

AUTOMNE  
1988  
Vol. 5  
N° 3  
3,25 \$

# l'une à l'autre

LA REVUE DE  
NAISSANCE-RENAISSANCE

**ALLAITER  
ET TRAVAILLER**

**LES LENDEMAINS  
DE LA NAISSANCE**

**DES STATISTIQUES SUR LES CÉSARIENNES AU QUÉBEC**

LA CLEF

# DES CHAMPS

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

MARIE PROVOST  
HERBORISTE

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



## DANSE PRÉNATALE

Informations générales  
Danielle Fournier 647-4870



Le Collectif d'Accompagnement à l'Accouchement

### Les Accompagnantes

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

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

301 rue Carillon, Québec  
(418) 648-8355

Louise Maurin, M.A.

Sexothérapeute

Si votre intimité vous tient à coeur

(514) 279-7879



## AQUA-DYNAMIQUE Ecole de natation

- Aqua-gymnastique pré et post-natal
- Acclimatation (enfants 3 mois à 4 ans)
- Maîtrise de la peur de l'eau de l'eau (cours privés ou semi-privés)
- Conditionnement physique en piscine chauffée 86°F (nageurs et non nageurs)
- Aqua Yoga — nage nouvelle — relaxation
- Nage synchronisée
- Programme de la Croix-Rouge (adultes ou enfants/groupes 8 personnes)
- Programme de la S.R.S.C.

SOUS LA DIRECTION DE CLAIRE CHAMBERLAND-ROBERT 866-7033

## 人迎 ACUPUNCTURE

- Christiane Arlaud
- Renée Ouimet
- Yolande Provençal

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

Technique  
MARI GAUGUÏN

relaxation  
stimulation  
énergisation

Pour artistes seulement

(514) 767-1614



## PAULINE FORTIER

Formation en massage californien

(200 heures) débutant le 23 septembre 1988

PRÉ-REQUIS  
atelier de fin de semaine  
(27 et 28 août ou 10 et 11 septembre 1988)

INFORMATION  
Pauline Fortier (514) 739-9651  
Agnès Lacasse (514) 737-3960

Membre du Réseau d'Action pour une Santé Intégrale

Sylvie Lacroix

MASSAGE SUÉDOIS • POLARITÉ  
Avant, pendant et après la grossesse

Sur rendez-vous (514) 521-1665



LE CENTRE  
D'ÉPANOUISSEMENT  
PSYCHO-CORPOREL  
à Québec depuis 1980

LE CENTRE DE LA DÉTENTE ET DU MASSAGE  
YOGA PRÉNATAL

Pour harmoniser  
le corps, le cœur, l'esprit  
et accompagner l'Enfant sur le chemin  
de la NAISSANCE

INFORMATION DENISE LAURENDEAU (418) 849-7776

Demandez notre programmation détaillée.  
675, Marguerite-Bourgeois, Québec (418) 687-1165



**V**oici enfin (!) le temps de la rentrée et du même coup, remontent à la surface nos préoccupations habituelles après un temps de repos et de soleil. **NAISSANCE-RENAISSANCE** n'hésite donc pas, en ce début d'année, à aborder un aspect souvent oublié de la maternité: la période post-natale. Toutes concentrées qu'elles sont à préparer et vivre le mieux possible leur grossesse et accouchement, les femmes se font souvent surprendre par l'intensité et l'ampleur de cette période. Les quelques semaines, les quelques mois et parfois une année complète de réajustement

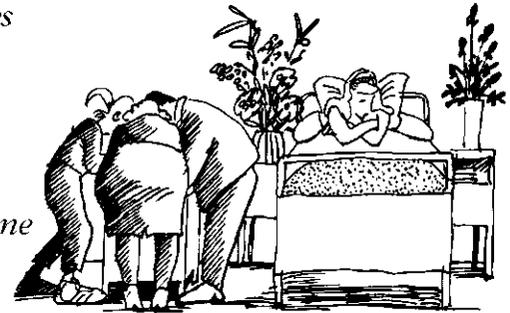
après la venue de l'enfant peuvent être vécus de diverses façons et avec des intensités différentes. Nous nous sommes vite aperçues, dans la préparation de notre dossier que: qui dit «post-natal» semble vouloir dire «dépression post-partum». C'est pourquoi nous avons exploré la question en faisant surtout ressortir l'aspect «émotionnel» pour mieux comprendre comment il est possible d'éviter certains pièges. Aussi, les femmes devront adopter une position de plus en plus politisée et cesser d'accepter de se laisser reléguer à leurs «downs» existentiels, soit-disant «féminins».

Insistons pour que le gouvernement dont les programmes fiscaux semblent vouloir prendre de plus en plus une allure nataliste, aille jusqu'au bout et offre aux femmes des mesures qui les encouragent vraiment à avoir des enfants; des congés de maternité plus longs, un système de garderie mieux développé, des horaires de travail qui s'adaptent à la vie familiale, etc. toutes des revendications sur lesquelles ont fortement insisté des conférencières telles Ginette Busque, Stella Guy et Monique Simard lors du dernier colloque de la Fédération des femmes du Québec organisé sous le thème de «Mères et travailleuses».

Nous encourageons aussi les femmes à ouvrir le dialogue avec le personnel hospitalier afin d'obtenir sa compréhension et sa collaboration face aux interventions multiples lors de l'accouchement. En effet, comme le mentionne Nicole Reeves dans l'article «Apprivoiser la maternité», il semble que «l'utilisation à un degré élevé de la technologie médicale durant l'accouchement peut être mis en relation avec l'émergence d'une réaction dépressive».

Joignez-vous nombreuses au mouvement d'humanisation dont la priorité, cette année, sera de préparer un plan d'action pour faire en sorte que les femmes reçoivent des services personnalisés et soutenus durant leur période post-natale.

**DHYANE IEZZI**



**NOUVELLES EN BREF**

**4/25**

**PROFESSION SAGE-FEMME**

**6**

La situation à travers le pays

**LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION**

**7**

Mais quel est-il donc ce désir d'enfant?

**CÉSARIENNE ET AVAC**

**8**

Des statistiques inédites sur les taux de césariennes par région au Québec

**LE DOSSIER**

**10**

Les lendemains de la naissance: réflexions sur la période post-natale

**ALLAITER ET TRAVAILLER: EST-CE POSSIBLE?**

**18**

**MAISONS DE NAISSANCES:**

**24**

Un projet innovateur à Québec.

**NAISSANCE-RENAISSANCE**

**20**

La levée de fonds au féminin

**NOUS AVONS LU**

**22**

PHOTO DE LA COUVERTURE: LINDA ROTENBERG PHOTO CI-HAUT: DENIS GRAVEL ILLUSTRATION: CLAIRE BRETECHER

**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: Dhiane Iezzi RÉDACTRICE: Evelyne Foy TRAITEMENT DE TEXTES: Céline Labelle...COLLABORATION: Isabelle Brabant, Paule Brière, Diane Boulianne, Michèle Champagne, Lucie Couillard, Hélène Cornélius, Evelyne Foy, Gertrude Lavoie, Céline Lemay, Danielle Michaud, Nicole Reeves, Nathalie Roy, Anne Michaud, Hélène Vadeboncoeur COMITÉ DE LECTURE: Isabelle Brabant, Isabelle Corbeil, Jo-Ann Fournier GRAPHISME: Marie Chicoine, MARIGRAF RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE: Judith Pothier ÉDITION ÉLECTRONIQUE: Claude Boucher IMPRESSION: Payette et Simms Inc. DISTRIBUTION: Diffusion Parallèle PUBLICITÉ ET PROMOTION: Judith Pothier 527-9911 ABONNEMENTS: Carole Pigeon ADMINISTRATION: Gylaine 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 invité·es à soumettre des textes dactylographiés à double interligne pour publication dans **L'UNE À L'AUTRE**. Les textes pourront être publiés dans n'importe quel numéro de la revue à compter de la date de réception; ils seront cependant soumis aux règles éditoriales courantes et pourront être modifiés à la discrétion de l'équipe de rédaction. Les textes soumis ne seront pas publiés automatiquement et la rédaction exercera son droit de choisir ceux qui le seront. TARIFS D'ABONNEMENT pour 4 numéros (1 an): individuel 13\$, groupes, corporations et institutions 30\$, étranger: ajouter 5\$. Adresse postale: **L'UNE À L'AUTRE**, 1493, rue Rachel est, Montréal H2J 2K3. Tél: (514) 525-5895. Depot légal: 1<sup>er</sup> trimestre 1988. Bibliothèque nationale du Québec. ISSN: 0824-8230 Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987



PHOTO: JUDITH CRAWLEY

## ATTENTION: BÉBÉ À BORD!

**C**haïse haute, siège suspendu, barrière, table à langer, porte-bébé, siège d'auto. Mal utilisés, voilà autant de dangers qui menacent vos tout-petits.

**LA CHAÏSE HAUTE:** pour être sécuritaire, elle doit avoir une large base et être stable, réduisant le risque qu'elle se renverse. Assurez-vous que la ceinture de sécurité soit facile à attacher et en bonne condition. Placez la chaise haute à un endroit où les jambes de l'enfant demeurent hors de portée des objets qui l'entourent pour éviter que l'enfant pousse et renverse la chaise. Assurez-vous que le mécanisme de verrouillage d'une chaise pliante soit bien engagé afin qu'il ne puisse s'ouvrir accidentellement et que la chaise se replie brusquement.

**LE SIÈGE SUSPENDU:** il se fixe au bord d'une table et sert à remplacer la chaise haute. Il doit être robuste et attaché solidement et surtout surveillez bien votre enfant lorsqu'il s'y trouve. Placez le siège entre les pattes ou les appuis de la table pour éviter que l'enfant ne pousse sur ceux-ci et décroche le siège de la table.

**LA BARRIÈRE DE SÉCURITÉ:** lorsque vous utilisez des barrières extensibles à lattes croisées, assurez-vous que les ouvertures soit suffisamment petites pour éviter qu'un enfant ne s'y prenne la tête ou le cou. La barrière doit être fermement ancrée dans le cadre de porte ou le passage.

**LA TABLE À LANGER:** n'y laissez pas l'enfant sans surveillance. La table devrait être munie de courroies pour maintenir l'enfant pendant que vous l'habiliez.

**LE PORTE-BÉBÉ (SIÈGE DE TABLE):** pour être convenablement stable, il doit avoir une base large et solide. S'il est muni, à l'endos, de tiges d'appui qui sont bloquées par pression du

doigt, assurez-vous qu'elles sont sécuritaires. Si elles sortaient accidentellement de leur point d'ancrage, elles rendraient le siège instable et pourraient blesser le bébé au dos. Utilisez les sangles de sécurité et surveillez leur bon état. Le porte-bébé ne doit jamais être utilisé comme siège d'auto.

**LE SIÈGE D'AUTO:** recherchez les étiquettes apposées sur ces sièges attestant qu'ils sont conformes aux Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada établies par Transport Canada. Le modèle choisi doit convenir à l'âge et au poids de votre enfant.

**LE PORTE-BÉBÉ POUR BICYCLETTE:** choisissez un modèle muni d'un dossier élevé et de supports latéraux qui empêchent l'enfant d'osciller. Le siège doit être fermement attaché au cadre de la bicyclette pour qu'il résiste au va-et-vient. Ne dépassez jamais le poids recommandé par le fabricant. Choisissez un siège muni de sangles que l'enfant ne peut détacher et qui l'empêchent de faire des mouvements imprévus. Assurez-vous que le siège protège bien les pieds du jeune occupant. Un casque protecteur réduit au minimum les blessures à la tête en cas de chute ou d'accident.

