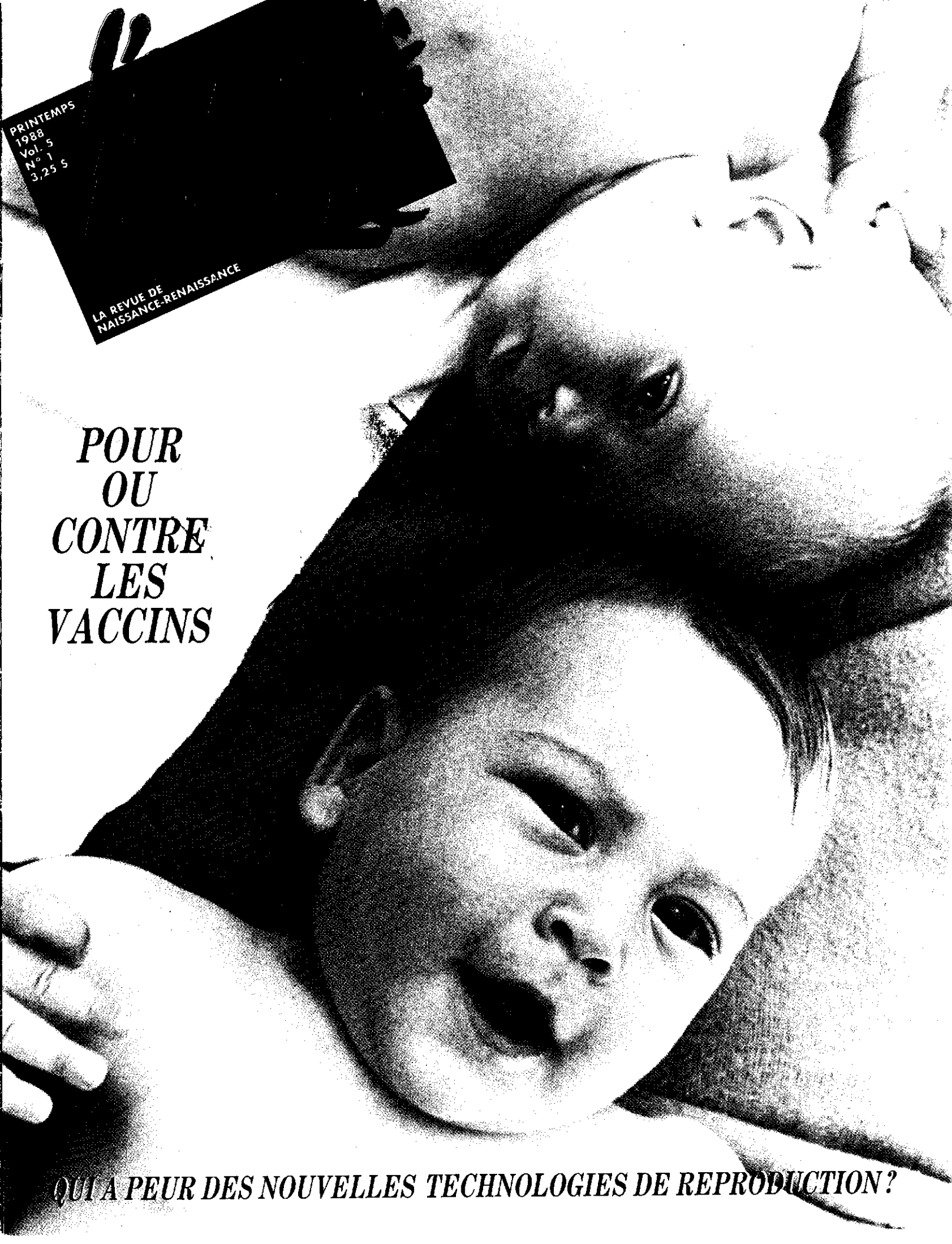




PRINTEMPS
1988
Vol. 5
N° 1
3,25 \$

LA REVUE DE
NAISSANCE-RENAISSANCE

POUR OU CONTRE LES VACCINS

QUI A PEUR DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION?



DANSE PRÉNATALE

Informations générales
Danielle Fournier 647-4870

PAULINE FORTIER

Formation en massage californien

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

INFORMATION (514) 739-9631

CHANTAL SAINT-JARRE

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

psychanalyste

Tél. : 487-1644

4210 AVENUE GIROUARD, MTL, H4A 3C9

VÊTEMENTS de MATERNITÉ
CADEAUX ET L'AYETTE de BÉBÉS

Boutique

Maternellement Vôtre

Inc.

FERNANDE G. LEPINE
PROPRIÉTAIRE



585-7755

GALERIE RIVE NORD
100 BOUL BRIEN
REPENTIGNY, QUE
J6A 5N4

Jean Glazos
Sage-femme / Midwife

Accompagnement
Cours Assistante Sage-Femme
Cours Prénatales
Consultations
Rebirth



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

NICOLE REEVES, M.A.

Psychologue

Psychothérapie Individuelle

TÉL. : 499-8431

400, BOUL. ST-JOSEPH EST
MONTREAL

Martine Thomas

Cours
d'alimentation
saine

Gastronomie
santé

- élémentaires
et avancés
- cours privés

*Auteure du livre abc de cuisine végétarienne

(514) 844-0411

TÉL. : 849-6006

Claire L. Potvin, M.P.s.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOLOGIST
ENFANTS (CHILDREN) / ADOLESCENTS

456 EST, BOUL. ST-JOSEPH
MONTREAL, QUE.
H2J 1J7 (métro Launer)

YOGA PRÉNATAL



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

AVEC VÉRONIQUE VILDER
INFORMATION : 272-9211

LA CIGOGNE TECHNOLOGIQUE



QUELLE EST LA SOLUTION PROPOSÉE AUX COUPLES INFERTILES ?
QUELLES SONT LES CHANCES DE SUCCÈS DE LA FÉCONDATION IN VITRO ?
ET POURQUOI VEUT-ON AVOIR UN ENFANT À TOUT PRIX ?

MAINTENANT DISPONIBLE SUR VIDÉO CASSETTE

UN DOCUMENTAIRE DE LIETTE AUBIN
UNE PRODUCTION DE L'OFFICE NATIONAL DU FILM DU CANADA
DURÉE : 45 MINUTES 30 SECONDES

BON DE COMMANDE

(Prix en vigueur jusqu'au 31 juillet 1988)

Veuillez me faire parvenir la vidéocassette
LA CIGOGNE TECHNOLOGIQUE selon
le format et la quantité indiqués ci-dessous.

VHS ☐ Beta ☐
nombre de vidéocassettes
_____ x 24,95 \$ = _____ \$
(pour visionnements privés ou à domicile
uniquement)

Total partiel : _____ \$
Taxe de vente
provinciale : _____ \$
Total : _____ \$

MODALITÉS DE PAIEMENT

Par chèque ou mandat postal payable au Receveur
général du Canada.

Par carte de crédit (cochez) :

☐ MASTERCARD

No de carte : _____
Date d'expiration : _____

☐ VISA

No de carte : _____
Date d'expiration : _____

NOM : _____

ADRESSE : _____

no rue

ville

province

code postal

SIGNATURE : _____

Remplir et retourner à :
OFFICE NATIONAL DU FILM DU CANADA,
Service à la clientèle,
Case postale 6100, Succursale « A »,
Montréal (Québec) H3C 3H5



Office
national du film
du Canada

National
Film Board
of Canada



On pourra dire que l'automne 87 et l'hiver 88 n'ont pas manqué d'activités : colloques, conférences, décisions, prises de position, déclarations. Le dossier des sages-femmes au Québec progresse. Suite à l'avis du comité de périnatalité sur les sages-femmes présenté à la ministre Lavoie-Roux à l'été 87, près de 135 000 femmes regroupées au sein d'organismes tels l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS), la Fédération des femmes du Québec (FFQ) et le Cercle des femmes ont décidé d'appuyer les sages-femmes et de réclamer du gouvernement la mise sur pieds de projets pilotes de pratique sages-femmes partout au Québec.

Après l'avis, non moins important, du Conseil des affaires sociales et de la famille rendu public en janvier 1988, la prise de position de ces groupes représente un moment historique dans notre lutte. D'autres débats ont aussi retenu notre attention. Nous continuons d'insister sur le droit des femmes à obtenir toute l'information nécessaire pour qu'elles puissent choisir consciemment et librement les solutions qu'elles croient les meilleures pour elles et pour leurs proches. Et ce, par rapport aux nouvelles technologies de reproduction (NTR), aux maisons de naissances autonomes des centres hospitaliers, aux médecines douces ou à la vaccination. Dans notre dossier, nous abordons un sujet controversé : la vaccination. Les nouveaux parents s'y retrouvent confrontés et hésitent à remettre en question cette pratique devenue obligation. Pourtant, le doute persiste : y a-t-il danger ? Après plusieurs années de recherches individuelles et collectives, nous sommes prêtes à vous livrer les résultats de nos réflexions et de notre étude. Nicole Lacelle présente un portrait éloquent des « pour » et des « contre » la vaccination en tenant compte des éléments scientifiques et émotifs de la question. Aussi, parce que nous sommes conscientes de l'importance et de l'ampleur de ce dossier, nous vous invitons à nous faire part de vos réactions et à partager avec nous vos propres réflexions et témoignages. Et le printemps, encore une fois, nous surprendra en nous mettant la folie en tête...

JO-ANN FOURNIER
présidente de Naissance-Renaissance

NOUVELLES EN BREF 4/25

FEMMES ET SANTÉ De colloque en colloque : L'UNE À L'AUTRE y était pour vous 18

CÉSARIENNE ET AVAC Accoucher par césarienne : les bonnes et les mauvaises raisons 10

LE DOSSIER Pour ou contre les vaccins trois générations plus tard 12

ACTUALITÉ Les nouvelles technologies de reproduction : comment réagir lorsqu'on se préoccupe d'humaniser la naissance 6

NOUS AVONS LU Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Céline Lemay ont lu pour vous 22

NAISSANCE-RENAISSANCE Un vidéo pour découvrir les maisons de naissances 24

NOTE DE LA RÉDACTION :
Dans notre précédent numéro, nous annoncions la suite de l'historique du mouvement NAISSANCE-RENAISSANCE. Il nous a été impossible de vous présenter cette deuxième partie dans ce numéro. Nous nous en excusons.

NDLR
Une erreur s'est glissée sur la page couverture de notre dernier numéro. Il aurait fallu lire « Hiver 1988 » et non « 1987 » et « volume 4, n° 4 » au lieu de « n° 3 ».

PHOTO DE LA COUVERTURE : LINDA RUTENBERG

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 : Évelyne Foy COLLABORATION : Isabelle Brabant, Paule Brière, Michèle Champagne, Évelyne Foy, Nicole Lacelle, Céline Lemay, Soizic Motte, Kathleen Nugent, Hélène Vadeboncoeur COMITÉ DE LECTURE : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Marie-Claude Martel GRAPHISME : Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pothier COMPOSITION : Composition Solidaire Inc. ADMINISTRATION : Guylaine Tremblay DISTRIBUTION : Diffusion Parallèle PUBLICITÉ ET PROMOTION : Judith Pothier ABONNEMENTS : Carole Pigeon

La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteur). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. 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 et institutions 30 \$, étranger : ajouter 5 \$. Adresse postale : L'UNE À L'AUTRE, 1493, rue Rachel est, Montréal H2T 2K3. Tél : (514) 525-5895. Dépôt légal : 4^e trimestre 1983, Bibliothèque nationale du Québec. ISSN : 0824-8230. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.



RECHERCHE SUR LE BIOSELF

Deux équipes du centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) mènent présentement une recherche visant à établir la fiabilité d'un indicateur électronique de fertilité chez les

femmes. La recherche est menée par les docteurs Jacques Rioux, un spécialiste de grande renommée en matière de fertilité chez les femmes et Jean Drouin de la clinique de planification des naissances.

Cet indicateur, c'est le Bioself 110, un thermomètre électronique doté d'une mémoire et d'un microcompresseur qui enregistre quotidiennement la température matinale de l'utilisatrice ainsi que le premier jour de chacun des cycles menstruels. L'appareil analyse ces données et les résultats apparaissent comme ceci : la lumière rouge scintillante signifie une grande fertilité, la lumière rouge pâle veut dire l'incertitude et la lumière verte indique l'infertilité.

Cet appareil conçu en Suisse il y a 20 ans, est sur le marché dans 15 pays, dont le Canada depuis environ trois ans. Son efficacité n'ayant pas encore franchi le cap de l'excellence, sa publicité a été discrète.

Nous diffusons dans nos pages, de la publicité pour cet appareil. Une lectrice nous l'a d'ailleurs reproché; elle mentionne que des tests effectués sur le Bioself par SERÉNA (organisme favorisant la méthode sympto-thermique de régulation des naissances) ne sont guère concluants et permettent de met-

DE MULTIPLES APPUIS POUR LES SAGES-FEMMES

Dans un avis rendu public le 6 janvier 1988, le Conseil des affaires sociales et de la famille recommande que l'on reconnaisse la pratique des sages-femmes au Québec et que l'implantation de cette pratique commence par des projets pilotes.

Rigoureusement préparées à assurer le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement normaux, les sages-femmes sont aujourd'hui reconnues dans tous les pays européens et dans d'autres provinces canadiennes, notamment l'Ontario qui implante actuellement ce service dans son système de santé. Le Conseil reconnaît les sages-femmes comme spécialistes de la vie féconde et de la naissance normale, qui abordent la maternité comme un processus unique et continu depuis la grossesse et l'accouchement jusqu'aux premières semaines de la vie de l'enfant. Soulignant le taux élevé de césariennes au Québec (20 %, soit deux fois plus que le taux considéré normal par l'Organisation mondiale de la santé) et celui anormalement élevé d'épisiotomies (dans 67 % des accouchements), le Conseil considère que la présence de sages-femmes permettrait de meilleures relations entre la future mère et l'ensemble du système médical.

Le Conseil croit que le gouvernement doit réglementer la pratique des sages-femmes pour assurer la protection de la mère et de son enfant tout en répondant mieux aux attentes des familles. Il propose les recommandations suivantes :

- que soient assurées les conditions d'exercice définies par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens, en particulier en ce qui a trait à l'autonomie de la pratique et la continuité de services dispensés tout au long des périodes pré, per et post-natales ;
- que soient inscrits dans ces projets, des mécanismes d'information et de sensibilisation des corps professionnels, des institutions et du public ;
- que l'évaluation des projets pilotes porte à la fois sur des indicateurs de santé et sur des indicateurs de qualité de vie individuelle et familiale ;
- que dans le cadre de ces projets, les services des sages-femmes soient offerts gratuitement aux parents ;
- qu'une formation de niveau universitaire soit prévue pour les futures sages-femmes et que soit prévu également un mécanisme de reconnaissance des acquis des sages-femmes québécoises.

Cet avis a suscité beaucoup d'intérêt auprès des différents milieux concernés et les médias y ont accordé une large place. De plus, trois associations représentant 135 000 femmes se sont jointes à NAISSANCE-RENAISSANCE pour demander au gouvernement du Québec de légaliser sans plus tarder la profession de sage-femme et de procéder à son intégration immédiate dans notre système de santé. Il s'agit de l'Association féminine d'action sociale (AFEAS), des Cercles de fermières du Québec, de la Fédération des femmes du Québec. Elles intervenaient dans le cadre de la consultation organisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la pratique des sages-femmes.

« On nous a assez consultées. C'est le temps de passer aux actes en mettant sur pied des projets pilotes respectant la pluralité des besoins des femmes et leurs conjoints » déclarait Marie-Claude Martel du groupe NAISSANCE-RENAISSANCE.

Source : Conseil des Affaires sociales et de la famille, revue de presse et Le Devoir, 3 février 1988

tre en doute sa validité. On peut contacter le docteur Suzanne Parenteau-Carreau à SERÉNA au (514) 273-7531, pour en connaître davantage sur le sujet.

Nous serons à l'affût des résultats de la recherche menée par le CHUL et nous vous en ferons part dès qu'ils seront disponibles.

Source : La Presse, 7 octobre 1987

FEMMES ENCEINTES EN MILIEU DÉFAVORISÉ

Certains quartiers défavorisés de Montréal ont un taux très élevé (12 %) de bébés de petit poids à la naissance. Nous avons fait état de ce problème dans notre numéro précédent. En dépit de l'excellence technologique, de l'éventail des services spécialisés, les services de santé constatent leur impuissance à rejoindre ces clientèles de femmes issues de milieux défavorisés.

