

L'une à l'autre



**VOUS VOULEZ
DES
SAGES-FEMMES ?
DITES-LE !**

**PORTRAITS
DE FAMILLES**

**MÈRE APRÈS 35 ANS :
POURQUOI PAS ?**



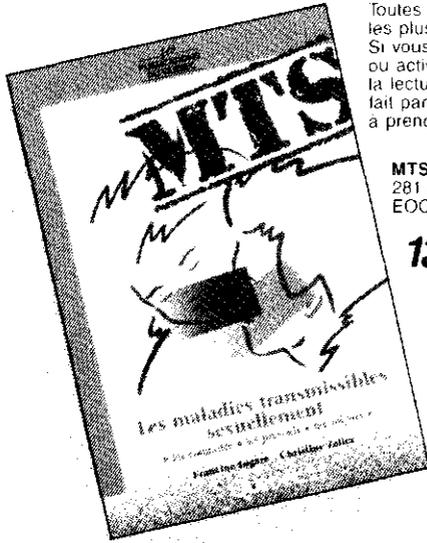
LIGUE LA VACHE

SYMPOSIUM ANNUEL
SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

à Montréal et à Québec
en octobre 1988

Information: Symposium LLL
CP 874, St-Laurent, H4L 4W3

Sans gêne, ni secret



Toutes les connaissances
les plus à jour sur les MTS.
Si vous êtes actif
ou active sexuellement,
la lecture du livre «MTS»
fait partie des précautions
à prendre.

MTS
281 pages
EQQ 24583-7

13,95 \$

En vente dans
la plupart des librairies
et autres points de vente.

Québec



Louise Maurin, M.A.

Sexothérapeute

Si votre intimité vous tient à coeur

(514) 279-7879

Technique
MARI GAUGUIN

relaxation
stimulation
énergisation

Pour artistes, acteurs, etc.

(514) 767-1644



VETEMENTS de MATERNITE
CADEAUX ET LAYETTE de BEBES

Boutique

Maternellement Vôtre
Inc.

FERNADE G. LEPINE
PROPRIETAIRE



585-7755

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

PAULINE FORTIER

Formation en massage californien

1200 heures débutant le 23 septembre 1988

PRE-REQUIS

atelier de fin de semaine

(27 et 28 août ou 19 et 21 septembre 1988)

INFORMATION

Pauline Fortier (514) 739-9653
Agnès Laflamme (514) 737-3960

人迎
ACUPUNCTURE

- Christiane Arlaud
- Renée Ouimet
- Yolande Provençal

6600 St-Denis, Montréal
Métro: Beaubien
279-3970

Jean Glézos
Sage-femme / Midwife

Accompagnement
Cours Assistante Sage Femme
Cours Prénatal des
Généralistes
Néobébé



100 rue Mc Murray
St-Hubert
Chaudière-Appalaches (514) 279-1150
1988-04-12

Tél: (514) 526-5554

Carole Rioux

Psychothérapeute B.Sp. Psy.

2071, St-Hubert, #4
Montréal H2L 3Z6
Métro Berri - DeMontigny
ou Sherbrooke

Psychothérapie individuelle
Croissance personnelle



Le temps court et parfois nous bouscule. Au fil de l'année, les événements, les remous, les débats, les questionnements ont ponctué la vie de **NAISSANCE-RENAISSANCE**. À travers ce flot, **L'UNE À L'AUTRE** a su relever les défis.

L'équipe s'affaire pour améliorer la revue. Une subvention du Programme de Développement de l'Emploi nous a permis d'informatiser sa production, de repenser des sages-femmes. En lisant « Vous voulez des sages-femmes ? Dites-le ! » vous comprendrez que c'est notre façon de vous interpeller pour vous inviter à agir individuellement pour la cause des sages-femmes.

NAISSANCE-RENAISSANCE doit de plus en plus développer une conscience sociale et politique. Nos préoccupations et nos exigences sont enracinées dans ce contexte global et nous n'aurons jamais aussi bien dit que « le privé est politique ». Notre chronique sur la réforme de l'aide sociale et ses conséquences sur les conditions de vie des femmes s'inscrit dans cette tendance. Les chiffres le prouvent, et nous ne le savons que trop, pauvreté et monoparentalité sont trop souvent le lot des femmes. Dans cette optique, nous vous présentons aussi une série d'articles sur les nouvelles conditions des familles. Pour essayer de s'y retrouver et de démêler tous les discours dont la famille fait présentement l'objet.

Plusieurs dossiers chauds pour l'été et en même temps, la fête qui s'en vient : notre cinquième anniversaire en décembre 1988.

Pourquoi ne pas en profiter pour nous envoyer vos suggestions et vos idées, vos lettres d'amour ou de délire, vos lettres d'appui pour les sages-femmes, vos critiques, vos impressions, votre poésie, vos espoirs ? S'il vous fait plaisir de nous lire, faites-nous le plaisir de vous lire !

ser la promotion et de constituer une banque d'information qui pourra éventuellement être mise à votre disposition. Des projets, de l'énergie, une volonté de poursuivre le travail.

Aujourd'hui, toute l'équipe de la revue réaffirme la nécessité de l'action commune et nous sommes assurées, qu'ensemble, nous arriverons bientôt au terme de notre lutte pour la légalisation.

DHYANE IEZZI

NOUVELLES EN BREF 4/25

PROFESSION SAGE-FEMME Un geste de chacune de vous pour la légalisation des sages-femmes 6

CÉSARIENNE ET AVAC Le droit de savoir ce qui se passe dans nos hôpitaux 24

LE DOSSIER Un enfant après 35 ans ? Pourquoi pas ! 12

OBSTÉTRIQUE Les interventions prénatales : description et témoignages 18

LES ENFANTS ET NOUS À la recherche d'une vraie famille Politique familiale ou politique nataliste ? Monoparentalité : l'affaire des femmes 8

NOUS AVONS LU Michèle Champagne, Dhyane Iezzi, Line Goyette et Céline Lemay ont lu pour vous 22

NAISSANCE-RENAISSANCE Les femmes et la réforme de l'aide sociale 20

REVUE DE LA COMMUNIQUE - SEPTEMBRE 1988

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 : Éveline Foy TRAITEMENT DE TEXTES : Céline Labelle COLLABORATION : Isabelle Brabant, Michèle Champagne, Éveline Foy, Anne Goyette, Line Goyette, Dhyane Iezzi, Céline Lemay, Christiane Léonard, Marie-Josée Routhier, Héliane Vadeboncoeur COMITÉ DE LECTURE : Isabelle Brabant, Isabelle Corbeil, Marie-Josée Routhier GRAPHISME : Marie Chicome MARIORAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE : Judith Pethier COMPOSITION : Composition Solidaire Inc. IMPRESSION : Payette et Simms Inc. DISTRIBUTION : Diffusion Parallèle PUBLICITÉ ET PROMOTION : Judith Pothier 527-9911 ABONNEMENTS : Carole Pigeon ADMINISTRATION : Guylaine Tremblay POLITIQUES DE LA MAISON : Nous laissons aux auteures l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteure). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. Vous êtes invités 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 15 \$; groupes, corporations et institutions 30 \$; étranger : ajouter 5 \$. Adresse postale : **L'UNE À L'AUTRE**, 1493, rue Rachel est, Montréal H2J 3K3. Tél : (514) 525-5895 Dépôt légal - 4e trimestre 1983. Bibliothèque nationale du Québec. ISSN : 0824-8230 Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.



COUPER LE CORDON : PLUTÔT TARD QUE TOT

Il existe très peu de littérature scientifique sur les effets de la ligature précoce du cordon ombilical. Les conséquences de cette procédure routinière pourraient cependant être sérieuses. Après la naissance du bébé, la surface de la paroi utérine rétrécit à cause de la contraction; le placenta, qui ne peut réduire sa propre surface, se détache alors de l'utérus. Comme l'utérus se contracte vers le bas, le placenta est guidé vers la région de moindre résistance, le vagin. Quand le cordon demeure intact, la pression des contractions utérines maintient un flot de sang oxygéné vers le bébé. Le volume du placenta étant diminué de cette quantité de sang (90 ml en moyenne), il se sépare rapidement et aisément, à mesure que la contraction utérine comprime les vaisseaux sanguins. Quand le cordon est pincé, par contre, la résistance du placenta, gorgé de sang, peut nuire au processus de rétraction. En fait, des études ont démontré que la ligature immédiate du cordon prolonge la durée moyenne du troisième stade de l'accouchement et augmente sérieusement la perte sanguine de la mère. La rétraction du placenta qui accélère la séparation et l'expulsion et réduit la perte de sang, ne se produit que lorsque le cordon demeure intact, ou, dans le cas où il a dû être coupé, lorsque le bout relié au placenta demeure libre. L'avantage est encore plus net pour les mères dont le sang est Rh-; les mères de bébés Rh+ développent moins souvent d'anticorps quand on ne pince pas le cordon et que la délivrance du placenta est spontanée. Normalement, le sang de la mère et celui du bébé ne se mélangent jamais. Mais quand le placenta se sépare après que le cordon ait été pincé, le sang du bébé resté dans le placenta, peut pénétrer dans la circulation maternelle et causer la formation d'anticorps.

EFFETS SUR LE BÉBÉ

Avant la naissance, le sang du bébé est distribué à travers son corps et son placenta. On pense souvent à tort, que le corps du bébé est déjà plein de sang et que le sang placentaire est en excès. Le sang placentaire sert à remplir les vaisseaux sanguins des poumons, auparavant comprimés par le liquide contenu dans les alvéoles. Ce besoin accru de sang aux poumons pour permettre la respiration et l'accroissement des mouvements des bras et des jambes du bébé expliquent l'utilité du sang placentaire pour le bébé. Ce phénomène pourrait-il expliquer certaines des difficultés que connaissent les prématurés dont le cordon est immédiatement coupé à la naissance? Trois groupes de chercheurs ont démontré que les nouveau-nés dont le cordon est immédiatement ligaturé ont une incidence beaucoup plus grande de murmures cardiaques dans les 14 premiers jours de vie. Ils ont noté que les nouveau-nés chez qui ont été laissés le cordon intact ont jusqu'à 50% de globules rouges de plus, une réserve de fer plus importante et sensiblement moins de syndromes de détresse respiratoire.

Plusieurs praticiens ont peur d'augmenter le nombre de jaunisses s'ils attendent avant de couper le cordon. La jaunisse physiologique est un phénomène naturel. Seule la jaunisse non physiologique requiert une attention et quelquefois une intervention médicale. Les facteurs pouvant causer la jaunisse non physiologique incluent la prématurité et l'usage de médicaments pendant le travail, les inductions par ocytociques et les anesthésies épidurales, entre autres, ont été clairement reliées à ces jaunisses.

À la naissance non médicamenteuse d'un nouveau-né à terme, les avantages de laisser le cordon intact jusqu'après la délivrance du placenta l'emportent de loin.

ADOUICIR LA PILULE

Beaucoup de femmes prennent encore des doses trop élevées d'œstrogènes et de progestatifs. On a pourtant développé, au cours des dernières années, des contraceptifs oraux contenant quatre fois moins d'œstrogènes et de progestatifs ayant donc moins d'effets secondaires nocifs. En diminuant la composante d'hormones œstrogènes, on diminue les risques de thromboses ou d'accidents cardio-vasculaires. Les œstrogènes agissent sur les facteurs de coagulation et sur le métabolisme des lipides. Les progestatifs en grande dose pourraient avoir un effet sur l'hypertension. C'est ce qu'expliquait le Dr Pierre Fugère, responsable de la clinique de planning familial de l'hôpital Saint-Luc, lors de journées scientifiques sur la gynécologie organisées en mars dernier par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Trois compagnies pharmaceutiques américaines annonçaient d'ailleurs leur intention de ne plus produire de contraceptifs ayant un taux d'œstrogènes supérieur à 50 microgrammes. On se rappellera qu'en 1960, les premières pilules anticonceptionnelles contenaient 150 microgrammes de cette hormone.

Mais, la contraception n'est jamais simple: on dit par ailleurs qu'on ne peut continuer de baisser la posologie de la pilule sans qu'elle devienne inefficace. Il faudrait particulièrement se méfier de l'interaction entre les médicaments. Le rôle joué par les antibiotiques et la perte d'efficacité de la pilule est encore controversé mais devrait être sérieusement considéré. W. Gifford Jones, chroniqueur médical au journal La Presse, pointe particulièrement l'ampicillin, un antibiotique fréquemment prescrit, qu'il a souvent vu associé à une grossesse imprévue chez ses patientes qui prenaient la pilule. Il souligne que plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Si on commence à prendre des antibiotiques alors qu'il ne reste que quelques pilules à prendre, aucune grossesse ne sera possible ce mois-là. Mais si on commence à prendre des antibiotiques au cours de la première partie du cycle menstruel, le danger est plus grand. La durée pendant laquelle on prend les antibiotiques est aussi



importante. Pas de danger si c'est sur une courte période, mais les risques sont plus grands s'il s'agit d'un traitement à long terme pour des problèmes chroniques, l'acné par exemple. Des saignements inattendus lorsqu'on prend la pilule et des antibiotiques devraient éveiller des soupçons et il est donc conseillé d'utiliser un autre moyen contraceptif (condom, mousse ou crème) dans ces périodes.

Source: *Le Devoir*, 28 mars et *La Presse*, 17 avril 1988

ENCORE LES VACCINS

Un chercheur de l'Alberta, le docteur Garry Humphreys, a constaté que 10 % d'un groupe d'enfants qui ont été inoculés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos l'été dernier ont souffert de graves réactions secondaires après les quatrième et cinquième rappels. Ces rappels ont lieu vers 18 mois et 5 ans. L'analyse du sang de quelques-uns des enfants a montré que leur taux d'anticorps du tétanos était de 100 à 200 fois supérieur à ce qui est nécessaire. Ce composant du vaccin serait donc mal dosé. La compagnie qui fabrique ce vaccin a décidé, suite à cette étude, de procéder à des tests sur des animaux afin de mieux le doser dans l'avenir.

D'autre part, on apprenait récemment qu'une loi adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale en 1985 pré-

voyant l'indemnisation de trois victimes d'encéphalites suite à une vaccination n'avait jamais été appliquée. Nathalie Lapierre (vaccinée contre la rougeole), Olivier Godin (vacciné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos) et Jessica Lanthier (vaccinée contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) aujourd'hui âgé-e-s de 20 ans, 11 ans et 3 ans, ont besoin de soins constants et ne pourront jamais vivre de façon normale. Or, leurs parents n'ont jamais reçu les indemnisations prévues qui totalisent \$13 millions. Ces cas sont maintenant portés devant la Cour supérieure, ultime étape de procédures qui n'en finissent plus puisque dans le cas de Nathalie Lapierre, elles ont été intentées en 1972.

Source : La Presse, 11 et 15 avril 1988



PHOTO: SUZANNE LANGEVIN

CONSEILS PRATIQUES AU SUJET DES VACCINS

Suite à la lecture du dossier sur la vaccination paru dans le dernier numéro de L'UNE À L'AUTRE, voici quelques conseils pratiques pour les mères qui sont face à cette décision difficile.

1. Sachez d'abord que votre décision sera certainement la bonne. La vaccination comporte des risques, et le fait de ne pas être immunisé en comporte aussi! Vous voulez choisir ce qu'il y a de mieux pour votre enfant et vous y employez le meilleur de votre jugement, de votre intuition et de votre connaissance.
2. Si vous décidez de faire vacciner votre bébé, demandez à ce que les vaccins soient donnés un à la fois, plutôt qu'en regroupés. Cela vous demandera quelques visites de plus, mais, s'il devait y avoir des réactions adverses, elles seraient beaucoup plus faciles à identifier et à traiter.

3. Si votre bébé n'est pas très bien, qu'il est grippe ou passe « une mauvaise semaine », attendez avant de le faire vacciner. Son système immunitaire est peut-être déjà occupé à combattre autre chose.

4. Aucune raison médicale ne justifie de commencer la vaccination à deux mois. Vous pouvez parfaitement décider d'attendre quelques mois de plus, alors que le système immunitaire de votre bébé aura vraisemblablement acquis une plus grande maturité.