Source: Consommation et Corporations Canada

## EN OBSTÉTRIQUE, TOUT VA TRÈS BIEN...

**S**elon la Corporation des médecins du Québec, la grande majorité des hôpitaux du Québec offre des services d'obstétrique d'excellente qualité. C'est le constat d'une enquête menée par la Corporation durant les six premiers mois de 1987 auprès des 87 hôpitaux québécois où ont lieu des accouchements.

Pourtant, on a décelé des taux élevés d'interventions médicales en obstétrique dans treize centres hospitaliers, dont la plupart sont situés en région. On a relevé des taux de césariennes dépassant la moyenne provinciale de 20%, un nombre d'inductions du travail (provocation des contractions pour hâter l'accouchement) pouvant atteindre jusqu'à 50% à certains endroits, de même qu'une utilisation très fréquente des forceps et de l'anesthésie épidurale. À ce sujet, le Dr André Lapierre, secrétaire général adjoint de la corporation, est d'avis que les médecins se doivent de changer d'attitude face aux interventions médicales lors des accouchements et prendre leur temps avant de prescrire entre autres, une anesthésie épidurale.

En ce qui concerne l'humanisation des accouchements dans les hôpitaux, le Dr Pierre Saint-Georges, directeur du Service d'inspection professionnelle de la corporation, affirme que ce n'est pas véritablement l'objectif à atteindre et qu'il est plus important de s'assurer qu'il y ait de bons soins médicaux offerts dans les meilleures conditions. L'humanisation des soins viendra lorsque le personnel hospitalier aura amélioré son attitude face à l'obstétrique, ajoute-t-il. Voilà qui est clair! Une tournée sera entreprise à l'automne dans les Centres régionaux de services sociaux et de santé (CRSSS) pour discuter des services d'obstétrique dans les 11 régions administratives du Québec. Il serait sûrement indiqué de s'informer auprès des CRSSS à savoir si cette tournée sera de caractère publique et s'il sera possible aux intervenant-e-s qui le désirent de faire entendre leur point de vue.

La corporation annonçait du même coup la réédition du carnet *Neuf mois pour la vie*, distribué gratuitement aux femmes enceintes lors de leur première visite chez le médecin.

Source: La Presse, 25 juin 1988

## ORDINATEURS ET FAUSSES COUCHES

**U**ne étude réalisée auprès de 1600 femmes en Californie semble vouloir établir une corrélation statistique entre l'utilisation prolongée de terminaux d'ordinateurs et la probabilité de faire une fausse couche. L'auteure de l'étude, Mme Marilyn Goldhaber, a estimé que ces résultats étaient surprenants dans la mesure où il n'existe aucune preuve scientifique établissant un lien entre l'utilisation de terminaux et la probabilité de faire une fausse couche, notamment en ce qui concerne le niveau de radiations émis, qui est en général «infinitésimal». Elle ajoute que ces résultats pourraient provenir davantage de l'inconfort provoqué par de longues heures de travail devant un terminal ou du stress découlant de la monotonie des tâches ou bien encore d'autres conditions prévalant sur les lieux de travail. Le fait de travailler avec un terminal d'ordinateur serait davantage un moyen d'identifier les personnes à risque plutôt qu'une cause directe dans la probabilité de faire une fausse couche.

Selon l'étude, les femmes ayant passé plus de 20 heures par semaine devant leurs terminaux au cours des trois premiers mois de grossesse, avaient fait deux fois plus de fausses couches que les autres.

Source: La Presse, 19 juin 1988



## LES BIENFAITS INATTENDUS DU FOUR MICRO-ONDES

Des études révèlent que les champignons (*Candida albicans*), responsables d'infections vaginales souvent répétitives et persistantes, résistent aux détergents et à l'eau chaude utilisés pour le lavage des sous-vêtements. Le *Candida albicans* est détruit à 67 degrés centigrades alors que l'eau domestique atteint généralement 48 degrés.

Comment régler le problème du slip porteur de champignons? Le micro-ondes, voyons! Il suffisait d'y penser: passer les sous-vêtements fraîchement lavés, légèrement humides et entièrement en coton au micro-ondes pendant cinq bonnes minutes, à la température maximale, et les champignons disparaissent. C'est un scientifique qui donne cette recette, il est président de la faculté d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Floride et s'appelle Byron Masterson. Source: *La Presse*, 25 juin 1988

## L'ANNUAIRE DES FEMMES DE MONTRÉAL 1988

Un répertoire bilingue de près de trois mille groupes et organismes, rien de moins! Les centres et les groupes de femmes, les services de santé, les ressources juridiques, le travail, les groupes ethniques, les garderies, les services pour les jeunes sont répertoriés dans cet annuaire. Vous pouvez vous le procurer aux

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

Le prix est de 14,95 \$ plus un dollar pour les frais d'envoi par la poste.

## À LIRE

Le magazine **Justice**, publié par la Direction des communications du ministère de la Justice du Québec, consacre son numéro de mai 1988 aux questions entourant la naissance sous ses formes actuelles parfois

dignes de la science-fiction. L'insémination artificielle, le phénomène des mères porteuses, les techniques de diagnostic prénatal sont abordés, non seulement sous l'aspect légal mais plus globalement au plan éthique et humain. Écrits dans un langage simple et soulevant les questions angoissantes qu'on ne peut éviter face à ces nouvelles techniques, ces articles valent la peine d'être lus et conservés, au cas où le débat à leur sujet traîne en longueur...

**Nursing Québec**, la revue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec consacre la presque totalité de son numéro de mai-juin 1988 au SIDA. Concues spécifiquement à

l'intention des celles et ceux qui sont appelées-e-s à soigner des sidéens, ces articles n'en sont pas moins intéressants pour d'autres catégories de lecteurs et lectrices. Soulignons la grande invitation aux respects des personnes qui ressort de ces articles.

### Justice

531, rue Deslauriers, Bureau 111,  
Saint-Laurent, Québec H4N 9Z9  
mai 1988, 2,50\$.

### Nursing Québec

Ordre des Infirmières et  
Infirmiers du Québec,  
4200 boul. Dorchester ouest  
Montréal, Qc H3Z 1V4  
3,50\$.

## LA GUERRE N'EST PAS UN JEU

Refuser de jouer avec la guerre, c'est l'invitation que lancent les artistes aux enfants et aux parents à l'approche de la grande foire aux jouets qu'est Noël. L'industrie du jouet militaire (GI Joe, Captain Tower, Transformers, etc) est florissante, pas encore autant que l'est celle de l'armement pourtant, puisqu'il se dépense \$2 millions par minute pour l'armement dans le monde, \$23 000 par minute juste au Canada. «Comment une telle situation est-elle possible sans une préparation des esprits qui amène les gens à accepter ces dépenses scandaleuses? Cela commence très méthodiquement avec nos enfants dont la culture banalise la violence et la guerre. Et c'est avec cette violence que se construisent les abus contre les droits humains. La question des jouets et des émissions de guerre n'est donc pas un sujet quelconque.» Plusieurs organismes se sont unis pour faire de 1988-1989 l'année du jouet de paix. Les enfants des écoles primaires seront invités à donner leurs jouets de guerre en vue de tous les fondre dans une grande sculpture pacifiste. Un concours de publicité contre les jouets de guerre sera aussi organisé dans les écoles secondaires et les cégeps. L'objectif est aussi d'imaginer des jeux, des jouets ou des livres de conte pour la

paix. Source: *Le Devoir*, 20 juin 1988

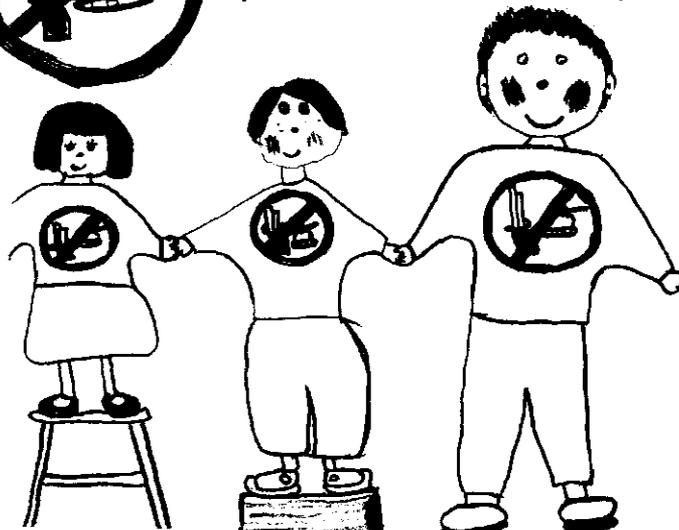


ILLUSTRATION: MARIE-ELVIRE GRAVEL

## HOMMAGE POST- HUME À MME FRANCINE MCKENZIE

Déjà quelques mois se sont écoulés depuis la mort de Francine McKenzie, présidente du Conseil du statut de la Femme au cours des quatre dernières années. Nous tenons néanmoins à joindre notre témoignage à ceux qui se sont élevés au moment de sa disparition, louant son courage, sa détermination, sa clairvoyance et son savoir-faire politique. On lui doit comme presque ultime grande réalisation, le colloque sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine, ce grand moment de réflexion de l'automne 1987. Nous vous offrons, à titre de réflexion, cet extrait de son journal personnel publié dans la *Gazette des Femmes*: «Tout le monde n'est pas doué pour l'incurable. J'ai vu un jeune chercheur bougonner quand j'allais mieux, ironiser sur la diète instinctive que je m'administrerais pour fortifier mon système immunitaire. D'autres, plus humains, et qu'une longue pratique avait habilités à jouer par oreille, n'avançaient qu'une certitude, la nature individuelle de la maladie: «Il ya autant de cancers du sein qu'il y a de femmes». Mais alors, pourquoi vous priver de connaître la patiente: les chocs qu'elle a eus, son mode de vie, ses réactions, son contexte familial et professionnel, les thérapies qu'elle s'invente, sa consommation de médicaments. Si vous passez à côté d'elle, qu'avez-vous à dire quand vous vous réunissez? En évacuant la variante psychosociale de l'individu, n'êtes-vous pas en train de vous priver de la détection de certaines constantes scientifiquement pertinentes? Vous n'êtes pas confesseur, certes, mais entre le directeur de conscience et le technicien, il doit bien y avoir place pour un clinicien humain et scientifique. Il en va de l'humanisation des soins mais aussi du progrès de la science.» ■

## D'un océan à l'autre:

# LA CONFÉRENCE CANADIENNE DES SAGES-FEMMES

Depuis une quinzaine d'années, on a tiré de l'oubli un personnage qui avait disparu. On a voulu recréer en Amérique, cette relation entre deux femmes, entre deux générations, assurée par la sage-femme au moment de la naissance des enfants. Au début des années 80, sept sages-femmes de formations différentes ont formé l'Alliance des sages-femmes de l'Amérique du Nord (A.S.F.A.N./M.A.N.A.) regroupant des sages-femmes des États-Unis et du Canada. Elles voulaient développer une vision commune de la sage-femme répondant aux attentes des femmes et des couples et s'insérant dans le contexte de la société actuelle.