Le Dispensaire diététique de Montréal a prévu des mesures spécialement destinées à cette clientèle. En donnant du lait, des œufs et des suppléments vitaminiques à des femmes enceintes de milieux défavorisés, cette petite équipe permet chaque année à 2000 bébés de se développer optimalement dans le sein de leur mère.

« On les voit pour leur assurer une grossesse aussi harmonieuse que possible. En réduisant le stress et en leur donnant de quoi manger, on donne la chance à leur bébé de naître avec un poids normal. C'est important quand on considère que les bébés de petit poids, qui pèsent moins de 2,5 kilos à leur naissance, sont hypothéqués pour la vie. Ils auront fort probablement des problèmes de santé physique et mentale. Ils risquent de développer des problèmes de comportement. »

Les six diététistes du dispensaire rencontrent leurs clientes toutes les deux semaines et leur remettent 14 coupons donnant droit à 14 litres de lait entier, une douzaine d'œufs et 14 sachets de suppléments vitaminiques. Ces efforts portent fruit : seulement 5,6 % des bébés naissent avec un poids inférieur à 2,5 kilos. Une incidence qui correspond à celle des milieux favorisés.

Source : *La Presse*, 30 septembre 1987

INFERTILITÉ ET MTS

Le traitement de l'infertilité progresse au Québec. « Quand j'ai commencé mon entraînement en fertilité, il y a dix ans, on pouvait aider 30 à 35 % des gens qui venaient consulter pour infertilité. Aujourd'hui, nous obtenons 60 % de succès », affirme le Dr Serge Belisle, directeur du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Ce progrès viendrait surtout de l'amélioration de la santé en général et d'un meilleur suivi de la grossesse. Plusieurs médecins fixent le taux d'infertilité à un couple sur douze, soit environ 8 %.

Mais, le spectre des maladies transmises sexuellement risque de faire baisser cette belle moyenne : 30 à 40 % des causes féminines d'infertilité proviennent de problèmes tubaires, i.e. un blocage des trompes de Fallope consécutif à une infection. Si l'épidémie de MTS se poursuit au rythme que l'on connaît actuellement, il se pourrait qu'une adolescente sur sept ait contracté, d'ici quelques années, une MTS avant l'âge de 30 ans. Un premier épisode de MTS causera l'infertilité dans 5 à 15 % des cas, explique Serge Belisle. Attraper la maladie une deuxième fois peut entraîner entre 39 et 50 % d'infertilité alors que trois épisodes de MTS nous donnent 90 à 100 % d'infertilité.

Le chlamydia, la MTS la plus répandue présentement, pourrait ainsi

devenir une cause majeure d'infertilité pour les prochaines décennies et pourrait même provoquer l'infertilité d'une femme sur huit.

Il faut encourager la prévention, affirment les spécialistes de la question

L'IMPORTANCE DU TOUCHER

Des bébés nés prématurément qui ont été massés trois fois par jour pendant 15 minutes ont pris du poids presque deux fois (47 %) plus rapidement que des bébés semblables laissés seuls dans des incubateurs. C'est ce que révèle une étude menée à l'hôpital universitaire Jackson Memorial de Miami.

Le toucher favorise la libération par le cerveau de certaines substances chimiques qui favorisent la croissance. Les enfants nés avant terme sont gardés en incubateur et nourris par intraveineuses. Jusqu'à tout récemment, on leur touchait le moins souvent possible, car les manipulations risquent d'affecter leurs poumons. Mais le Docteur Tiffany Field, psychologue à l'école de médecine de l'Université de

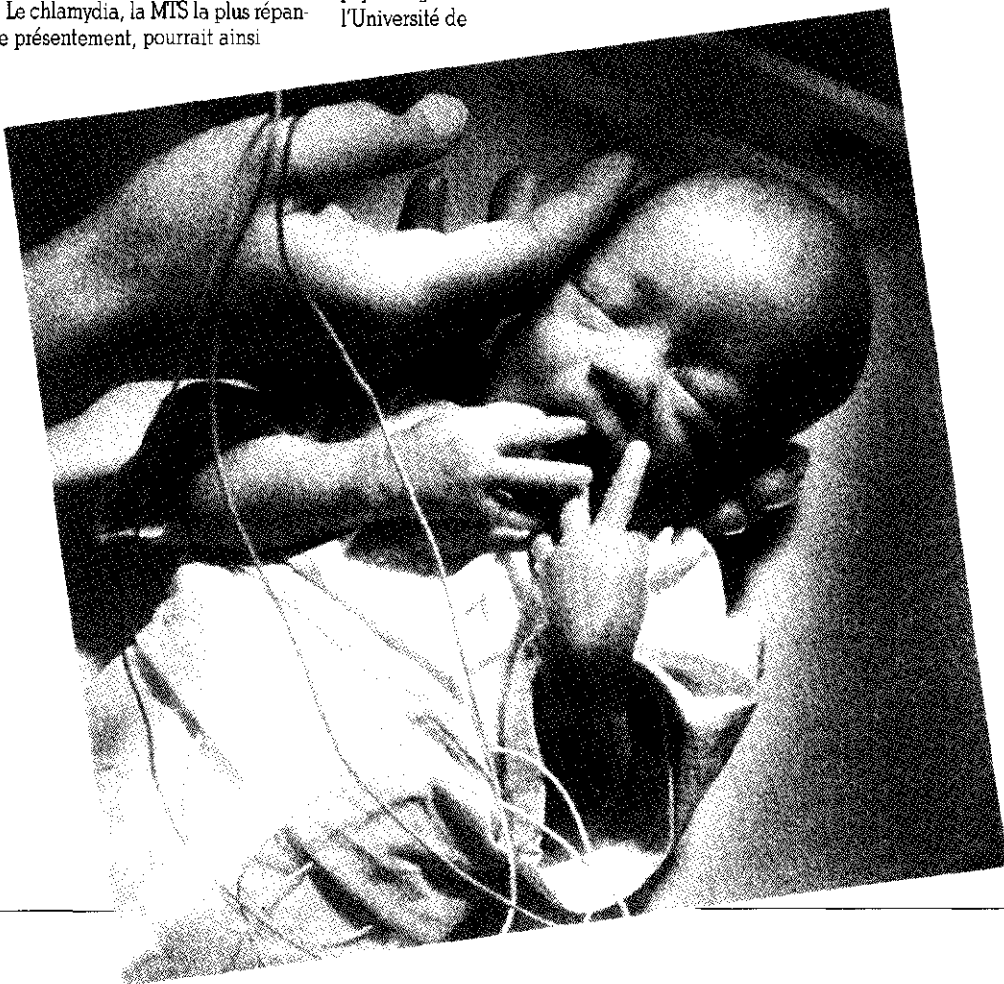
Miami et auteure de la recherche, a découvert qu'un léger massage des fesses, des jambes et du cou avait des effets stimulants et bénéfiques tant psychologiques que neuro-chimiques.

Source : *La Presse*, 24 octobre 1987 et *Le Journal de Montréal*, 18 novembre 1987

On a observé que le système nerveux des enfants massés régulièrement se développait plus rapidement. Ces bébés sont devenus plus actifs que les autres et ils ont quitté l'hôpital en moyenne six jours plus tôt. Ils n'ont pourtant pas mangé plus que les autres et selon le Dr Field, leurs gains de poids semblent directement causés par le contact peau à peau. ■

Source : *Le Devoir*, 3 janvier 1988 citant le *New York Times*

CHACUSSET DES COMITÉS DE L'ONE - BELGIQUE



Qui a peur des nouvelles techno

Être mère technologiquement qu'est-ce que ça signifie ? Multiples et troublantes à plusieurs égards, ces nouvelles technologies amènent une autre définition de la maternité. Maternité porteuse ou utérine, génétique ou ovulaire, sociale ou adoptive ? Qu'en pensent les femmes ? Quels liens établir entre cette nouvelle réalité scientifique et la volonté des femmes d'humaniser la naissance ?

Le mouvement des femmes a voulu redéfinir la maternité selon le désir des femmes plutôt que selon les besoins de la société patriarcale. Déterminées à imposer une autre vision de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance qui ne soit pas strictement bio-médicale, les femmes ont dénoncé la déshumanisation hospitalière et l'interventionisme obstétrical, elles ont réclamé des sages-femmes, des lieux différents pour accoucher, des rencontres pré et post-natales, la cohabitation mère-bébé. Bref, elles ont tenté d'imposer le respect.

Ce n'est pas une mince besogne ! C'est une démarche à la fois lente et dynamique qui rencontre des résistances et qui est loin d'être terminée. Après plus de dix ans de lutte, il n'est toujours pas évident que les femmes peuvent accoucher comme elles le souhaitent, il n'est toujours pas facile d'être mère comme on le désire. Les plus timides réformes comme le droit de toucher son bébé quand il naît, ou de bénéficier de congés de maternité et de services de garde décentes, demandent patience et revendications acharnées.

Coincidence bien peu fortuite, en même temps que se menaient ces luttes au quotidien, des féministes reconnues comme Adrienne Rich, Phillis Chesler, Jessie Bernard, Nancy Chodorow, et plus récemment Mary O'Brien, Anne-Marie de Vilaine, Laurence Gavarini et Michèle Le Coadic ont entrepris de briser le silence et l'anathème qui pesaient sur la maternité dans le mouvement des femmes depuis les années 60, même depuis *Le deuxième sexe* de Simone de Beauvoir. Elles ont engagé une réflexion de fond sur la maternité dans la vie des femmes et sur leur volonté de concilier maternité et travail, relations amicales et amoureuses, engagement social et loisirs.

UNE TOUT AUTRE DÉFINITION DE LA MATERNITÉ

Mais voilà qu'au beau milieu de nos réflexions et de nos luttes, on vient nous imposer, presque en catimini, sous le couvert des nouvelles technologies de reproduction (NTR), une toute autre vision de la maternité, nettement plus radicale à plusieurs égards. Plus radicale parce que découpant la maternité suivant les diverses étapes du processus de reproduction : maternité génétique ou ovulaire, maternité porteuse ou utérine, maternité biologique (à la fois génétique et utérine), maternité sociale ou adoptive. Plus radicale par sa remise en question de la notion de hasard dans la conception d'un enfant en offrant la possibilité de le programmer tel qu'on le désire ou presque. Plus radicale par son bouleversement des règles de la parenté de sorte que des



ologies de reproduction ?

enfants puissent avoir deux pères (génétique-social) et deux ou même trois mères (génétique-utérine-sociale).

Le phénomène des NTR n'est pas né d'hier. Il se prépare et se développe depuis plusieurs années dans le secret des laboratoires et l'intimité des bureaux de médecins. Les groupes de femmes, de leur côté, ont mis un certain temps à réagir, à réaliser l'ampleur de ses conséquences et l'urgence de réfléchir collectivement sur la question. Le processus est maintenant amorcé, les NTR sont au cœur d'un débat médiatique important auquel les femmes, qu'elles soient usagères, sages-femmes, médecins, chercheuses ou journalistes participent activement.

RÉFLÉCHIR POUR MIEUX AGIR

C'est justement dans cette optique de réflexion, de conscientisation et d'échange que le Conseil du statut de la femme (CSF) organisait en octobre 1987 un forum international sur la question. Cet événement aura sans doute servi de déclencheur pour les Québécoises qui ne s'étaient pas encore senties interpellées, comme il a servi de catalyseur aux réactions de celles qui sont impliquées dans la pratique des NTR ou dans l'analyse de leurs conséquences. De nombreuses questions y ont été débattues dans des perspectives tant humanistes que féministes, notamment la définition de la maternité et de la parentalité, le droit à l'enfant parfait et à l'enfant tout court, la surmédicalisation de l'ensemble du processus de procréation.

Derrière toutes ces questions, une interrogation fondamentale : comment réagir, comme société, et tout particulièrement comme femmes, à la pratique et à la logique des NTR ? Car plusieurs réactions sont possibles. On a vu l'enthousiasme manifesté par quelques participantes au colloque, membres d'une toute nouvelle association pour la fertilité¹. On a aussi vu la condamnation sans appel du FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering)², présentée par plusieurs conférencières américaines, britanniques et australiennes.

LES NTR : ENNEMI À ABATTRE ?

Cette condamnation globale était sans doute la plus généralement répandue lors du forum. Elle traduit la réponse presque viscérale d'un grand nombre de femmes face au sentiment de dépossession que leur inspirent les NTR. Comment ne pas s'insurger devant le tableau d'une maternité commercialisée, d'une reproduction industrialisée et de bébés manufacturés, tel que dressé par la journaliste américaine Gena Corea et illustré par plusieurs autres conférencières ? Comment ne pas être stupéfiées d'entendre le biologiste français Jacques Testart affirmer d'un seul souffle, que les médicaments servant à provoquer la sur-ovulation chez les femmes stériles n'ont même pas été testés sur les animaux, qu'il les soumet lui-même présentement à l'analyse, alors que les médecins de son unité continuent à les administrer sans se poser de questions ? Comment ne pas aussi être agacées de voir ce Jacques Testart acclamé comme un sauveur, alors qu'on sait qu'il poursuit ses recherches génétiques et qu'Anne-Marie de Vilaine, écrivaine française et co-auteure de *Maternité*

en mouvement, intervenait dans la salle en comparant ces recherches aux pratiques des camps de concentration hitlériens ?

Comment concilier notre refus de devenir des laboratoires ambulants avec le désir de plusieurs femmes infertiles, prêtes à accepter des traitements certes durs, mais qui représentent leur seule chance de concevoir un enfant ? N'avons-nous pas d'autres façons de répondre aux femmes optant pour les NTR qu'en les culpabilisant et en insistant sur la nécessité de soumettre leurs désirs personnels au souci de l'avenir collectif des femmes.



FORUM INTERNATIONAL « LA MATERNITÉ AU LABORATOIRE » : POUR ET CONTRE.

Du 29 au 31 octobre 1987, le Conseil du statut de la femme organisait à Montréal un forum international sur les NTR, sur le thème « La maternité au laboratoire ». À bien des égards, cet événement fut un franc succès : participation internationale remarquable, représentation de presque toutes les disciplines concernées de même que des diverses tendances humanistes et féministes. Pertinence, haut calibre et dynamisme des ateliers thématiques. Présence politique significative. La ministre Lavoie-Roux, notamment, qui insistait dans son discours d'ouverture, sur la prévention de la stérilité et promettait un rapport de son ministère sur la question, pour la fin de l'année.

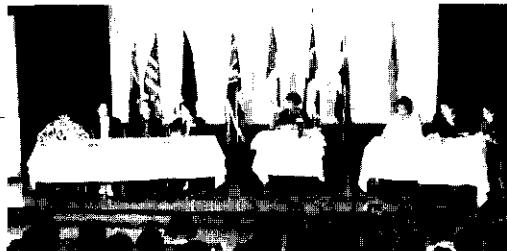
Plusieurs participant-e-s ont d'ailleurs souligné la réussite du forum et la qualité du travail effectué par le CSF pour stimuler une réflexion collective sur les NTR.

Malgré ce bilan globalement positif, on ne peut passer sous silence certains aspects de l'organisation. On est en droit de se demander si la présence des groupes de femmes, représentant les personnes les plus directement concernées par les NTR, était jugée prioritaire par les organisatrices. Les représentantes de ces groupes étaient plutôt rares parmi les spécialistes invité-e-s à présenter conférences et ateliers, mises à part quelques membres éminentes du FINRRAGE. Certains groupes se sont aussi plaints d'avoir dû payer le tarif d'inscription plus élevé prévu pour les institutions.

Le discours d'ouverture de Madame McKenzie, présidente du CSF, étonnait un peu. Elle abordait surtout le droit aux origines des enfants nés par insémination artificielle avec donneur (IAD), et l'exploitation du régime québécois d'assurance-santé par les agences américaines de mères porteuses, comme s'il s'agissait là des intérêts spécifiques des femmes... Ensuite, trois des quatre conférencier-e-s interpellé-e-s de la salle par la politologue québécoise Evelynne Tardif, ont choqué l'auditoire en refusant de reconnaître les féministes comme partie prenante indispensable dans le débat public sur les NTR.

Les féministes ont certes eu le mot de la fin avec la conférence de clôture où, notamment, Martine Chaponnière a fait remarquer la difficile articulation des besoins personnels et collectifs des femmes face aux NTR. Il reste que la dimension individuelle, souvent particulièrement douloureuse, a été négligée au profit des grandes considérations sociales, éthiques et juridiques essentielles, mais parfois coupées du réel. L'absence des femmes et couples infertiles ailleurs que dans l'assistance n'a sûrement pas aidé à explorer leur réalité. Soulignons aussi la disproportion de l'attention accordée aux pratiques rares et sensationnelles, comme la fécondation in vitro et les mères porteuses, par rapport aux pratiques beaucoup plus courantes, comme le diagnostic prénatal.