5. Après chaque vaccination, notez minutieusement tout changement dans le comportement de votre bébé : des aversions nouvelles, un sommeil perturbé, des infections plus fréquentes. Les réactions à la vaccination peuvent être immédiates (fièvre, etc.) ou à long terme. Si la santé de votre bébé réclamait des soins, ces

notes aideraient grandement. Ce sont surtout les homéopathes qui ont l'habitude de travailler avec des enfants affectés par leur vaccination. Ils ont observé, entre autres, des allergies respiratoires (asthme par exemple), neurologiques et des retards de développement.

6. Dans la plupart des cas, les maladies d'enfant (rougeole, rubéole, oreillons et autres) évoluent normalement vers la guérison. Comme elles sont d'origine virale, les antibiotiques ne peuvent pas les « guérir ». Mais un traitement homéopathe minutieux, adapté spécifiquement à votre enfant, pourrait minimiser leurs effets et réduire d'autant les risques de complications qui elles peuvent être à l'origine de séquelles sérieuses.

La revue française L'Impatient, publiée dans son numéro d'avril 1988 un intéressant dossier sur les vaccins et les doutes scientifiques qui les entourent.

NDLR : Dans notre numéro sur la vaccination, nous écrivions en bas d'une photo : Inévitable avait dû être écrit guillemets pour souligner le sarcasme et non pas laisser croire que les vaccins sont obligatoires au Canada, ce qui n'est pas le cas. ■



Vous voulez des sages-femmes

Pour NAISSANCE-RENAISSANCE la reconnaissance du rôle primordial exercé par les femmes dans la maternité se traduit par la légalisation de la profession de sage-femme.

Dans un mémoire présenté dernièrement au ministère de la Santé et des Services sociaux NAISSANCE-RENAISSANCE a réaffirmé cette conviction en demandant au gouvernement de tenir compte des besoins des femmes et de leur famille dans les décisions qu'il devra prendre prochainement sur la pratique des sages-femmes.

ASSEZ DE CONSULTATIONS

Cette recommandation s'ajoutait à celle formulée l'année dernière par l'Office des professions du Québec, et plus récemment par le Conseil des affaires sociales et de la famille et par de nombreux groupes de femmes. Ces derniers inscrivait leur requête dans le cadre de la consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Faut-il mentionner que ce n'était pas la première fois que l'on réclamait la légalisation des sages-femmes? Mémoire-consultation-participation, voilà des activités auxquelles les femmes ont pris part depuis des années.

La réponse des femmes à ces consultations a toujours été la même : il faut légaliser sans plus tarder la profession de sage-femme au Québec et les services offerts par les sages-femmes doivent être **de qualité, sécuritaires, accessibles et gratuits**. L'État a la responsabilité d'assurer ces conditions.

LES LIEUX DE PRATIQUE

Dans son mémoire, NAISSANCE-RENAISSANCE insiste sur l'importance d'implanter des projets pilotes de services de sages-femmes dans différents milieux. La pratique de la profession de sage-femme doit pouvoir se faire dans des centres hospitaliers, des CLSC, des cabinets privés, à domicile et dans des maisons de naissances autonomes, respectant ainsi la pluralité des besoins des femmes et de leurs conjoints.

PHOTO: A. VAN LAF. AMIME

LA PETITE HISTOIRE DES INTERVENTIONS GOUVERNEMENTALES DANS LE DOSSIER DES SAGES-FEMMES

1981 : Colloques régionaux « Accoucher ou se faire accoucher », plus de 1 000 femmes réclament des sages-femmes en signant une pétition lors de cet événement.

1983 : Préparation du rapport du comité interministériel Les sages-femmes Proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation.

1984 : Silence.

1985 : MAI : La ministre de la condition féminine, Mme Francine Lalonde, annonce la parution officielle du rapport mentionné plus haut, lors de l'événement « Femmes-sages-femmes - un bien privilégié ». M. Guy Chevrette, ministre des Affaires Sociales dit son gouvernement prêt à légiférer sur la question.

DECEMBRE : arrivée au pouvoir du gouvernement Bourassa.

1986 : Le lobbying recommence auprès de la

nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux.

1987 : L'Office des professions se prononce pour la légalisation de mettre de sage-femme avec structure professionnelle souple (non corporative).

Avis du comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec. Étude d'un moyen pour atteindre les objectifs : la pratique des sages-femmes.

Consultation auprès d'institutions, de corporations et d'organismes para-gouvernementaux.

1988 : Le Conseil des affaires sociales et de la famille prend position en faveur des sages-femmes. De nombreux groupes de femmes (AFFAS, FFO, Cercles de Femmes) demandent publiquement la légalisation de la profession.

**AUJOURD'HUI :
VOS LETTRES!**

NAISSANCE-RENAISSANCE privilégie l'expérimentation de la pratique sage-femme dans des maisons de naissances autonomes, situées à l'extérieur des centres hospitaliers. Ces lieux favoriseraient l'encouragement à l'autonomie, le respect des choix et de l'intimité, la continuité de soins et de services ainsi qu'une diminution de l'emprise médicale et technologique sur la maternité.

D'autre part, il est indéniable que les maisons de naissances auront un impact sur la pratique hospitalière. Elles agiront comme catalyseurs de changement des routines hospitalières, favorisant ainsi l'amélioration des conditions d'accouchement pour l'ensemble des femmes, mêmes celles qui n'ont pas choisi d'être accompagnées par des sages-femmes.

EN ONTARIO, UN PAS D'AVANCE SUR LE QUÉBEC

La ministre de la Santé de l'Ontario a exprimé clairement sa volonté de légaliser les sages-femmes dans un avenir prochain.



es ? Dites-le !

C'est ce que nous avons appris à Toronto, en mars dernier, à la conférence *The Politic of midwifery* organisé par le *Midwifery Task Force* de l'Ontario. Les femmes de l'Ontario, comme celles du Québec, demandent que les sages-femmes puissent pratiquer là où les femmes désirent accoucher. Mais comme la ministre de la Santé n'est pas convaincue du bien-fondé de l'accouchement à la maison, leurs revendications portent surtout sur le maintien des accouchements à domicile à l'intérieur des projets pilotes d'intégration des sages-femmes.

VOS LETTRES D'APPUI

Au Québec, la lutte pour la reconnaissance des sages-femmes n'est pas encore gagnée. Les femmes ont par contre un pouvoir politique beaucoup plus grand qu'elles ne le croient. En effet, seules les pressions de la population peuvent contrer les intérêts corporatistes et faire en sorte que la ministre de la Santé et des Services sociaux se prononce en faveur de la reconnaissance des sages-femmes dans les plus bref délais.

Aujourd'hui, ce dossier a besoin de l'appui de toutes les femmes. En effet, si dans les prochaines semaines, les quelques mille abonnées de l'UNE À L'AUTRE envoyaient une lettre à la ministre réclamant des sages-femmes, Mme Lavoie-Roux n'aurait-elle pas là une preuve de plus de notre détermination ? C'est ce que nous vous demandons de faire aujourd'hui même.

Nous vous proposons une lettre-type qui vous aidera à poser ce geste politique qui ne prendra que quelques minutes de votre temps mais qui contribuera à l'avancement de notre cause. Le travail déjà réalisé par NAISSANCE-RENAISSANCE auprès du gouvernement est essentiel, mais il doit être appuyé par toutes les femmes qui ont à cœur la reconnaissance officielle des sages-femmes au Québec. ■

MARIE-CLAUDE MARTEL

Témoignage de Noëlla Huot présidente provinciale du Cercle de Fermières du Québec

Le Cercle de Fermières du Québec regroupe 70 000 femmes œuvrant dans 870 cercles situés en milieu urbain et rural. Vouée aux intérêts des femmes et des familles, l'association se préoccupe depuis quelques années du dossier sage-femme. Ce dossier nous tient à cœur parce qu'il touche profondément les femmes.

Personnellement, j'ai su relever le défi d'avoir treize enfants dont six sont nés à la maison. Par tempérament, je suis proche de la nature. Accoucher chez moi, c'était la fête, la douceur, le respect de l'être, l'intimité, la communication à un grand bonheur. C'était comme faire son nid. Et, après l'accouchement, la famille était réunie.

L'accouchement à domicile et l'accouchement à l'hôpital, c'est le jour et la nuit. J'ai souvent raconté mon histoire à mes filles et cela a eu une certaine influence. L'une d'entre elles a vécu trois accouchements à l'hôpital. Plus ou moins satisfaite de la relation avec son médecin, elle décide de se faire suivre par

LETTRE-TYPE *

L'honorable Thérèse Lavoie-Roux
Ministre responsable de la Santé et des Services
Sociaux
Ministère de la Santé et des Services Sociaux
1075, Chemin Ste-Foy
Québec, Québec
G2S 2M1
Madame,

Depuis plusieurs années, des demandes parviennent à votre ministère dans le but d'obtenir la légalisation de la profession de sage-femme dont les services s'inscrivent dans une perspective d'amélioration des conditions entourant la maternité, l'accouchement et la période post-natale et d'une possibilité de choix dans les façons de préparer et de vivre un accouchement. Beaucoup de débats ont eu lieu et il me semble qu'il est maintenant temps de poser des gestes.

Je vous demande donc comme législateur de bien vouloir assurer aux femmes du Québec des services de sages-femmes de qualité, sécuritaires, accessibles et gratuits.

J'ose croire que les décisions de votre gouvernement ne sauront tarder.

Veuillez accepter, madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Nom :
Adresse :
No de tel :

c.c. Naissance-Renaissance

* Ceci n'est qu'un exemple pour vous inciter à prendre vos plumes. Une lettre personnalisée a toujours plus de poids (100 fois plus semble-t-il) que la simple copie d'une lettre-type. Ajoutez vos commentaires et vos réflexions et le décompte n'en sera que plus significatif. Nous vous prions de faire parvenir une copie de votre lettre à Naissance-Renaissance, 1493, rue Rachel est, Montréal, H2J 2K3.



PHOTO LUCIE HAMILTON

NOTE DE DERNIÈRE HEURE

Le dimanche 15 mai 1988, *La Presse* titrait : « Madame Lavoie-Roux demande aux omnipraticiens de faire une place aux sages-femmes ».

Invitée au congrès de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Madame Lavoie-Roux a voulu plaider en faveur d'une ouverture de la part des omnipraticiens envers les sages-femmes.

Le président de la Fédération, le Dr Clément Richer, n'a pas l'air « convaincu qu'il y ait à ce moment-ci une nécessité, une demande pour les sages-femmes » et a annoncé que la Fédération qui regroupe 6 600 membres se donne jusqu'en septembre prochain pour élaborer une position officielle sur le sujet.

Réitérant sa volonté de « tenir compte de l'ensemble des aspirations de la population et d'être à l'écoute des besoins qui sont exprimés », la ministre a laissé savoir qu'elle se propose de rendre publique d'ici quelques mois la politique de son ministère à l'égard des sages-femmes.



Mme Huot a fait ce témoignage lors de la conférence de presse en appui à la légalisation des sages-femmes organisée par Naissance-Renaissance en mars dernier.

Portraits de familles

Famille, familles ! On la croyait morte, mais voilà que les discours et la réalité nous rappellent qu'elle s'est modifiée et transformée mais qu'elle existe toujours. Alors que l'État crie à la dénatalité, que les femmes constatent que pauvreté et monoparentalité se conjuguent trop souvent au féminin, nous vous proposons quelques pistes de réflexion en trois volets.

À la recherche d'une vraie famille...



Dans un contexte social et politique où l'on réclame une politique nataliste ou familiale, où l'on crie à la mort de la famille en pleurant sur la disparition des valeurs qui y sont traditionnellement rattachées ; dans une conjoncture où amour ne signifie plus nécessairement co-habitation, où paternité/maternité peuvent être dissociées de la biologie et se passer en laboratoire, où la sexualité est bel et bien distincte de la reproduction humaine ; dans un environnement où hommes et femmes remettent en question leurs rôles parentaux en même temps que sociaux, où les enfants apprennent à vivre dans deux foyers : où en sommes-nous dans notre famille ?

AUTRES DISCOURS, AUTRES RÉALITÉS

La famille a toujours occupé dans l'univers idéologique des Québécois-e-s une place de choix. On croyait avec plus ou moins de conviction qu'une famille était un regroupement d'individus sur lesquels on pouvait toujours compter. La levée du silence sur la violence physique, psychologique et sexuelle faite aux femmes et aux enfants a donné un dur coup à ces croyances aveugles dans une institution dont l'incompatibilité avec le reste de

l'organisation sociale est de plus en plus flagrante. L'absence presque généralisée de congés pour s'occuper des enfants malades, les services de garde dispendieux et nettement insuffisants, les horaires de travail difficilement conciliables avec ceux de l'école ou de la garderie. Bref la liste est longue en passant par les transports, les logements, l'isolement et trop souvent la pauvreté. Ce cortège de problèmes et de nouvelles réalités n'a-t-il été reconnu que dans les discours ?

En fait, c'est indéniable, la famille a changé. Les bases mêmes sur lesquelles s'élevaient les familles, dont la plupart de nous sommes issues, ne se retrouvent plus dans le panorama québécois. Les femmes sont sur le marché du travail malgré et à cause de la présence de jeunes enfants, l'enfant loin d'être le lien qui resserre un couple est dans bien des cas l'élément déclencheur de la rupture, le mariage n'est pas un contrat à vie, plus de la moitié des couples de droit et de fait se séparent.

Mais la famille est-elle morte pour autant ? Il fut un temps où, réalisant que le modèle traditionnel de la famille nucléaire imposait sa rigidité aux couples et aux individus, on réclamait cette mort. De remises en question en remises en question, d'essais de vie collective ou communautaire plus ou moins concluants, on en est venu à questionner principalement la place des individus dans la famille et son caractère sacré et éternel. Finalement, nous avons contesté l'unicité d'un modèle érigé en norme et nous avons voulu conserver une forme familiale qui soit le lieu privilégié de l'affectivité.

OÙ EST LA FAMILLE D'ANTAN ?

La famille traditionnelle, regroupement des deux parents biologiques, père pourvoyeur et mère au foyer assumant l'essentiel des soins aux enfants et de l'entretien, ne représente plus que 12 % des familles. C'est la disparition de ce modèle, (économiquement peu adapté, puisque le taux de pauvreté des familles augmente de 60 % sans la présence de deux revenus) qu'on déplore lorsqu'on crie à la mort de la famille. Pourtant la famille subsiste sous de nouveaux visages puisque 78 % des gens vivent selon d'autres formes d'organisation. Il n'y a pas si longtemps, les filles-mères, les fils-pères (l'absence du terme signifie-t-elle l'inexistence du phénomène ?), les familles à plusieurs lits, les « pauvres mères » forcées d'aller sur le marché du travail, aucune de ces situations n'étaient expressément nommées. Les familles monoparentales à cheffe féminin ou masculin, les familles reconstituées, les unions libres, les familles à deux revenus : moins on en parlait, mieux on s'en portait. Ce qui était en dehors de la norme était au mieux marginal sinon déviant ou pire « anormal ». Le silence social sur ces situations minoritaires, devenues majoritaires, s'accompagnait d'un silence ou d'un vide juridique sur l'égalité des conjoints et la légitimité des enfants nés hors mariage.¹

Ce ne sont plus les hasards d'une grossesse accidentelle, d'une « erreur de jeunesse » ou d'une mortalité qui sont responsables de la diversité du tableau des familles. La baisse généralisée de la nuptialité, de la natalité, l'augmentation des naissances hors-mariage, les modifications à la loi du divorce sont, tout autant que les mentalités, responsables du changement dans le paysage familial.

Les individus cherchent à vivre dans des familles qui leur ressemblent plutôt que d'essayer à coup d'angoisse de s'ajuster coûte que coûte à un modèle qui ne correspond plus à la réalité québécoise. L'existence d'un seul modèle érigé en norme a perdu son sens dogmatique assez puissant pour faire croire que l'idée même du bonheur lui était associée.

NOUVELLES FAMILLES, NOUVEAUX PROBLÈMES

Cela signifie-t-il que nous ayons trouvé dans les nouvelles formes familiales les lieux d'expression et d'accomplissement privilégiés pour les femmes, les hommes et les enfants ?

Dans les familles à deux revenus, la femme étant généralement la salariée la moins bien payée, la moins protégée syndicalement, elle assume les frais « invisibles » du ménage : notes d'épicerie, de garderie, de vêtements. Denrées périssables qui, lors d'une dissolution, font difficilement le poids avec une maison, un chalet, une auto dont un contrat d'achat spécifie le nom du propriétaire, le plus souvent l'époux. Le quotidien des familles monoparentales n'a pas que la saveur de la liberté de vivre seule, sans conjoint-e, une relation avec un ou des enfants, il est aussi amertume, isolement, pauvreté.