Les membres canadiennes de l'A.S.F.A.N. ont rapidement senti le besoin de travailler ensemble, la problématique des services de santé étant très différente au Canada et aux États-Unis. Elles décident en 1983 à Vancouver, lors de la conférence *Midwifery... a labour of love*, de former un réseau canadien, l'Association des sages-femmes du Canada (A.S.F.C.). L'objectif général, défini lors de l'assemblée d'inauguration à Toronto en novembre 1984, s'énonce comme suit: servir de lien entre les associations existantes au Canada et favoriser la mise en place d'associations dans les provinces qui n'en ont pas.

Les services de santé étant de juridiction provinciale, il était évident que la plus grande part d'énergie des associations irait au travail à faire dans chaque province avec les membres, et aussi auprès de la population et des institutions. Les contacts développés avec les associations provinciales permettent d'éviter des faux pas, de discuter de la situation propre à chacune tout en ayant un point de vue extérieur et de soutenir le cheminement des groupes vers

### TOUR D'HORIZON CANADIEN

#### COLOMBIE-BRITANNIQUE

- Depuis le printemps, le gouvernement annonce son intention de légaliser la profession.
- Les sages-femmes Sullivane et Lemay font appel dans la cause jugée l'an dernier et une enquête est en cours sur un cas impliquant une sage-femme et datant de 1985.
- Le journal *Maternal Health News*, le premier du genre au Canada, a fermé ses portes, faute de ressources, après plus de dix ans de travail.

#### ALBERTA

- Deux associations se sont regroupées sous le nom de l'Association albertaine des sages-femmes.
- Le *Midwifery task Force*, regroupant les consommatrices-usagères reprend son travail de lobbying et de sensibilisation sous une nouvelle coordination.
- Un comité gouvernemental doit faire connaître sa position sur le dossier sage-femme.

#### SASKATCHEWAN

- Onze sages-femmes sont à former une association ayant comme objectif la reconnaissance de leur pratique.
- Le gouvernement veut reviser la loi sur les infirmières. Les sages-femmes et la *Saskatchewan Association for Safe Alternatives in Childbirth* (S.A.S.A.C.) s'inquiètent et craignent une tentative d'y intégrer la profession de sage-femme.

#### MANITOBA

- Il n'y existe pas encore d'association.
- Le conseil Consultatif sur le statut de la femme du Manitoba a publié sa position sur le dossier. Pour en obtenir copie, écrivez au : M.A.C.S.W., 500 Ave. Portage, 4e étage, Winnipeg, Manitoba, R3C 3X1

#### ONTARIO ET QUÉBEC

- La situation de ces deux provinces a été présentée dans notre numéro d'été.

#### NOUVEAU-BRUNSWICK, NOUVELLE-ÉCOSSE ET ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

- Peu de nouvelles de ces trois provinces. Il y a eu des initiatives au cours des dernières années pour faire avancer le dossier mais nous ignorons les développements récents.

#### TERRE-NEUVE

- Les membres de l'Alliance des infirmières-sages-femmes et des infirmières en santé maternelle et infantile de Terre-neuve et du Labrador se rencontrent régulièrement et publient un journal trimestriel. Elles désirent redéfinir le rôle de la sage-femme.
- Cécilia Benoit a écrit une thèse de doctorat, *Midwives in Passage*, portant sur les aspects historiques et contemporains de la profession à Terre-Neuve.

une association professionnelle. Depuis 1984, des rencontres annuelles ont eu lieu. La Colombie-Britannique qui avait assuré la coordination de l'A.S.F.C. dès ses débuts, vient de passer la main à l'Alberta pour les deux prochaines années. Après, le Québec prendra la relève (1990-1992). Dorénavant, deux à trois rencontres annuelles permettront aux déléguées provinciales de faire le point au plan national, de discuter de l'avancement de la reconnaissance des sages-femmes et de voir les stratégies les plus favorables à l'implantation de la profession.

A l'été 1987, l'Association des sages-femmes du Canada est devenue la Confédération canadienne des sages-femmes (C.C.S.F./C.C.M.) afin d'éviter toute confusion entre une association de sages-femmes et un regroupement d'associations.

L'année 1988 est une année de structuration qui nous permettra d'accéder plus rapidement et de façon plus adéquate à l'information provenant des différentes provinces. Au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, la légalisation de la profession est imminente. Ce qui sera décidé dans une province deviendra un précédent pour les autres, d'où l'importance d'un réseau pan-canadien. ■

### HÉLÈNE CORNELIER

Présidente de l'Alliance québécoise des sages-femmes

<sup>1</sup> MARTEL, Marie-Claude, «Vous voulez des sages-femmes ? Dites-le», L'UNE À L'AUTRE, vol. 5 no 2.

Photos ci-contre : rencontre de la Confédération canadienne des sages-femmes à Hagne, Hollande, 1987. De gauche à droite: Karen Kaufman, Vicky Wagner, Holliday Yson Adeley, Jane Kiltrei, Mary Houston, Sharon Doare, Louise, Jean Glezos, Lee Saxell, Sheila Harvey et Barb Suwe.



**Dans ce premier volet de notre nouvelle chronique sur les technologies de reproduction, l'auteure aborde la question du désir d'enfant. N'est-ce pas là le coeur de tout ce débat et de tous ces émois?**

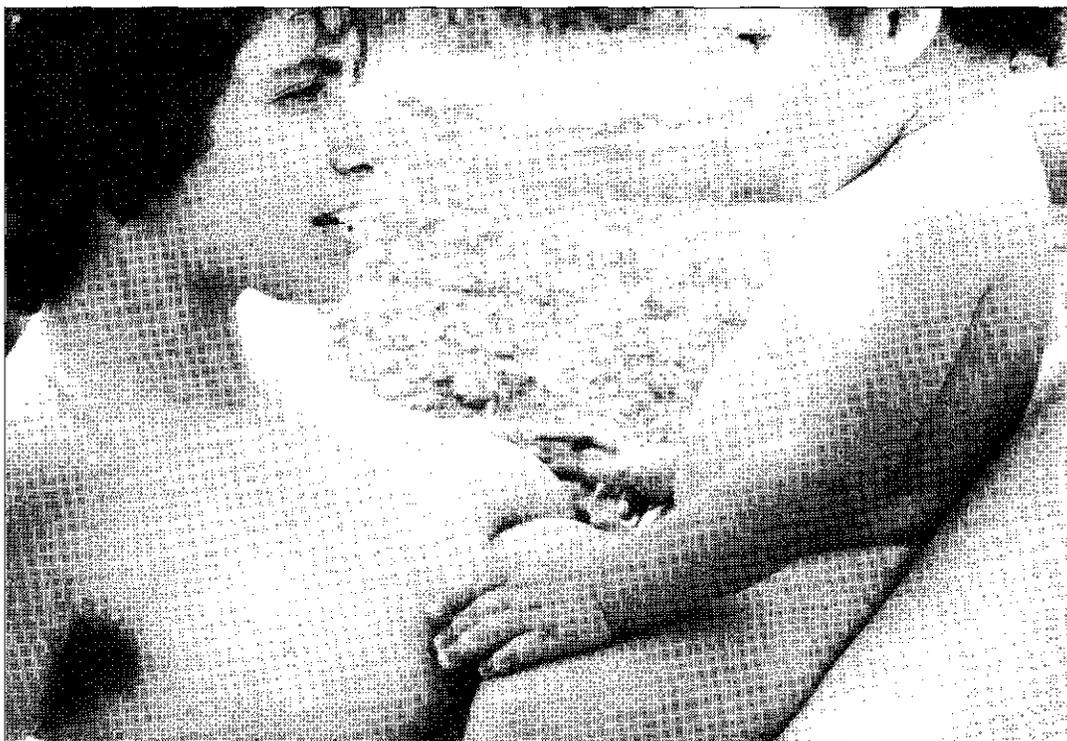


PHOTO: JUDITH CRAWLEY

## ENFANTS DÉSIRÉS OU BÉBÉS PROGRAMMÉS?

**D**e tout temps, les femmes et les hommes se sont posé des questions profondes et existentielles, allant du célèbre «Être ou ne pas être» au plus concret «J'me marie, j'me marie pas». Actuellement la grande préoccupation est celle de l'enfantement: conception ou contraception? «Tomber» enceinte ou monter les échelons de la carrière? Poursuivre une grossesse ou l'interrompre? Faire ou ne pas faire d'enfant?

**COÛTS OU BÉNÉFICES ?**  
À ce questionnement se greffe toute une série de préoccupations sous-jacentes. Il ne s'agit pas seulement de décider si nous voulons ou non un bébé, mais aussi combien, quand, comment et pourquoi? Combien? Parce qu'on ne «part» plus pour la famille, on envisage un enfant, peut-être deux, rarement plus. Quand? Parce qu'on planifie soigneusement chaque naissance en fonction des saisons, des vacances ou de l'âge de l'aînée. Comment? Les problèmes d'infertilité se multipliant, la bonne vieille méthode «des caresses, des minouches, des mamours»<sup>1</sup> perd lentement du terrain au profit des IAD<sup>2</sup>, FIV<sup>3</sup> et autres NTRH<sup>4</sup>. Pourquoi? Parce que le désir d'enfant passe maintenant par l'arrêt de la contraception, quand

ce n'est pas par la douloureuse surprise de l'infertilité et se transforme presque inévitablement en calcul coûts/bénéfices.

### CALCUL OU HASARD ?

Malgré tout, faire un enfant est rarement une décision totalement lucide et réfléchie. C'est plutôt un curieux mélange de volonté de contrôle sur notre vie et de confiance dans la nature des choses, une complexe alchimie de calcul et de hasard. Désirer un enfant ce n'est pas seulement évaluer qu'on a la disponibilité ou les moyens nécessaires, c'est aussi rechercher une relation intime, privilégiée et durable avec des petites personnes en constante évolution, qui portent et découvrent la vie tout à la fois. Concevoir un enfant c'est avant tout donner la vie, la perpétuer, assister à l'éclosion et à l'évolution de cette vie. Bref, concevoir et mettre au monde un enfant constitue un acte d'espoir et de confiance dans la vie, un acte noble et altruiste.

### ALTRUISME OU ÉGOÏSME ?

Mais n'est-ce que ça? N'y a-t-il aucun égoïsme, aucune contrainte qui entre en jeu? Ne désirons-nous pas aussi «avoir» un enfant, comme on possède un jouet, une parure, un pansement, une légitimité, une propriété? Enfant

compensation pour l'affection perdue ou jamais reçue. Enfant tentative désespérée (et souvent avortée) de ressusciter une relation de couple moribonde. Enfant réalisation de nous-même, de notre féminité surtout, comme si notre identité ne pouvait s'exprimer autrement. Enfant prétexte à vivre les expériences si particulières de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Enfant réponse aux pressions plus ou moins subtiles de notre entourage, futurs grands frères et grandes soeurs ou aspirants grands-parents en tête. Enfant échappatoire au narcissisme du plaisir-achetable-et-jetable-après-usage. Enfant havre d'intimité, de gratuité, d'authenticité et de permanence dans notre vie déshumanisante d'adultes stressés.

Notre vie étant remplie d'angoisses, de menaces et d'épreuves, c'est autant à nous qu'à nos enfants que nous faisons un inestimable cadeau en les mettant au monde: ils nous offrent la vie plus que nous la leur donnons. Alors enfanter, geste d'espoir? Oui... d'altruisme c'est moins certain.