Même si certains facteurs ont empêché l'émergence de propositions claires, tant du point de vue d'un consensus social largement partagé que du développement de pratiques alternatives à celles des NTR, on ne peut que féliciter le Conseil du statut de la femme d'avoir organisé ce débat qui s'imposait.



LIMITER LES DÉGATS : EST-CE SUFFISANT ?

Vaudrait-il mieux se contenter de limiter les dégâts en réglementant rigoureusement les pratiques de manière à éviter les abus ? Mais que sont ces abus et qui est habilité à les définir ? Les mêmes techniques de reproduction peuvent-elles être acceptables tant qu'elles soutiennent les intérêts des femmes et condamnables lorsqu'elles servent plutôt ceux des hommes ? Où situer le point de non-retour de la médicalisation de la maternité ? Dans le domaine des manipulations génétiques seulement, donc au-delà de la très grande majorité des NTR actuellement utili-

sées, comme le soutient Jacques Testart ? Ou, au contraire, dès le remplacement ou le contrôle des sages-femmes par les médecins au siècle dernier, comme l'affirme Marie Lalancette de la Fédération du Québec pour le planning des naissances ? L'exploitation des femmes par la commercialisation de la reproduction est assurément un abus. Mais toute compensation monétaire aux mères porteuses -souvent moindres que les honoraires des divers intermédiaires- est-elle pour autant condamnable ? Doit-on plutôt considérer cette rémunération comme le minimum qu'elles puissent recevoir en retour de ce don extraordinaire, tel que le suggérerait l'ingénieure et sociologue française Françoise Laborie ? Peut-on partager l'insouciance de Louis Dallaire, généticien à l'hôpital Ste-Justine, parce que les possibles abus du diagnostic prénatal et du dépistage général, ne se manifesteront pas avant 20 ans ? Faut-il au contraire considérer ces pratiques comme abusives dès qu'elles deviennent systématiques et systématiques ?

VERS UNE AUTRE LOGIQUE DE LA PROCRÉATION

Cette dénonciation totale ou partielle des NTR est à ce point difficile que l'essentiel des débats du forum y a été consacré. Mais on est peut-être passé ainsi partiellement à côté de la question, en négligeant une réflexion tout aussi fondamentale sur les alternatives possibles au phénomène des NTR. Maria DeKoninck, sociologue québécoise co-auteure de *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, suggérerait pourtant cette voie dans l'une des premières réactions de l'auditoire à la conférence d'ouverture, en soulignant la nécessité de dépasser les discussions techniques pour atteindre la logique même des NTR et lui opposer une logique inverse, partant du point de vue des femmes.

Personne n'a pourtant fait remarquer que cette logique alternative existe déjà, qu'elle est portée à bout de bras depuis dix ans par le mouvement d'humanisation des naissances. Il est vrai que ce mouvement s'est peu penché sur le problème spécifique de l'infertilité et a dénoncé les pratiques obstétricales « banales » bien davantage que les technologies de reproduction plus « spectaculaires ». Il n'en reste pas moins que c'est le seul mouvement qui combat la déshumanisation et la médicalisation de la reproduction et qui propose une approche de la maternité plus respectueuse de la volonté des femmes, de la dimension psychosociale du processus et de la nature des choses. Même si cette autre logique de la reproduction, plus humaine, plus maternelle, n'offre pas, pour l'instant du moins, d'alternatives concrètes aux femmes infertiles. Il n'est pas interdit de rêver tout haut à des groupes d'entraide maternelle et parentale qui deviendraient de véritables lieux de partage d'enfants, non seulement de gardiennage, de conseils ou de layette. Partager nos enfants avec celles et ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas en avoir, partager les enfants de ceux et celles qui se sentent débordés, dépassés, vidés, plus souvent qu'à leur tour. C'est ce que suggérerait Cécile Collinge, protagoniste du film *La cigogne technologique* intervenant suite à la conférence de clôture, et qui souhaite ainsi résoudre ses propres problèmes d'infertilité par une solution sociale plutôt que par la réponse bio-médicale actuellement en vogue...

PHOTO LINDA RUTHBERG



PHOTOS: CLAUDE MIVILLE



GENÉA CORÉA, JACQUES DUFRESNE, FRANÇOISE LABORE ET LOUISE VANDELAC LORS DU FORUM.

La problématique des NTR reste entière, ou presque, pour les femmes. Le forum n'a pas réussi à trouver LA réponse, la bonne, la seule réaction que le mouvement des femmes doit entériner et porter. C'est peut-être simplement que cette réponse unique n'existe pas. Les femmes devront encore une fois travailler sur tous les fronts. Refuser les pratiques inacceptables, circonscrire les autres dans un cadre rigoureux, développer des approches et des pratiques alternatives, sans oublier de se questionner sur ses attentes face à la maternité. ■

PAULE BRIÈRE

¹ Association québécoise pour la fertilité, 8000 boul. Langelier, suite 804, St-Léonard, Québec, H1P 3K2

² Pour plus d'information sur le développement de ce réseau au Québec, contactez la Fédération du Québec pour le planning des naissances.

LIRE

Conseil du statut de la femme :

- ENJEUX, QUAND LA TECHNOLOGIE TRANSFORME LA MATERNITÉ, Québec, Publications officielles du Québec, 1987, 40 p.
- et
- Actes du forum « Sortir la maternité du laboratoire », Publications officielles du Québec, 1988.
- DE VILAIN, A.-M., GAVARINI, L., LE COADIC, M., *Maternité en mouvement*, Grenoble-Saint-Martin, 1986, 244 p.
- DELAISTE DE PARSEVAL, G. et A. JANAUD, *Lenfant à tout prix*, Paris, Seuil, 1983, 282 p.
- D'ADLEB, M.-A., TEVLADE, M., *Les sorciers de la vie*, Paris, Gallimard, 1986, 297 p.

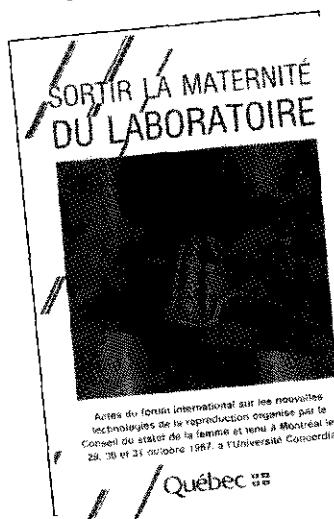
VOIR

AU CLAIR DE L'OVULE, vidéo documentaire sur les NTR produit par le CSF. Outil d'information, essentiellement composé d'entrevues de femmes spécialistes des NTR et livrant un tour d'horizon assez complet des questions posées par les NTR, du diagnostic prénatal de routine aux possibles manipulations génétiques. Disponible à la Cinémathèque du ministère des Communications du Québec, Service de la distribution des documents audiovisuels, 1601, boul. Hamel ouest, Québec, G1N 3Y7, (418) 643-5168.

NAISSANCE DU TROISIÈME TYPE, film documentaire-fiction de Natalia Czarminska. Film d'auteur sur les motivations des mères porteuses, sur le désir d'enfant des couples infertiles ou homosexuels, et ultimement sur le droit à la différence, la solidarité entre femmes, le partage et le don d'enfant. Distribué par Cinéma libre, 3575, boul. St-Laurent, Montréal, H2X 2T7, (514) 849-7888.

LA CIGOGNE TECHNOLOGIQUE, film documentaire de Liette Aubin. Instrument de réflexion à la fois objectif et intimiste fondé sur l'expérience de deux couples, et plus particulièrement de deux femmes face à leur infertilité, au traitement médical de fertilisation in vitro accepté par l'une, refusé par l'autre et aux alternatives sociales de partage d'enfant que cette dernière souhaiterait développer. Disponible en 16 mm et vidéo à l'Office National du Film du Canada, Bibliothèque des films et vidéos, 200, boul. Dorchester ouest, Montréal, (514) 283-4823.

Passez aux Actes



Le forum international La maternité au laboratoire a permis un véritable débat public sur les enjeux des nouvelles technologies de la reproduction humaine. Une idée majeure s'en dégage : dans les conditions actuelles, la maternité n'est pas à sa place au laboratoire. Le débat doit se poursuivre. Une bonne façon d'y arriver, c'est de passer aux Actes, une publication qui apporte sur ce sujet controversé :

- des points de vue percutants
- des positions très fermes
- des faits troublants
- des propositions d'action.

432 pages, 40 textes intégraux de conférences de grande qualité (dont 15 en anglais avec résumé en français), des synthèses dynamiques des discussions.

En vente pour aussi peu que

10,00 \$

dans les librairies des Publications du Québec ou par commande postale en complétant le coupon ci-dessous

Je désire recevoir _____ exemplaire(s)
à 10,00 CAN l'unité. Ci-joint un chèque ou mandat-poste de _____ \$
fait à l'ordre de **Forum international NTR**.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Poster à : **Forum international NTR**, 8, rue Cook, bureau 300,
3^e étage, Québec (Québec) G1R 5J7

ACCOUCHER PAR CÉSARIENNE : POURQUOI ?



On a souvent fait l'erreur de qualifier de dystocique, un travail en phase latente, c'est-à-dire avant que la femme soit en travail actif (col effacé, ± 3 cm de dilatation, contractions régulières). Souvent, on ne tient pas compte des différences individuelles entre les femmes qui accouchent. Avant de recourir aux interventions, il serait bon de tenter les mesures suivantes : repos, changement de position, promenade, absorption de liquides, stimulation des mamelons, douche ou bain chaud, mictions fréquentes, soutien émotif, élimination du stress dû à l'environnement. L'auteur même de la fameuse courbe soulignait qu'on ne devait pas mettre fin à un travail simplement parce qu'il est plus long que la moyenne².

On fait aussi prématurément ou erronément des diagnostics de disproportion fœto-pelvienne. On se fie encore souvent à la pelvimétrie par rayons-x qui, non seulement présente un risque pour le bébé, mais, selon des recherches récentes³ ne serait pas un instrument valable pouvant indiquer si, effectivement, un bébé se présentant par la tête franchira le bassin maternel sans problèmes. Selon les mots d'un obstétricien écossais, sir Dugall Baird, le meilleur pelvimètre est la tête du bébé⁴. Personne ne peut prédire à quel point celle-ci se moulera au bassin lors du travail, ni combien les ligaments pelviens de la mère se relâcheront ou s'ouvriront. Accoucher accroupie favorise d'ailleurs la flexibilité et l'ouverture du bassin⁵.

Dans les cas de présentation par le siège, on recommande depuis quelques années, en tenant compte de certaines conditions, à laisser les femmes accoucher vaginalement. Mentionnons que certains médecins et des sages-femmes expérimentées réussissent à faire doucement se retourner le bébé dans l'utérus par des manipulations externes. Il existe aussi des exercices physiques et mentaux que la mère peut pratiquer pour tenter de faire changer la position de son bébé⁶.

VOTRE BÉBÉ EST EN DANGER

Que faire dans ce cas-là ? La détresse fœtale est sans doute l'indication la plus dramatique d'une césarienne. Il est bon de savoir que la fréquence de cette indication a augmenté avec l'utilisation croissante du monitoring électronique.

Beaucoup de césariennes pourraient être évitées. Une expérience menée à l'hôpital St-Luke de Denver le démontre de façon éloquent. Le taux de césarienne y a été abaissé à moins de 10 % grâce à une politique de non-intervention dans le déroulement des accouchements, principalement dans les cas d'arrêt de travail, de présentation par le siège et de détresse fœtale présumée¹. Deux groupes de femmes ne présentant pas de risques particuliers au moment d'accoucher, ont été traités par le même personnel. Un groupe a été traité de manière conservatrice c'est-à-dire sans intervention, et l'autre de manière habituelle. Le taux

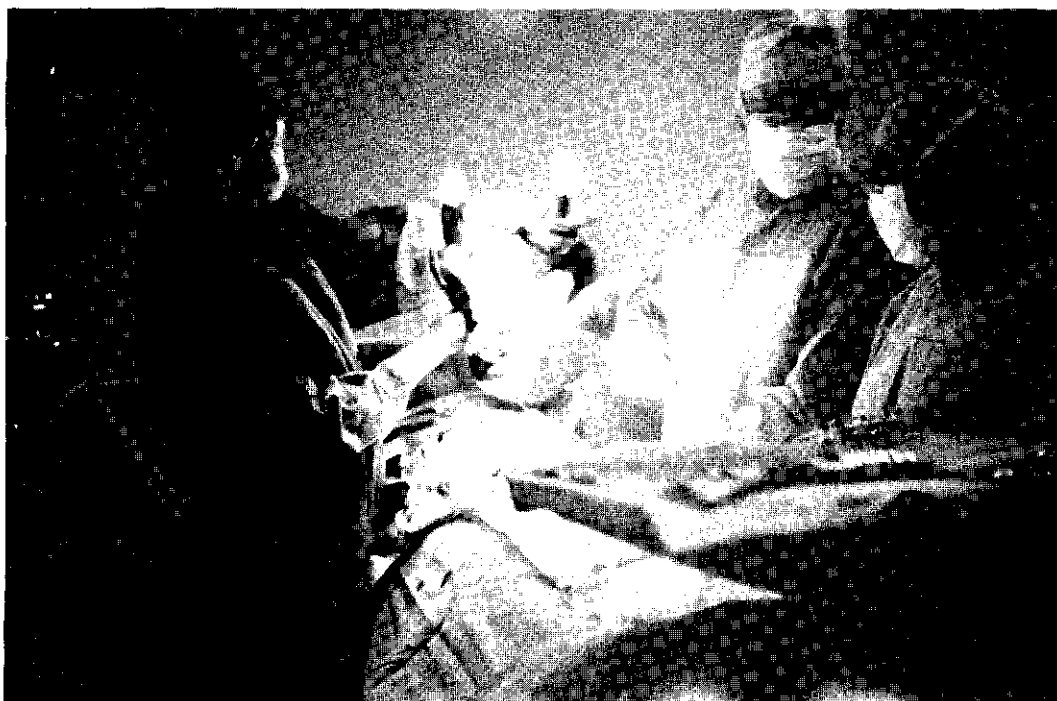
de césarienne y fut respectivement de 5.7 % et de 17.6 %.

DISCERNER LES CAS INÉVITABLES

Il y a, bien sûr, des cas où la césarienne est inévitable : déformation du bassin causée par la polio ou par un accident, procidence du cordon, placenta praevia ou abruptio, présentation transverse (à l'horizontale) du bébé, herpès génital actif, état de santé déficient de la mère (grave hypertension ou diabète avancé). Plusieurs indications ne justifient cependant pas toujours une césarienne : une césarienne précédente, un travail dystocique, une présentation par le siège, une détresse fœtale qui sont les

causes les plus fréquemment invoquées pour pratiquer une césarienne.

La dystocie, cause première des césariennes primaires, est une catégorie fourre-tout prêtant à confusion et à controverse. Il s'agit d'un arrêt ou d'un ralentissement du travail, de la non-descente du bébé, de la mauvaise présentation ou de la disproportion entre le bébé et la mère. Or, en obstétrique, on se fie beaucoup à la courbe de Friedman et le travail moyen est considéré comme le seul travail normal. Ainsi, pour plusieurs médecins tout travail différent devient anormal donc prétexte à interventions qui, parfois, ne font que compliquer les choses.



D'abord destiné aux bébés « à risques », on en fait maintenant usage de façon routinière dans plusieurs institutions. Cette technique n'est pas toujours fiable (les machines peuvent être défectueuses) et le personnel n'est pas toujours entraîné pour interpréter les tracés correctement. Plusieurs recherches randomisées⁷ ont montré que son utilisation augmentait de deux à trois fois le risque de césarienne (par rapport aux bébés simplement auscultés) sans que l'état des bébés à la naissance ne justifie un tel recours⁸. La position de la mère, couchée et branchée au moniteur, peut entraîner un état de détresse que le moniteur est censé détecter... La compression de la veine cave diminue l'apport d'oxygène au bébé. Si on détecte une détresse fœtale, on devrait au moins changer de position, et si la détresse n'est pas aiguë, on devrait exiger d'autres tests pour vérifier si le bébé est bel et bien en danger. Rappelons aussi que l'anxiété maternelle peut provoquer une moins bonne oxygénation du fœtus.

L'ŒUF OU LA POULE ?