Actuellement, dans les familles reconstituées le parent social, par opposition au parent biologique, ne bénéficie d'aucune protection. L'enfant qu'il ou elle aura aimé, soigné, accom-



pagné durant plusieurs années pourra tout simplement être exclu de sa vie en cas de rupture avec le parent biologique ou de décès de celui-ci. Ce genre de situation est pour le moment minoritaire mais n'oublions pas qu'il en était ainsi de la monoparentalité il y a à peine vingt ans.

La société, les lois, les gens, les intervenant-e-s auront tous et toutes à s'adapter à ces nouveaux problèmes. La famille est une institution en voie de redéfinition et il importe dès maintenant d'en cerner les nouveaux enjeux sociaux pour qu'aucun individu n'en fasse les frais en raison de son âge ou de son sexe.

LINE GOYETTE

Politique familiale ou politique nataliste ?

Après beaucoup de discussions, d'hypothèses, de promesses, c'est finalement en 1984 que le gouvernement du Québec confie à un comité spécialement constitué la tâche de mener une consultation sur la politique familiale. Le comité avait reçu comme mandat d'effectuer une tournée du Québec afin de rencontrer les groupes et les individus et de les inciter à se prononcer sur une éventuelle politique familiale. Une première tournée à l'automne 1984 et une seconde au début de 1985 ont constitué les audiences du comité. Résultat de cette vaste consultation : deux documents. Un premier en octobre 1985, présentait une synthèse de la consultation. Puis en avril 1986, le deuxième document propose 136 recommandations intéressantes plusieurs ministères (Justice, Finances, Affaires sociales, etc.) et respectant dans l'ensemble la diversité des modes de vie familiaux.

Nous ne pouvons vraisemblablement pas reprocher aux gens qui ont mené la consultation familiale d'avoir voulu économiser sur les services, mesures, programmes, lois permettant aux familles québécoises de mieux vivre leurs responsabilités

sociales, familiales et individuelles. Alors où est le problème ? Pourquoi le résultat de cette vaste consultation ne s'est-il pas traduit par une véritable politique familiale ? Ce n'est sûrement pas faute de connaître la situation.

LE PROBLÈME : LA DÉNATALITÉ

Tout porte à croire que du côté de la famille, le principal problème est celui de la dénatalité. Économistes, démographes, politiciens supplient les Québécoises d'avoir des enfants, faute de quoi nous serons éteints comme société distincte, et l'État ne pourra honorer les régimes de retraite puisque trop peu de gens travailleront pour garnir les coffres publics. Les arguments ne sont pas toujours rationnels mais comportent tous un leitmotiv d'urgence. C'est un peu comme si on voulait faire souffler un vent de panique collective. Mais les arguments, pour le moment, ne portent pas : le nombre des naissances de 1980 à 1986 a baissé de 97 498 à 84 579. C'est vrai qu'une moyenne de 1,4 enfant par femme en âge de procréer n'est pas suffisant pour assurer le renouvellement des générations.

PENSER AUX FAMILLES EXISTANTES

Que l'on parle de politique familiale, de crise de la famille, de crise des valeurs traditionnelles, c'est toujours au problème de la natalité qu'on s'arrête et en termes quantitatifs. On énonce bien sûr des principes sur la qualité de vie, mais ici encore on associe facilement qualité de vie à niveau de vie.

Pourtant, avoir ou non des enfants répond à des sentiments et à des émotions diversifiés, multiples, pas toujours rationnels ni financiers. Faciliter la vie de famille, c'est donner les moyens à des individus de concilier aspirations personnelles et familiales. En même temps qu'on mentionne l'urgence d'avoir plus d'enfants on ne permet pas aux personnes ayant déjà des enfants de vivre leurs projets familiaux. Paradoxal, non ? Pensons par exemple que seulement 16 % des besoins en garderie sont comblés et à des coûts souvent élevés. Ramener une politique familiale à des balbutiements de politique nataliste c'est réellement simplifier la question.

En avril dernier, madame Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille propose un réaménagement des argents versés annuellement aux familles sous

forme de différents programmes. Madame Blanchet parle d'augmenter le montant des allocations familiales à 100 dollars par enfant, indexé et non imposable (ce qui serait plus décent que les montants actuels), et de donner des allocations dites de bienvenue de 1 000 dollars pour un premier enfant et 500 dollars pour les enfants subséquents. Le ministre Gobeil répond promptement en disant que ces mesures sont irréalistes, et qu'il faut encourager les familles à avoir un troisième enfant. Au même moment le maire de Saint-Lin attire l'attention des médias en promettant de verser 500 dollars aux femmes qui auront un troisième enfant, 600 dollars pour un quatrième et 700 dollars pour un cinquième enfant. Silence donc sur les familles déjà existantes, silence sur ce qui constitue le quotidien des familles, on pense aux objectifs démographiques.

Une véritable politique familiale pourrait très bien concilier ses objectifs avec ceux d'une politique nataliste, il s'agit juste de respecter suffisamment les familles et les individus qui les composent pour ne pas les leurrer avec des promesses de friandises.

LINE GOYETTE

La monoparentalité : l'affaire des femmes

Marie, 24 ans, est enceinte de son deuxième enfant. Paul, son conjoint, décide de partir. Il a besoin de respirer ! Claudie, 22 ans, se retrouve enceinte. Luc, l'ami avec qui elle habite depuis six mois, veut qu'elle se fasse avorter. Claudie veut poursuivre sa grossesse. Elle quitte Luc qui ne reconnaîtra pas cet enfant. France, 30 ans, a deux enfants âgés de trois et cinq ans. Son mari est violent avec elle. Elle décide de le quitter. Claire, 32 ans, vit seule avec son enfant de 8 ans. Le père ? Une aventure sans lendemain... Thérèse, 45 ans, se retrouve seule pour élever trois adolescents suite au décès de son mari.

Cas fictifs mais représentatifs de la réalité d'un nombre croissant de femmes qui par choix ou obligations deviennent cheffes de famille monoparentale suite à une rupture de couple avant ou après la naissance d'un enfant, quelquefois suite à un veuvage.

MONOPARENTALITÉ, UNE NOUVELLE MODE ?

La monoparentalité n'est pas une nouvelle forme familiale, mais elle se vit maintenant au grand jour et elle est socialement reconnue. Même si les préjugés sociaux sont, à prime abord, moins apparents — les filles-mères ne sont plus obligées de confier leur enfant à l'adoption — nous n'avons qu'à examiner la situation économique des femmes cheffes de famille monoparentale pour nous interroger sur le sens réel de cette évolution.

L'ensemble des changements survenus au Québec dans les années '60 explique les principales différences entre la monoparentalité d'hier et d'aujourd'hui. Parmi ces changements mentionnons l'évolution du statut juridique des femmes mariées reconnue par la loi 16 en 1964, le changement dans la législation du divorce en 1969, l'augmentation du nombre de femmes

sur le marché du travail, le règne de l'État-Providence et le développement du mouvement féministe.

Lorsque l'on examine le phénomène de la monoparentalité, le premier trait qui s'impose est sa très forte augmentation par rapport à l'ensemble des formes familiales. Au cours des dix dernières années, le pourcentage de familles monoparentales a doublé passant de 10 % à 20 % des familles québécoises. C'est donc dire qu'une famille sur cinq est monoparentale. Si cette réalité devait être ramenée à une question de mode, disons qu'elle compte beaucoup d'adeptes.

Qu'est-ce qui pourrait bien expliquer la popularité de cette forme familiale ? Le plaisir de vivre sans conjoint ou celui d'élever son ou ses enfant(s) sans constamment négocier les consignes ? Le goût du défi dans les multiples aspects de la vie quotidienne ? Et si c'est une mode, il faudrait reconnaître qu'elle attire surtout les femmes. En effet, la monoparentalité au Québec est féminine ou matricentrique dans plus de 80 % des cas.

QUI SONT-ELLES ?

Au recensement de 1961, plus de 70 % des cheffes de famille monoparentales étaient des veufs ou des veuves, 28 % étaient séparé-es (légalement ou non) ou divorcé-es et 2 % étaient célibataires. Selon le recensement de 1981, 50 % de ces cheffes sont séparé-es, 38,6 % sont veuve ou veufs et 11,4 % sont célibataires.

Cette nouvelle monoparentalité amène une autre constatation. Comme les femmes qui assument seules les charges familiales et parentales sont plus jeunes, leurs enfants aussi sont plus jeunes et plus dépendants.

Femmes, jeunes, souvent peu scolarisées, avec des enfants en bas âge : rien d'étonnant à ce qu'on les retrouve en plus dans les

statistiques sur la pauvreté. Près de la moitié des familles monoparentales ayant une femme à leur tête vivent principalement de l'aide sociale, alors que seulement 5 % des familles monoparentales masculines s'y retrouvent. Un changement dans la structure familiale amène sept femmes sur dix à l'aide sociale. Celles qui sont sur le marché du travail ont à assumer seule une double journée de travail pour un salaire près du seuil de la pauvreté.

Selon une étude effectuée par Guylaine Sicard il appert que les femmes cheffes de famille monoparentale de Montréal sont actives sur le marché du travail dans 52,9 % des cas « ce qui inclut le travail à temps partiel et celles qui reçoivent des prestations d'assurance-chômage ». Dans 47,1 % des cas, elles vivent des prestations gouvernementales. Le revenu moyen de ces femmes « inactives et actives sur le marché du travail » est 10 839 \$ par année. En majorité elles vivent donc en-dessous du seuil de la pauvreté établi à 13 508 \$ en 1985 par le Conseil du bien-être social

DES RÉFORMES NÉCESSAIRES

On parle très peu des hommes lorsqu'il est question de la monoparentalité. Si pour une femme une séparation signifie monoparentalité, pour un homme c'est plutôt au célibat que la séparation conduit. C'est sûrement ici un des premiers changements qu'on peut espérer pour les prochaines années : que les hommes assument leurs responsabilités de père. Ce changement améliorerait non seulement la situation économique des femmes qui doivent assumer seules les charges parentales, mais aussi leur qualité de vie.

Pour le moment, le tableau peu reluisant de la situation des femmes cheffes de famille monoparentale nous amène à penser que si la société reconnaît juridiquement ces familles, elle n'a pas su pour autant s'adapter à cette nouvelle réalité.

Une véritable reconnaissance et acceptation sociales des familles monoparentales supposerait une série de mesures susceptibles d'améliorer leur situation. Une réorganisation du travail permettant des horaires plus flexibles et une diminution des heures de travail, la mise sur pied d'un système de garderie ouvert 24 heures, la construction de nouveaux logements à prix modique et une augmentation du salaire minimum constituent des domaines importants auxquels l'État et donc la société doit songer. Voilà tout un programme auquel nous participerons. ■

ANNE GOYETTE

Anthropologue

Intervenante à Grossesse-Secours

Pour en connaître davantage sur le sujet :

BELMARE, J. et CHAREST D., *Monoparentalité féminine et aide sociale*, Les Publications du Québec, 1987

COLIN, C. et DESROSIERS, H., *Naître égaux et en santé*, Comité Famille-Enfance de la division santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, 1987

DANDURAND, R., *La monoparentalité au Québec aspects socio-historiques* In Revue internationale d'action communautaire, 18/58, 1987 : 79-85

SICARD, G., BELANGER, F., BEAUREGARD, C., GAGNER, S. et VEILLETTE, D., *Des Mères seules, seules, seules*, une étude sur la situation des femmes cheffes de famille monoparentale du Centre-Sud de Montréal, 1986

Santé, Société, « *Portrait de famille. La dénatalité* », vol. 10, no 1, hiver 1988

¹ C'est avec l'entrée en vigueur du nouveau Code civil du Québec en 1981 qu'on reconnaît le même droit à tous les enfants.

De nouvelles mesures

Cet article ayant été rédigé avant le dépôt du budget de M. Gérard D. Lévesque, les mesures dites « familiales » et les fameuses primes à la naissance de 500 \$ pour les premier et deuxième enfant, 3 000 \$ pour les suivants contenues dans cet énoncé économique ne peuvent ici être analysées plus avant. Sinon pour dire que c'est bel et bien un parti-pris nataliste et, contrairement aux propositions de Mme Blanchet, c'est bel et bien un troisième enfant qu'on veut favoriser. Dans un prochain numéro nous pourrions commenter les réactions des organismes familiaux et des groupes de femmes face à cette politique.



MÈRE APRÈS 35 ANS :



PHOTO JUDITH CRAWLEY

P A R É V E L Y N E F O Y

POURQUOI PAS ?

Qui dira qu'on a passé l'âge d'avoir des enfants ? Il y a bien sûr un âge de non-retour mais qui doit le déterminer ? Quelque norme extérieure ou la femme qui découvre, passé l'âge supposément raisonnable, qu'elle a encore envie d'un enfant ? Si vous approchez ou avez tout juste dépassé la première moitié de la trentaine et que vous ne voulez plus vous poser de question sur la maternité, ne lisez pas ce qui suit, vous risqueriez de vous retrouver à la case départ, mais avec de nouveaux arguments en tête et de drôle de grenouillements dans le ventre.

À quel âge cesse-t-on de se poser la question : est-il encore temps d'avoir un enfant ? Occupées que nous étions à vingt ans à refaire la vie, le monde et encore davantage l'amour, nous avons été nombreuses à dire « des enfants pour moi, non merci ! » Peut-être ajoutons-nous, « on verra à trente ans ». La trentaine arrivée, il nous restait encore tant à faire et à défaire ! Il faut reconnaître aussi qu'à l'époque, féminisme et maternité ne faisaient pas très bon ménage. Qui plus est, le partenaire-père idéal ne s'était pas nécessairement présenté ou peut-être ne l'avions-nous tout simplement pas reconnu et retenu. Passe le temps. On se dira que c'est finalement lui qui résoudra l'épineuse et torturante question. Physiquement ce n'est plus possible, fermons le dossier. Il suffira qu'arrivent quelques amies ou connaissances fleurant la quarantaine, tout ventre devant ou le nouveau-né au sein, pour tout remettre en question. S'il n'était pas trop tard...

Cette génération de femmes chercheuses de nouveaux modèles que nous sommes aura aussi

remis en question l'âge de la maternité et repoussé la frontière aux limites du possible. Il ne faut cependant pas s'imaginer inventer le monde en parlant de grossesse après 35 ans ; ma mère avait 42 ans lorsqu'elle m'a mise au monde et nous sommes nombreuses dans cette situation. Mais plusieurs lunes séparent ces mères qui donnaient naissance à leur 10e ou

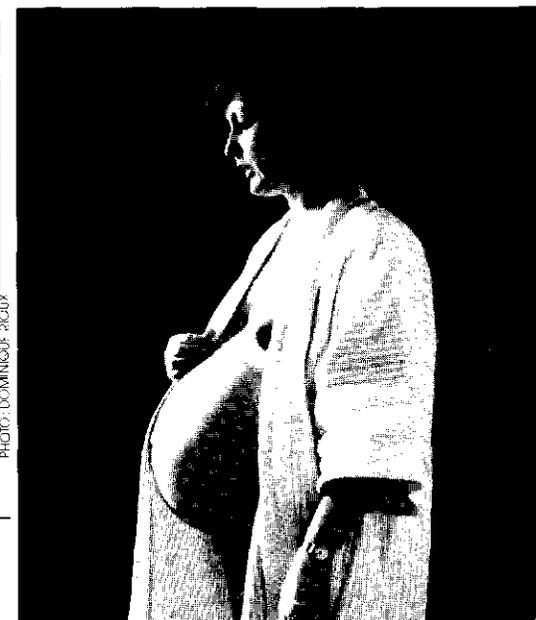


PHOTO: DOMINIQUE ZICOU

12e enfant à cet âge et les femmes dont nous parlons aujourd'hui et pour qui c'est d'abord un choix et un projet que d'avoir un enfant et dont c'est possiblement le premier.

de l'endométriose ou d'une infection pelvienne venant obstruer les trompes de Fallope. D'autres embûches s'ajoutent. À quarante ans, les fausses couches sont plus fréquentes, le travail et

ont un premier enfant au début de la trentaine alors pourquoi pas à 35 ans. C'est une question individuelle. Il faut tenir compte de l'âge physiologique et de l'état de santé de chacune »². J'ai aussi constaté la confiance, la force et la lucidité des femmes qui ont décidé d'avoir des enfants à cet âge classé à haut risque.