### HUMANISME OU DÉSHUMANISATION ?

Notre désir d'enfant, maintenant choix volontaire soumis à toutes les con-

traintes, s'exprime de façon sans cesse plus contradictoire. Il est fort compréhensible que nous hésitions à produire plus d'un, peut-être deux enfants, mais n'entérinons-nous pas justement ainsi la déshumanisation à laquelle nous tentons d'échapper? Et lorsque ce désir, pourtant légitime, devient poursuite désespérée d'une fertilité perdue, ne participons-nous pas sans le vouloir à la déshumanisation de la procréation? Que nos enfants soient des interruptions de contraception ou des produits des nouvelles technologies de reproduction, ne sommes-nous pas en train d'en faire des objets de consommation, voire des objets de luxe? Où prend forme la nuance entre le «bon» désir d'enfant et le besoin «pathologique» de procréation? Où se situe la frontière entre l'enfant désiré et l'enfant programmé? Autant de questions que nous aurons l'occasion d'aborder dans cette nouvelle chronique. ■

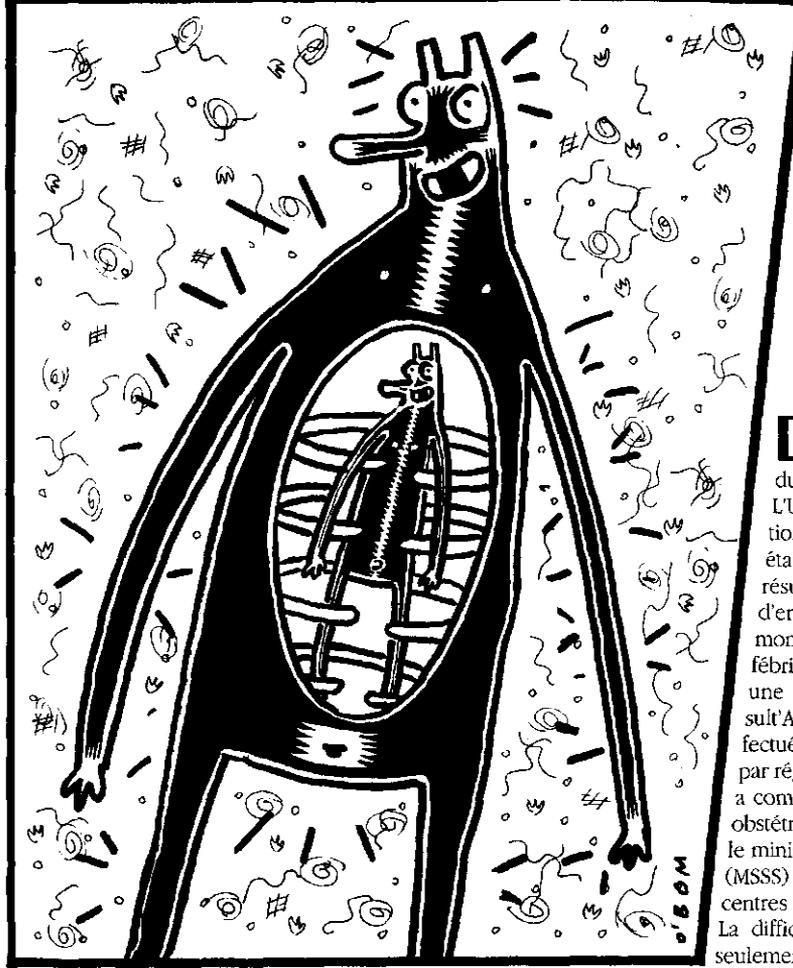
**PAULE BRIÈRE**

<sup>1</sup> Hébert, M.-F. et Labrosse, D, VENTRI AU MONDE, Montréal, La courte échelle, 1987.

<sup>2</sup> Insémination artificielle avec donneur.

<sup>3</sup> Fécondation in vitro.

<sup>4</sup> Nouvelles technologies de reproduction humaine.



## UN VÉRITABLE CASSE-TÊTE

**D**énicher les statistiques sur les taux de césarienne dans les différentes régions du Québec, voilà l'aventure dans laquelle L'UNE À L'AUTRE s'est lancée. Nous pressentions que ce ne serait pas aisé. Cette intuition était juste. Les voici donc ces statistiques, résultats de nombreux appels téléphoniques, d'envoi par courrier de moults documents, de moments de découragement et de calculs fébriles. Deux «anges gardiens» ont apporté une aide précieuse : Claire Milette de Consult'Action du Saguenay/Lac-St-Jean qui a effectué la recherche sur les taux de césarienne par région et Micheline St-Onge, infirmière qui a compilé les statistiques sur les interventions obstétricales -compréant les césariennes- pour le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) d'où on a pu tirer les statistiques sur les centres hospitaliers.

La difficulté d'une telle recherche réside non seulement dans l'absence de compilation, mais

aussi dans la multiplicité des sources de statistiques gouvernementales qui souvent ne concordent pas. Par exemple, les statistiques obtenues par la Régie de l'assurance maladie du Québec ne couvrent pas exactement les même mois de l'année que celles du MSSS. Telle source est calculée à partir de la facturation des médecins qui peuvent être rattachés officiellement à un centre hospitalier tout en pratiquant aussi ailleurs (ils peuvent donc y faire des césariennes qui seront à tort imputées au premier centre). Telle autre source tient compte du nombre total de naissances et non du nombre total d'accouchements (i.e. de femmes qui accouchent), donc ce nombre peut être supérieur à celui des accouchements, à cause par exemple de la présence

ILLUSTRATION: DIANE O'BONSAWIN

### TAUX DE CÉSARIENNES PAR CENTRE HOSPITALIER groupés par région pour la période du 1er mai 1986 au 30 avril 1987

Source: Service des données opérationnelles et financières, ministère de la Santé et des Services Sociaux: pourcentage des césariennes (code S1001) sur le nombre total d'accouchements (code S0901). Note: pour des raisons inconnues, le % césariennes des régions 08 et 09 diffère d'environ 2 points de celui obtenu à la dernière colonne du premier tableau (% pour 1986-1987).

Région 01			
Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. de Matane	299	73	24.4
H. d'Amqui	243	54	22.2
Hôtel-Dieu de Gaspé	310	62	20.0
H. des Monts	135	24	17.8
C.H. de Chandler	245	42	17.1
C.H. Régional de Rimouski	940	153	16.3
C.H. de l'Archipel	169	27	16.1
Baie-des-Chaleurs	346	53	15.3
<b>Moyenne</b>			<b>18.6</b>

Région 02			
Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. de Jonquière	772	233	30.3
Hôtel-Dieu d'Alma	730	179	24.6
C.H. de Dolbeau	409	86	21
Hôtel-Dieu de Roberval	553	110	19.9
H. Chibougamou	317	62	19.6
H. de Chicoutimi	1511	286	18.9
<b>Moyenne:</b>			<b>22.4</b>

Région 03			
Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. Régional du G. Portage RIVIÈRE-DU-LOUP	621	142	22.9
Hôtel-Dieu de Lévis	1497	314	21
Enfant-Jésus	846	172	20.4
C.H. Régional de la Beauce	1119	222	19.8
Notre-Dame du Lac TÉMISCOUATA	124	24	19.4
Christ-Roi	1671	316	18.9
St-François d'Assise	1834	344	18.8
St-Sacrement	1645	280	17
C.H. Chauvreau LORETTEVILLE	775	122	15.7
C.H. St-Joseph LA MALBAIE	182	28	15.4
Hôtel-Dieu de Montmagny	319	45	14.1
Notre-Dame de Fatima LA POCATIÈRE	345	41	11.9
C.H. région de l'Amiante THÉTFORD-MINES	586	66	11.3
Jeffery Hale	859	74	8.6
<b>Moyenne</b>			<b>17.2</b>

Région 04			
Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. Laflèche G.Mère	266	73	27.5
St-Joseph Trois-Rivières	215	57	26.5
H. Régional Mauricie	536	139	26.0
Hôtel-Dieu Arthabaska	1156	289	25.0
H. Cloutier CAP-DE-LA-MADELEINE	473	114	24.1
Ste-Marie TROIS-RIVIÈRES	1217	244	20.0
H. Ste-Croix	1008	187	18.5
H. Christ-Roi NICOLET	117	19	16.3
H. St-Joseph La Tuque	208	32	15.4
<b>Moyenne</b>			<b>22.0</b>

Région 05			
Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H.U.S.	1262	190	15.0
C.H. Lac Mégantic	229	28	12.2
St-Vincent-de-Paul SHERBROOKE	1866	204	10.9
<b>Moyenne</b>			<b>12.7</b>

## À la recherche de statistiques gouvernementales

de jumeaux. Nous avons choisi, pour calculer les taux de césarienne des centres hospitaliers, la source qui nous semblait le mieux refléter la réalité, soit les données transmises par les départements d'obstétrique et les pouponnières au Service des données opérationnelles et financières du MSSS. Si on ne peut garantir de façon absolue les chiffres avancés ici, on peut quand même s'y fier pour savoir si tel centre hospitalier a un taux élevé ou non de césariennes. Le taux réel ne peut être très différent. Rappelons que selon l'Organisation mondiale de la santé, le taux de césariennes devrait se situer entre 10 et 15%. Le docteur Quilligan, doyen de l'École de médecine et ex-directeur

de la médecine foetale-maternelle à l'Université de Californie, est d'avis qu'en Amérique du nord, le taux de césariennes d'un centre hospitalier devrait varier entre 7 et 17%, selon la clientèle qu'il reçoit (femmes présentant ou non des grossesses dites à risques élevés). Lorsqu'on regarde ces chiffres, on ne doit pas oublier qu'il est utile de connaître le taux de césariennes... mais que ce n'est pas suffisant. Savoir comment on traite les femmes en travail et connaître les interventions de routine pratiquées est aussi important. Si votre centre hospitalier ne figure pas dans le tableau, c'est qu'il ne s'y effectue pas de césariennes. Et enfin,

RÉGION	1984	1986	1986-87
01 Bas St-Laurent-Gaspésie	15.5%	14.4%	18.0%
02 Saguenay-Lac-St-Jean	19.6%	20.9%	22.3%
03 Québec	17.5%	17.1%	17.6%
04 Mauricie-Bois-Francs	21.1%	21%	22.1%
05 Estrie	14.6%	14.3%	12.6%
06A Montréal Métropolitain	21.2%	21%	20.7%
06B Laval-Laurentides-Lanaudière	11.6%	11.7%	15.9%
06C Montérégie	17.9%	19.1%	18.7%
07 Outaouais	19.8%	16.2%	19.4%
08 Abitibi-Témiscamingue	16.3%	15.6%	19.4%
09 Côte-Nord	21.3%	20.5%	19.7%
<b>MOYENNE</b>	<b>18.4%</b>	<b>18.8%</b>	<b>18.7%</b>

Source: Service de statistiques de la Régie d'assurance-maladie du Québec; période couverte: 1er janvier au 31 décembre de 1984 et 1986. (\*nombre total de césariennes codes 6912 + 6913 / nombre total des naissances: 6903 + 6904 + 6912 + 6913 + 6919)

\* Pourcentage pour la période du 1er mai 1986 au 30 avril 1987 compilé par le Service des données opérationnelles et financières du MAS.

si votre centre hospitalier ne se voit pas référer les grossesses à risques élevés de la région et que son taux de césariennes vous semble anormalement élevé, pourquoi ne pas montrer

ce tableau aux intervenant-e-s de votre CLSC, DSC, ou CRSSS local? Une prise de conscience du milieu ne peut pas nuire. ■