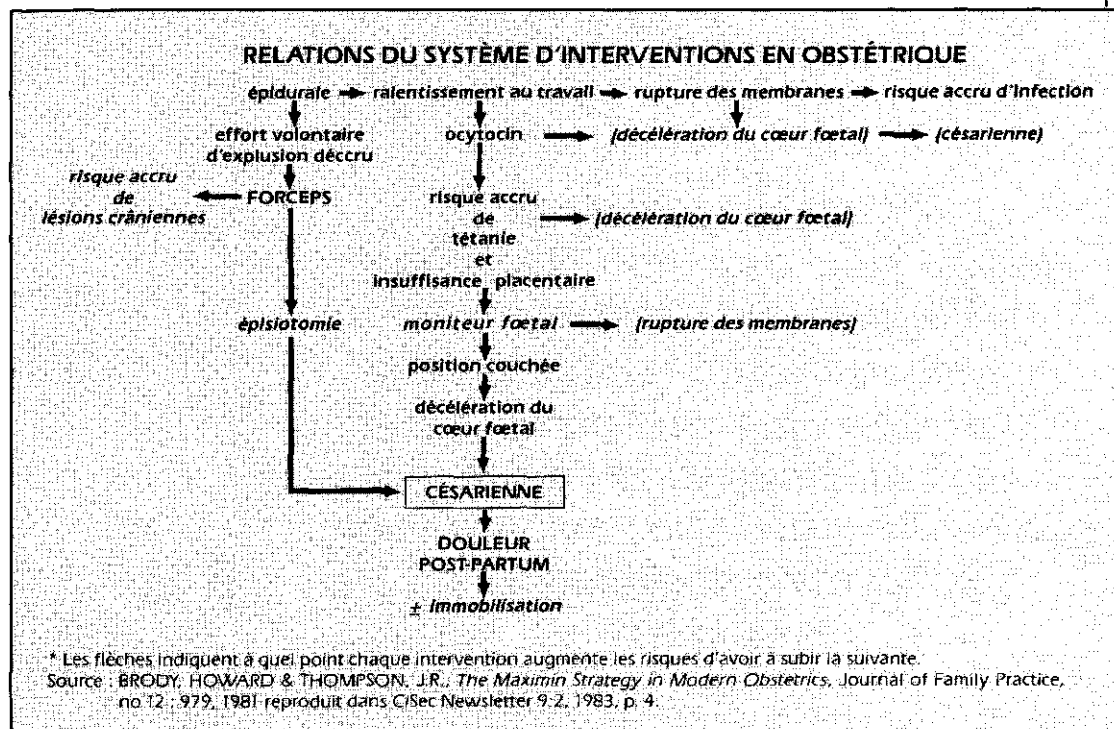
On est forcé de se rendre compte, en étudiant les causes des césariennes, que les techniques de l'obstétrique moderne provoquent souvent des complications qu'elles étaient censées éviter (voir tableau). Cela ne se produit pas nécessairement à chaque fois, mais les risques sont là.

Nous y gagnerons en nous renseignant⁹ à l'avance sur ces interventions, en prenant les moyens d'affirmer notre volonté¹⁰ et en choisissant un professionnel peu interventionniste. ■

HÉLÈNE VADEBONCEUR

- ¹ Journal of Obstetrics and Gynecology, « Moulding of the Pelvic Outlet », 76 : 817-820, 1969.
- ² Se renseigner auprès d'Alternatives-Naissances, Montréal ou voir L'UNE À L'AUTRE, printemps 1984, vol. 1, no 2, p.13.
- ³ Randomisées : échantillonnage aléatoire destiné à réduire ou supprimer l'interférence de variables autres que celles qui sont étudiées. ibid. 2, p.120.
- ⁴ L'Association de Montréal pour l'accouchement par césarienne vient de publier un guide d'information sur la césarienne : « Naissance par césarienne, guide pour les parents ». Un guide est aussi disponible pour les intervenant-e-s. On peut se le procurer en écrivant au 401 boul. St-Jean, Pointe-Clair, Qué, H9R 3J3. On peut consulter le document « Devenir mère sans accoucher ou l'épidémie césarienne » publié par Naissance-Renaissance Saguenay (disponible à Alternative-Naissance, Montréal). Aussi « Unnecessary Cesareans- Ways to avoid them », 1980, ICEA, PO. Box 20048, Minneapolis, MN 55420, E.-U.
- ⁵ rapporté dans C/Sec Newsletter, 11-2, avril 1985, citant The Personnel and Guidance Journal : « Counselling the Pregnant Woman : Implications for Birth Outcomes », juin 1984, p.619-623.
- ⁶ Obstetrics and Gynecology, mars 1985.
- ⁷ KORTE, DIANA & SCAER, ROBERTA, A Good Birth, A Safe Birth, 1984, p.149.
- ⁸ American Journal of Obstetrics and Gynecology, avril 1987, 156 : 4, p.935-939 ; Clinical Obstetric and Gynecology, 1982, 25 : 157 : « Evaluation of X-Ray pelvimetry and Abnormal Labor ».
- ⁹ C/Sec Newsletter, 12-2, 1986, p.6.

NOTE DE LA RÉDACTION : Dans notre dernier numéro, l'auteure annonçait que sa prochaine chronique porterait sur l'impact de la césarienne sur la société. Elle a modifié ce choix et vous a présenté plutôt les raisons justifiant le recours à la césarienne.



POUR OU CONTRE LES VACCINS TROIS GÉNÉRATIONS PLUS TARD...

La vaccination : un choix ou une obligation pour les parents ? La pression exercée par le corps médical et par le système scolaire laisse peu de liberté à ceux et celles qui se questionnent sur les abus et les conséquences néfastes que peuvent provoquer les vaccins. Les vaccins sont-ils efficaces, sécuritaires et nécessaires ?

P A R N I C O L E L A C E L L E





Petit à petit, depuis la fin de la Deuxième Grande Guerre et son babyboom, la vaccination des enfants est devenue un automatisme médical sinon social. Pendant que les États nord-américains faisaient la chasse aux sorcières, on incitait les ménagères à faire la chasse aux microbes dans les toilettes, les poubelles, les frigos, les bobos ; les biberons remplaçaient avantageusement -disait-on- le lait maternel, et les stérilisants, déodorants et désinfectants devaient débusquer l'Ennemi caché jusque dans le corps des femmes. On jouait non seulement sur l'inquiétude de toute femme face à la santé de ses enfants mais ces mères des années cinquante avaient vu sœur, frère, ami-e mourir jeune de la grippe espagnole ou de la tuberculose ; elles avaient travaillé dans les bureaux et usines de guerre et elles étaient fermement décidées à protéger leurs enfants contre vents et marées. La croisade de Monsieur Net a conquis du territoire jusqu'à ce que les hippies aillent se rouler dans les champs de fleur et, surtout, que la nouvelle vague de féminisme de la fin des années soixante lui barre la route avec un énorme « Woh Vanna, slacke ! » comme disait Clémence.

Occupées qu'elles étaient à combattre le pouvoir médical sur leur propre corps, de dénoncer la surmédicalisation des pratiques curatives, les militantes du mouvement de santé des femmes n'ont pas commencé tout de suite à examiner la médecine préventive : à vrai dire, elle est si peu pratiquée, disent certaines, que c'est presque gênant de la critiquer. Néanmoins, on n'a pu faire autrement que de constater des faits troublants reliés au fer de lance de la médecine préventive traditionnelle, la vaccination : un bébé malade, parfois très sérieusement, irréversiblement dans certains cas, après une vaccination ; une enfant en parfaite santé qui attrape tout après ses vaccins ; un enfant vacciné plus malade qu'un autre qui ne l'est pas ; une presque-épidémie de maux qui ne « s'attrapent » pas comme les allergies et les otites.

Par surcroît, on assiste à la multiplication de vaccins en développement : vaccins « contre » la grossesse, contre la carie dentaire, la malaria, la méningite B, le Sida, etc. À Pittsburg, aux États-Unis, on est même parvenu à vacciner un fœtus contre le tétanos. Pour sa part, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est fixée comme objectif de parvenir à vacciner la totalité

des enfants du monde, d'ici 1990, contre six maladies : rougeole, tétanos, polio, diphtérie, tuberculose et coqueluche. Il y a donc lieu de se demander si ces vaccins sont efficaces, sécuritaires et, en fin de compte, nécessaires ou si l'on veut, dans quelle mesure devraient-ils être obligatoires.

Bulletin des vaccins

L'efficacité des vaccins est relative mais démontrée selon des études épidémiologiques sérieuses ; on a établi, par exemple, que le vaccin du tétanos est efficace à 99 %, celui de la coqueluche à 80 %, celui de la rougeole à 95 %. L'Académie américaine de pédiatrie s'est inquiétée, l'an dernier, devant le fait que la coqueluche avait fait un retour en force aux États-Unis, en Grande-Bretagne et au Japon d'ailleurs, selon elle, à ce que les parents, craignant les effets secondaires - parfois mortels - de ce vaccin n'ont pas fait innoculer leurs enfants. Aux États-Unis, les cas ont doublé entre 1983 et 1986. Au Japon, le vaccin avait été retiré en 1975 parce que deux enfants sont morts à la suite de complications. Quatre ans plus tard, une épidémie de coqueluche touchait 35 000 enfants dont 118 sont morts. En Grande-Bretagne, le nombre de vaccinations chuta aussi au milieu des années 70 ; entre 1977 et 1980, plus de 100 000 cas de coqueluche ont été répertoriés dont 36 décès.

Il arrive, par contre, qu'une maladie se déclare parmi les vaccinés. C'est le cas de la diphtérie aux États-Unis : la maladie y est presque disparue mais là où elle survient, la moitié des malades ont été immunisés. À Hull, en avril dernier, on retrouvait 18 cas de rougeole dans une école primaire dont 17 avaient été vaccinés. Le corps médical soutient par ailleurs qu'une maladie contractée malgré le vaccin est très atténuée.

D'autres études, non moins sérieuses, doutent du fait que la diminution de certaines maladies soit attribuable à la vaccination. En 1971, par exemple, la *British Association for the Advancement of Sciences* publiait un rapport selon lequel la mortalité infantile due à la diphtérie avait graduellement baissé de 90 % entre 1850 et 1965, les plus fortes baisses ayant été enregistrées entre 1900 et 1925. Or, l'immunisation obligatoire n'a commencé que dans les années 40. On enregistra également en Angleterre des diminutions spectaculaires de la

rougeole (94,1 %), de la fièvre scarlatine (99,7 %) et de la coqueluche (91 %) entre 1860 et 1948, sans vaccination.

La variole est presque disparue de la face de la terre aujourd'hui même si 10 % seulement des enfants du Tiers-Monde ont été vaccinés (*Therapœia*-juin 1982). Dans son rapport statistique de 1973-76, l'OMS n'a pas pu établir de relation de cause à effet entre la vaccination et la baisse du taux de maladies infectieuses dans le Tiers-Monde. (On ignore si ce sont de nouvelles données qui lui ont fait adopter son objectif de vaccination générale pour 1990.) Ce ne sont là que quelques exemples qui illustrent combien les avis sont partagés et combien l'efficacité de la vaccination est sujet à controverse. Des données sérieuses se contredisent. Il en ressort tout de même que les vaccins, voire l'avancement de la science, ne peuvent être comptés sérieusement comme seuls responsables de l'amélioration de la qualité de vie, là où une amélioration existe, bien entendu.

« L'approche de la prévention par action sur l'environnement n'est pas nouvelle : les grands progrès de la santé, qui ont abouti à l'éradication des maladies infectieuses dans les pays industriels, sont liés essentiellement aux modifications de l'environnement : adduction d'eau potable, pasteurisation du lait, amélioration de l'habitat et de l'alimentation, augmentation des revenus, diminution du temps de travail »

Commission « Prospectives », *Propositions pour une politique de prévention*, Rapport au Ministre de la santé, La documentation française, Paris, 1982.

Un tien ou deux tu l'auras ?

Les vaccins sont-ils sécuritaires ? Encore là, les avis sont partagés. Aux États-Unis, d'après un dossier publié dans la revue *Mothering* en décembre 1982, le vaccin anti-varicelle n'a jamais été autant administré qu'au début du siècle : en 1902, 2 121 morts de variole. En 1927, le vaccin est en baisse de faveur, 138 morts. Au même moment, les Philippines lançaient une campagne de vaccination contre la variole : le taux de mortalité due à cette maladie passe de 10 à 74 % en dix ans.



Il y aurait également un lien entre la vaccination, l'apparition de certains types de cancer et l'augmentation du taux de certaines maladies : diabète, mort subite des nourissons, asthme et allergies, arthrite chez les adultes, affections du système nerveux central chez les enfants (*Buttram et Hoffman 1983*). Les vaccinations à virus vivants (contre la grippe, polio, rubéole, hépatite, coqueluche, oreillons, rougeole ou rage) seraient particulièrement dangereuses étant donné les propriétés inquiétantes des virus. La *Ligue nationale française pour la liberté des vaccinations* souligne que certains virus sont capables d'induire des aberrations chromosomiques, peuvent se potentialiser entre eux et ainsi donner naissance à d'autres virus qui déclencheraient de nouvelles maladies. Ces virus pourraient ne manifester leur pouvoir pathogène que dans la descendance des personnes vaccinées, justement parce qu'ils sont capables d'altérer les chromosomes.

Par contre, la médecine allopathique occidentale soutient qu'il vaut mieux souffrir d'une mini-maladie que d'une vraie et que les cas d'effets secondaires catastrophiques suite aux vaccins sont rarissimes. Pour l'Académie américaine de pédiatrie citée plus haut, des complications cérébrales sérieuses dues au vaccin anti-coqueluche ne surviennent que dans un cas sur 110 000 alors qu'un-e malade de coqueluche sur 9 500 souffrira d'une atteinte cérébrale. En ce qui concerne la rougeole, le risque d'effets secondaires graves à la suite du vaccin serait de un sur un million ; chez les non-vaccinés victimes de la maladie, le risque serait de un sur mille.

Un point de vue distinctif : l'homéopathie

D'après la médecine homéopathique, il faut différencier les accidents de la vaccination de ses effets à long terme. Les accidents

de la vaccination consistent en une réaction immédiate et aiguë dans la période qui suit la vaccination, par exemple, les dépressions cardio-respiratoires après un vaccin contre la coqueluche ou les encéphalites suite au vaccin anti-variolique.

En ce qui concerne les effets à long terme, le docteur Senn, un homéopathe suisse, a remarqué que dans les générations d'après-guerre les premières à avoir été vaccinées systématiquement-



PHOTOS: SUZANNE LANCEVIN

quement- il y avait toute une pathologie (allergies, asthmes, rhumes des foins, eczéma, otites à répétition) liée à une perturbation profonde du « terrain ». C'est ce que l'homéopathie appelle la théorie des barrages, c'est-à-dire qu'un vaccin fait pénétrer de l'information dans l'organisme qui va réagir d'une manière positive, en formant des anti-corps, mais aussi possiblement négative en provoquant un barrage dans l'organisme, donc une réaction très profonde qui peut en perturber le système de défense.

Le vaccin part du principe de la mémorisation en introduisant l'élément pathogène propre à chaque maladie sous une forme atténuée, le corps se « souvenant » plus tard, en quelque sorte, de la façon de combattre le virus. Mais les vaccins n'introduiraient pas pour autant de petites doses dans l'organisme mais des doses puissantes. Or, tout message entre dans la mémoire cellulaire, l'homéopathie soutient donc que les

doses auraient dû être diminuées lors de la deuxième génération de vacciné-e-s et encore à la troisième puisque les barrages se multiplient avec le nombre de générations. Autrefois, à la première génération, les homéopathes avaient constaté l'apparition des barrages entre cinquante et soixante ans ; à la deuxième génération, on en percevait chez des individus dans la quarantaine, et maintenant, chez les enfants. Les vaccinations, donc, peuvent modifier profondément le terrain - la constitution de l'individu si l'on veut - et diminuer la possibilité de s'adapter à des environnements microbiens, climatiques ou psychologiques.

Ici, il semble que les homéopathes retrouvent le plus fréquemment des barrages liés à la vaccination D.C.T. (diphtérie-coqueluche-tétanos), entre autres chez des enfants irritables, inadaptés à l'apprentissage scolaire, soi-disant hyperactifs, qui font des infections à répétition (rarement après la première vaccination mais après la deuxième ou le rappel). Le lien leur semble évident dans la mesure où traités par des doses infinitésimales de D.C.T., qui permettent à l'organisme de dégager le blocage énergétique sans gêner l'effet vaccinique proprement dit, bon nombre d'enfants changent du tout au tout, ce qui permet de croire que leurs problèmes étaient dus au vaccin. Chez les adultes, on trouverait souvent des problèmes dus au B.C.G., l'asthme par exemple, plus particulièrement chez les gens dont on a dit que le vaccin « n'avait pas



pris », et au vaccin anti-variolique dont une prédisposition au cancer du sein.