L'âge : un facteur parmi d'autres

« **L** La différence entre une grossesse à vingt ans et à quarante ans est la suivante : entre 20 et 35 ans, le risque que l'enfant présente une anomalie congénitale est environ de 1 % ; après quarante ans, ce risque monte à 8 %. Mais avec les techniques modernes on peut facilement déceler ces problèmes. Si la femme peut concevoir, si elle est en bonne santé et que ses fonctions ovariennes sont normales, il n'y a aucune contre-indication à une grossesse. Même à quarante ans. Même à quarante-cinq ans. À cet âge là, les femmes réalisent souvent que la chose la plus importante dans la vie, c'est justement de donner la vie, d'avoir des enfants, et qu'elles sont en train de passer à côté. J'encourage fortement toutes les femmes qui veulent avoir des enfants à réaliser leur rêve. Et surtout, qu'elles ne soient pas complexées devant l'attitude de certains médecins face à leur âge. »³ Eugenia Rubinstein, gynécologue-obstétricienne, spécialiste en infertilité en est convaincue. Céline Lemay, sage-femme, commençait notre entretien sur un ton tout aussi rassurant : « Je ne lie pas le facteur âge et le constat « ça va mal aller ». Il est très difficile de démedicaliser la grossesse à 40 ans. Une primipare de 34 ans c'est un haut risque pour la médecine. Selon moi, il faut voir l'histoire individuelle de cette personne avant de faire un tel constat. Quelle est l'histoire gynécologique,

GARE : grossesse à risque élevé ?

À la recherche des objections que risque d'entendre une femme de plus de trente-cinq ans qui décide d'avoir un enfant, une chronique d'un grand quotidien m'est tombée sous la main. Son ton alarmiste ébranlerait quiconque aurait bêtement envie de faire un enfant à cet âge : « Je compare volontiers la maternité à un match de baseball : plus le joueur est âgé, plus il risque de rater son coup au bâton ! Bien entendu, le coup de circuit demeure toujours possible ! » Passons sur ce propos macho qui nous était servi à titre d'introduction..

« Une foule de complications surviennent avec l'âge : certaines femmes dotées de faibles ovaires à la naissance, d'où leurs menstruations et ovulations irrégulières dans la vingtaine, ovuleront encore plus capricieusement avec l'âge. Par ailleurs, comment prédire l'avenir ? Personne n'est à l'abri des fibromes, des kystes,

l'accouchement pénibles, avec des hémorragies de dernière minute obligeant à une délivrance par césarienne. Quelques-unes ont pris du poids, souffrent d'hypertension et développent une toxémie de la grossesse. »¹

Ce n'était peut-être même pas la peine de continuer la recherche et je n'avais pas encore tout lu, le pire était à venir soit le risque de malformations congénitales. Pauvres femmes « âgées » que nous sommes ! Ebranlée, mais encore déterminée j'ai poursuivi la recherche.

Bien sûr qu'ils existent ces risques, il serait irréaliste et irresponsable de les nier. J'ai cependant trouvé une attitude et des informations plus positives chez des spécialistes en génétique, des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, dans des recherches. Le docteur Yves Korcaz, obstétricien attaché à l'hôpital St-Luc affirme, « Cette notion de grossesse à risque après 35 ans a été battue en brèche. On ne peut pas coller cette étiquette de façon automatique. De plus en plus de femmes

« À 20 ans, on a peut-être plus de force physique mais on n'a pas la même sagesse, ni le même équilibre. J'ai connu des mères jeunes complètement épuisées, qui n'en pouvaient plus. On ne peut diviser le physique et le mental. »

menstruelle, quel est le style de vie, où en est cette personne dans sa vie ? Les corps jeunes sont les plus beaux et les meilleurs nous dit la publicité et même la médecine... Cela dit sans tenir compte de l'hygiène de vie, de l'indice de santé. Pourtant, dans ma pratique, je constate que souvent chez les femmes « plus âgées » l'état de santé est nettement supérieur. Elles ont en général une excellente alimentation et prennent soin d'elles. L'avantage de ces femmes face à la grossesse, c'est qu'elles connaissent généralement mieux leurs forces, ce qui est très utile à l'accouchement et après. Ce sont des femmes qui ont vécu, qui ont une conscience plus profonde de leur désir d'enfant. »

Les malformations

La pire crainte à affronter est sûrement le risque de malformations congénitales, dont les taux sont les suivants :
 Syndrome de Down (mongolisme) :
 4/1000 entre 35 et 39 ans
 12/1000 entre 40 et 44 ans
 40/1000 passé 45 ans.

Taux moyens de l'ensemble des malformations :

15 malformations sur 1000 chez les moins de 35 ans
 17 malformations sur 1000 entre 35 et 39 ans
 31 malformations sur 1000 entre 40 et 45 ans
 76 cas problèmes sur 1 000 après 45 ans.

Comme l'indiquait Eugenia Rubinstein, ces risques ne dépassent pas 8 % des cas, ce qui n'est quand même pas si élevé et il existe des moyens de dépistage de ces malformations, l'amniocentèse étant le plus connu⁴. Les femmes peuvent y avoir recours ou les refuser. Ajoutons encore que l'on sait bien peu de choses sur les conséquences de l'utilisation de ces techniques et sur les gestes qu'elles peuvent amener à poser, l'avortement à plus de quatre mois de grossesse par exemple, si l'on découvre une malformation grave.

D'autres problèmes ?

Quels autres problèmes peuvent se présenter ? Les mêmes que dans toute grossesse « mais il ressort de l'expérience et des statistiques que, la trentaine passée, il seront plus souvent présents. Citons en premier lieu, l'hypertension et les maladies du système cardiovasculaire. Mentionnons également les affec-



tions rénales reliées éventuellement à des états d'intoxication susceptibles de conduire à la pré-éclampsie ou à la toxémie. Enfin, il est connu que toute tendance au diabète non contrôlée par des mesures appropriées peut faire peser des menaces graves sur la future mère et sur l'enfant qu'elle porte.⁵ Un suivi responsable aidera à réduire ces risques. Il faut aussi tenir compte s'il s'agit d'une première grossesse ou non. Chacune des situations ayant ses propres potentialités de complications. Selon le docteur Guimond, obstétricien à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, on constate un pourcentage légèrement supérieur de complications physiologiques lors d'une première grossesse et cela, quel que soit l'âge. D'autre part, les « grandes multipares » (quatre grossesses et plus) ont aussi leurs problèmes : il a été établi que le nombre de grossesses intervient, là aussi quel que soit l'âge de la mère, dans des complications qui sont reliées à une présentation plus difficile du fœtus, à un placenta praevia ou à un accouchement prématuré.

On fait aussi mention du taux de mortalité périnatale et du taux de décès des mères qui serait plus élevé dans cette tranche d'âge. Mais



« La maternité tardive est une maternité vagabonde qui prend son temps pour rejoindre le lot commun »

cela semble lié de très près aux conditions socio-économiques : le taux de mortalité lié aux grossesses a baissé de près de 50 % au cours des huit dernières années chez les Américaines de race blanche de plus de 35 ans, indique une étude médicale publiée à Chicago par l'Association médicale américaine (AMA). Alors que la diminution est beaucoup moins spectaculaire chez les femmes de race noire de plus de 35 ans dont le taux de mortalité est quatre fois plus élevé que celui des Blanches.

Et si tout allait bien...

« L'idée d'âge arbitraire (35 ans) à partir duquel les risques d'enfantement augmentent doit être considérée comme un mythe qu'il faut remplacer par le concept plus logique d'une échelle mobile de danger. Ainsi, il n'y aurait pas de différence qualitative dans une grossesse après 35 ans. Il est peut-être plus risqué chez une primipare âgée d'avoir un enfant mais ces risques tomberaient dans les mêmes catégories de complications que sont susceptibles de subir des femmes plus jeunes. On s'attend simplement à les rencontrer plus fréquemment. La femme âgée attendant son enfant n'a pas besoin de traitement particulier, mais de bons soins... »⁶ Le docteur Guimond allait dans le même sens en disant « on peut affirmer que ce n'est pas plus risqué d'avoir un enfant à 35 ans qu'à 25 ans. La grossesse a toutes les chances de se dérouler de façon normale et l'accouchement ne risque pas d'être plus compliqué. Il y a dix ans, ajoute-t-il, on faisait deux fois plus de césariennes aux femmes de ce groupe d'âge, mais aujourd'hui, ce n'est plus vrai. »⁷ Et comment se passe l'accouchement ? Normalement, me diront une sage-femme qui a eu l'occasion d'assister des femmes dans la quarantaine et aussi les femmes que j'ai interviewées.

À ce point, j'en arrivais à la conclusion suivante : l'âge n'est qu'un facteur. Céline Lemay disait « l'âge fait partie de l'histoire, mais ce n'est pas toute l'histoire ». J'avais compris qu'il

y avait des risques, qu'il y avait des décisions à prendre face aux interventions prénatales, que les conditions de vie, de santé, que la force plus ou moins grande du désir d'enfant faisaient partie d'un grand tout qu'il fallait considérer en envisageant la maternité tardive. La suite allait me mettre en contact avec des femmes qui avaient vécu des grossesses après 35 ans et l'une d'elle me dira : « Si on ne trouve pas le médecin qui croit à sa capacité de « faire cela » on vivra

Des histoires vraies

Les anthropologues de l'an 2000 auront un plaisir fou à démêler les nouvelles familles ! Suzanne a 46 ans, elle a trois filles de 6, 21 et 25 ans. Elle a aussi une petite-fille de quelques mois. Suzanne s'est retrouvée enceinte à 39 ans. Étonnement, joie et questionnement. Le partenaire réagit en disant « c'est pas la fin du monde c'est le commencement » ! Elle est diabétique, ce qui risque de compliquer la grossesse ou de la rendre impossible. Réflexion sérieuse : on écrit les pour et les contre, les pour l'emportent. Consultation du médecin traitant le diabète : long entretien où ce dernier n'essaie pas de dissuader mais renseigne et appuie. Le diabète compliquera effectivement la grossesse : Suzanne sera hospitalisée trois fois et l'accouchement sera provoqué à 38 semaines de grossesse car le fœtus pouvait par la suite être en danger. Mais autrement, la grossesse se déroule bien, elle travaille jusqu'au dernier mois. Suzanne vivait à ce moment-là avec sa fille de 18 ans. Elle avoue avoir été d'un sagesse exemplaire tout au long de la grossesse. Elle était suivie à la clinique des grossesses à risques de l'hôpital Ste-Justine et se déclare satisfaite de l'accueil et des soins reçus.

Jessica allait me raconter une histoire d'un autre type. À 39 ans, elle est mère de deux enfants de trois ans et quatre mois. Elle a quitté momentanément sa carrière pour vivre ses maternités. Après s'être dit qu'elle avait autre chose à faire dans la vie que d'avoir des enfants, à 34 ans, elle commence à reviser ses positions. Il faut dire tout de suite qu'un partenaire, qui est toujours là aujourd'hui et qui sera plusieurs fois qualifié d'idéal au cours de l'entretien, est alors arrivé dans sa vie. Une première grossesse se passe mal : grossesse ectopique nécessitant l'enlèvement d'une trompe de Fallope. Suit une grande période de tristesse marquée d'un sentiment d'échec. Elle refuse un traitement médical pour améliorer ses chances de grossesse. « J'ai décidé de changer de vie plutôt, de prendre soin de moi-même : meilleur régime de vie, congé sans solde, traitement d'acupuncture susceptible d'agir sur le système hormonal. C'est ce changement d'esprit qui a fait que deux ans presque jour pour jour après ma première grossesse je me suis retrouvée enceinte. La grossesse a été superbe, normale. J'ai travaillé jusqu'au dernier mois. Comme toutes les femmes de carrière, je croyais que je travaillerais jusqu'à la fin, mais je

n'étais tout simplement plus là. Je voulais vivre pleinement la grossesse, parler avec l'enfant. J'ai commencé à voir une sage-femme au cinquième mois de ma grossesse, très souvent avec mon mari. Curieusement, c'était pour lui que je voulais une sage-femme. Je me disais : je veux qu'il soit à l'aise à côté de moi, il aura besoin d'aide. L'accouchement s'est déroulé tout à fait normalement. Nous avons laissé le travail se faire à la maison jusqu'à la dernière minute et nous sommes partis à l'hôpital. Cinq heures plus tard, c'était la délivrance et quelques heures après nous repartions à la maison avec notre fils. Jessica a refusé l'amniocentèse ce qui a entraîné la réaction suivante de son médecin « Vous savez, à votre âge, c'est probablement le seul enfant que vous aurez, il faut que ce soit un bon produit, vous ne pouvez prendre le risque d'un enfant endommagé. » Troublée par ce type de relation avec son médecin, elle en a par la suite choisi un autre avec qui tout s'est bien passé.

« L'attitude de la sage-femme me poussait à la connaissance de moi-même et à la confiance. Alors que dans la médecine officielle on a tellement tendance à insister sur la fragilité de l'enfant et de la mère. Avec le système médical actuel, même avec un très bon médecin, il faut se protéger qu'on ait 20 ans ou 40 ans. J'ai eu l'expérience que j'ai eu pour la naissance de mes deux enfants à cause des sages-femmes. Je n'aurais pas eu la même confiance, ni le même appui sans elles, surtout pour le premier. Elles ont une autre idée de l'accouchement. » Six mois après la naissance de son premier enfant, elle retourne au travail à temps partiel et... « Je me suis retrouvée enceinte une deuxième fois sans y avoir vraiment pensé, pas consciemment du moins. Je me suis sentie paniquée, psychologiquement bouleversée. Je voulais cet enfant, mais j'avais peur : deux enfants à quarante ans ! Cela impliquerait des gros changements dans ma vie. Je savais toute sorte de choses qu'on ne sait pas au premier enfant. J'étais plus fatiguée pendant la grossesse, je continuais à travailler. Jusqu'à ce que je remette tout en question, que je décide de quitter mon emploi, de déménager d'Ottawa à Montréal. L'accouchement se déroula parfaitement avec sage-femme et médecin. Le bébé est là 40 minutes après l'arrivée à l'hôpital et toute la famille se retrouve à la maison trois heures plus tard.

une grossesse plus technologisée. D'après mon expérience, le facteur de l'âge est le dernier en liste. C'est un grand travail d'avoir des enfants, mais c'est faisable. Je me suis entourée de gens qui m'aimaient, je me suis informée, je me suis donnée de bonnes conditions et surtout, personne ne m'a empêchée de le faire. »

Signalons qu'en 1983, au Québec, les femmes de 35-39 ans étaient responsables de 4,7 % de l'ensemble des naissances (4 112 bébés sur un total de 87 739 naissances) ; faible augmentation par rapport aux statistiques de 1975, qui situaient ce groupe d'âge à 4,4 % du taux de naissance.



Être une mère moins jeune

Et alors, comment ça se passe, depuis ? « Psychologiquement, on est plus sage, physiquement c'est plus dur de suivre un enfant à 40 ans qu'à 20 ans. » Et la ménopause qui poindra à travers cette vie avec une enfant encore jeune alors que Suzanne croit « qu'il y a des périodes de la vie d'une femme qui doivent être vécues comme telle sans être mélangées avec autre chose ». L'inquiétude était là, mais bien légère. Autre chose, aussi : « Je me souviens comme j'étais fière de la jeunesse de ma propre mère. Lorsque j'avais six ans, ma mère en avait 28 et c'était important pour moi que ma mère soit jeune. » Aujourd'hui, Suzanne se soucie de l'apparence qu'elle a à côté de sa fille. Ne pas avoir l'air de la grand-mère quoi ! Jessica, qui a deux garçons dira à ce sujet « Ce sera peut-être plus facile avec des garçons, ils diront tout au plus « ma vieille mère », je crois que c'aurait été plus difficile avec une fille qui exige plus de sa mère côté apparence physique et image de jeunesse. » Mais mis à part ces interrogations normales et sereines, aucun regret. Suzanne dira « Mes trois enfants ont été des surprises. Je voulais des enfants mais je ne les ai pas planifiés. Ils sont arrivés ! Je me compare parfois à mes amies qui n'en finissent pas de se poser la question

avoir des enfants ou pas et n'arrivent jamais à se décider. Je me trouve chanceuse. Les enfants aident à rester jeune et t'obligent à te réanalyser à chaque petite chose qui t'arrive. » Et quelque part, il semblait des plus naturels qu'elle ait mis au monde un troisième enfant à quarante ans malgré le diabète et malgré tout !