**HÉLÈNE VADEBONCOEUR**

### Région 06A

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
Maisonneuve-Rosemont	1916	472	24.7
Lakeshore	1783	437	24.5
Jewish Général	3198	731	22.9
Royal Victoria	3538	798	22.6
St-Mary's	3569	807	22.6
St-Justine	3515	793	22.6
Notre-Dame	1762	385	21.9
St-Michel ( fermé depuis)	808	151	18.7
Sacré-Coeur	1546	288	18.6
St-Luc	2236	406	18.1
Santa Cabrini	1337	238	17.8
General Lasalle	2876	498	17.3
Cité de la Santé	3686	570	15.5
<b>Moyenne</b>			<b>20.6</b>

### Région 06B

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
H. N.-D. de Ste-Croix MONT-LAURIER	287	59	20.6
C.H. Laurentien STE-AGATHE	449	90	20.0
C.H. Régional de Lanaudière JOLIETTE	1073	207	19.3
Le Gardeur	1261	205	16.3
St-Eustache	728	108	14.8
Hôtel-Dieu St-Jérôme	1377	160	11.6
H. Laurentides	75	6	8.0
<b>Moyenne</b>			<b>15.8</b>

### Région 09

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
Sept-Iles	523	116	22.2
Baie-Comeau	627	130	20.7
<b>Moyenne</b>			<b>21.5</b>

### Région 06C

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
Barrie-Mémorial ORMSTOWN	180	45	25
Valleyfield	753	174	23.1
Charles-Lemoine	2125	435	20.5
Hôtel-Dieu de Sorel	683	138	20.2
Honoré-Mercier ST-HYACINTHE	1335	254	19
Haut-Richelieu	1358	249	18.3
Pierre-Boucher	2062	346	16.8
Granby	1102	172	15.6
Brome-Missisquoi-Perkings	499	72	14.4
<b>Moyenne</b>			<b>19.2</b>

### Région 07

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. Maniwaki	140	37	26.4
C.H. Gatineau	806	194	24.1
C.H. Régional Outaouais	1136	195	17.2
Commun. Pontiac SHAWVILLE	89	14	15.7
C.H. Buckingham	342	53	15.5
<b>Moyenne</b>			<b>19.8</b>

### Région 08

Centre hospitalier	nombre d'accouchements	nombre de césariennes	% césariennes
C.H. St-Sauveur VAL D'OR	744	188	25.3
Rouyn-Noranda	646	139	21.5
Hôtel-Dieu d'Amos	471	75	15.9
C.S. Ste-Famille VILLE-MARIE	155	20	12.9
St-François Assise LASARRE	296	37	12.5
<b>Moyenne</b>			<b>17.6</b>



# **LES LENDEMAINS DE LA**

*Se retrouver à la maison avec un nouveau-né. Les images sont belles et bien ancrées dans l'imaginaire : bébé rose, mère un peu fatiguée mais tellement heureuse.*

*La période post-natale n'est pourtant pas faite que de gazouillis, il y a aussi les difficultés d'adaptation à ce nouveau rôle, à ce nouveau corps, à ce nouvel être qui dépend de soi. Plusieurs coups d'oeil sur ce temps qui suit la naissance.*

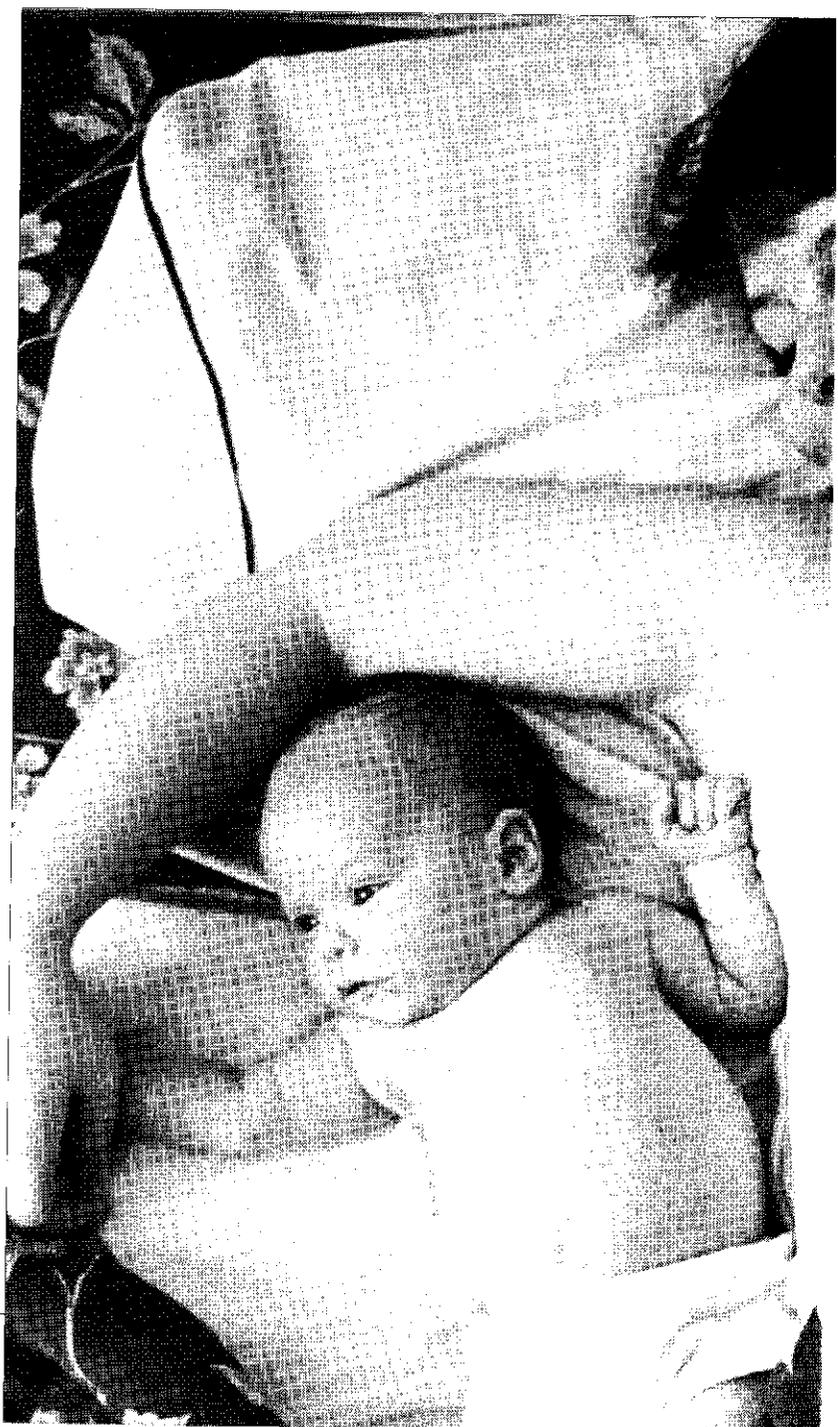




PHOTO: ALAIN LAFLAMME

# NAISSANCE



PHOTO: LINDA RUTENBERG

## UNE MÈRE VIENT DE NAÎTRE

**T**out comme la grossesse et l'accouchement, chaque période post-natale est unique. J'ai appris à travers mes trois maternités et par mon métier de sage-femme, la grande variabilité de cette quatrième saison de la maternité. Je constate aussi à quel point on ne prend pas beaucoup soin des nouvelles mères dans notre société. Elles ont pourtant besoin d'être accueillies et nourries. Si on répondait à ce besoin, la dépression post-natale deviendrait **l'expression** post-natale et le stress ne serait pas une détresse.

### DES ATTENTES SI GRANDES

Tout comme l'accouchement, les premiers jours après la naissance sont pris en charge par la médecine. Les procédures hospitalières ont, la plupart du temps, pour effet de diminuer la confiance de la mère en elle-même de lui faire sentir que ce n'est pas elle l'experte. Ensuite, les mères se retrouvent vite toutes seules et s'attendent à retrouver leur rythme normal presque aussitôt. C'est aussi ce que l'on attend d'elles. Pourtant de telles attentes ne sont pas réalistes et amènent de l'insatisfaction, de la fatigue et un sentiment de ne pas être à la hauteur. En fait, il faut au moins trois mois après l'accouchement pour apprendre à connaître son enfant, pour se sentir plus à l'aise dans son nouveau rôle, pour retrouver son métabolisme normal et pour se donner une autre organisation de vie.

La nouvelle mère fait face à l'inconnu, n'était-ce pas la même chose au moment d'accoucher? Elle doit explorer une perte de contrôle sur son temps, sur sa vie. Elle est effectivement «désorganisée» et ce n'est pas toujours facile à vivre dans une société qui valorise le contrôle, l'indépendance, où il faut savoir gérer son argent, son temps, son stress...

Ce temps de transformation n'est pas reconnu au moment où il se vit. On ne le reconnaît qu'après coup. Quand le papillon sort de sa chrysalide, il doit nécessairement prendre du temps avant de s'envoler. Il est très vulnérable et en même temps, il prend des forces. Ses ailes sont mouillées et frippées. Il doit attendre qu'elles se déploient, puis il va les essayer un peu en restant sur place pour ensuite prendre son envol. On s'extasie peu pendant cela et ce n'est pourtant qu'à cette condition qu'on pourra admirer le papillon.

### BERCER LA MÈRE

Quand un enfant naît, on met tout en oeuvre pour que ça se passe bien. On évalue ensuite minutieusement, en faisant le test d'Apgar, la respiration, le tonus, les réflexes, la couleur et les

battements de coeur du nouveau-né. Les premières minutes sont capitales.

Quand une mère naît, les premières semaines (sinon les premiers mois) sont tout aussi importantes. Alors, c o n t i - nuons

l'analogie et essayons d'imaginer comment on pourrait tenir compte des «signes vitaux» de la nouvelle mère et faire en quelque sorte son test d'Appgar. On pourrait e x a -

miner sa respiration et se demander où elle trouve son oxygène, évaluer ses ressources personnelles, déceler les signes d'étouffement. Le tonus serait tout aussi important à considérer: tonus abdominal et vaginal, mais aussi la perception de son corps, le poids, l'alimentation. Qu'en est-il de ses réflexes, de sa capacité d'adaptation: est-elle hypertonique - «super woman»- ou hypotonique c'est-à-dire dépressive? Est-elle heureuse, triste ou inquiète? Côté coeur, reçoit-elle l'affection, le support dont elle a besoin. Est-elle capable de les demander ou encore de recevoir ceux qu'on lui offre?

Il n'est pas banal de se livrer à ce petit test et surtout d'être capable de reconnaître les instants de détresse qui ne vont pas nécessairement se prolonger, qui arrivent et souvent s'en vont tout aussi naturellement.

Il va nous falloir cultiver notre sens de l'accueil et du support bienveillant pour les nouvelles mères. Si on a beaucoup parlé d'humaniser l'accouchement, il faudra aussi parler d'humaniser la période post-natale.

CÉLINE LEMAY

## APPRIVOISER LA MATERNITÉ

La période qui suit la naissance est d'une telle intensité qu'elle ne peut que nous dérouter et nous fasciner par ses aspects en apparence fort paradoxaux. À ce moment d'accomplissement heureux, nommé la délivrance, les humeurs de la jeune mère vont de l'exaltation des premières heures à des sentiments dépressifs plus ou moins accentués, en passant par des moments d'anxiété.