Quoique la tentation soit forte, par conséquent, de dire non à tous les vaccins, plusieurs homéopathes estiment que ce serait là manquer de jugement. Au Québec, l'été, les lacs sont des milieux de prolifération du virus de poliomyélite, une maladie très grave dont le vaccin buccal actuel serait beaucoup moins nocif que ne l'était le vaccin Salk, jugé carrément dangereux par le docteur Salk lui-même. Pour ce qui est de la tuberculose, quasiment éradiquée par les mesures d'hygiène et les anti-biotiques, le B.C.G. assurerait si peu de protection et causerait tant de surinfections qu'il a été supprimé.

Le D.C.T. ferait des ravages et créerait, actuellement, plus de problèmes qu'il n'en règle. La diphtérie, d'abord n'existe pratiquement plus grâce entre autres, à la vaccination. L'homéopathie serait maintenant en mesure de bien traiter la coqueluche et le vaccin est l'un des plus dangereux. Le tétanos est une maladie très grave et le risque que pose la maladie est estimé sans doute supérieur au risque de ce vaccin qui est très efficace, mais dont l'effet ne dure que dix ans. Néanmoins, il serait administré beaucoup trop routinièrement à l'urgence des hôpitaux, même si la personne a déjà été immunisée. Certain-e-s homéopathes préconisent d'éviter le D.C.T. à l'heure actuelle. La vaccination contre une seule maladie à la fois - dans ce cas-ci, plus particulièrement contre le tétanos - serait toujours plus avisée dans la mesure où les virus se potentialisent entre eux ; ainsi on pourrait au moins en diminuer les risques.

Pour ce qui est de la rougeole, la rubéole, les oreillons, leur utilité resterait entièrement à démontrer. Ces maladies sont non seulement bénignes mais jugées essentielles à la maturation de l'enfant. Pourquoi les enfants font-ils une rougeole précisément à l'âge de sept ans ? L'homéopathie croit qu'elle correspond à une période de maturation physique et psychique. La maladie permet une maturation du système immunitaire, tant et si bien qu'il arrive souvent que des enfants « toujours malades » ne le sont plus après leur rougeole. Vacciné-e-s, les enfants ne vivraient pas ces périodes de maturation au risque de leur enlever le moyen de structurer leur système de défense. Quant à la rubéole et aux oreillons, le vaccin ne confère pas toujours l'immunité sur une période très longue alors que c'est à l'âge adulte que ces maladies sont graves.

Si une femme, vaccinée enfant, attrapait la rubéole plus tard, lorsqu'elle est enceinte, le vaccin serait plutôt facteur d'aggravation, de même pour les oreillons chez les garçons.

En ce qui a trait aux vaccins recommandés lors des voyages à l'étranger, l'homéopathie conseille également de faire des distinctions. Celui contre le choléra n'empêche absolument pas la maladie. Les vaccins contre la fièvre jaune et la typhoïde peuvent causer des effets à moyen et long terme fort importants mais ce sont des

maladies très graves ; il s'agit alors de mesurer les risques.

Dans l'ensemble, l'homéopathie évalue que les doses et la périodicité des vaccins doivent être revisées. On pourrait ajouter que cela nécessiterait des études extensives et significatives, à très grande échelle, études que le déni médical quant aux conséquences à long terme de la vaccination empêche complètement.

Le point de vue homéopathique, en somme, fait ressortir l'importance de toujours savoir à qui

l'on s'adresse quand on parle de vaccination. Certaines maladies comme la rougeole, rarement graves chez nous, sont mortelles dans le Tiers-Monde à cause des conditions économiques, de la malnutrition, de l'hygiène. Malgré les difficultés évidentes que cela peut poser, il rappelle qu'il faut voir « le terrain » de chaque personne, c'est-à-dire ses antécédents, ses caractéristiques et ses sensibilités propres, avant de poser un acte médical. La vaccination systématique, sans considération pour la gravité de la maladie, les caractéristiques individuelles et collectives et les particularités de l'environnement n'a pas de sens selon l'homéopathie. En première vaccination, toutes les positions de principe seraient, par conséquent, absurdes.

À la santé des autres

Au Québec, depuis 1972, la vaccination n'est pas obligatoire, au sens strict, mais la pression exercée sur les mères par le corps médical, puis le système scolaire, afin qu'elles fassent immuniser leurs enfants n'est pas disparue pour autant. Cette « obligation morale » replace très exactement les femmes dans leur rôle de « mère du monde entier » en ce sens que non seulement on leur reproche d'être plus ou moins dénaturées si elles préfèrent ne pas faire vacciner leurs enfants mais d'être carrément irresponsables de ne pas penser aux enfants des autres. On place les femmes face à un dilemme sans issue : coupables quand elles font vacciner si un enfant souffre de séquelles quelconques, coupables quand elles choisissent de refuser la vaccination si un enfant devient malade et contagieux. « Faites-nous confiance » leur dit-on, sans rajouter « et croisez vos doigts que l'accident ne tombe pas sur le vôtre ». La solution à la culpabilité c'est de s'en remettre à l'autorité. Le tout, évidemment, dans la plus grande précipitation même si on le masque d'abord sous la nonchalance de la routine : « c'est le temps de son premier vaccin » ou « il a passé l'âge » ou « elle doit entrer en maternelle, dépêchez-vous » ou encore « si vous voulez partir en voyage, c'est le temps d'y voir ». Et l'on réduit du même souille la préoccupation fondée, concrète, des femmes quant à la santé et au bien-être de cet enfant-là, en chair et en os, à un calcul de probabilités. Vous avez « x » chances sur « x » mille si vous optez pour « y », comme s'il s'agissait d'acheter un billet de loterie. Culpabilité, précipitation et réduction, ces trois éléments-clé de toute entreprise d'intimidation

UNE SÉANCE DE VACCINATION AU SÉNÉGAL EN 1985

GRACIEUSE DE DÉVELOPPEMENT ET PAIX



sont donc réunis pour contraindre à la vaccination « libre ». Pour ou contre les vaccins, ce ne sont pas là des conditions favorables à un choix éclairé et responsable.

Ainsi sont évacués, avec la liberté de choix et la responsabilité sociale véritable, les « accidents » de l'immunisation. Un cas, entre autres, fait réfléchir :

« Atteinte d'une encéphalite virale après avoir été vaccinée contre la rougeole et handicapée mentale depuis, une adolescente de 16 ans ne sera jamais indemnisée. C'est la décision unanime et finale qu'a rendue la Cour Suprême du Canada jeudi. (...) S'appuyant sur une première décision rendue en 1979 par le juge André Nadeau de la Cour supérieure, M. Jacques Lapierre, le père de l'enfant, soutenait que si un dommage nécessaire et inévitable est causé à un citoyen dans le but de protéger la société, il en résulte que celle-ci a une dette envers qui a été sacrifiée. (...) Mais avec ce jugement, il devra seul procurer à la petite, rentrée malade de l'école où on l'avait vaccinée, les soins constants dont elle aura besoin pour le reste de son existence. On a établi, presque à 100 %, que c'était la piqûre administrée ce jour-là, qui avait causé la désastreuse encéphalite. Mais, en même temps, on a aussi clairement prouvé que ce cas, une fois possible sur un million d'immunisations, n'avait pas été causé par aucune faute de la part de quelqu'autorité que ce soit. Le vaccin était éprouvé, il a été bien administré, on a procédé à un test préalable d'allergie. Rien n'a été négligé. C'est un cas absolument fortuit (...) La Cour Suprême confirme que l'état actuel du droit ne permet absolument pas de faire supporter, même par l'État une responsabilité ne reposant sur aucune faute que ce soit. » (L. Lizotte, La Presse, 6 avril 1985)

On a raison de s'inquiéter : toute la responsabilité des conséquences qui suivent la vaccination repose sur les parents, même si on tente de la leur enlever dans la décision qui la précède. C'est l'acte médical posé et les conditions dans lesquelles il est posé qui est évalué par la loi et non le vaccin lui-même ; s'il n'est pas « défectueux », le contenu de la seringue n'est pas en procès.

Un grand nombre d'États américains ont rendu la vaccination obligatoire (comme en France, en Belgique et au Portugal), les autres pays européens n'ayant pas de programme obligatoire d'immunisation). L'État fédéral améri-



L'INÉVITABLE VACCIN AVANT D'ENTRER À L'ÉCOLE

cain, toutefois, ne l'a jamais fait et même les États particuliers concernés ont généralement adopté une formule d'exemption pour motifs religieux, médicaux ou personnels, justement pour éviter des poursuites en dommages et intérêts, car si l'exemption est théoriquement possible - quoique pratiquement très fastidieuse à obtenir - la responsabilité demeure celle des parents. On conviendra que dans les faits, obligatoire ou pas, la question de la vaccination n'y est guère différente. Par surcroît, là comme ici, la contrainte de l'immunisation n'implique ni un suivi médical méticuleux, ni la contrainte pour l'État de développer la recherche fondamentale et celle sur les « accidents », ni d'en rendre public les résultats.

Ce n'est qu'un début...

Aujourd'hui, avec l'avènement du Sida, on ne parle plus du système immunologique seulement dans les revues spécialisées, ce sujet fait la une des quotidiens. Placé sur la défensive depuis plusieurs années par le féminisme et le mouvement de médecines alternatives, le pouvoir médical peut revenir en force sur la place publique pour prendre la parole sur le Sida ou encore sur les nouvelles technologies de reproduction.

Le néo-conservatisme montant, dans tous les secteurs de vie, porte aux généralisations hâtives et à l'autoritarisme bon genre. C'est dans ce contexte que se pose maintenant le questionnement sur la vaccination, un contexte qui peut contribuer facilement à museler tout esprit critique, à empêcher un choix éclairé et, à la

limite, à supprimer dans les faits, le droit même de choisir. ■

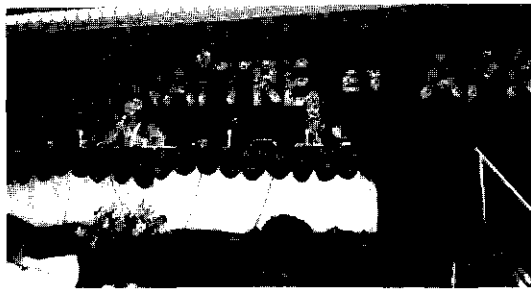
¹ Monique de Gramont, « Tintina au pays des vaccins », Châtelaine, Septembre 1985

POUR PLUS D'INFORMATION

Ligue pour le vaccin libre, C.P. 261, Succ. Youville, Montréal, Québec, H2P 2V4. On peut y commander les livres mentionnés. Une cassette « Danger et inutilité des vaccins » est aussi disponible. Institut de médecine hygiéniste, 441, rue de La Salle, Québec, G1K 2T7. Tel : (418) 524-3080.

BIBLIOGRAPHIE

- CHAVANON, P., *La guerre microbienne est commencée*, éditions Dangles, Paris, 1950, 196 pages.
- CHEVREUILS, P.E., *Le leurre médical*, éditions des Neiges, Montréal, 1982, 371 pages.
- *Les vaccins, racket et poisons ?* éditions des Neiges, Montréal, 1965, 156 pages.
 - COUZIGOU, YVES, *Phobie des microbes, manie vaccinale, Vie et action*, 1965, no 29, hors-série.
 - DELARUE, FERNAND, *L'intoxication vaccinale*, éditions du Seuil, Paris, 1977, 253 pages.
 - *Les nouveaux parias*, éditions de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, Paris, France, 1971, 208 pages.
 - *Les vaccinations n'ont pas fait régresser les épidémies*, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, Paris, 1965, 87 pages.
 - *Science d'aujourd'hui et médecine de demain*, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, vol.2, septembre 1966, 55 pages.
 - DELARUE, SIMONE, *Le léfano*, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, 1982, 35 pages.
 - *Où nous mènent les vaccinations à virus ?* éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, Paris, France, 1982, 19 pages.
 - *Les vaccinations dans la vie quotidienne*, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, Paris, 1983, 22 pages.
 - DELARUE, F & S, *La rançon des vaccinations*, 5^e édition, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, 1980, 64 pages.
 - FERRU, MARCEL, *La faillite du B.C.G.*, Presses Universitaires de France, Paris, 1977, 274 pages.
 - GRIGORAKI, LÉON, *Tuberculose et vaccin B.C.G.*, Athènes, 1965, 23 pages.
 - HOFFET, FRÉDÉRIC, *Le petit manteau rouge*, éditions de la ligue pour la liberté des vaccinations, Paris, France, 1983, 94 pages.
 - KALMAR, J., *Carnet Immunologique*, éditions les Bardes, France, 1972, 197 pages.



De colloque en colloque...

À Montréal, les colloques se succèdent parfois à un rythme fou. Les collaboratrices de L'UNE À L'AUTRE se sont laissées entraîner dans le tourbillon et vous livrent les moments forts de quelques-uns de ces événements ainsi qu'une entrevue avec Michel Odent. Réflexions stimulantes, questionnements qui nous interpellent, exemples de réalisations ici et ailleurs.

NAÎTRE... ET APRÈS

Organisé par Péri-Laval, un regroupement d'infirmières en périnatalité des CLSC de Laval, **Naître... et après** a attiré plus de 400 personnes : des infirmières des CLSC et des départements d'obstétrique, quelques médecins, des sages-femmes, des femmes enceintes venu-e-s de tous les coins de la province et même de l'extérieur du Québec. Les organisatrices, praticiennes ayant souvent constaté l'insatisfaction de nombreuses femmes face aux conditions de leur accouchement, voulaient provoquer une réflexion sur la possibilité de « bien naître » et d'offrir des alternatives au Québec.

Animé par la journaliste Monique de Gramont, dont l'intérêt pour toutes les questions touchant la naissance est bien connu, le colloque a surtout été marqué par deux exposés : celui du docteur Michel Odent et celui d'Isabelle Brabant, sage-femme, qui ont développé leur approche de la grossesse et de l'accouchement. D'autres exposés portaient sur la participation des pères, les NTR, le post-partum.

DES MAISONS DE NAISSANCES : DES PETITES ET DES GROSSES

La discussion a vite porté sur les maisons de naissances. On sait que deux conceptions de ces projets s'affrontent présentement¹. Le projet de Centre de la famille, récemment mis de l'avant par

les professionnels de la Cité de la Santé, aurait obtenu l'accord du gouvernement. Par contre, les projets de maisons de naissances, de plus petite envergure, moins coûteux, prônant une approche différente sont sous le coup d'un moratoire.

Le débat a été chaud. Les partisans des petites maisons de naissances s'interrogent sur ce que changerait véritablement « ces chambres de naissances, complètement équipées avec la technologie habituelle, où accoucheraient plus de 4000 femmes par année ».

Marie-Claude Martel, alors coordonnatrice de Naissance-Renaissance, soulignait qu'aux États-Unis, ce sont les centres situés à l'extérieur des hôpitaux et accueillant moins de 500 femmes par année qui connaissent les résultats les plus satisfaisants. Elle ajoutait également que rien, dans le projet du Centre de la famille, ne prévoit le recours à des mesures alternatives : les sages-femmes semblent absentes de ce projet et la participation de la clientèle à la prise de décision n'est pas prévue. On trouve enfin qu'on s'approprie facilement le

vocabulaire propre au milieu d'humanisation des naissances, sans en respecter l'esprit et la philosophie.

Il est difficile de mesurer l'impact d'un tel colloque sur les départements d'obstétrique. On ne peut cependant que féliciter les organisatrices d'avoir su faire sortir de la marginalité la discussion sur « l'accouchement façon sage-femme ». Il est temps, comme le rappelait Monique de Gramont « que les infirmières prennent le parti des femmes, et non seulement des médecins et de l'hôpital; qu'elles disent tout haut ce qu'elles constatent tout bas ». On pourrait aussi souhaiter qu'encouragés par les propos des participantes à ce colloque, des médecins appuient la cause des femmes et des sages-femmes et favorisent le libre-choix. Espérons qu'un événement comme ce colloque stimulera tous ceux et celles qui sont concerné-e-s à faire entendre leur voix. ■

HÉLÈNE VADEBONCŒUR



PHOTO LINDA LAUTHIER

¹ Voir à ce sujet l'article « Des centres de maternité nouvelle mode », dans le numéro Hiver 1988, de L'UNE À L'AUTRE.

• Les actes du colloque seront publiés. Pour renseignements, contacter Alain Carrier, CLSC du Marigot, 1351 boul. des Laurentides, Vimont, Laval, H7M 2Y2.

