sont l'augmentation du nombre des hémorragies et des atrophies de l'utérus. Pour pallier aux effets secondaires, on administre à ces femmes d'autres médicaments contre les maux de tête, l'hypertension et le cancer du col de l'utérus.

Name Boyo M'Baye du Sénégal nous a parlé des sages-femmes de son pays. Il y en a, mais elles doivent toujours travailler sous l'autorité d'un médecin. Elles luttent pour la reconnaissance de leur travail. Là-bas, vingt pour cent des grossesses se soldent par la mort de la mère à l'accouchement ou en période post-partum. Ces décès sont causés, en grande partie, par la malaria, l'anémie et les hémorragies. Contrairement aux médecins, les sages-femmes sont sensibilisées à ces problèmes.

Dans un autre pays d'Afrique, en 1982, le projet d'éducation et d'information adressé aux mères « Allaitement maternel-promotion », est mis en place

pour diminuer la mortalité infantile. À cette époque, seulement 27 % des femmes allaitaient leur petit de 0 à 3 mois. Ce taux augmente à 49 % en 1985. En général, les femmes qui utilisent le biberon y mélangent eau, miel, thé, café, coca-cola ou jus. Les priorités d'action des femmes sont l'éducation et l'information.

Au Honduras, un projet similaire voit le jour en 1982. À cette époque, quatre-vingts bébés de moins d'un an sur mille mourraient de malnutrition alors que 62 % de la population souffrait de ce problème. On a donc établi des politiques nationales de l'allaitement maternel, des normes et des procédures sur les produits en boîte (lait en poudre). On a aussi créé des centres de documentation. Le pourcentage de médecins recommandant l'allaitement maternel passe de 30 à 70 % en trois ans. Celui des infirmières passe de 20 à 90 %. La cohabitation mère-enfant à l'hôpital se fait maintenant dans 90 % des cas.

#### LA PUBLICITÉ SUR LE LAIT EN POUDRE

Pour l'INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN), la problématique internationale se situe au niveau de la publicité sur les laits en

pour le lait en poudre, et non à celui de l'allaitement. En 1981, l'IBFAN fait des pressions aux Nations-Unies et propose aux représentants des producteurs de lait artificiel d'étudier la publicité diffusée dans différents pays. Les gouvernements, les scientifiques et les représentants d'une quarantaine de pays participent à cette enquête. Notons que les États-Unis ont refusé de collaborer. Des recommandations sont adressées à cent soixante-six pays sous forme de code de commercialisation de ces produits. En 1986, l'IBFAN vérifie l'application du programme et les progrès effectués. Les compagnies ont en tout ou en partie modifié les recommandations. L'IBFAN continue de faire des pressions.

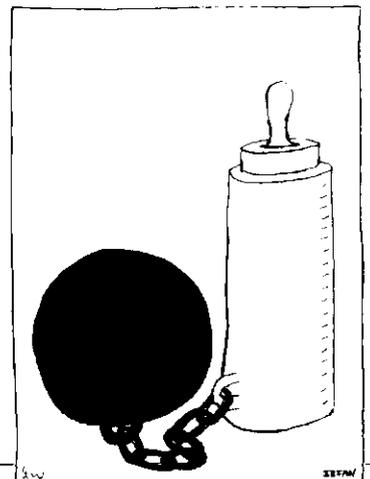
#### DES MESSAGES CLAIRS

Suite à tous ces témoignages, nous avons adopté des résolutions que nous rapportons chacune dans nos pays afin de les faire connaître et d'amener les gouvernements à statuer sur ces questions.

Les États-Unis ont souvent été pris à partie. La lutte pour un monde meilleur commence par la dénonciation des forces destructrices qui dominent les besoins des femmes en matière de santé. « Retournez chez-vous, parlez et dénoncez. » Il faut surtout agir concrètement en s'appuyant internationale-

ment. De la rencontre, nous avons aussi retenu le messages suivant : « Si nous avons laissé la main de notre mère, nous n'avons pas besoin de la main de notre père ». ■

MARIE-ANDRÉE LAFLEUR



# LA CLEF DES CHAMPS

C.P. 462, Val-David, J0T 2N0 Tél. : (819) 322-1561

MARIE PROVOST  
HERBORISTE

DES PLANTES MÉDICINALES  
POUR LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT,  
L'ALLAITEMENT, LA MÉNopause,  
L'ADOLESCENCE, LES PROBLÈMES  
MENSTRUELS, L'INFERTILITÉ, ETC...