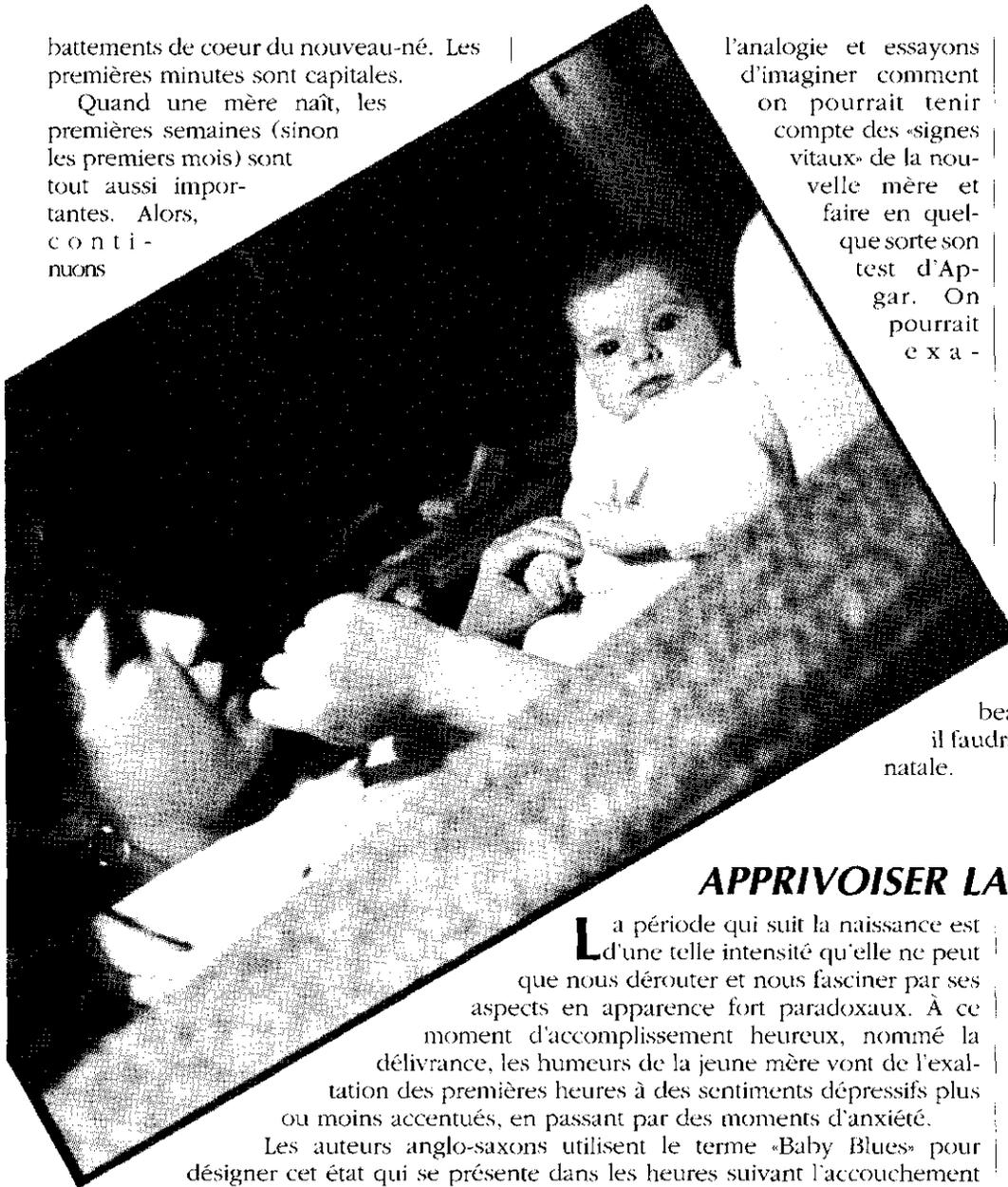
Les auteurs anglo-saxons utilisent le terme «Baby Blues» pour désigner cet état qui se présente dans les heures suivant l'accouchement pour subir un déclin au dixième jour environ. Ce phénomène est vécu par la plupart des femmes, son taux variant de 50 à 85%<sup>1</sup>. Elle se manifeste le plus souvent par des crises de larmes, de l'anxiété, des maux de tête, des changements émotionnels, de l'irritabilité, du découragement, de l'épuisement et des malaises physiques<sup>2</sup>. Cette réalité est fort différente de ce que les images sereines de la maternité véhiculées par notre société peuvent laisser présager. Il faut peut-être se demander si dans notre culture, nous n'avons pas quelque difficulté à supporter l'image d'une nouvelle mère aux prises avec des sentiments pénibles.

### LA MATERNITÉ NE VA PAS DE SOI

Au même titre que tout bouleversement et toute évolution, la maternité demande un certain temps d'adaptation. Le concept de crise de maturation a été utilisé avec justesse pour témoigner de l'intensité émotionnelle et des aspects conflictuels de cette étape<sup>3</sup>. La

crise se définit par son caractère transitoire, par l'accroissement de la vulnérabilité et surtout par les très grandes possibilités d'évolution qu'elle porte. Il s'agit en fait d'un tremplin, d'un moment privilégié de croissance personnelle.

Accoucher d'un enfant est un événement d'une telle puissance, sur le plan physiologique (bouleversements hormonaux, douleur) et psychologique (rupture de la relation symbiotique) que les mécanismes de défense habituels de la mère ont souvent peine à contenir toutes les émotions soulevées, ce qui a pour conséquence de donner à la mère le sentiment de perdre le contrôle de ne plus se reconnaître et d'accroître ainsi son anxiété. Cet événement important amène, comme tout processus de changement, des gains inestimables mais aussi des pertes, des blessures narcissiques et des situations conflictuelles. Par exemple, il y a des pertes au niveau de



l'identité professionnelle, de l'indépendance, du revenu et du prestige apportés par une carrière; l'image corporelle est modifiée, et enfin, des changements importants se produisent dans la dynamique conjugale. Il faut donc un certain temps à la jeune mère pour accepter ces pertes et résoudre les conflits ainsi engendrés pour enfin accéder à une autre étape et se situer dans ce nouveau rôle.

La façon dont une femme va interpréter ces gains et ces pertes en fonction de sa propre subjectivité, de son histoire personnelle, de sa dynamique psychologique et de sa situation actuelle déterminera en partie l'issue de cette crise. Dans les cas de résolution heureuse, le sentiment d'accomplissement, de succès et une plus grande estime de soi amèneront une adaptation à ce changement important. Dans d'autres cas toutefois, le sentiment de perte dominera doublé de sentiments d'échec, d'inadéquation, d'image de soi négative entraînant une réaction dépressive devant la crise.

#### LA DÉPRESSION POST-PARTUM

Il faut bien en parler puisqu'elle existe ! Les statistiques révèlent qu'elle touche environ 20%<sup>4</sup> des femmes de façon plus ou moins sévère. Ce phénomène peut survenir immédiatement ou plus tardivement après l'accouchement; sa durée moyenne est de deux mois, mais peut persister pendant près d'une année<sup>5</sup>. Les symptômes sont variés, on observe surtout une tristesse profonde, du découragement, une diminution ou une perte d'intérêt, de l'anxiété diffuse, de l'hostilité plus ou moins consciente, du désintérêt pour le bébé ou de l'ambivalence manifestée par des préoccupations excessives pour ce dernier, et enfin de sérieuses difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne. Trois types de variables semblent être en relation avec cette réaction: les facteurs environnementaux, psychologiques et physiologiques. Les facteurs d'ordre physiologiques étant plus évidents et mieux connus, regardons plutôt les autres.

#### L'ENVIRONNEMENT

Si on a vécu des événements stressants comme la perte d'un être cher, un déménagement, une perte d'emploi peu avant la grossesse ou l'accouchement, ou

encore si l'on souffre d'un manque de soutien social, de l'absence de partenaire stable ou d'une relation conjugale insatisfaisante, voilà autant de facteurs de risque susceptibles d'augmenter le stress à un moment de grande vulnérabilité<sup>6</sup>. Un

autre facteur environnemental a été identifié<sup>7</sup>: il semble que l'utilisation à un degré élevé de technologie médicale durant l'accouchement peut être mise en relation avec l'émergence d'une réaction dépressive. On devrait approfondir la recherche en rapport avec cette troublante révélation. Les revendications du mouvement d'humanisation de la naissance devraient aussi se préoccuper d'agir auprès des intervenant-e-s pour les convaincre de changer leur façon de faire et leur mentalité afin d'apporter un support psychologique et non seulement technologique aux femmes.

#### L'ESPRIT

L'histoire familiale aussi bien que l'organisation psychique de la femme doivent être prises en compte puisqu'elles vont influencer sa façon de vivre la période post-natale. Depuis Freud, la dépression est comprise comme une réaction à une perte, caractérisée par un retournement de l'agres-

sivité contre soi. Certaines mères sont plus vulnérables, en raison de difficultés sur le plan narcissique à accepter leurs faiblesses et leurs imperfections. L'écart entre la mère idéale et la mère réelle leur est intolérable. Se sentant blessées dans leur amour propre, il s'ensuit une baisse impor-



tance de leur estime d'elle-même. Dans le même sens, ces mères attendent de leur enfant autant, sinon plus que d'elles-mêmes. D'où une nouvelle déception devant cet enfant réel qui a peut-être peu à voir avec le bébé imaginaire. Des recherches<sup>8</sup> ont permis de constater que les images de mères ou d'épouses idéales influent grandement, mais dans une moindre mesure encore que les fantasmes liés au bébé sur le vécu post-partum et l'adaptation au bébé réel. La nature des images du bébé imaginaire

PHOTO: J. DUFFY CRAWLEY

durant la grossesse serait le fantasme qui trouve la corrélation la plus élevée avec la présence ou non d'une réaction dépressive.

La maternité soulève aussi de façon plus ou moins consciente, la relation de la nouvelle mère à sa propre mère. Une mauvaise identification à la mère ou un rejet du rôle maternel ne peuvent qu'engendrer un conflit très douloureux lors du post-partum. Ci-

**«Avec les craintes et les angoisses de la petite fille malhabile, j'aurais voulu qu'on se fasse plutôt témoin de la naissance d'une maman, que l'on accepte mon rythme, mes hésitations et mes maladresses avec l'émerveillement qu'on a pour le tout petit enfant trébuchant à ses premiers pas».**

Denise Lebrun

tons aussi les mères qui ont un enfant afin de combler des manques émotifs ou pour consolider une relation conjugale insatisfaisante. Attentes qui risquent d'être déçues.

La réaction dépressive est toutefois un phénomène d'une telle complexité qu'il ne peut s'expliquer par une cause unique mais plutôt par l'interaction de divers facteurs.

Il semble que nombre de dépressions franches ne soient pas reconnues par les membres du corps médical en raison de leur attitude à nier qu'une mère puisse être aux prises avec des difficultés à ce moment<sup>2</sup>. Dans une optique de prévention, les femmes enceintes devraient bénéficier d'un support les préparant activement à comprendre les problèmes émotionnels typi-

ques de l'accouchement et du post-partum. Ceci permettrait, croyons-nous, de diminuer l'anxiété et de dédramatiser les sentiments éprouvés en permettant aux femmes de les reconnaître, de les exprimer et d'avoir ainsi une meilleure prise sur ce moment de leur vie. Dans les cas de réactions dépressives marquées, il serait essentiel qu'un dépistage précoce puisse les identifier afin d'apporter une aide substantielle aux femmes qui en souffrent.