• Pour devenir membre du Comité d'humanisation des soins de Laval, mis sur pied lors du colloque, appeler Madame Lanelle Marquis, 668-1803.

SANTÉ ET THÉRAPIES : SCIENCE ET RÉALITÉ

Le troisième colloque annuel organisé par l'AGORA portant sur le thème, « Santé et thérapies : science et réalité », se déroulait à Montréal les 20, 21 et 22 novembre 1987. On a pu y entendre cinquante-cinq conférencières et conférenciers de prestige venus de différents pays.

DOLORES KREIGER :
LE TOUCHER THÉRAPEUTIQUE

Madame Kreiger¹ soulignait la capacité innée de chacun à guérir et l'importance de la compassion et du désir d'aider le malade. Elle considère d'ailleurs le toucher thérapeutique comme « un mode ancien de guérison servi à la moderne ». Elle nous affirmait qu'un enseignement simple suffisait pour rendre opératoire cette capacité de guérir que possède la majorité des gens. Son exposé, tout à fait fascinant, démontrait comment se produisait chez les personnes traitées par le toucher thérapeutique non seulement un soulagement des symptômes, mais aussi des changements médicalement significatifs dans les composants sanguins de la personne traitée (par exemple, une augmentation de l'hématocrite). Ces changements seraient très rapides et très significatifs, indépendamment de la croyance de la patiente au traitement.

ROBERT MENDELSON :
NOUVEAUX DÉFIS

Cette conférence portait sur les défis posés à la médecine par les nouvelles maladies et sur l'incapacité de la médecine officielle de guérir un nombre croissant de ces maladies graves ou mortelles. Le Docteur Mendelson² pratique la médecine aux États-Unis depuis plus de 30 ans. Son récit sur le manque de rigueur de la médecine moderne, lorsqu'il s'agit d'introduire sur le marché de nouveaux traitements pharmaceutiques et/ou chirurgicaux, aurait pu nous faire frissonner d'horreur³.

Le docteur Mendelson a fourni une liste de questions pertinentes à poser aux médecins lorsqu'ils suggèrent un traitement quel qu'il soit. Intéressant petit exercice :



LE TOUCHER THÉRAPEUTIQUE. UN MODE ANCIEN DE GUÉRISON SERVI À LA MODERNE

1. Est-ce que vous recommandez ce traitement à toutes vos patientes ? La réponse sera évidemment « oui ».
2. Est-ce que toutes vos patientes suivent ce traitement ? La réponse ne pourra être que « non ».
3. Qu'est-ce qui arrive à ces patientes qui ne suivent pas ce traitement ? Puisque le médecin ne s'occupe pas des patientes qui ne suivent pas ses

traitements, s'il est honnête, il sera obligé de répondre qu'il ne le sait pas.

4. Comment faites-vous pour savoir que celles qui n'ont pas suivi vos traitements n'ont pas eu les mêmes résultats ou des résultats supérieurs ? Et puisque le médecin ne suit pas les patientes qui refusent ses traitements, c'est en fait impossible pour lui de

vous affirmer quoi que ce soit là-dessus !

Cette suite logique de questions pourrait certainement aider à éclairer la situation lorsque le personnel médical utilise les puissantes armes de la peur et de la culpabilisation pour amener une femme à se soumettre à la routine médicale pendant sa grossesse. Compte tenu du manque aberrant de groupes de contrôle dans les recherches médicales actuelles, il s'avère de plus en plus important de trouver des moyens pour nous aider à voir clair dans la jungle de la médecine moderne.

Il est impossible de rapporter tous les événements de ce colloque de l'AGORA sur la santé et les thérapies. Mais une constatation majeure semble s'en dégager : l'importance de se fier à notre propre jugement et à nos intuitions dans tout ce qui touche notre santé ou celle des gens qui nous entourent. Les femmes ont un rôle primordial à jouer dans ce domaine et nous avons le devoir d'exiger non seulement l'accès aux thérapies nouvelles mais aussi des changements et une ouverture d'esprit de la part de la médecine traditionnelle. ■

KATHLEEN NUGENT

¹ KREIGER, DOLORES : *The Therapeutic Touch : How to use your hands to help or to heal*

• *Living the Therapeutic Touch : Healing as a life style*

² MENDELSON, ROBERT : *Confession of a Medical Heretic*

• *Mal(e)practice : How Doctors manipulate Women*

• *How to Raise a Healthy Child in Spite of your Doctor*

³ Le Docteur Mendelson a écrit un résumé de l'information disponible au sujet de l'échographie dans un numéro de son Newsletter. Ce rapport documente, entre autres, les travaux du Dr Alice Stewart dans le Oxford Child Cancer Survey, reliant l'utilisation de l'échographie pendant la grossesse avec le développement de la leucémie. Il est aussi possible de se procurer le Newsletter du Dr Mendelson sur la vaccination. Ces documents et d'autres sont disponibles à l'adresse suivante : Dr. R. Mendelson, 1210 Labe Street, Evanston, Illinois, 60201 USA.

SURTOUT... NE PAS PERTURBER L'ACCOUCHEMENT

« Lorsqu'on étudie pour être médecin, on est entraîné à éviter certaines questions. Celle-ci, par exemple : qu'est-ce qui peut perturber l'accouchement ? » C'est en évoquant ce souvenir que Michel Odent, chirurgien, et ex-directeur de la maternité de l'hôpital français Pithiviers de 1960 à 1985 et auteur de nombreux ouvrages¹, ouvrait le colloque **Naître... et après**. Son expérience, enrichie par son contact avec les sages-femmes, l'a amené à voir l'accouchement d'une façon bien différente de celle de ses confrères médecins. Selon lui, depuis que le docteur Morriseau, au 17^e siècle, s'est introduit dans la chambre d'une femme en train d'accoucher et l'a fait mettre sur le dos, l'obstétrique a voulu prendre le contrôle de l'accouchement, sans se demander si le fait de contrôler pouvait aussi signifier perturber.

LES MAMMIFÈRES LE PROUVENT...

Il est intéressant d'examiner les recherches expérimentales faites auprès des mammifères - les souris par exemple - lorsqu'elles mettent bas. Niles Newton², chercheuse et professeure à l'école de médecine de l'Université de Chicago a découvert que : si l'on mettait les femelles dans un endroit non familier, qu'on les transportait en différents lieux entre le début du travail et la fin de l'accouchement, et qu'on les laissait accoucher dans une cage en verre éclairée (plutôt que dans une cage sombre et opaque) où elles se sentaient observées, on rendait l'accouchement des souris plus long, plus difficile et plus dangereux.

Ces constatations, formulées durant les années 60, n'ont malheureusement pas donné lieu à une remise en question de ce qui se passe dans les départements d'obstétrique occidentaux. Pour Michel Odent, ces conclusions sont pourtant tout à fait transposables à l'espèce humaine : dans notre société, on fait précisément tout pour gêner le déroulement de cet événement central dans la vie d'une femme. On devrait donc se poser la question : comment rendre l'accouchement aussi facile que possible ?



PHOTO ANDRÉ DE VAREZ

Lors d'une conférence au colloque « Santé et thérapies : science et réalité », Michel Odent présentait son concept de santé primale. Comme les organes n'atteignent pas tous la maturité en même temps, il existe une période pour la maturation de chaque système, y compris le système d'adaptation de la santé. La période primale est la période spécifique pendant laquelle se développe un système d'adaptation de la santé chez l'enfant et il semble que l'allaitement (et le colostrum en particulier) soit un des éléments déterminants pour la qualité de la santé tout au long de la vie de l'individu.

Il a été démontré jusqu'à quel point, dans notre culture, cette période primale (qui va de la conception à l'allaitement) est perturbée par notre mode de vie : la famille nucléaire, l'institutionnalisation de la naissance et de la première enfance, le sommeil du bébé dans un lit individuel, etc. Lorsqu'on songe aux implications à long terme des soins reçus pendant cette période, on ne peut que s'interroger sur certaines de nos pratiques conventionnelles en périnatalité et en pédiatrie. K.N.

¹ ODENT, MICHEL, *La santé primale*, Payot, Paris, 1986, 210 pages.

² On peut se procurer l'enregistrement des conférences données au colloque de l'AGORA sur le concept de santé primale (au coût de 10 \$ la cassette) à l'adresse suivante : AGORA Inc., C.P. 245, Ayer's Cliff, Québec, J0B 1C0.

Il est urgent que l'on aborde l'étude de la physiologie de l'accouchement, non pas à partir de l'hôpital, qui constitue « le pire endroit pour en apprendre sur la question », mais à partir d'observations faites là où les femmes accouchent dans les meilleures conditions : à la maison ou dans des lieux qui s'en rapprochent. Ce n'est que lorsqu'on aura radicalement transformé les lieux où les femmes accouchent, et aussi les attitudes, que l'on pourra améliorer nos connaissances sur l'accouchement et accroître notre compréhension de l'importance de l'environnement.

Citant l'exemple de la maternité de Pithiviers, en France, Odent rappelle qu'on s'y préoccupe :

- de rendre les lieux plus familiers, de créer une atmosphère de rencontre. On peut y venir fréquemment, pour faire diverses activités, chanter par exemple, avec des personnes de différents âges ;
- de laisser les femmes être en travail, accoucher et passer les premières heures suivant la naissance de leur bébé dans un même lieu ;
- de respecter le besoin d'intimité de la femme qui accouche : petite pièce, rideaux fermés, pénombre, minimum de compagnie choisie par la femme. La pénombre est particulièrement importante. L'accouchement est en effet un processus involontaire, contrôlé par le cerveau primaire. L'activité de ce dernier peut être inhibée par le néo-cortex qui est, lui, stimulé par la lumière !
- de la laisser en compagnie de la personne qui perturbe le moins l'accouchement, possiblement une femme expérimentée et chaleureuse, qui corresponde à l'image de la mère. Odent a pu constater, que plus une femme s'isole durant le travail, plus vite elle accouche. Il a parfois observé que la présence du conjoint pouvait affecter le travail, surtout si celui-ci essaie de jouer le rôle « d'entraîneur », comme on lui suggère de le faire depuis une ou deux décennies.

COMME SUR UNE AUTRE PLANÈTE

Pour accoucher elle-même, « avec ses propres hormones », selon une expres-

« Pourquoi des sages-femmes, pourquoi des maisons de naissances ? Pour permettre aux femmes qui le veulent, à la suite d'une réflexion, d'une démarche personnelle, ou d'une expérience dramatique qui a eu le don de secouer, de réveiller, de retrouver leur instinct, d'exprimer leurs besoins, de faire des choix éclairés, d'avoir enfin accès à leur pouvoir. Pour contraindre la science à redonner à la connaissance des femmes la place qui lui revient. Pour reféminiser et normaliser un acte qui est devenu une affaire scientifique et une dangereuse aventure. Pour décoloniser nos ventres devenus progressivement, au fil de l'histoire, propriété de la médecine. »

MONIQUE DE GRAMONT
conférence à Hull
le 14 octobre 1987

sion chère à Odent, la femme doit se couper du monde. Pour savoir où elle en est, point besoin de multiplier les touchers vaginaux, il suffit de l'observer : les bruits qu'elle fait, qui changent à l'approche de la deuxième phase, le besoin de s'agripper, même la peur panique qui peut la saisir à l'approche de la poussée, indiquent qu'en quelques contractions, le bébé sera né. À condition bien sûr, que l'environnement soit favorable et que la femme se sente libre d'agir et de se placer comme elle veut.

Tout cela est idéal lorsque le travail progresse bien et que les risques sont peu élevés, mais que fait-on lorsqu'on craint des difficultés ? Il est encore plus important, dans ces cas-là, de respecter les conditions favorisant l'accouchement. « Ce sont ces femmes qui ont le plus besoin d'intimité et de pénombre. » Si une femme risque de moins bien accoucher, cela est perceptible dans le déroulement de la première phase du travail. Si tout va bien, la deuxième phase se déroulera tout aussi bien. Si des difficultés importantes surviennent, Odent préfère la césarienne à l'utilisation de pitocin ou de forceps. On peut ne pas approuver cette option.

Si le travail ralentit et que la femme réclame un médicament pour diminuer la douleur, quelle est la meilleure attitude à prendre ? On peut alors offrir un bain chaud, idéalement lorsque la dilatation est déjà de quelques centimètres, ce qui augmente souvent l'efficacité des contractions et accélère la dilatation. La sensibilité à la douleur augmenterait, selon Michel Odent, lorsque la femme reçoit par intra-veineuse du glucose pendant le travail. Lors d'un accouchement naturel, les endorphines aident à calmer la douleur. Il ajoute même qu'en ne perturbant pas cette douleur, on évite qu'elle soit trop intense.

À Pithiviers, il arrive que des femmes accouchent dans l'eau, si elles le désirent. Cette pratique est sans danger pour le bébé, qui ne respirera que lorsqu'il entrera en contact avec l'air. Certaines femmes ont le réflexe de sortir de l'eau juste avant la poussée, ce qui provoque généralement ce qu'Odent appelle le « réflexe d'éjection du fœtus »³.

DES CHIFFRES QUI PARLENT

On pourrait croire qu'à Pithiviers, on fait une sélection des femmes qui peuvent y accoucher. Ce n'est pas le cas. Monique de Gramont soulignait que d'autres hôpitaux ont même parfois envoyé des « cas lourds » pour tester, en quelque sorte, la capacité de la maternité à s'en occuper. Les statistiques sont éloquentes :

- entre 1968 et 1984, il n'y a eu aucune mort maternelle sur 12 292 naissances ;
- de 1982 à 1984, sur 2 645 naissances on a eu les taux suivants :
 - mortalité périnatale : 8,2/1000 (Au Québec, en ce moment : 8/1000)
 - césariennes : 7,6 %
 - vacuums : 4,45 %
 - épisiotomies : 6,24 %
 - transfert en pédiatrie : 1,58 %

Pour Michel Odent, on est maintenant au stade où, en Occident, on ne peut pas tellement faire plus pour diminuer le taux de mortalité périnatale. Mais on peut diminuer le taux d'utilisation des drogues, réduire le nombre d'interventions - dont les césariennes -

réduire le nombre de bébés séparés de leur mère et ce, à la seule condition qu'on améliore nos connaissances de l'accouchement et qu'on reconnaisse l'importance de l'environnement.

Depuis deux ans, Michel Odent vit en Angleterre avec sa femme et leur fils de deux ans. Poursuivant ses recherches et sa réflexion, il assiste des naissances à la maison et il a créé l'Institut de santé primale. Un groupe de bébés nés en 1986, le « club des 2086 » (parce qu'ils auront cent ans en 2086) sont les sujets de ses recherches autour du concept de santé primale. ■

HÉLÈNE VADEBONCEUR

¹ Michel Odent a publié : *Bien naître, Birth Reborn, Genèse de l'homme écologique, La santé primale.*

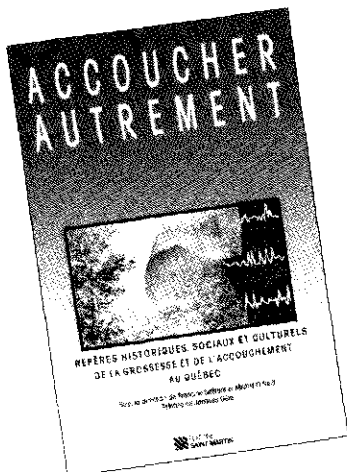
² NEWTON, N., FOSHEE, D., NEWTON, M., « Parturient mice : Effect of environment on labor », *Science*, 1966, 151 : 1960-1961.

NEWTON, N., PEELER, D., « Effect of disturbance on labor : an experiment with 100 mice with dated pregnancies », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1968 : 293 : 585-587.

³ ODENT, M., « The foetus ejection reflex », *Birth*, 1987, 14 : 104-105.



PHOTO LUC FAVELIN



HISTOIRES DE NAISSANCES

Peut-on qualifier ce livre de recueil, ou doit-on réserver ce titre à des œuvres poétiques ? Le dictionnaire n'est pas très clair à ce sujet. Quoi qu'il en soit, **ACCOUCHER AUTREMENT** rassemble les écrits, les recherches, les thèses sur l'accouchement rédigés par une quinzaine d'auteurs québécois au cours des années 1980. Il est de plus agrémenté de témoignages de femmes québécoises qui ont résolument opté pour la réappropriation de l'accouchement. Nos lectrices et lecteurs y retrouveront avec plaisir les textes d'Isabelle Brabant et d'Hélène Laforce, collaboratrices à notre revue.