boutique  
*Maternitas*

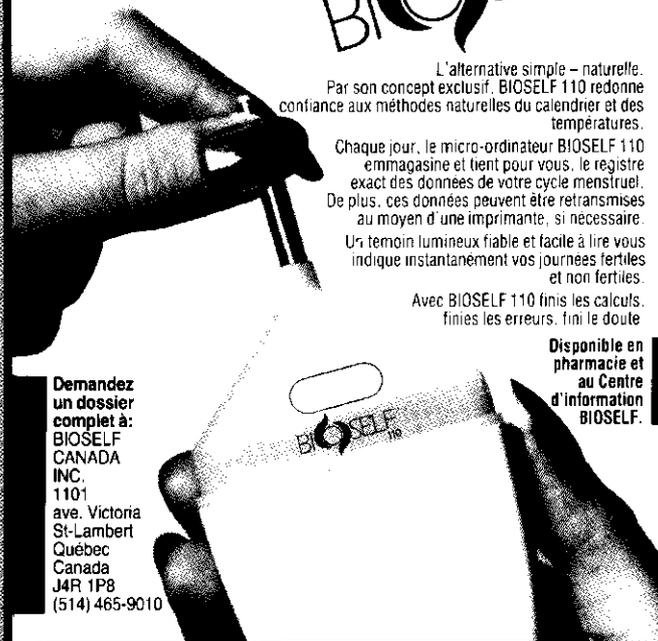
francine martineau prop

VÊTEMENTS de MATERNITÉ  
LAYETTE VÊTEMENTS D'ENFANTS  
ET CADEAUX DE BÉBÉ

mail montenach  
600, boul. laurier, beloeil,  
qué., J3G 4J2  
464-2914

## L'ORDINATEUR DU CYCLE MENSTRUEL

BIOSELF<sup>®</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,  
finis 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

## DIANE RICARD VOIX & SONS

présente

### ÉVEIL À LA VOIX

Ateliers d'exploration de soi  
par les sons, les vibrations  
et la voix.

Venez apprendre à entendre,  
aimer et utiliser  
votre voix.

Pour le plaisir, la joie  
et la liberté de la parole  
et du chant.

#### ATELIERS

5 et 6 décembre '87

23 et 24 janvier '88

21 et 22 février '88

19 et 20 mars '88

10H00 À 16H00

Tarif : 175 \$

Étudiant(e)s : 140 \$

INFORMATION & INSCRIPTION

TÉL. : (514) 276-7945

## CHANTAL SAINT-JARRE

psychothérapeute  
(membre de l'A.P.P.Q.)

psychanalyste

Tél. : 487-1644

## UN NOUVEAU LIVRE



DONNER NAISSANCE N'EST QU'UN DÉBUT :  
LES FEMMES PARLENT DE MATERNITÉ

Photographies  
JUDITH LERMER CRAWLEY

Essais (français / anglais)

PAT ARMSTRONG

GRETA HOFMANN NEMIROFF

COMMANDEZ MAINTENANT

Faites parvenir 25 \$ à Judith Crawley, BOOK PROJET,  
PO NDG, Box 275, Montréal, Qc, H4A 3P6.

VÊTEMENTS de MATERNITÉ  
CADEAUX ET LAYETTE de BÉBÉS

Boutique

Maternellement Votre

FRANÇOISE G. LÉPINE

PROPRIÉTAIRE



585-7755

GALLERIE AVE NORD  
100 BOUL BIAEN  
REPLANTIGNY QUE  
J6A 5N4

## CLAIRE ROSE

professeur et massothérapeute



COURS, ATELIERS ET CONSULTATION

- danse africaine
- danse orientale (baladi)
- gymnastique douce
- massage

PRENDRE CONTACT AVEC SES RACINES  
(514) 677-5570

## NICOLE REEVES, M.A.

Psychologue

Psychothérapie individuelle

Tél. : (514) 274-4645

920, rue Cherrier

Mtl. H2L H17

Quand  
la  
technologie  
transforme  
la  
maternité

# AU CLAIR DE L'OVULE

Une vidéocassette de  
51 minutes, 30 secondes;  
formats: U-Matic 3/4 pouce,  
Betamax ou VHS 1/2 pouce.

On peut emprunter cette  
vidéo à:

**Cinémathèque**

Ministère des Communications  
du Québec

Service de la distribution des  
documents audiovisuels  
1601, boul. Hamel Ouest  
Québec (Québec) G1N 3Y7  
Tél.: (418) 643-5168

Production conjointe du Conseil  
du Statut de la femme et du  
Service de la production  
audiovisuelle du ministère des  
Communications du Québec



Gouvernement du Québec  
Conseil du statut de la femme