Pour Jessica, pas de discours faussement euphorique : c'est fatigant d'être mère. Il y a des moments de joie pure, mais il y a un côté « travail forcé », les mères sont trop isolées et leur travail est peu apprécié socialement. Il faut créer un réseau d'entraide. Surtout lorsqu'on a ses enfants plus âgées et que souvent nos amies les plus proches n'ont pas d'enfants ou ont des adolescents. C'est un mythe de croire que la femme sait naturellement quoi faire avec un enfant. Elle ajoute, sur le fait d'avoir quitté son travail : « Je n'avais plus envie d'être déchirée. J'avais envie de vivre mes enfants. J'ai eu une carrière- j'en aurai une autre, j'ai voyagé, j'ai bien vécu en dehors des enfants, maintenant je passe à autre chose. » Elle souligne aussi les difficultés de concilier travail et enfant et la nécessité de reviser l'organisation du travail : « Les garderies ne sont pas la seule solution. Il devrait être possible de gagner sa vie pendant quelques années en travaillant à temps partiel tout en conservant les

mêmes avantages sociaux. Les femmes qui occupent des postes à haut niveau de responsabilité, qui sont en position de pouvoir devraient chercher des solutions et des nouvelles voies pour les femmes qui ont des enfants. »

Quel que soit l'âge, être mère c'est être mère ! Les femmes plus âgées ont peut-être un meilleur sens de l'organisation de leur temps, elles risquent d'autre part de se sentir plus marginalisées parce qu'elles étaient habituées à une vie sociale plus active qui sera forcément restreinte par l'arrivée d'un enfant.

Pourquoi pas...

C'est donc possible d'avoir un enfant un peu plus tard... Je retenais les propos de Céline Lemay : « Mon attitude face à cette femme ce sera justement de l'aider à aller puiser la confiance que son corps peut porter cet enfant. Je vais l'aider à voir comment elle se sent intérieurement, à modifier des choses dans sa vie pour s'adapter à sa grossesse et à l'inconnu que cela comporte. C'est normal, c'est ce que je fais quel que soit l'âge. » ■

Autres lectures suggérées

- BOSTOCH, YVONNE et JONES, MAGGIE, *Avoir un enfant après 30 ans*, Forma, 1987
 COLETTE, *Létoile Vesper*, Coll. livre de poche
 GILLET, EGLIN, DEL PIANO, *Grossesse après 40 ans*, compte-rendu du congrès des gynécologues-obstétriciens de France, Besançon, 1978
 KANE, DR SYDNEY, *Vous n'êtes pas trop vieux pour faire un bébé*, éd. Guy Anthier, Paris, 1977.
 KITZINGER, SHELLA « *Politics of the Womb* », conférence de la Confédération internationale des sages-femmes, Vancouver, 23-25 mai 1986.
 ROBERT, ISABELLE, *Il n'y a pas lieu, madame...*, Montréal, Éditions du Remue-ménage.
 VALABREGUE, BERGER-FORESTIER, LANGEVIN, *Ces maternités que l'on dit tardives*, Robert Lafont, Paris, 1982.

À voir

L'ÉPREUVE, un vidéo sur la grossesse après 35 ans. Une fiction mettant en situation un couple dans la quarantaine qui est dans l'attente du résultat d'une amniocentèse. Le couple s'interroge sur l'importance de savoir ou ne pas savoir si le fœtus est normal et sur sa motivation face à cette grossesse.
 Ce vidéo est disponible à Vidéo Femmes, 56 rue St-Pierre, local 203, Québec, G1K 4A1, Téléphone : (418) 692-3090.

- ¹ W. Gifford Jones, « Les enfants du midi : jusqu'à quel âge peut-on attendre ? », La Presse, 23 novembre 1986
- ² Cloutier, Lise, « Un bébé après 35 ans ? », Châtelaine, août 1986
- ³ Bourdon, Odette, « Être mère... après 40 ans », Allure, septembre 1985
- ⁴ voir la chronique obstétrique dans les pages qui suivent portant sur ces interventions
- ⁵ Robert, Isabelle : *Avoir un enfant après 35 ans*, p.30
- ⁶ Price, Jane, *Vous n'êtes pas trop vieux pour faire un bébé*, p.63
- ⁷ Cloutier, Lise, *ibid.*

PHOTO : JUDITH CRAWLEY



INTERVENTIONS PRÉNATALES AUPRÈS DES FEMMES

Entre 35 et 39 ans, 4 femmes sur 1 000 risquent d'avoir un bébé atteint du Syndrome de Down (mongolisme). Entre 40 et 44 ans, 12 femmes sur 1 000 courent le même risque tandis qu'après 45 ans, 40 femmes sur 1 000 sont menacées. C'est pourquoi on propose aux femmes dans cette catégorie d'âge des méthodes de diagnostic prénatal parfois très sophistiquées : l'amniocentèse et la biopsie des villosités choriales qui permettent de détecter des problèmes génétiques ou biochimiques.

Voici en quoi consistent ces tests de dépistage et leurs conséquences dans la vie des femmes qui les subissent.

L'AMNIOCENTÈSE

Il s'agit de prélever une petite quantité de liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus, par ponction à travers la paroi abdominale maternelle. L'analyse du liquide (étude du taux d'alpha-fœtoprotéines) permet de dépister des atteintes du tube neural comme l'anencéphalie (absence de cerveau), le spina bifida (malformations de la colonne vertébrale). L'analyse des cellules contenues dans le liquide, après quelques semaines de culture, permet de déceler des anomalies chromosomiques telles la présence du syndrome de Down ou trisomie 21 (mongolisme). Enfin, des dosages enzymatiques effectués soit sur le liquide, soit sur les cellules, permettent de détecter certaines déficiences à l'origine de maladies métaboliques dégénératives (Tay-Sachs, la maladie de Sandhoff) et quelque soixante-dix autres maladies d'ordre chromosomique ou biochimique. L'amniocentèse peut aussi identifier des maladies liées au sexe de l'enfant comme l'hémophilie, maladie transmise par les femmes et qui n'affecte que les hommes.

LA PROCÉDURE

Le moment le plus favorable pour pratiquer cette intervention se situe entre la seizième et la dix-huitième semaine de grossesse, avant il pourrait y avoir insuffisance de liquide amniotique. Les résultats seront communiqués au médecin environ quatre semaines après l'intervention.

Pour pratiquer l'amniocentèse, on fait une échographie pour localiser le fœtus et simultanément, on prélève le liquide amniotique. Le liquide amniotique (30 ml) est aspiré dans une seringue stérile, l'aiguille étant introduite perpendiculairement à travers la paroi abdominale et la paroi utérine, puis refoulé dans un flacon qui est immédiatement expédié au laboratoire.

LES RISQUES

Si le sang de la femme enceinte est **rhésus négatif** et que celui de son fœtus est rhésus positif, il y a danger lors de la ponction que des cellules sanguines fœtales traversent dans le sang de la mère qui développera alors des anticorps pouvant attaquer le sang du fœtus. On peut stopper la production d'anticorps en donnant à la mère le vaccin Rhogam dans les 24 heures suivant l'amniocentèse. On ne connaît cependant pas encore les effets de ce vaccin sur le fœtus.

Il y a aussi le risque de **avortement spontané**. En effet, s'il y a environ 32 grossesses sur 1 000 qui se terminent par une fausse-couche après la seizième semaine, ce chiffre augmente à 35 sur 1 000 suite à une amniocentèse.

L'expérience de quelques femmes qui ont eu un bébé normal après que l'amniocentèse ait annoncé une anomalie montre que des **diagnostics faussement positifs** existent. Il est toutefois très difficile d'obtenir des données sur cette question délicate mais préoccupante.

On peut aussi obtenir des **diagnostics ambivalents** où on ne connaît pas les conséquences de ce que l'on découvre. Cette situation place les parents devant des décisions très difficiles à prendre.

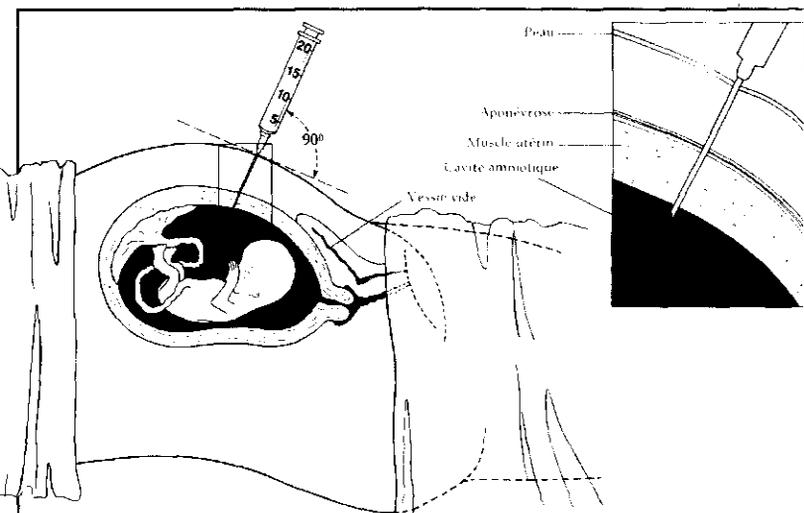
En fait, tous les problèmes ne sont pas détectés par cet examen. Même si l'amniocentèse ne révèle aucun problème, cela n'est pas la garantie d'un enfant parfait.

Dans le cas d'une anomalie, la très grande majorité des femmes qui ont subi une amniocentèse choisit une interruption de grossesse. Vu l'état avancé de la gestation (20 semaines), les risques reliés à cet avortement tardif sont beaucoup plus élevés.

Il existe aussi un très petit risque de complications plus graves pour la mère et le fœtus : infection, hémorragie, blessure causée par l'aiguille et pire, la mort fœtale.

LES ZONES D'OMBRE

On sait bien peu de choses sur les effets psychologiques et sociaux de l'amniocentèse. Il apparaît que cette intervention modifie le déroulement de la grossesse car la possibilité d'un diagnostic grave assombrit les premiers mois et affecte la relation mère-fœtus. « On a du mal à affronter ce qui constitue l'ultime conséquence de ces nouvelles techniques et pour plusieurs raisons sans doute. La femme avortée pour mongolisme est à la fois exceptionnelle et peut-être extrêmement fragile, elle ne présente rien de significatif quantitativement et son cas historiquement est sans modèle. La ponction amniotique est un examen qui nécessite non seulement une mise au point technique mais également qu'on aborde les conséquences qu'elle entraîne, qu'on tente de déchiffrer ce qui se joue dans l'enfantement tardif volontaire et dans l'éventuelle décision de rejet d'un enfant anormal. »¹



DE PLUS DE 35 ANS

LA BIOPSIE DES VILLOSITÉS CHORIALES

Encore utilisée à titre expérimental au Canada², cette technique permet d'identifier certains désordres biochimiques et génétiques en prélevant un petit échantillon du tissu des villosités choriales qui entourent l'embryon. Les villosités choriales sont les unités de base du placenta en formation. Issues de la même union chromosomique que le fœtus, elles devraient avoir la même structure génétique.

La biopsie s'effectue entre la huitième et la onzième semaine de grossesse. Avant, il est difficile de localiser avec précision les villosités et après, un plus grand risque d'hémorragie existe à cause du développement des vaisseaux sanguins du fœtus. Les résultats sont connus 24 à 48 heures après l'examen. La décision d'avorter en cas de problème sera donc considérée en début de grossesse.

L'examen consiste dans un premier temps à localiser les villosités par échographie pour en prélever quelques milligrammes (10 à 20) par le col de l'utérus en insérant un cathéter qui succionne les tissus. Cette intervention dure une trentaine de minutes.

LES FONCTIONS

Sa fonction principale est de déceler les anomalies chromosomiques comme le syndrome de Down mais elle peut déceler aussi des désordres héréditaires et d'autres irrégularités : l'hémoglobino-pathie, la dystrophie musculaire, l'hémophilie. Elle ne permet pas l'étude du taux d'alpha-fœto protéines et lorsque cette analyse est nécessaire il faudra de plus recourir à l'amniocentèse.

LES RISQUES

Cette intervention apparaît très simple, mais ne vous y trompez pas. Elle exige une équipe de médecins très bien entraînés et un équipement d'échographie perfectionné. On associe un taux d'avortements spontanés à cette intervention qui varie de 2 à 10 % selon les études. Des infections bénignes ou sévères sont possibles ainsi que des dommages au fœtus.

De nouvelles recherches indiquent qu'il y a possibilité de découvrir des anomalies chromosomiques dans le tissu placentaire alors qu'elles peuvent être inexistantes au niveau du fœtus : les cellules du placenta peuvent contenir plus ou moins de chromosomes alors que celles du fœtus ont un nombre normal de chromosomes.

Rappelons juste que la biopsie des villosités choriales a été largement utilisée en Chine dans les années '70 afin d'établir le sexe fœtal, mais elle n'est plus en usage à cause de l'abus au niveau de la sélection sexuelle (en faveur des enfants de sexe mâle). Serions-nous totalement à l'abri de ce danger ?

QU'EN PENSER ?

« Les procédures de dépistage sont un atout précieux. Mais faut-il prendre pour acquis qu'il en faut toujours plus, peu importe les coûts économiques et émotionnels ? »³ Certaines femmes les demandent ou même déplorent que leur médecin ne leur ait pas proposé ces interventions. D'autres refusent ces procédures parce qu'elles les jugent contre-nature, qu'elles rejettent le choix d'un avortement ou qu'elles se sentent confiantes de pouvoir assumer la situation.

Ces types d'intervention prénatales demandent une réflexion plus approfondie, vue toutes leurs conséquences. Il faut faire attention de ne pas tomber dans le piège des nouvelles technologies de dépistage prétendant nous garantir le bébé parfait et surtout se rappeler que : « les femmes connaissent certaines choses de leur corps et sont en contact avec leur bébé, ce devrait être un thème central au soin prénatal, pour ne pas nier cette connaissance. »⁴ ■

CHRISTIANE LÉONARD

¹ VALABRÈGUE, et al. *Ces maternités qu'on dit tardives*, p. 60

² Les résultats d'une étude sur la biopsie chromosomique, menée depuis deux ans dans les principaux centres de génétique au Canada (dont McGill et Laval) sous la direction du Conseil de recherche médical au Canada, seront rendus publics en septembre prochain.

NON à l'amniocentèse

Quand je suis devenue enceinte pour la deuxième fois, j'avais presque 35 ans. À l'approche de mon premier rendez-vous avec mon médecin (à 15 semaines de gestation), j'ai réfléchi à la question qui me serait sûrement posée : avoir ou ne pas avoir une amniocentèse ?

J'ai alors parlé à une amie sage-femme qui pouvait me donner de l'information sur le sujet et celle-ci a confirmé mes craintes instinctives et ma méfiance face à ce type d'intervention. Plusieurs questions ont été soulevées : les résultats du test pouvaient-ils être erronés, par exemple annoncer un fœtus normal alors qu'en fait il serait handicapé ou le contraire ? La réponse est oui, même si ça arrive rarement.

Comment se servir des résultats de ce test ? J'ai alors réalisé que la décision d'avorter d'un fœtus anormal se prendrait bien tard. Cela signifie que la moitié de la grossesse serait vécue dans un état de « limbo », de doute. Sans mentionner toute l'anxiété ressentie lors de ces semaines où précisément les premiers mouvements du bébé sont sentis...

Même si la décision est très personnelle, elle n'est pas rendue plus facile à cause de la disponibilité du test, ni parce que c'est une procédure généralement acceptée. À 35 ans, ce choix n'a pas été si difficile pour moi, mais je peux dire qu'il aurait été beaucoup plus difficile si cette grossesse avait été ma première à 40 ans. Mon approche générale de la grossesse et de l'accouchement est non-interventionniste. Ce genre de diagnostic prénatal va tout à fait à l'encontre de cette approche. Je sais très peu de « la vie du fœtus » mais mon propre sens de l'intimité résiste à cette intervention que je ressens comme une intrusion. J'ai déjà entendu un vieux médecin dire : « Il vaut mieux laisser le bébé tranquille. »

CATHLEEN JOHNSTON

OUI à l'amniocentèse

Passer ou non le test d'amniocentèse, c'est une décision difficile à prendre. L'enjeu est au cœur même d'une vie : connaître d'avance la normalité de mon bébé et décider si nécessaire d'un avortement ou provoquer, à cause des risques inhérents à ce test, la mort du fœtus de quatre mois. J'ai pesé le pour et le contre. J'ai accepté de passer le test avec des sentiments contradictoires.