C'est un livre passionnant. La première section regroupe sous le thème « *De la désappropriation* » des textes sur l'accouchement traditionnel, sur l'invasion de la médecine technologique et se termine en posant la question jusqu'où ira la technologie ? La deuxième section intitulée « *Vers la réappropriation* » analyse des expériences alternatives et présente les témoignages de ceux et celles qui les ont vécues.

Je ne sais pas qui, de la femme ou de la sage-femme en moi, a été la plus touchée par les récits des femmes Atikameques, Cries, Inuits. L'expérience des anciennes qui savaient d'instinct, aussi bien aider un bébé à se retourner ou à descendre dans le bassin, que le mettre au monde, est évoquée avec simplicité et puissance.

L'histoire de la mainmise de la médecine sur l'accouchement, l'élimination des sages-femmes, le choix à tout prix de la sécurité au détriment du confort, du soutien, de l'intégrité corporelle dans de nombreux cas, nous oblige à nous questionner. Le taux croissant de césariennes, l'avènement des nouvelles technologies de reproduction ne font que rajouter à cette nécessité de relaire le chemin et d'essayer de comprendre où s'en vont la grossesse et l'accouchement.

ACCOUCHER AUTREMENT aborde en conclusion le mouvement de réappropriation de la naissance amorcé au milieu des années 70 et dont **NAISSANCE-RENAISSANCE** est issu. Le mouvement d'humanisation des naissances a initié de nombreux changements : les sages-femmes réapparaissent et luttent pour leur reconnaissance, des médecins se questionnent et optent pour une pratique différente.

Même s'il s'agit d'un recueil de recherches, la lecture est facile et agréable. L'agencement des chapitres, la qualité de l'écriture, le souci évident de redonner aux femmes et aux hommes québécois cette partie de leur histoire en font un livre très accessible, qui se parcourt presque comme un roman... Une lecture nécessaire pour nous reconnaître et pour confirmer nos revendications, pour redonner un sens à la reproduction humaine de plus en plus manipulée, intellectualisée et dans un proche avenir, robotisée.

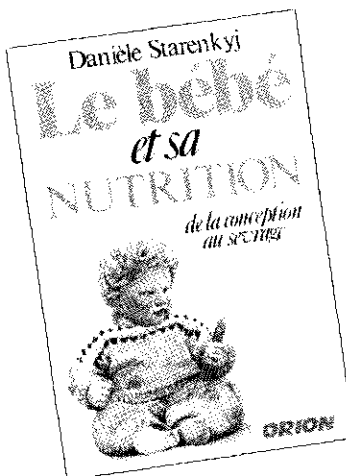
MICHÈLE CHAMPAGNE

ACCOUCHER AUTREMENT, Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement, sous la direction de Francine Saillant et de Michel O'Neil, Éditions Saint-Martin, Montréal, 1987, 450 pages, 29,95 \$

L'ESSENTIELLE, LA LIBRAIRIE DES FEMMES, offre 15 % de rabais sur ces 4 titres jusqu'au 1^{er} juin. 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



NOURRIR SON ENFANT AUTREMENT

Le titre **LE BÉBÉ ET SA NUTRITION** ne coïncide pas véritablement avec le contenu du livre. Surtout qu'en page couverture on précise « de la conception au sevrage », alors qu'en réalité on parle essentiellement d'allaitement et qu'on ne dit à peu près rien sur l'introduction des aliments solides dans l'alimentation du bébé, ni de l'alimentation des jeunes enfants.

Danièle Starenkyj amorce son ouvrage par un vaste historique de l'allaitement. Cette partie couvre, en fait, le quart du bouquin, et s'avère très intéressante. On y apprend comment étaient nourris les bébés à différentes époques et on découvre le peu d'attention qu'on accordait à ces « sous-êtres » qui mouraient massivement. Chez les plus fortunés, on en vint à placer les bébés chez des nourrices et à ne plus s'en inquiéter.

On voit ensuite les pratiques de notre époque, celles de l'ère industrielle. Les bébés d'aujourd'hui ont, eux aussi, fait les frais de diverses théories pédiatriques, chaque décennie amenant la sienne. Le règne du biberon, dont nous connaissons encore aujourd'hui l'emprise, en est un exemple.

L'originalité de cet ouvrage tient au fait qu'il s'adresse à des femmes végétariennes et végétaliennes (celles qui ont un régime alimentaire qui exclut tout aliment ne provenant pas du règne végétal). Il définit clairement les besoins de la mère et du bébé tant en

période de grossesse qu'en période d'allaitement. Les sources alternatives de vitamines et de minéraux, essentiels à la formation du fœtus et à sa croissance tant physiologique que neurologique, sont bien identifiées. Le livre montre bien les relations des éléments essentiels à l'être humain et c'est là qu'il devient un outil précieux pour celles qui ont choisi un autre type d'alimentation et qui ne peuvent trouver réponse à leurs questions dans le Guide alimentaire canadien, bible de la majorité des intervenants québécois.

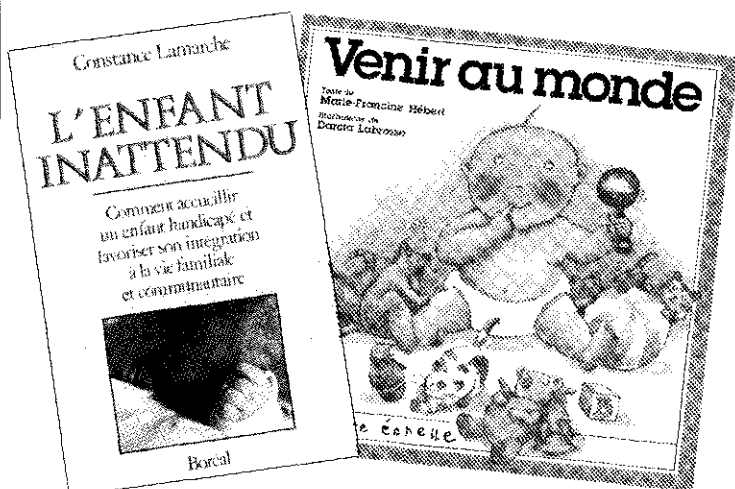
Les modes de fabrication de différents laits végétaux sont utiles aux mères qui ne désirent pas donner des laits de nature animale à leur bébé.

Danièle Starenkyj ne se contente pas de parler de nutrition. Ses principes moraux et religieux y sont apparents. Pensée très cohérente, mais qui m'apparaît parfois anachronique et même réactionnaire. Par exemple, dans des propos comme ceux-ci : « La renaissance de l'allaitement doit pour se faire vraiment, être doublée de la renaissance de la famille, cette société unique, fondamentale et indispensable à la tête de laquelle, l'homme, en tant que chef, a la responsabilité sacrée de veiller lui-même à la survie. » La femme a besoin d'être maternée et supportée, l'homme doit s'impliquer dans la vie de sa famille, il n'est pas pour autant nécessaire de prôner un retour en arrière.

Livre intéressant, fortement marqué par les croyances personnelles de l'auteure, mais un peu décevant pour les mères déjà conscientisées et qui sont à la recherche d'informations supplémentaires sur la nutrition du bébé pendant le sevrage et après l'allaitement.

MICHÈLE CHAMPAGNE

LE BÉBÉ ET SA NUTRITION, par Danièle Starenkyj, Éditions Orion, 1987, 221 pages, 11,95 \$



UN ENFANT HANDICAPÉ

Il n'est pas facile d'écrire sur l'accueil et l'intégration d'un enfant handicapé. On risque de prendre un ton très neutre, style « intervenant » dégaï, ou bien de tomber dans un pathos difficilement supportable pour les lectrices/teurs. Constance Lamarche a su éviter ces écueils, en faisant place à ceux et celles qui ont vécu cette épreuve. Elle donne la parole aux parents et aussi à ceux qui étaient présents au moment où l'on apprend qu'un enfant est handicapé. À travers ces témoignages, on comprend la souffrance, on saisit l'intensité et la profondeur des émotions ressenties et les réactions qu'elles ont provoquées.

« La façon dont on révèle le diagnostic aux parents est déterminante dans leur attitude vis-à-vis de l'enfant et pour l'ensemble du processus d'adaptation ». Les premiers moments de la vie avec un enfant handicapé sont marqués par une solitude profonde. L'auteure analyse les étapes que les parents doivent franchir après avoir vu leur monde basculer à la naissance d'un enfant handicapé. On se sent proche des difficultés, des frustrations et aussi des joies et des transformations intérieures des parents. Le chapitre consacré à la vie familiale et à sa dynamique rassemble les éléments permettant d'éviter que la famille entière ne devienne handicapée.

L'auteure a eu le souci de s'adresser aux professionnels de la santé, cibles fréquentes vers lesquels se tournent les

parents pour exprimer leur insatisfaction. Elle les laisse s'exprimer, pour ensuite les conseiller et les informer, les inciter à la réflexion. Elle les invite habilement à abandonner le mythe du professionnel tout puissant pour adopter une attitude plus modeste et plus compréhensive.

Suite à ces réflexions, Constance Lamarche propose des actions, des gestes concrets menant à l'intégration sociale de l'enfant handicapé et de sa famille. Il existe des services de mieux en mieux adaptés à cette situation, et ce, non seulement pour les premiers mois de la vie.

Marqué d'une grande simplicité, sensible aux limites humaines, invitant à la réflexion sans adopter un ton moralisateur, ce livre est basé sur des témoignages d'une grande authenticité qui célèbrent le courage et l'espoir. N'oublions pas qu'il ne s'agit pas d'un phénomène marginal : chaque année plusieurs milliers d'enfants, soit à peu près 5,5 % de tous ceux qui naissent, voient le jour avec une déficience intellectuelle, physique ou sensorielle.

CÉLINE LEMAY

L'ENFANT INATTENDU, par Constance Lamarche, Boréal, Montréal, 1987, 197 pages, 14,95 \$.

À NOTRE PLAISIR ET À CELUI DES PETITS

Quel charmant petit livre : gai, plein d'humour, d'images simples avec un sens du détail qui permet de découvrir des éléments nouveaux à chaque fois qu'on le relit. Rafraîchissant aussi, avec ses clins d'œil sur le quotidien de l'amour et de la vie commune que les enfants reconnaîtront sans peine : les petites chicanes, les traînées... et les bons moments. La reproduction enfin racontée dans son contexte : la vraie vie de tous les jours ! On apprécie que le rapport homme-femme soit présenté comme égalitaire (ils préparent le souper ensemble, ils font l'amour face à face). La présence d'un couple de châlons qui vivent, en parallèle, les mêmes péripéties que le papa et la maman de l'histoire, dédramatise le tout. Oui, nous sommes aussi des mamifères de la planète ! Cette astuce des auteures permet aux enfants et adultes lecteurs de commenter, en premier lieu, les aventures des chats, si cela leur semble plus facile. Avantage non négligeable, quand on pense que la reproduction, telle que présentée ici, aborde aussi les questions de la nudité, des relations sexuelles, du plaisir, des menstruations, de la contraception, de l'accouchement. Chaque parent voudra aborder à sa manière ces sujets chargés d'émotions, guidé par ses propres convictions morales. C'est d'ailleurs ce que le « Guide à l'intention des adultes » suggère : suivre l'intérêt de l'enfant et sa propre inclination à pousser plus avant le dialogue. Des planches-couleurs simples des appareils reproducteurs permettent, de plus, de répondre aux questions des enfants plus vieux ou plus curieux.

Ceci étant dit, c'est quand même incroyable qu'on ait pratiquement passé l'accouchement sous silence ! « C'est alors que je suis sorti du ventre de maman » raconte le livre. « Il ne faut pas craindre de parler de l'accouchement en soulignant le travail de la mère, de l'enfant et de toutes les personnes qui l'assistent » ajoute l'auteure, et c'est tout !!! On aurait aimé, là aussi, un outil de dialogue, des images, une histoire pour aider à raconter cette aventure de la naissance. Bien sûr, les enfants se demandent d'où viennent les bébés.

Mais ils se demandent avec tout autant d'intérêt, sinon plus, comment ils font pour sortir par une si petite porte ! Ce vide total sur l'accouchement dans un livre consacré à la naissance laisse un drôle de goût. Serait-ce un reflet de la perception de l'accouchement : un événement qui ne nous appartient plus ? Voilà une brèche que les adultes devront colmater eux-mêmes : parler du col de l'utérus comme d'une petite porte qui doit s'ouvrir toute grande pour laisser passer le bébé, des contractions musculaires de l'utérus comme des vagues qui viennent et reviennent faire le travail petit à petit, de la douleur que la maman vit avec courage. Il faudra encore parler du support amoureux du papa, des poussées qui vont aider le bébé à faire son chemin, de la belle caresse que tout le corps de la maman fait au bébé pendant qu'il sort d'elle, du sang qui nourrissait le bébé, du placenta maintenant devenu inutile. On n'oubliera pas non plus de parler de la force et de la vulnérabilité de ce moment-là, des incidents de parcours qui arrivent parfois (césarienne, prématurité, etc.), ce qui explique pourquoi il y aura infirmière, médecin ou sage-femme pour veiller à ce que tout se passe bien. On parlera aussi des émotions que cela provoque chez les parents.

VENIR AU MONDE est un merveilleux livre pour ouvrir la discussion sur la naissance avec les enfants, à condition de les accompagner dans leur lecture et de suppléer à ses faiblesses. L'idée d'y assortir un jeu (une visite guidée des neuf mois de vie intra-utérine) multiplie le plaisir et invite à recommencer : la répétition facilite l'assimilation des notions nouvelles et l'intégration de certaines émotions. La lecture conjointe de ce conte permettra d'exprimer les questions et les inquiétudes que soulève l'arrivée d'un nouveau bébé dans la famille ou l'entourage et d'approcher doucement cette réalité... à condition d'ajouter les pages qui manquent ! ■

ISABELLE BRABANT

VENIR AU MONDE, par Marie-France Hébert, illustrations de Darcia Labrosse, La Courte Echelle, Montréal, 1987, 24 pages, 19,95 \$

UNE MAISON DE NAISSANCES... EN IMAGES

Entre le rêve et la réalité, s'est glissé un vidéo. Nos rêves, revendications, pleurs et espoirs vécus ensemble depuis tant d'années, ont donné UNE MAISON DE NAISSANCES, réalisé par Irène Demczuk. Un comité avait déjà réalisé un projet pilote de Maison de naissances autonome des centres hospitaliers, à partir des revendications exprimées par les femmes. Voilà qu'aujourd'hui, des images viennent illustrer ce projet.

Près de 200 personnes assistaient au lancement du vidéo, en novembre dernier : représentantes de Madame Thérèse Lavoix-Roux, fonctionnaires du Secrétariat d'État et du ministère de la Santé et des Services Sociaux, chercheuses en périnatalité, journalistes, membres de Naissance-Renaissance et plusieurs autres. La salle était bondée.

Avant la projection, Monique de Gramont et Marie Bonhomme, usagère, ont raconté les expériences qui les ont amenées à désirer et à revendiquer, pour elles et pour les autres femmes, un « ailleurs » pour mettre au monde les enfants.

Monique de Gramont nous a rappelé l'histoire de son amie Louise Côté, qui avait choisi d'accoucher à l'hôpital « parce que c'est plus sécuritaire », et qui est morte avec son bébé. Afin que plus jamais d'autres femmes ne meurent ainsi, en donnant la vie, Monique de Gramont milite aujourd'hui en faveur des maisons de naissances. Marie Bonhomme a été ce soir-là, le porte-parole de milliers de femmes, déçues de s'être « fait accoucher ». Elle était aussi la voix de toutes celles qui ont décidé de réagir et d'avancer sur la voix de l'autonomie. Après un premier accouchement à l'hôpital, qu'elle a jugé humiliant, Marie a choisi d'accoucher de son second enfant à la maison, avec une sage-femme. L'expérience l'a convaincue de la nécessité de maisons de naissances au Québec.

LA FICTION

Arrivent ensuite les images : il s'en dégage tout à la fois la douceur et la force, la légèreté et la gravité, l'humour, la tendresse, la paix, l'amour.

On y suit Chantal qui décide de vivre pleinement son second accouche-



PHOTO LINDA RUTENBERG

PHOTO NICOL HUBERT

ment. Elle cherche le lieu qui lui viendra 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 naissances aux États-Unis. Le rêve prend forme : on visite cette maison.