**NICOLE REEVES**

L'auteure est psychologue.

<sup>1</sup>HOPKINS, et al. -*Post Partum Depression: A Critical Review*. Psychological Bulletin, 95, no 3, 1984, p. 498-515;

<sup>2</sup>STEIN, G. -*The Maternity Blues in Motherhood and Mental Illness*, Academic Press, London, 1982, p. 119-153;

<sup>3</sup>LEIFER, M., -*Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood*-Genetic Psychology Monographs, 1977, 95, p. 55-96.

<sup>4</sup>HOPKINS et al. *ibid.*

<sup>5</sup>CUTRONA, C.F. -*Non psychotic post-partum depression. A review of recent research*- Clinical Psychology Review, 2, 1982, p. 487-503

<sup>6</sup>CUTRONA, *ibid.*

<sup>7</sup>OAKLAY, A., *Women confined: toward a sociology of childbirth*, Oxford, 1980, M. Robertson

<sup>8</sup>SAUCIER, J.F., *Le bébé imaginaire est-il une pure invention de psychanalystes?*, communication non publiée

<sup>9</sup>SAUCIER, *ibid.*

## DE L'AIDE !

A utrefois, dans les campagnes québécoises, durant les premières semaines de la vie d'un nourrisson, une jeune femme pouvait s'assurer les services d'une «releveuse» qui l'assistait pour l'aider à retrouver son équilibre. Dans quelques villes du Québec, les groupes **LES RELEVAILLES** perpétuent cette tradition. Inspiré d'une expérience réalisée à Vancouver, cet organisme a pu voir le jour grâce à une initia-

tive de l'Association canadienne pour la santé mentale.

### LE MARRAINAGE

Aux Relevailles, on favorise un type d'intervention : le marrainage. Qu'elles lancent elles-mêmes un coup de fil ou qu'elles soient adressées par un organisme du réseau des Affaires sociales, chaque cliente est jumelée avec une bénévoles qui viendra la visiter à domicile ou sortir avec elle au moins une fois par semaine.

Les bénévoles ne sont pas recrutées en fonction de leurs activités professionnelles, elles doivent cependant être mère.

## DOULE

*Le texte qui suit est une histoire fictive tant. La dépression post-partum peut parfois j'ont démontré qu'entre 8 et 15% des femmes poi dépression dans l'année suivant la naissance c*

*J'ai certainement dû être kidnappée. je me trouve et comment j'ai été amenée ici. Je ventre et mes entrailles crient de douleur. Je n tomberais sous les griffes d'un maniaque... Or que je n'arrive même pas à soulever ma tête.*

*Calme, je dois rester calme et réfléchi d'ici... On pleure. Ça bouge aussi. Il y a un bél je le sens près de mes jambes. Je n'ai pas la fc ressaisir, trouver l'énergie pour me lever et a seule longtemps.*

*Il a du goût ce maniaque. Cette chan ce bébé arrête de pleurer, je remettra peut-ê semble si petit qu'on dirait un nouveau-né. U brasser des casseroles. Quelqu'un cuisine de Vite, il me faut trouver une solution. Je veux faire un mouvement. Est-ce la douleur ou la*

*— Mon chéri, ton petit déjeuner est Il a parlé. S'adressait-il à moi ? C'est ça au cinéma. Mon agresseur me viole, me é déjeuner! Qui voudrait croire ça ? Ce type e*

*Chut ! Chut ! Cesse de pleurer bébé aussi? Il ne saurait en être autrement. Ton qu'il soit dément pour avoir fait une chose suffit que d'un peu de temps. Dès que je re Je vais lui en faire voir moi, un petit déjeu soumettra pas. S'il entre je hurle. Tu verra plus peur que nous... Toutes ces fleurs me*

*Dès que j'ai ouvert la porte, elle s' On aurait dit qu'elle venait de voir un mar près d'elle. Elle a murmuré qu'elle ne mar Elle a répondu que les fous ne méritaient crois qu'il avait faim. Elle n'a pas fait un é tout coeur que je vous amène ma femme. l'accouchement. C'est étrange, mais on d*

**NAT**

L'auteure es





# DOULEUR

*Le texte qui suit est une histoire fictive, la réalité qui s'y cache existe pourtant. La dépression post-partum peut parfois provoquer une grave dérive. Des études ont démontré qu'entre 8 et 15% des femmes pouvaient être en proie à une sévère dépression dans l'année suivant la naissance d'un enfant.*

J'ai certainement dû être kidnappée. Je ne me rappelle plus rien. J'ignore où je me trouve et comment j'ai été amenée ici. Je crois qu'on m'a aussi agressée. Mon ventre et mes entrailles crient de douleur. Je n'aurais jamais cru qu'un jour je tomberais sous les griffes d'un maniaque... On murmure tout près. J'ai tellement mal que je n'arrive même pas à soulever ma tête.

Calme, je dois rester calme et réféléchir. Il y a sûrement un moyen pour sortir d'ici... On pleure. Ça bouge aussi. Il y a un bébé dans ce lit. Je ne peux pas le voir mais je le sens près de mes jambes. Je n'ai pas la force pour tenter de l'agripper. Je dois me ressaisir, trouver l'énergie pour me lever et agir. Je ne serai vraisemblablement pas seule longtemps.

Il a du goût ce maniaque. Cette chambre est jolie mais il y a trop de fleurs. Si ce bébé arrête de pleurer, je remettrai peut-être de l'ordre dans mes idées. Il me semble si petit qu'on dirait un nouveau-né. Un bruit. Je ne suis plus seule. J'entends brasser des casseroles. Quelqu'un cuisine dans la pièce d'à côté. C'est ce fou sûrement. Vite, il me faut trouver une solution. Je veux me lever, m'échapper, mais je ne peux faire un mouvement. Est-ce la douleur ou la peur qui me retient ?

— Mon chéri, ton petit déjeuner est prêt.  
Il a parlé. S'adressait-il à moi ? C'est presque impossible. On ne voit même pas ça au cinéma. Mon agresseur me viole, me garde en captivité puis me sert le petit déjeuner! Qui voudrait croire ça ? Ce type est complètement dingue  
Chut ! Chut ! Cesse de pleurer bébé. Tu vas l'attirer. Est-ce qu'il t'a enlevé toi aussi? Il ne saurait en être autrement. Ton visage est plein de terreur. Il faut vraiment qu'il soit dément pour avoir fait une chose pareille... La fenêtre est grande; il ne me suffit que d'un peu de temps. Dès que je retrouverai mes forces, je m'enfuirai par là. Je vais lui en faire voir moi, un petit déjeuner. Il peut se le mettre où je pense. Je ne me soumettrai pas. S'il entre je hurle. Tu verras petit bébé, on sera deux à crier et il aura plus peur que nous... Toutes ces fleurs me donnent mal au coeur.»

Dès que j'ai ouvert la porte, elle s'est mise à hurler. Elle semblait horrifiée. On aurait dit qu'elle venait de voir un maniaque. J'ai posé le petit déjeuner sur le lit, près d'elle. Elle a murmuré qu'elle ne mangerait pas. Je lui ai demandé ce qu'elle avait. Elle a répondu que les fous ne méritaient que la mort. L'enfant hurlait à mourir; je crois qu'il avait faim. Elle n'a pas fait un geste pour s'en approcher... Ce n'est pas de tout coeur que je vous amène ma femme. Elle a besoin de soins. Elle est ainsi depuis l'accouchement. C'est étrange, mais on dirait que ça l'a rendue folle.

**NATHALIE ROY**

*L'auteure est étudiante en littérature.*

ouchement et du post-  
i permettrait. croyons-  
minuer l'anxiété et de  
es sentiments éprouvés  
aux femmes de les re-  
les exprimer et d'avoir  
lleure prise sur ce mo-  
ie. Dans les cas de réac-  
ves marquées, il serait  
dépistage précoce puisse  
fin d'apporter une aide  
ux femmes qui en souf-

**NICOLE REEVES**

logue.

*Post Partum Depression: A Critical  
nal Bulletin, 95, no 3, 1984, p.498-515;  
ternity Blues in Motherhood and  
emic Press, London, 1982, p. 119-153;  
logical changes accompanying preg-  
od-Genetic Pyschology Monographs.*

*on psychotic post-partum depression. A  
arch. - Clinical Psychology Review, 2,*

en confined: toward a sociology of  
080, M. Robertson  
bé imaginaire est-il une pure invention  
ommunication non publiée

## DE !

ans les campagnes québé-  
ant les premières semaines  
ourrisson, une jeune femme  
er les services d'une «rele-  
stait pour l'aider à retrouver  
Dans quelques villes du  
roupes **LES RELEVAILLES**  
te tradition. Inspiré d'une  
lisée à Vancouver, cet or-  
oir le jour grâce à une initia-

tive de l'Association canadienne pour la santé mentale.  
**LE MARRAINAGE**

Aux Relevailles, on favorise un type d'intervention : le marrainage. Qu'elles lancent elles-mêmes un coup de fil ou qu'elles soient adressées par un organisme du réseau des Affaires sociales, chaque cliente est jumelée avec une bénévoles qui viendra la visiter à domicile ou sortir avec elle au moins une fois par semaine.

Les bénévoles ne sont pas recrutées en fonction de leurs activités professionnelles, elles doivent cependant être mère.

Elles sont choisies pour leur capacité d'écoute et de compréhension, pour l'intérêt qu'elles manifestent devant les problèmes reliés à la maternité et pour leur esprit d'initiative. Grandes soeurs, confidentes, amies, elles sont encadrées et conseillées par des consultant-e-s.

On constate, qu'après un suivi moyen de quatre à cinq mois, 80% des mères en difficulté ont retrouvé leur équilibre. En

plus du m  
contres s  
nel-le-s.  
ciaux, y  
parents p  
les conce  
tion est  
parents c  
Démy  
briser l'is  
d'un eng  
exige un  
tout part

Extraits de  
de Québec

## DES PO POUR

Les  
aspect  
natale.  
en Eur  
tection  
Unis e  
D'apre  
par l  
santé  
péens-  
inféri  
plus.

La  
comp  
cong  
uses  
elles  
ditio  
gue  
son  
rém  
Le  
qu  
ou  
trav

prise sous  
ou fédérale  
le congé es  
fédéral de l  
les cas, le  
l'assurance-  
doit avoir e  
d'une dure  
semaines, a

UR

la réalité qui s'y cache existe pour provoquer une grave dérive. Des études avaient été en proie à une sévère censure.

Je ne me rappelle plus rien. J'ignore où j'étais quand on m'a aussi agressée. Mon mari n'aurait jamais cru qu'un jour je lui murmure tout près. J'ai tellement mal.

Il y a sûrement un moyen pour sortir de ce lit. Je ne peux pas le voir mais j'essaie pour tenter de l'agripper. Je dois me débattre. Je ne serai vraisemblablement pas.

La chambre est jolie mais il y a trop de fleurs. Si seulement j'avais pu être de l'ordre dans mes idées. Il me fait un bruit. Je ne suis plus seule. J'entends des voix dans la pièce d'à côté. C'est ce fou sûrement qui me fait lever, m'échapper, mais je ne peux pas. J'ai peur qui me retient ?

Je suis prêt. C'est presque impossible. On ne voit même pas la garde en captivité puis me sert le petit déjeuner complètement dingue.