À l'écoute de mon corps, me trouvant en bonne santé, j'avais la quasi-certitude que le bébé ne pouvait, lui aussi, qu'être dans le même état. Pour quoi prendre une chance, me disais-je. En même temps, je me rassurais : ça ne pouvait pas m'arriver à moi ! À moins d'être victime de la plus grande injustice au monde et que l'intervention provoque une fausse couche.

J'ai accepté l'amniocentèse, qui s'est passée à l'Hôpital Ste-Justine. Un test ? Plutôt une mini-opération car le personnel utilise masques, gants et matériels stériles pour une petite anesthésie locale.

On passe une échographie pour déterminer où prélever le liquide le plus loin possible du fœtus, on ne bouge pas et ensuite, l'aiguille entre sans douleur dans l'abdomen. Sans douleur ? Pas tout à fait, ça tire dans la région du cœur pendant la ponction. Terminé, je marche courbée en deux, je prends du repos et j'ai hâte que le temps passe sans rien déclencher.

Si c'était à refaire, je serais encore face au même dilemme...

DIANE GIRARD, 41 ANS.

Pour en savoir plus :

ROBERT, ISABELLE. *Avoir un enfant après 35 ans*. Éditions de l'homme, 1981

ROTHMAN, BARBARA KATZ. *The Tentative pregnancy. Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood*. Penguin Books, 1986

Midis Information Pack, numéro 1, mars 1986
MERCIER, LEVY, MELCHIOR. *Précis d'obstétrique*. 5^{ème} édition. Masson

Remerciements à ISABELLE BRABANT pour sa précieuse collaboration à cet article

Les femmes et la réfor

Nous présentons une synthèse du document *Justice et Équité pour les femmes assistées sociales, plate-forme pour une large coalition des groupes de femmes du Québec face à la réforme de l'aide sociale. Ce document a été préparé par le Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail (CIAFT), la Fédération des associations de familles monoparentales du Québec (FAFMO), la Fédération des femmes du Québec (FFQ), L'R des Centres de Femmes et le Regroupement provincial des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. NAISSANCE-RENAISSANCE fait partie des 178 groupes de femmes du Québec qui appuient l'analyse et les revendications de cette plate-forme.*

Le gouvernement du Québec faisait connaître, en décembre 1987, ses orientations sur l'aide sociale dans un document intitulé : *Pour une politique de sécurité du revenu.*

Les enjeux de cette réforme sont des plus importants pour les femmes puisqu'elles représentent 55 % des prestataires d'aide sociale. De plus, ces femmes assument à elles seules la responsabilité de 67 % des enfants vivant avec un ou des parents bénéficiaires d'aide sociale. C'est donc sous l'angle de conditions de vie décentes pour les femmes et leurs enfants que ce projet de réforme a été examiné. La coalition appuie ses revendications sur les principes suivants :

1- Le droit à un revenu minimum adéquat pour tous et toutes, quelle que soit la cause de l'insuffisance de revenus. Ce principe implique le rejet de la distinction entre les aptes et les inaptes au travail dans le régime de l'aide sociale.

2- Le droit à l'autonomie financière pour toute personne adulte, particulièrement les femmes et les jeunes.

3- Le droit à des emplois dans des conditions décentes ; le droit à de véritables mesures de soutien à l'autonomie financière basées sur une adhésion volontaire.

UN REVENU MINIMUM ADÉQUAT

Il y avait une certaine satisfaction de savoir qu'enfin l'État allait mettre fin à la discrimination faite aux jeunes bénéficiaires de moins de 30 ans, même si le délai pour y arriver paraissait indûment long. Cependant le ministre Paradis se sert de cette correction pour justifier une nouvelle forme de discrimination applicable à tous les bénéficiaires selon leur aptitude au travail. Les groupes de femmes, habitués à lutter contre les multiples formes de discrimination, refusent qu'une classification administrative des bénéficiaires selon leur aptitude au travail justifie une nouvelle forme de discrimination financière. D'autant plus que la frontière entre les aptes et les inaptes apparaît arbitraire et variable selon les contextes économiques.

Le projet de réforme créerait également une nouvelle catégorie de prestataires : les admissibles « non disponibles ». On y retrouverait des personnes éprouvant temporairement des problèmes de santé physique ou mentale certifiés par un professionnel, les femmes enceintes entre la seizième semaine avant et la cinquième semaine après l'accouchement, les personnes ayant la garde d'enfants de moins de deux ans. Les personnes de plus de 55 ans pourraient faire partie de cette catégorie. Ces person-

nes « non disponibles » se verraient octroyer, selon la réforme proposée, une prestation moindre que celle des bénéficiaires déclarés inaptes au travail.

Pourtant on peut se demander s'il existera plus de services de garde, des équipements ou des moyens de transport adaptés aux handicapés-e-s pour faciliter la disponibilité au travail. Dorénavant, sera-t-il impossible aux employeurs de refuser un emploi à des femmes sous prétexte qu'elles sont d'ex-psychiatrisées, qu'elles sortent de prison, qu'elles sont cheffes de familles monoparentales et qu'elles ont trop souvent des enfants malades ou en congés scolaires ? Quels mécanismes seront mis sur pied pour vérifier ces situations ? Ce sont des femmes aux prises avec pareils problèmes que l'État va pénaliser en les considérant « non disponibles ».

LE DROIT À L'AUTONOMIE FINANCIÈRE

On constate de plus en plus que les mesures fiscales et les programmes sociaux ont tendance à revenir à une base familiale ce qui constitue un recul, particulièrement pour les femmes. On retourne à des notions comme l'obligation alimentaire. Avec une telle mesure, serait-on forcé d'avoir recours aux tribunaux pour exiger l'entraide ? Bien sûr, les groupes de femmes favorisent l'entraide mais il s'agit de gestes volontaires, concrets, entre personnes autonomes, et non de pratiques qui maintiennent la dépendance et le pouvoir des uns sur les autres.

Les groupes de femmes refusent aussi la classification arbitraire de « conjoint de fait » selon laquelle ceux et celles qui n'auront pas d'enfants en commun seront considérés comme entité familiale après 12 mois de vie commune. Ce sont les femmes qui seront directement pénalisées par cette mesure, ainsi que leurs enfants, puisque cela équivaut à leur enlever toute possibilité de revenu en propre. Le véritable problème à résoudre est que 84 % des cheffes de famille monoparentale recevant de l'aide sociale ne touchent aucune pension alimentaire. Les femmes se battent depuis des années pour faire reconnaître les responsabilités des pères divorcés ou séparés envers leurs enfants. Pour être cohérent avec son propre discours sur les liens de solidarité et de responsabilité qui unissent les membres d'une famille, l'État devrait donc s'engager immédiatement à faire respecter les obligations alimentaires des parents envers leurs enfants mineurs, ce qui corrigerait d'immenses lacunes encore tolérées socialement.

me de l'aide sociale

LE DROIT À DES EMPLOIS DÉCENTS

Les femmes, individuellement et collectivement, revendiquent ce droit depuis très longtemps. C'est même à travers des luttes ardues que les femmes ont conquis partiellement le droit à un emploi rémunéré. Elles n'ont pas attendu le harcèlement de l'aide sociale pour occuper plus de 40 % des emplois.

« Nous ne pouvons pas accepter qu'elles soient maintenant mises au pied du mur au nom d'impératifs strictement économiques. Celles qui sont identifiées aujourd'hui comme une charge pour l'État et pour la société, sont aussi des chargées d'enfants avec tout ce que cela implique d'énergie donnée et de présence quotidienne gratuite. Hier, la maternité était leur seule fonction sociale reconnue. Aujourd'hui, toute l'utilité sociale de cet investissement humain est méprisée. »¹

LA MATERNITÉ PÉNALISÉE

La mesure qui s'apprêtait à pénaliser les femmes enceintes jugées employables, mais non disponibles, à compter de la seizième semaine précédant la date prévue de l'accouchement jusqu'à la cinquième semaine après l'accouchement a été retirée. Les prestations de celles-ci ne seront plus abaissées. Ce qui est une bonne chose puisque l'« on sait aujourd'hui qu'il existe un lien entre la pauvreté et un faible poids à la naissance, un taux de décès accru pendant la période néonatale, des types importants de troubles d'apprentissage et d'autres plus subtils, ainsi que des problèmes d'enfants maltraités. Un régime alimentaire inadéquat avant et pendant la grossesse est en grande partie responsable de ces conditions. La pauvreté est aussi liée à des taux plus élevés d'hospitalisation d'enfants, notamment pour des infections respiratoires et gastro-intestinales. »²

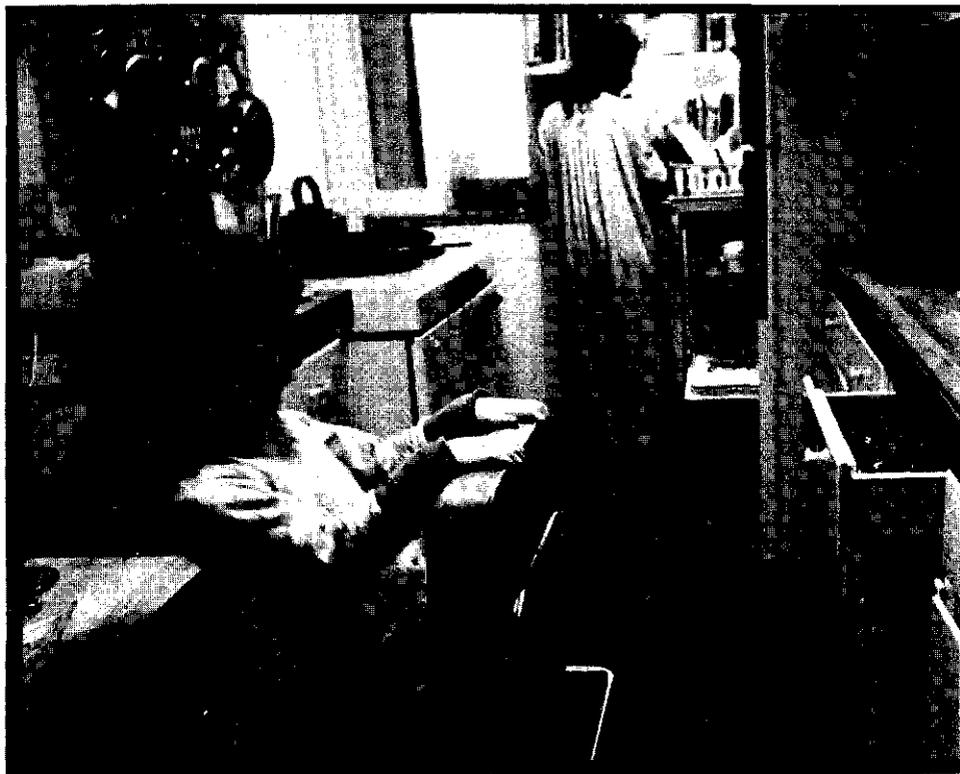
DES DEMANDES

Les groupes de femmes réclament donc que les femmes assistées sociales aient réellement droit :

- à une augmentation sensible des gains admissibles sans diminution de leurs prestations de base ;
- à un encadrement financier adéquat pour la recherche d'emploi et pour la formation professionnelle ;
- à de vrais emplois, avec de vrais salaires, plutôt qu'à des programmes style « travaux communautaires » ou « stages en entreprises » qui n'amènent aucune amélioration réelle et stable de leurs conditions de vie ;
- à des horaires de travail, des congés de maternité et des congés parentaux adaptés aux charges familiales ;
- à de bons services de garde, facilement accessibles, avec des horaires plus souples et à des prix qui ne grugent pas tous les revenus de travail.

REFUS D'ÊTRE VICTIMES

Le document gouvernemental d'orientation en matière de sécurité du revenu tente d'occulter un élément fondamental d'information à savoir que ce sont les femmes qui, encore une fois, seront les plus cruellement touchées par les mesures proposées. En effet, elles sont moins scolarisées, leur formation est moindre



PHOTOS: JUDITH CRAWLEY

et surtout moins conforme aux nouvelles exigences technologiques. Les femmes ont aussi moins d'expérience reconnue sur le marché du travail puisque leur expérience du travail domestique est absolument ignorée. Elles se retrouvent, encore en 1988, dans des ghettos d'emplois dits féminins instables, sous-payés, peu protégés et peu susceptibles de leur permettre une réelle autonomie financière et un épanouissement personnel, tout ça en continuant d'assumer massivement les charges familiales. Devenues les tristes championnes de la double tâche, du « cheap labour » et de la pauvreté, les femmes non pas l'intention de le rester pour satisfaire les volontés économiques actuelles. Voilà pourquoi elles proposent des mesures qui reconnaîtraient aux femmes le droit au travail dans des conditions décentes. ■

MARIE-JOSÉE ROUTHIER

¹ Positions et recommandations dans le cadre des débats sur la réforme de l'aide sociale au Québec, C.I.A.F.T., novembre 1986, p.13

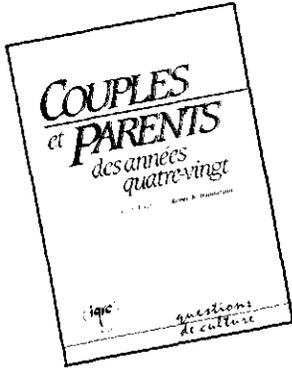
² *Un filet de sécurité troué, Bien-Être Social au Canada* Rapport du Conseil National du Bien-Être Social, novembre 1987, p.88

Les groupes désirant appuyer la coalition « Justice et Équité », peuvent communiquer :

à Montréal : à l'JR des Centres de femmes au 843-8156
et au CIAFT (Conseil d'intervention pour l'accès des femmes
au travail du Québec, Inc.) au 844-0760

dans les régions : à Consult-Action (sans frais) au 1-800-361-4349

* Suite à la présentation par le ministre Paradis à l'Assemblée Nationale de son projet de réforme de l'aide sociale, certains de ces items ont été modifiés (les femmes ayant des enfants de zéro à six ans seront considérées comme non disponibles au travail et il n'y aura pas de baisse de prestations durant le congé de maternité). Par ailleurs, la Coalition contre la réforme de l'aide sociale continue de demander le retrait du projet de loi 37 et de son document d'orientation car elle considère que les modifications apportées ne font que corriger quelques erreurs flagrantes et continue de comporter des injustices (par exemple, un conjoint de fait considéré comme constituant une famille après avoir cohabité plus d'un an avec sa partenaire).



DU CÔTÉ DES FAMILLES

« **U**n aperçu de la diversité des nouveaux modèles culturels qui modulent la vie des couples et des parents pendant les années 80. » Voilà ce que propose COUPLES ET PARENTS DES ANNÉES 80. Démographes, sociologues, travailleurs sociaux, psychologues, théologiens, pédagogues, ethnologues, juristes et parents ont contribué à ce recueil d'articles. « *Le désir d'enfant : comment vient-il aux femmes ?* » est l'article que j'ai préféré. Peut-être parce que, après avoir eu quatre enfants, je me surprends parfois à en vouloir un cinquième... Le climat familial de notre enfance, les liens affectifs avec le père et la mère, l'estime de soi, les souvenirs de satisfaction de chacun des parents dans leur rôle de parent et, finalement, une relation vivante avec un homme que l'on aime sont autant de facteurs qui stimulent le désir d'avoir des enfants. De plus, « aujourd'hui, le désir d'enfant prend des formes d'autant plus optionnelles et multiples que la femme acquiert maturité et liberté de choix ».

C'est ce qu'on réalise en lisant certains témoignages qui suivent. Celui de Françoise Braun m'a particulièrement frappée. Elle y décrit « une entente de parentage, malgré et avec l'amour » où, comme dans un contrat, chaque item concernant conception, grossesse, accouchement, allaitement est listé, accompagné de la contribution de chaque partenaire. J'avoue que cette

démarche, en soi intéressante puisqu'elle tente de régler plusieurs problèmes de partage des tâches et rôles entre mère et père, m'a semblé aller un peu trop loin. Par contre, sa réflexion sur le langage m'a beaucoup plu : elle préfère « concevoir un enfant » plutôt que « tomber enceinte » et « produire ou porter un enfant » à « avoir un enfant ».