L'atmosphère y est chaleureuse, les intervenantes sont compétentes. Des images fantastiques nous font vibrer, en nous remettant en contact avec l'essentiel, avec un certain sens (bon sens) de la vie retrouvée :

« Mon corps sait comment faire naître mon enfant. Je sais que ma mère savait, que ma grand-mère savait aussi, avant elle. Mais je veux en savoir plus... Je veux, pour cet accouchement, trouver un espace où je pourrai être moi, totalement forte et vulnérable à la fois... Une maison à bâtir avec la force de notre mémoire, l'énergie de nos mains nues. »

LA RÉALITÉ

Les maisons de naissances s'imposent au Québec. Les expériences de ce type à l'étranger, plus particulièrement aux États-Unis, ont largement démontré leur bien-fondé. Alors, pourquoi pas au Québec ? Une maison à bâtir, une maison... tout simplement. Nul besoin de gadgets technologiques compliqués.

Le vidéo constitue donc un outil permettant de se familiariser avec un concept de maison de naissances fidèle aux revendications des femmes. Sa diffusion devient un atout dans la lutte pour l'obtention de ces maisons au Québec. Il est toutefois essentiel que les personnes qui l'utilisent respectent l'esprit et à la philosophie qui l'animent.

Le voilà donc lancé ce vidéo. Nous lui souhaitons bonne route. Bien qu'il ait été réalisé par une petite équipe qui a mis beaucoup de cœur à l'ouvrage, il est l'œuvre collective de toutes les femmes qui rêvent d'autres lieux pour accoucher... Entre le rêve et la réalité se glisse un vidéo. ■

SOIZIC MOTTE

FICHE TECHNIQUE DU VIDÉO UNE MAISON DE NAISSANCES

DURÉE : 30 minutes

RÉALISATRICE : Irène Demczuk

LOCATION : Groupe Intervention Vidéo
(514) 524-3259

INFORMATION : Naissance-Renaissance
(514) 524-5895

Chaque groupe membre de NAISSANCE-RENAISSANCE possède une copie du vidéo. La présence d'une personne-ressource est recommandée lors de la projection du vidéo. Les profits des ventes et des locations serviront à réaliser d'autre matériel didactique touchant la maternité.

MAISONS DE NAISSANCES

Des chercheurs du Stanford University et de l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA) ont étudié 10 895 accouchements dans des maisons de naissances indépendantes. Ils ont observé un taux de mortalité infantile plus bas, aucune mort maternelle, moins de césariennes et des coûts réduits du tiers comparativement à l'hôpital. Les clientes des maisons de naissances sont en général plus éduquées et en meilleure santé que la moyenne des femmes enceintes. Il y avait 30 « free standing birth centers » aux États-Unis en 1978, il y en a maintenant 200.

Source : USA Today, 22 janvier 1987

DÉPRESSION POST-PARTUM : UNE EXPLICATION

La dépression post-partum pourrait être reliée à une infection à champignons généralisée. Les hauts niveaux de progestérone pendant la grossesse (et pendant l'usage de « la pilule ») aggraveraient la croissance du champignon chez certaines femmes. Les symptômes peuvent comprendre l'anxiété, la dépression, la perte de concentration et de mémoire et la confusion mentale. À ces symptômes mentaux peuvent s'ajouter les signes physiques suivants : vaginite, migraine, endométriose, constipation, allergies, irritabilité, brûlements d'estomac, douleurs abdominales, etc. Si ces symptômes s'aggravent pendant les temps humides ou après avoir mangé de la nourriture très sucrée, la possibilité de Candida albicans est encore plus évidente.

Si vous souffrez de dépression post-partum et que les moyens de support

UN 8 MARS EN SANTÉ

Le Centre de santé des femmes célébrait le 8 mars en lançant quatre nouvelles publications. Il s'agit d'abord de trois dépliants traitant, dans un langage simple, de la cape cervicale, des infections vaginales et de la cytologie. De plus une affiche, haute en couleurs, accompagne un guide d'information sur les droits des femmes dans le système de santé. Vous pouvez vous procurer ces nouvelles publications en écrivant au Centre de santé des femmes de Montréal, 16 boul. St-Joseph est, Montréal, H2T 1G8 ou en téléphonant au 842-8903.

classiques ne semblent pas donner de résultats, donnez-vous la peine d'investiguer la possibilité d'une infection de Candida albicans. Plusieurs excellents livres décrivent les symptômes et les mécanismes de l'infection et les moyens de s'en guérir. Vous pourrez les trouver en librairie ou dans des magasins d'aliments naturels.

Source : Maternal Health News, vol 12, no 2, juin 1987

Lectures recommandées :
TRUSS, ORION, Md, *The Missing Diagnosis*, Birmingham, Alabama, 1983, Box 26508, Birmingham, Alabama, 35226, USA.
CHAITOW, LEO, *Candida Albicans : Could Yeast Be Your Problem ?* Wellingtonborough, New-York, Thorsons Publishing Group.
CROOK, WILLIAM, Md : *The Yeast Connection*, New-York, Vintage Books, Random House, 1986.
TROWBRIDGE, JOHN et al. : *The Yeast Syndrome*, New-York/Toronto, Bantam Books, 1986.

LES COUCHES JETABLES : DEUXIÈME COUP D'ŒIL

Les manufacturiers de couches jetables ont envahi, à grands « coûts » de marketing et de publicité, un marché qu'ils possèdent maintenant presque à 100 %. Ce tour de force ne s'est pas fait sans quelques entorses à la vérité, pour convaincre les parents des bienfaits de leur produit. D'abord, on a prétendu qu'une pellicule de plastique agit à sens unique en laissant passer l'urine, sans lui permettre de traverser la couche pour toucher à la peau du bébé. Cette affirmation n'est vraie que si le bébé ne s'assoit pas, ne se couche pas, et ne fait rien qui mette de la pression sur la couche, parce qu'alors, l'urine revient directement sur la peau... C'est bien ce que tente de démontrer la nouvelle publicité qui veut maintenant nous convaincre que les couches jetables « ordinaires » ne font plus l'affaire, et qu'il faut désormais acheter les « ultra-absorbantes ». De fait, les nouvelles couches retiennent une quantité phénoménale d'urine, tout un poids à traîner pour un bébé qui commence à se déplacer seul !

Les couches jetables ne « respirent » pas, empêchent l'air de circuler, l'ammoniaque de s'évaporer et contribuent à augmenter la température de la peau (jusqu'à quatre degrés selon certaines études), ce qui cause à plusieurs bébés de sérieux problèmes d'irritation. Une étude publiée en 1979 dans le *Journal of Pediatrics* — la seule étude indépendante et complète sur le sujet — a montré que les bébés ont cinq fois plus d'irritations aux fesses avec des couches jetables qu'avec des couches de coton. Comme la publicité des couches jetables insiste sur leur pouvoir absorbant, on en vient à faire croire aux parents que si une couche semble sèche... elle n'a pas besoin d'être changée. Sans compter que leur coût élevé encourage le même raisonnement. Finalement, on connaît mal les réactions que peuvent causer aux bébés aux plastiques, les agents décolorants dans le papier, les parfums synthétiques et produits chimiques. Les couches pourraient causer un problème sérieux surtout en présence

PHOTO: DENIS GRAVEY



d'une lésion ouverte, même petite : par exemple, les cristaux de polyacrylate de sodium, qui transforment 80 fois leur poids d'urine en gel, sont responsables du pouvoir super-absorbant, et ont déjà été impliqués dans le développement du syndrome de choc toxique, lors de leur emploi dans certains tampons hygiéniques. Le coton, pour sa part, a le suprême avantage d'être un matériau simple. Les rares problèmes d'irritation des fesses qui peuvent survenir ont quatre grandes causes : l'usage d'un détergent « pour adultes » au lieu d'un savon doux pour laver les couches de coton, un résidu de savon dû à un rinçage incomplet, les poudres à base de fécule de maïs et les débarbouillettes jetables qui encouragent le développement des champignons, ou certains aliments du bébé (ou de sa mère si elle allaite) qui changent le pH de l'urine du bébé et la rendent irritante. Un réajustement dans les habitudes vient généralement à bout du problème. S'il vous tient à cœur de choisir ce qu'il y a de mieux pour votre bébé, essayez ce simple test. Prenez une couche de coton propre et une couche jetable ; retournez-les dans vos mains, regardez-les, sentez-les, et demandez-vous laquelle vous aimeriez sentir sur **vos**re peau jour après jour pendant deux ans ou plus.

Source : Mothering, Nan Scott, no 43, printemps 1987

PHOTO: LINDA RUTENBERG



MONITORING : QUELLE UTILITÉ ?

Dans une étude réalisée aux États-Unis, on a voulu examiner si le monitoring fœtal universel améliore les résultats périnataux par rapport à son usage réservé aux clientèles à haut risque. On a ainsi observé 34 995 femmes, en les répartissant par groupe suivant l'alternance des mois : durant les mois choisis, on monitorait le travail selon des indications médicales précises comme l'usage d'ocytociques, les complications de grossesse ou de travail, ou un danger potentiel pour le bébé. Les autres mois, on a tenté de pratiquer le monitoring pour toutes les femmes, mais en fait, seulement 79 % d'entre elles y furent soumises. Le monitoring universel a été relié à une faible augmentation du nombre de césariennes pour cause de détresse fœtale (2.6 % au lieu de 2.1 %). Aucune différence significative dans la mortalité infantile n'a été observée selon l'utilisation du monitoring universel ou sélectif. On en conclut que le



monitoring universel a changé les pratiques obstétricales, mais n'a pas amélioré les statistiques périnatales. Il est dommage que cette recherche ne se penche que sur les statistiques de mortalité pour juger des effets du monitoring : la quantité et la qualité du temps que passent les infirmières au chevet des femmes en travail est aussi une donnée importante, de même que des indicateurs de la bonne santé des bébés. On se demande pourquoi cet outil imparfait et coûteux est toléré alors qu'on essaie de réduire la facture des dépenses médicales.

Source : *Birth*, vol. 14, no 1, mars 87, citant Leveno KJ, Cunningham FG, Nelson S, et al. dans *New England Journal of Medicine* 1986

POUR SECOURIR LES FESSES DES BÉBÉS

Après avoir essayé sans succès les crèmes anti-longiques habituellement prescrites, une lectrice de *Mothering* a trouvé, pour son bébé, une solution aux irritations des fesses causées par des champignons. En quelques jours, elle en est venue à bout en utilisant de l'extrait d'écorce de noyer noir. L'extrait se présentant sous forme liquide, elle en imbibe un bâtonnet de coton et en badigeonne les parties affectées plusieurs fois par jour, lors du changement de couches. Elle continue ce traitement plusieurs jours après la disparition des symptômes. On peut trouver l'extrait d'écorce de noyer noir dans certains magasins d'aliments naturels et chez les bons herboristes.

Source : *Mothering*, Alison Clement, no 43, printemps 1987



CÉSARIENNE ET CULTURE

En 1984, des chercheurs ont envoyé des lettres et des questionnaires dans 25 pays pour connaître les statistiques nationales relatives aux césariennes. Dix-huit pays ont répondu. Le plus haut taux se situe aux États-Unis : 20.3 % en 1983. Les autres pays, en ordre décroissant sont : Canada, Australie, Suède, Écosse, Danemark, Bavière, France, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Angleterre et Pays de Galles, Norvège, Hongrie, Japon, Belgique, Autriche et Tchécoslovaquie, ce dernier pays ayant un taux de césarienne de 6 % en 1983. Comme plus

d'un tiers des accouchements se font à la maison aux Pays-Bas, leur taux de césarienne devient le plus bas en terme absolu quand on l'étend à l'ensemble des accouchements, et pas seulement aux accouchements à l'hôpital. Dans tous les pays énumérés, on peut observer une tendance à la hausse des taux de césarienne. Quand on les rapporte sur une courbe, les taux semblent converger. ■

Source : Notzon FC, et al. *New England Journal of Medicine*, 1987 cité dans *Birth*, vol 14, no 3, septembre 1987

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...

COMPOSITION SOLIDAIRE
TYPOGRAPHES

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

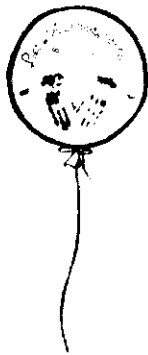
l'essentielle
(environnement Auto-Epine)

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 tel. 844-3277

Le Collectif d'Accompagnement à l'Accouchement



Les Accompagnantes

- Préparation à la naissance
- Accompagnement lors de l'accouchement
- Support, adaptation à la nouvelle famille

** Distributeur du diaporama sur la poussée "Le LAISSEZ-PASSER"

301 rue Carillon, Québec
(418) 648-8355

Louise Maurin, M.A.

Sexothérapeute

Si votre intimité vous tient à cœur

(514) 279-7879

Revue féministe bimestrielle

Communiqu'Elles



Êtes-vous intéressée à :

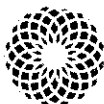
- suivre l'Actualité des femmes;
- recevoir l'information sur les organismes et les regroupements de femmes;
- connaître les multiples ressources offertes par le réseau féministe. **Abonnez-vous dès maintenant!**

Tarifs d'abonnement :

12 \$ 1 an
22 \$ 2 ans
30 \$ 3 ans
18 \$ institutions (1 an)

Les Éditions

Communiqu'Elles
3585, St-Urbain
Montréal, Québec
H2X 2N6
(514) 844-1761



Relaxation pré-natale

Préparez la naissance
de votre enfant
dans le calme
et la détente;

Relaxation • Visualisation
Approvisionnement de la douleur
Massage et auto-massage

THÉRAPEUTE :

ANDRÉE THAUVETTE-POUPART

Travailleuse sociale-thérapeute spécialisée
en péri-natalité

Counselling pré et post natal :
peur de l'accouchement, anxiété,
dépression, difficulté d'adaptation
post natale.

Sessions de 8 semaines

1222, boul. St-Joseph est, Montréal

Information : 525-8211

Membre du Réseau d'Action pour une Santé Intégrale

Sylvie Lacroix

MASSAGE SUÉDOIS • POLARITÉ
Avant, pendant et après la grossesse

3854, rue St-André, Mt. H2L 3J8
S'inscrire : vous (514) 521-1665



Massage Esalen

ESALEN MASSAGE CENTER
1000, rue St-Jacques, Montréal
1000, rue St-Jacques, Montréal
1000, rue St-Jacques, Montréal
1000, rue St-Jacques, Montréal

FIN DE SEMAINE D'INTRODUCTION 14-15 MAI 1988

人迎
ACUPUNCTURE

- Christiane Arlaud
- Renée Quimet
- Yolande Provençal

6600 St-Denis, Montréal
Métro: Du Parc
279-3970

Tél. (514) 526-5554

Carole Rioux

Psychothérapeute B.Sc. Psy

2071, St-Hubert, #1
Montréal H2P 3Z6
Métro: Berri - DeMontigny
ou Sherbrooke

Psychothérapie individuelle
Croissance personnelle

créations grenier



MAINTIENS DE L'Équilibre
psychologique et
physique par la méditation

MONTREAL
937-1932

L'une à l'autre

LA REVUE DE
NAISSANCE-RENAISSANCE

PROCUREZ-VOUS LES ANCIENS NUMÉROS DE L'UNE À L'AUTRE DISPONIBLES À 2 \$ L'UNITÉ ET 3 \$ À PARTIR DU VOLUME 4. (PLUS .75 ¢ PAR NUMÉRO POUR LES FRAIS DE POSTE). ILS CONTIENNENT DES DOSSIERS ET DES ARTICLES SUSCEPTIBLES D'ALIMENTER VOS PROJETS DE RECHERCHE.



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



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



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



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



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



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



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



VOLUME 4, NO 1 La douleur à l'accouchement, mini-dossier sur le cancer du sein, l'homme enceint.



VOLUME 4, NO 2 La formation des sages-femmes, l'ostéopathie et les bébés handicapés, guérir sa pensée pour guérir son corps, deux sages-femmes en procès.



VOLUME 4, NO 3 L'accompagnement à l'hôpital, les sages-femmes du monde en congrès, les infirmières brisent le silence, le message des enfants.



VOLUME 4, NO 4 L'histoire du mouvement d'humanisation des naissances, la ménopause, les maisons de naissances, les réflexions des nouveaux pères.

POINTS DE DISTRIBUTION DE LA REVUE **MONTREAL** Les Maisons de la Presse internationale, Librairie Renaud-Bray, Librairie Lettre Son, Librairies Flammarion, Varrinag, Multimag. **QUÉBEC** Maison de la Presse internationale, Tabagie Giguère, Tabagie St-Jean, Librairie Pantoute, Librairie St-Sacrement, Librairie Laliberté, **RIMOUSKI** Tabagie Hôtel de Ville, **CHICOUTIMI** Librairie Le Bouquiniste, **OTTAWA** Librairie de la Capitale, **SHERBROOKE** Le Relais de la Presse, **TROIS-RIVIÈRES** Librairie L'Excédent, **RIVE-SUD** Tabagie St-Charles, **LAVAL** Librairie Scorpion.