Puis, vient « *La réponse du législateur* », « *Le retrait de l'État-providence* », « *La notion de meilleur intérêt de l'enfant* », le débat sur la nouvelle définition de la famille contenue dans le rapport déposé en 1986 sur la politique familiale. Autant de sujets qui sont venus interrompre l'état de réflexion intérieure dans lequel m'avaient placée les autres articles. J'ai par ailleurs été très touchée par les sections « *La cause des enfants, sous divorce* » et « *Famille et santé mentale* » qui nous font prendre conscience que la famille — traditionnelle ou « reconstituée » — est un lieu d'une importance capitale pour le développement de nos enfants.

Un ouvrage facile d'accès, ce qui n'est habituellement pas le cas des publications de l'IQRC, recommandé à ceux et celles qui veulent amorcer leur réflexion sur le sujet.

DHYANE IEZZI

COUPLES ET PARENTS DES ANNÉES QUATRE-VINGT, sous la direction de Renée B. Dandurand, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1987, 284 pages, 20 \$.



LA FAMILLE SOUS ANALYSE

On ne peut plus parler de « la famille », les liens unissant parent(s) et enfant(s) étant trop diversifiés. Telle est sûrement la principale conclusion qui se dégage de ce numéro de la Revue internationale d'action communautaire. Divisé en quatre sections, le numéro fait un tour d'horizon des familles actuelles, des enjeux et surtout des nouveaux champs de recherche qui s'y rattachent.

Dans la première section, on traite des enjeux politiques liés à la famille. Deux textes sur la situation française posent des questions intéressantes sur le lien entre politique familiale et dépolitisation des enjeux familiaux. Ruth Rose présente les éléments de la politique fiscale québécoise, mettant en évidence son conservatisme.

Une deuxième section, plus théorique, questionne avec plus ou moins de bonheur, sans qu'on en voit l'intérêt politique ou théorique, la construction d'une typologie adaptée aux multiples relations familiales. Par contre, les nouvelles tendances démographiques y sont bien présentées et Renée Dandurand propose une lecture socio-historique des plus pertinentes de la monoparentalité. La troisième section traite d'exemples français (logement familial, transmission d'héritage) qui présentent peu de similitude avec la réalité québécoise et qui ne débordent pas le cadre restreint de leur application.

Une quatrième section semble plus universelle (du point de vue occidental...) et s'arrête à la place des femmes dans la famille et à leurs rapports, ainsi médiatisés, au marché du travail. Contributions intéressantes de Francine Descarries-Bélanger et de Christine Corbeil qui font l'histoire de la place occupée par la maternité dans le féminisme. L'article de Chantal Beaudoin, Pierre-J. Hamel et Céline Bourdais aborde la pauvreté des femmes à travers leur itinéraire familial et occupationnel, des choses bien sûr que nous devinions mais qui sont ici documentées à l'aide de tableaux, de graphiques et traitées sans condescendance : à lire absolument.

Ce livre intéressera probablement les chercheur-e-s abordant la famille sous un angle autre que la dénatalité. Plusieurs textes sont des comptes rendus de recherches, ce qui constitue leur force et leur faiblesse. En effet, les hypothèses de travail sont originales et collées aux nouvelles réalités familiales mais les tâtonnements théoriques sont souvent longs et ardues. C'est là une très bonne exploration du champ des nouvelles familles, mais ce n'est pas un portrait d'ensemble.

LINE GOYETTE

FAMILLE/FAMILLES, Revue internationale d'action communautaire, Automne 1987, 201 pages, 10 \$.



LES MÈRES PORTEUSES DE L'AN 2000

Dans une atmosphère mystérieuse et secrète, *LA SERVANTE ÉCARLATE* se meut, calme et tranquille, à travers les rues de la ville. Une autre servante, tout à fait semblable dans son costume de religieuse rouge sang, l'accompagne. Elles ont appris à chuchoter, à n'être que des ombres. On les a dressées pendant des semaines, des mois, voire des années, jusqu'à ce qu'elles soient devenues conformes à leur rôle.

Quelque part aux États-Unis, sans jamais savoir exactement où l'action se situe, ni si la situation est mondiale, ce n'est que peu à peu que nous pénétrons dans l'univers de *Deïred*. Univers restreint et monastique. Seules ses nuits lui appartiennent, elle peut alors penser à sa guise et redevenir une personne. Au fil de ses souvenirs, elle reconstruit l'histoire : l'infiltration de l'administration en place par un gouvernement d'extrême-droite et le contrôle progressif et totalitaire des femmes : elles sont congédiées de leur travail, l'État leur confisque leurs comptes de banque et les confine dans leur rôle traditionnel de femmes-au-foyer-entretenues. Pire encore : cette société instaure de nouvelles fonctions pour les femmes : les « Martha » qui sont responsables de l'entretien ménager et les « éconofemmes » qui travaillent aux champs ou dans les dépotoirs de déchets radioactifs. Chez les hom-

mes on retrouve des rôles d'ange, d'œil (surveillant dénonciateur), de commandant.

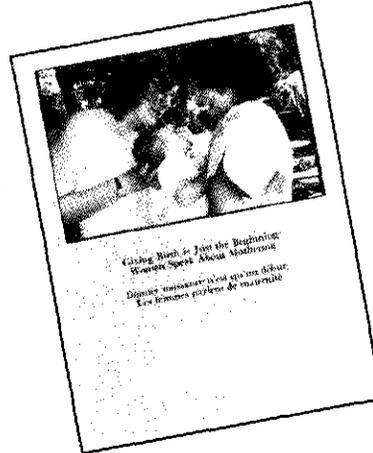
On voit bien quel respect des droits et libertés individuels règne dans ce système. Les servantes sont des matrones et sont réduites à une seule fonction : habiter avec les hauts gradés et leurs épouses et leur donner des enfants. Une cérémonie religieuse, répétée chaque mois au moment où elles ovulent, tient lieu de rituel à cette fonction.

Ce qui fait la force de ce récit c'est sa vraisemblance. Nous pourrions en être les actrices et tout est en place, ou presque, pour que nous basculions de la fiction à la réalité. L'auteure nous tient constamment en haleine en nous livrant parcimonieusement les clés de son roman.

LA SERVANTE ÉCARLATE est à mon avis une grande œuvre où la maîtrise du style et de la forme n'a d'égale que la finesse de l'imaginaire. Si les traductions ne rendent pas toujours justice au génie des auteurs, Sylvianne Rué a su donner vie et intensité à cette œuvre de Margaret Atwood, décidément une grande romancière canadienne.

MICHÈLE CHAMPAGNE

LA SERVANTE ÉCARLATE, par Margaret Atwood, Editions Robert Lafond, 1987, 362 pages, 19,95 \$.



LES FEMMES PARLENT DE MATERNITÉ

Avec ce recueil de photos de femmes et d'enfants, prises au quotidien dans les cuisines et les salons, l'auteure veut nous faire réfléchir sur la complexité de la maternité toujours en mouvement. D'abord photographe, Judith Crawley explore son sujet de façon visuelle mais sa démarche ne s'arrête pas là : elle a interviewé les sujets de ses photos.

Les femmes parlent des joies et des frustrations de leur vie, du réveil brutal qu'elles ont vécu, de l'immense changement qui s'est produit, de ce qu'elles donnent et reçoivent. D'autres parlent du travail non payé qu'occasionne la charge d'enfants ; elles témoignent de la lourdeur de ce travail, de l'ennui, la solitude, la routine. D'autres déplorent l'absence de modèle et leur sentiment de médiocrité. C'est d'ailleurs troublant de lire ces témoignages si vrais en même temps qu'on regarde les photos où les mères et les enfants ont l'air tellement bien ensemble.

Ce qui touche le plus, ce ne sont pas les théories philo-psycho-socio-anthropologiques sur la maternité, ce sont les images et les mots de celles qui vivent la maternité. Évidemment, ce n'est pas un échantillonnage exhaustif de toutes les conditions sociales, mais l'auteure ne voulait rien prouver. J'ai senti qu'elle voulait créer des liens.

Car c'est bien de quoi il est question, « la maternité est une relation » dit Greta H. Nemiroff en conclusion. Sans occulter les difficultés et les frustrations, elle dégage les aspects positifs de la maternité en montrant que « nous avons tout à gagner à partager nos vies avec nos enfants ». La maternité nous transforme et à notre tour nous la transformons.

Les images et les mots m'ont ramenée directement et rapidement à ma propre expérience. Je me suis retrouvée à travers les autres et j'ai eu l'occasion de poursuivre mes réflexions sur ce sujet aussi vieux, aussi passionnant et aussi profond que l'humanité elle-même.

DONNER NAISSANCE N'EST QU'UN DÉBUT. Un livre à VOIR. ■

CÉLINE LEMAY

DONNER NAISSANCE N'EST QU'UN DÉBUT, les femmes parlent de maternité, par Judith Lemer Crawley, Book Project, 77 pages, 25 \$ Pour commander : Book Project, Bureau de poste NDG, Casier Postal 275, Montréal, Québec, H4A 3P6. Aussi disponible en librairie.

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

ACCOUCHER SANS SE FAIRE ROULER

Le droit de savoir ce qui se passe dans les hôpitaux.

On a beau être renseignée sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, les tests prénatals et avoir soigneusement négocié son plan de naissance avec son médecin lorsqu'on désire accoucher à l'hôpital, cela ne suffit pas toujours.

Récemment, une lectrice m'adressait cette demande : « Serait-il possible de nous communiquer les statistiques de naissances par césarienne pour les différents hôpitaux du Québec? S'il vous est impossible d'écrire un article là-dessus, où pourrais-je me procurer ces chiffres? Dans la région de Québec par exemple, j'ai cru remarquer que le nombre de naissances par césarienne semble varier selon les hôpitaux, puisque je connais plusieurs femmes qui ont accouché par césarienne dans un même hôpital! Cela semble prendre des proportions épidémiques! Il y a des cas où cette intervention est absolument nécessaire mais cela demeure une opération. En publiant des chiffres, peut-être pourrions-nous enrayer cette épidémie qui se joue encore une fois sur le corps des femmes! »

Travaillant depuis deux ans à la rédaction d'un livre sur l'AVAC, j'ai pu moi-même constater l'absence criante de statistiques facilement accessibles sur les taux d'interventions obstétricales dans les centres hospitaliers ou encore chez les médecins. Le docteur Murray Enkin, professeur d'obstétrique de l'Université McMaster en Ontario, me disait que même à l'université on avait de la difficulté à obtenir des statistiques du gouvernement ontarien. Alors imaginez une simple usagère...

Seulement pour compiler les taux de césariennes de chaque région du Québec, il a fallu à une travailleuse du réseau des Affaires sociales trois semaines à temps perdu, la calculatrice à la main!

Dans une société où il est si facile de se renseigner sur les défauts et qualités de telle marque d'automobile ou d'appareil ménager, comment se fait-il qu'on ne puisse savoir ce qui se passe réellement dans les endroits où l'on veut mettre au monde nos enfants? La seule

façon de savoir « un peu » ce qui en est, c'est par le bouche à oreille, ou par le témoignage d'une infirmière de CLSC qui donne des cours prénatals et constate ce qui arrive à ses patientes lors de leur accouchement, ou encore grâce aux confidences d'une infirmière en obstétrique qui nous demande de ne rien répéter.

L'argument principal invoqué par les opposants à une libre circulation de ces données au sein de la population est le risque d'une mauvaise interprétation des renseignements fournis. On juge ainsi à la place des gens et d'autre part, on oublie qu'il peut être facile, le cas échéant, de fournir des explications sur certaines données évitant ainsi qu'elles soient mal interprétées. Par exemple, il est évident qu'un centre hospitalier recevant toutes les grossesses à risques d'un large territoire aura un taux de césariennes plus élevé. Mais comment justifier un taux de césariennes de plus de 25 % dans un hôpital

d'une petite ville située non loin de Montréal, surtout quand on entend dire qu'un des obstétriciens de cette même institution provoquerait 75 % des accouchements de sa clientèle?

COMMENT SE RENSEIGNER ?

Comment choisir de façon éclairée un lieu qui nous convienne pour accoucher en l'absence de toute donnée chiffrée? Aux États-Unis, la situation commence à changer suite à des années de lobbying de mouvements comme le *Cesarean Prevention Movement*, fondé en 1972 dans l'État de New-York. Tout récemment, une loi a été votée dans cet État, la *Maternity Information Act*, qui permet à toute femme se présentant à une visite prénatale de recevoir de son médecin les informations suivantes concernant l'hôpital où celui-ci pratique. Ces informations incluent les taux :

- de césariennes et d'AVAC
- d'utilisation du moniteur électronique
- d'utilisation des forceps

- de recours à l'induction
- de recours à l'analgésie et l'anesthésie
- de recours à l'épisiotomie
- des accouchements aidés par des infirmières-sages-femmes
- des femmes allaitant à leur sortie de l'hôpital.

Connaîtrons-nous la même chose au Québec un jour? Plusieurs médecins interviewés — par ailleurs ouverts, progressistes et sympathiques — ignorent leur propre taux de césariennes ou d'AVAC ou celui de leur hôpital. Quelques-uns ont cependant à cœur de connaître leur pratique, même pour des interventions en apparence moins importantes. Le docteur Jean St-Arnaud, obstétricien, me disait que son taux d'épisiotomie est de 13 %, celui de la chambre de naissance de son hôpital de 32 % et celui du reste de l'hôpital de 75 %.

Pour les personnes ou organismes suffisamment motivés ou déterminés à passer à l'action, il existe heureusement au Québec la Loi d'accès aux documents des organismes publics. La personne qui fait une demande n'est pas obligée de justifier ses motifs ou l'usage qu'elle compte faire des renseignements demandés. Si on fait la demande par écrit, on peut avoir, en cas de refus, un recours auprès de la Commission d'accès à l'information. Si on tient à savoir ce qui se passe dans nos hôpitaux, voilà au moins un moyen mis à notre disposition. ■

HÉLÈNE VADEBONCŒUR

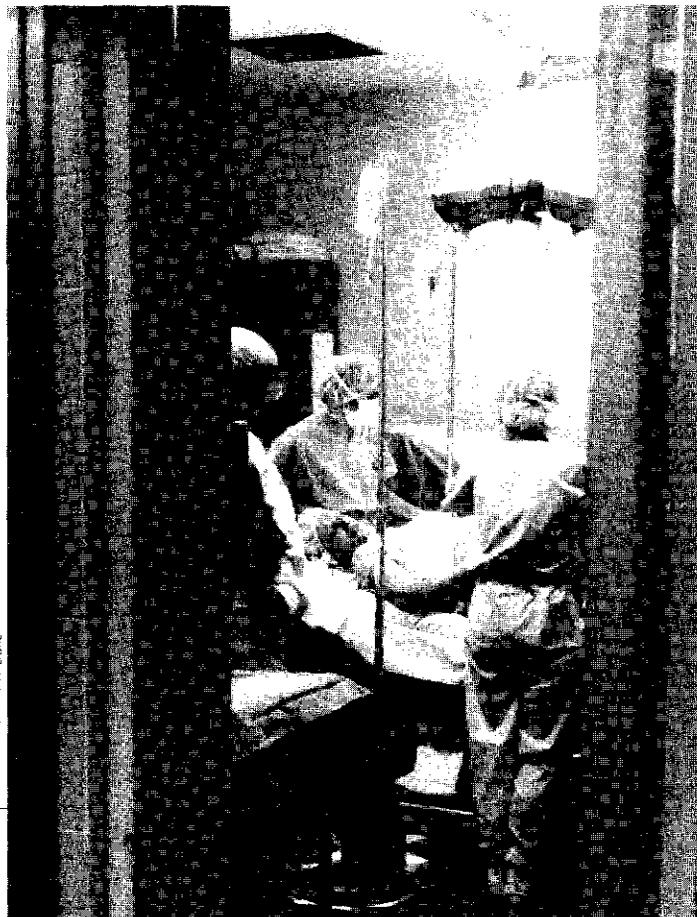


PHOTO: ANNE DUBÉ

Les demandes doivent être adressées au responsable de la LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION de l'organisme. Pour en connaître le nom, consulter le Répertoire des responsables disponible dans les organismes publics, les bibliothèques et à Communication-Québec.

Les bureaux de la Commission d'accès à l'information :
à Montréal : 425 avenue Viger ouest, 6^e étage, Montréal, H2Z 1X2
(514) 873-7622
à Québec : 900 Place d'Youville, bureau 730, Québec G1R 3P7
(418) 643-5544

NDLR : Le présent article donne une partie de la réponse à la demande de cette lectrice ; la suite dans notre numéro d'automne avec des statistiques sur les différentes régions du Québec.

NTR SOUS ENQUÊTE

Une coalition d'une vingtaine de groupes de femmes de neuf provinces canadiennes et des territoires réclament une commission royale d'enquête sur l'impact des nouvelles technologies de reproduction. Sans rejeter le progrès, cette coalition estime qu'il est urgent d'étudier les implications morales et sociales de ces nouvelles techniques.

avocats dénoncent les « courtiers d'utérus » et recommandent entre autres que la maternité de substitution (mères porteuses) soit strictement déléguée et que la commercialisation des spermatozoïdes et des ovules soit prohibée.

Le débat sur cette question ne pourra être évité. D'autres pays vont de l'avant, notamment la République fédérale allemande qui propose d'interdire la manipulation d'embryons et de tissus embryonnaires humains et de rendre illégale l'insémination artificielle des femmes.

Source : *Le Devoir*, 29 mars 1988 et *La Presse*, 3 et 29 avril 1988

NORVÉGIENNES AU POUVOIR

En mai 1986, la Norvège se donnait un gouvernement dirigé par une femme, Gro Harlem Brundtland qui à son tour choisissait sept femmes (sur dix-sept ministres) pour faire partie de son cabinet. « Nous voulons donner un exemple au reste du monde. Montrer qu'un gouvernement, ça fonctionne aussi bien avec des femmes qu'avec des hommes. Mais cette preuve de notre efficacité, nous tenons à l'établir sans renoncer à notre personnalité féminine. Ainsi, je quitte toujours le bureau à quatre heures pour aller chercher mon fils à la garderie, à la fois par goût personnel et par conviction idéologique. En conciliant famille et politique, nous utilisons le pouvoir avec plus d'humanité et de compassion. » Ce sont les propos de la ministre de la Consommation et de la Fonction publique.

Voici un exemple historique qui porte à réfléchir à l'approche d'élections fédérales dans notre pays. À Ottawa les femmes ne représentent que 10 % des députés rappelait récemment le Conseil consultatif canadien sur le statut de la femme (CCCSF) soulignant que l'écart entre les besoins socio-économiques des femmes et les programmes qui leur sont offerts ne sera réduit que lorsqu'elles participeront réellement au processus de décision. Le CCCSF signale aussi que sur le plan du salaire, une femme gagne en moyenne 66 % du salaire d'un homme.

Source : *Châtelaine*, février 1988 et *La Presse*, 15 avril 1988



PHOTO: LUCIE HAMELIN

L'INTOLÉRANCE AU LAIT DE VACHE

Une femme enceinte a besoin d'augmenter sa consommation de protéines, de calcium et de liquides. Le lait de vache contient ces trois éléments et est donc considéré comme le plus sûr pour la santé. Mais le lait de vache est un allergène connu qui affecte certaines mères et leurs bébés. Le conseil ne peut donc s'appliquer à tout le monde!

L'intolérance au lait de vache peut faire son apparition à tout âge, mais se présente le plus souvent dans la petite enfance. Même si le bébé n'en a pas encore eu, il a pu y être exposé par la consommation de sa mère pendant la grossesse et l'allaitement. En effet, certaines molécules des protéines du lait passent dans le petit intestin sans être digérées, et, de là, sont absorbées dans la circulation sanguine. Elles traversent le placenta pour se rendre jusqu'au fœtus et sensibiliser son système immunitaire. Ou encore, elles se mélangent au lait maternel que le bébé absorbe. L'intolérance au lait chez un bébé se manifeste par un ou plusieurs des symptômes suivants:

- vomissements fréquents** : à distinguer des régurgitations;
- diarrhées** : des selles très liquides et vertes;
- dermatites** : toutes sortes de problèmes de peau : eczéma, « chapeau »;
- coliques et irritabilité** : même si les coliques arrêtent vers trois mois, les autres symptômes peuvent continuer ou commencer;
- infections récurrentes** : otites à répétition, rhumes fréquents, etc.;
- difficultés à prendre du poids.**

Pour vérifier s'il y a intolérance au lait, éliminez tout produit laitier de votre alimentation (incluant ceux de la mère) pendant plusieurs jours, et observez s'il y a des différences dans le comportement de votre bébé. Si vous êtes encore incertaine, introduisez une portion de produit laitier et observez encore quelques jours. Informez-vous s'il y a dans votre famille ou celle de votre conjoint des antécédents allergiques. L'intolérance au lait de vache n'est pas toujours facile à diagnostiquer — un médecin allergiste conventionnel peut ne pas reconnaître le problème en tant qu'allergie véritable — et vous apprécierez l'aide d'un professionnel sensibilisé à ce problème : nutritionniste, sage-femme, infirmière, conseillère de La Ligue La Leche et certains pédiatres.

- Si vous découvrez une intolérance au lait chez votre bébé, vous pouvez :
- éliminer le lait et tout autre produit laitier de votre alimentation;
- manger très modérément d'autres aliments allergènes (le blé, le maïs, les arachides, le chocolat et les œufs);
- éviter les grosses portions d'un seul aliment;
- éviter les colorants artificiels surtout le jaune;
- éviter tout aliment connu pour provoquer une allergie chez un autre membre de la famille;
- et, bien sûr, trouver d'autres sources de calcium, de protéines et de liquides.

La plupart des intolérances au lait disparaissent quand l'enfant vieillit. On peut alors introduire les produits laitiers progressivement, en surveillant l'apparition de toute réaction allergique.

Source : *Kalbyri Conway, Mothering*, no 45, automne 1987

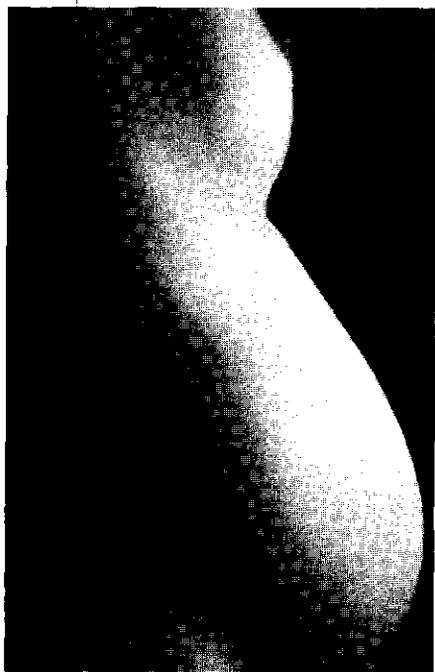


PHOTO: JACQUES DESHANNAS

Les porte-paroles du groupe évoquent les problèmes soulevés par l'exploitation à des fins lucratives des nouvelles technologies, les manipulations d'ovules humains, la question de la propriété des embryons. Elles sont aussi inquiètes du phénomène des mères porteuses : ces femmes qui portent un enfant pour une autre femme sont-elles exploitées et irait-on jusqu'à faire appel à des femmes démunies ?

La commission royale réclamée devrait être présidée par une femme et comprendre des personnes de tous les milieux, pour éviter que les experts médicaux et légaux ne monopolisent les décisions.

Le Barreau du Québec, pour sa part réclame qu'une législation régisse l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction. Sur un ton vigoureux, les

ALLAITER ET TRAVAILLER : UN DROIT

Evelyne Desmarais vient de se voir accorder par la Commission de santé et sécurité au travail (CSST) un retrait préventif pour cause d'allaitement. Employée d'un centre d'accueil où elle travaille sur appel à des heures irrégulières, elle ne pouvait planifier ses périodes d'allaitement. De plus, son travail se déroule à l'appartement des bénéficiaires à qui elle doit apprendre à se nourrir, se laver et à voir aux soins ménagers, ces conditions ne permettent pas un contrôle hygiénique parfait, nécessaire à l'allaitement maternel. Le médecin traitant, le docteur Lise Robert, a aussi souligné le danger d'infection par le virus de l'herpès, le bébé étant particulièrement sensible à ce virus.

Madame Desmarais recevra des prestations de la CSST jusqu'à la fin de sa période d'allaitement. Pour la CEQ où elle est syndiquée, il s'agit d'une victoire pour la reconnaissance du droit à la maternité comme acte social conciliable avec le travail et qui inclut le droit à l'allaitement dans des conditions adéquates.

Source : La Presse, 30 avril 1988



PHOTO: ALAIN AFELANNE

OUBLIS DE LA MÉDECINE

Les femmes et les gens âgés ne seraient pas convenablement servis par la médecine moderne au Canada. Qui ose l'affirmer? L'ancienne ministre fédérale de la Santé elle-même, madame Monique Bégin maintenant professeure au département d'études sur les femmes des universités d'Ottawa et Carleton.

« Le cycle de reproduction des femmes fait en sorte qu'elles ont besoin de certains soins spécifiques tout comme les gens âgés dont la santé se détériore. Dans les deux cas, il ne s'agit pas vraiment de maladies et les médecins n'y voient pas d'intérêt. » Mme Bégin faisait ces déclarations dans un congrès scientifique organisé par le Collège des médecins de famille d'Alberta.

Selon elle, trop peu d'efforts et d'argent ont été consacrés à la recherche sur les infections vaginales ou la cystite par exemple, alors que la grossesse et l'accouchement ont été surmédicalisées et les femmes ont souvent l'impression de n'être qu'une machine à reproduire aux yeux de leur médecin. D'importants budgets ont été accordés à la fertilisation in vitro, mais les subventions restent minimes pour prévenir et soigner le chlamydia, une maladie transmise sexuellement qui peut causer l'infertilité. ■

Source : Le Devoir, 9 mars 1988



PHOTO: ALAIN GRÉGOIRE

VŒUX DE NAISSANCE

Nous souhaitons la bienvenue à Mathilde, née à domicile en présence d'une sage-femme, le 20 mars 1988 à 5:50 heures, pour le bonheur de ses parents Hélène Valentini et Alain Grégoire et de sa sœur Simiane.

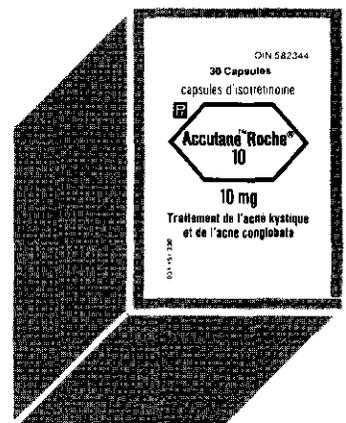
ACCUTANE : NOUVELLES RESTRICTIONS

L'Accutane, un médicament contre les cas aigus d'acné, présente des dangers pour les femmes enceintes des dangers pour les femmes enceintes puisqu'il est prouvé être à l'origine de malformations fœtales. Des chercheurs américains estiment que 900 à 1300 bébés sont nés avec de graves malformations, que 700 à 1000 fausses couches ont eu lieu entre 1982 et 1986 suite à l'utilisation de l'Accutane et que de 5 000 à 7 000 femmes ont eu recours à l'avortement par crainte de malformations fœtales.

La firme Hoffmann-La Roche qui fabrique l'Accutane a annoncé qu'elle

n'avait pas l'intention de retirer ce produit du marché. Elle sera par ailleurs soumise à des restrictions concernant son usage. Le Food and Drug Administration (FDA) américain recommande de limiter la prescription de ce médicament à des cas d'acnés sévères agréés par la FDA, de vérifier l'absence de grossesse au moment de la prescription, de mettre les patientes en garde sur l'obligation de suivre une méthode de contraception fiable un mois avant, puis durant le traitement et jusqu'à quatre semaines après la première prise du médicament.

Source : La Presse, 23 et 28 avril 1988



**CYCLES DE 4 RENCONTRES DE 2 H.
 SUR LES ESPACES VOCAUX DU CORPS.**

Une série de 4 rencontres de 2 h. chacune pour explorer et développer la conscience et l'image des espaces de la voix dans le corps.

HORAIRE :

Le jeudi de 19 h. à 21 h.

LIEU :

4060, boul. Saint-Laurent, suite 202

L'ESPACE DE L'ENRACINEMENT
 (pieds, jambes, bassin, bas du dos)

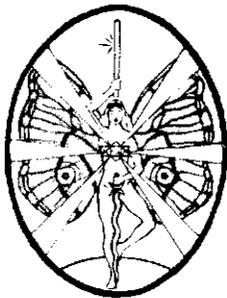
L'ESPACE DE LA PROJECTION
 (colonne vertébrale, cage thoracique, épaules, bras)

L'ESPACE DE L'EXPRESSION
 (gorge, larynx, colonne cervicale, lèvres, langue, mâchoire, crâne)

LE CORPS VOCAL ET L'ÉMOTION
 (participation du corps entier dans l'expression de l'émotion par le biais d'un court texte)

LES INSCRIPTIONS SE FONT AUPRÈS DU C.E.R.C.A.
 (DIANE RICARD), AU NUMÉRO SUIVANT
 276-7945

**TAROT
 ASTROLOGIE**



**Nyala 276-3511
 cours et tirages**

**DANS TOUTES
 LES LIBRAIRIES**
 le livre de
LOUIS TURGEON
LA SEXUALITÉ ENNOBLIE

Un livre couvrant toutes les époques de la vie des gens bien nés

À partir de l'adolescence jusqu'au seuil d'entrée dans l'autre vie

Éditeur :
**LES ÉTUDES DE
 LA NATURE HUMAINE**

165 est, Grande-Allée
 suite 916

Québec, C.P. 618 211
 Dist. QUÉBEC LIVRES
 Montréal, QC — H2R 3N1

Seulement \$ 20 pour tout un trésor

NICOLE REEVES, M.A.
 PSYCHOLOGUE, M.É.D. DE L'ÉVALUATION

ÉVALUATION, CONSULTATION
 PSYCHOTHÉRAPIE INDIVIDUELLE

400, BOUL. ST-JOSEPHE, SUITE A
 MTL. H2J 1J5 499-8431

TÉL.: 849-6006

Claire L. Potvin, M.Ps.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOLOGIST
 ENFANTS (CHILDREN) / ADOLESCENTS

456 EST, BOUL. ST-JOSEPH
 MONTRÉAL, QUÉ.
 H2J 1J7 (métro Laurier)

Michèle Joannette
 Acupuncteure

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



**COMPOSITION
 SOLIDAIRE
 TYPOGRAPHES**

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

l'essentielle
 (anciennement Auto-Épave)
 la librairie des femmes

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

420 est, rue Rachel Montréal
 H2J 3G7 tél. 844-3277



Relaxation pré-natale

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

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

THERAPEUTE :
ANDRÉE THAUVERTE-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

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, légalisation), 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), Sharter 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.



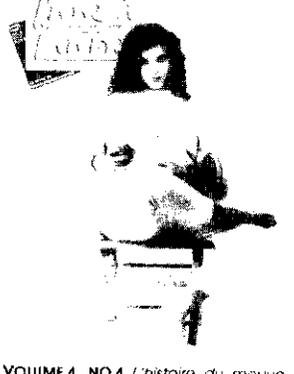
VOLUME 4, NO 1 La douleur à l'accouchement, mini-dossier sur le cancer du sein, l'homme enceint.



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.



VOLUME 5, NO 1 Oui ou non à la vaccination, les NTR et le mouvement d'humanisation des naissances, pourquoi accoucher par césarienne?, Michel Odent, une vidéo sur les maisons de naissances.

POINTS DE DISTRIBUTION DE LA REVUE **MONTREAL** Les Maisons de la Presse internationale, Librairie Renaud-Bray, Librairie Lettre Son, Librairies Hammarion, Varimag, Multimag **QUÉBEC** Maison de la Presse Internationale, Tabagie Giguère, Tabagie St-Jean, Librairie Partout, Librairie St-Sacrement, Librairie Lambert, **RIMOUSKI** Tabagie Hôtel de Ville, **CHICOUTIMI** Librairie Le Bouquiniste **OTTAWA** Librairie de la Capitale, **SHERBROOKE** Le Relais de la Presse, **TROIS-RIVIÈRES** Librairie l'Excédra, **RIVE-ST-D** Tabagie St-Charles, **LAVAL** Librairie Scorpion