Tu vas l'attirer. Est-ce qu'il t'a enlevé ton visage est plein de terreur. Il faut vraiment que tu sois pareille... La fenêtre est grande; il ne me trouvera pas. Je n'aurais pas mes forces, je m'enfuirai par là. Il peut se le mettre où je pense. Je ne me souviens pas du petit bébé, on sera deux à crier et il aura l'impression de donner mal au coeur.

Elle est mise à hurler. Elle semblait horrifiée. Ça va être épouvantable. J'ai posé le petit déjeuner sur le lit, ça n'aurait pas. Je lui ai demandé ce qu'elle avait dit que la mort. L'enfant hurlait à mourir; je n'aurais pas le geste pour s'en approcher... Ce n'est pas de la peur. Elle a besoin de soins. Elle est ainsi depuis le début. Ça l'a rendue folle.

HALIE ROY

étudiante en littérature.

plus du marrainage, des conférences-rencontres sont organisées. Des professionnels, psychologues ou travailleurs sociaux, y viennent rencontrer les jeunes parents pour discuter des problèmes qui les concernent. Un centre de documentation est également à la disposition des parents et des intervenant-e-s.

Démystifier le rôle de mère parfaite, briser l'isolement des femmes: il s'agit là d'un engagement social innovateur qui exige une motivation certaine et un intérêt tout particulier envers la mère et l'enfant.

Extraits de textes préparés par le groupe Les Relevailles de Québec.

### DES POLITIQUES POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Les congés de maternité sont un aspect important de la période post-natale. Contrairement à ce qui se passe en Europe, de façon générale, la protection maternelle et infantile aux États-Unis et au Canada est peu importante. D'après une étude européenne menée par l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup>, il semble que les pays européens ayant un produit national brut inférieur à celui du Canada ont fait plus pour la protection maternelle.

La situation au Québec est assez complexe en ce qui concerne le congé de maternité. Les travailleuses y ont droit dans la mesure où elles peuvent satisfaire certaines conditions d'admissibilité. Il faut distinguer entre la possibilité de quitter son emploi sans pénalité et la rémunération pendant ce congé. Le congé peut aussi varier selon que la travailleuse est syndiquée ou pas, et selon qu'elle travaille dans une entreprise sous juridiction provinciale ou fédérale.

Au niveau provincial le congé est de 18 semaines, au fédéral de 17 semaines. Dans tous les cas, le congé est payé par l'assurance-chômage. La femme doit avoir eu un emploi assurable d'une durée minimale de 20 semaines, à raison de 15 heures



PHOTO: LINF ALBERT

par semaine, et être en poste au moment de la conception. Elle aura 60% de son salaire hebdomadaire, jusqu'à un maximum de 210 \$ par semaine.

Sur cette question, le Conseil des Affaires sociales et de la famille<sup>2</sup> estime que le monde du travail, qui accueille de plus en plus de parents, demeure relativement réfractaire à la fonction parentale. Les conditions de base assurant des congés de maternité raisonnables font largement défaut dans la plupart des entreprises privées et constituent un frein à la venue d'enfants.

Toujours selon le Conseil, des mesures nouvelles s'imposent de la part de l'État et des entreprises. «Les femmes ne peuvent plus s'accommoder des prestations versées par le régime d'assurance-chômage actuellement travesti en assurance-maternité. Un véritable congé de maternité doit durer huit mois de façon à permettre un repos avant la naissance et à permettre l'allaitement tel que recommandé par les spécialistes du domaine. Notre société doit laisser aux mères le temps de bien partir leur bébé, comme disaient nos grands-mères, de l'allaiter et de jouir pleinement de ces

Rencontre post-natale à ALTERNATIVE-NAISSANCE



PHOTO: LUCIE DAMIEN

PHOTO: LUCIE HAMELIN

moments si précieux et si rares que sont les premiers mois de la vie d'un enfant.»

#### VOIR AILLEURS

D'autres pays ont réussi à mettre sur pied des programmes qui pourraient nous inspirer:

**En Hollande:** Les familles hollandaises bénéficient non seulement de la présence d'une sage-femme dix jours après la naissance pour le suivi à la mère et au nourisson mais aussi de celle d'une travailleuse formée pendant 16 mois au service à domicile, prenant charge de tâches domestiques et prodiguant des conseils pour les soins au nouveau-né.

**À Cuba:** Il est prévu pour la travailleuse un congé de maternité payé pendant 18 semaines dont 12 semaines à la période post-natale. Elle reçoit 100% de son salaire. De plus, la femme a droit à une journée payée par mois pour assurer les soins médicaux du bébé pendant sa première année de vie. Il existe aussi une sécurité de retour au travail, la femme conservant son poste jusqu'à un an après l'accouchement. Une autre mesure sociale le coût du logement qui varie en fonction du nombre d'enfants. Plus le nombre d'enfants est élevé, moins coûteux sera le loyer qui n'excède jamais 10% du revenu familial.

Cet article est extrait, pour la majeure partie, d'un travail de Françoise Moquin et Carole Morissette: *Tableau des politiques de santé maternelle et infantile en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique centrale*, présenté à l'Université de Montréal, automne 1987.

#### DES SERVICES À RÉCLAMER

Nous reprenons quelques idées avancées par une équipe de Mont-laurier dans une étude intitulée *Développer des services en post-natal: Une expérience à tenter*, réalisée en 1983.

- Sensibiliser le personnel hospitalier à la problématique du post-natal;
- Informer les femmes et les hommes des techniques (soins à donner, techniques d'allaitement, etc) utiles dans la période immédiate qui suit l'accouchement;
- Organiser des rencontres post-natales;
- Mettre sur pied un service de la petite enfance à l'intérieur des CLSC ou ailleurs, sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire qui offrirait conseils, infor-

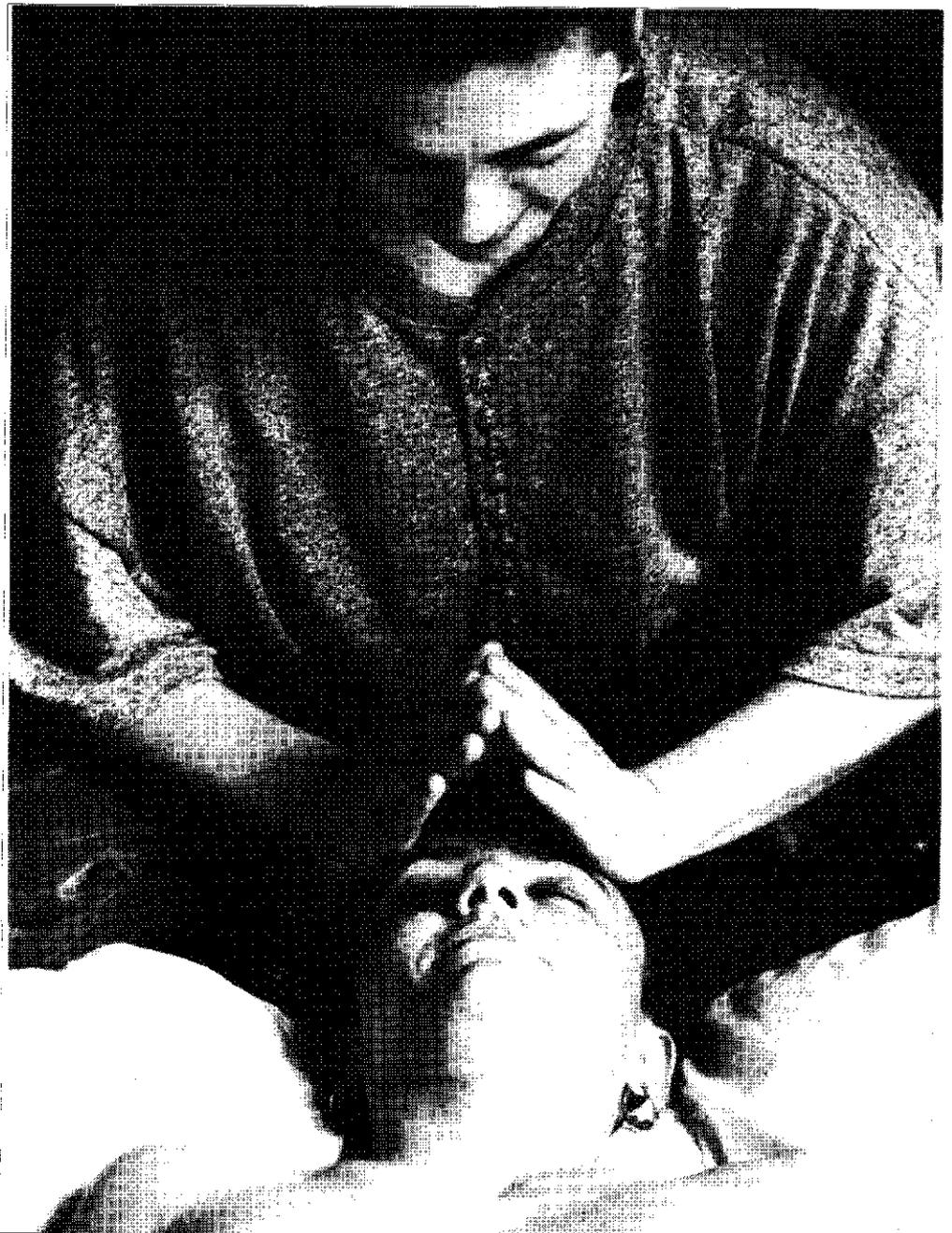
mation et échange sur les relations parents/enfants et le développement de l'enfant de six mois à six ans.

- Offrir aux femmes en période post-natale les services d'auxiliaires familiales à domicile.
- Prévoir des salons d'allaitement et de

*Diane Boulianne s'appretant à donner un massage*

pouponnage dans les endroits publics pour permettre aux mères de sortir avec leur bébé.

- Constituer des banques de parents-ressources qui pourraient prodiguer aide et conseils à de parents vivant des situations particulières (jumeaux, maladie ou handi-



cap).

- Mettre sur pied, en collaboration avec les centres de bénévolat, des services de grands-parents bénévoles pour du gardiennage occasionnel

- Organiser un réseau de garderies-

## UN MASSAGE POUR UN BABY BLUES

Le goût de devenir intervenante en post-natal est né de ma propre expérience : j'ai accouché et vécu ma période post-natale au Nouveau-Brunswick, où les services en périnatalité sont presque inexistants. Je ne savais pas ce qui m'arrivait, ce que j'étais en train de vivre, sauf que l'on m'avait dit qu'il y avait un «Baby Blues» possible après l'accouchement. Mais lorsqu'on est enceinte d'un premier enfant, ce n'est pas une priorité. J'étais davantage préoccupée par ma grossesse et par l'acte d'accoucher. Je ne pouvais pas imaginer une situation encore inconnue.

C'est à partir du moment où je l'ai vécu que j'ai constaté à quel point c'est prenant. Je ne savais pas à quoi ça rime, ce qui se passait en moi, ce que je pouvais faire, je n'étais pas informée, ce qui m'aurait permis de mieux réagir. Je sentais que mon besoin était profond.

Attendre, me reposer... Attendre quoi ? Pourtant je ne suis pas fatiguée, c'est quelque chose que je n'ai jamais ressentie. J'ai vu mon corps se transformer pendant les neuf mois de cette belle grossesse, parce que j'ai vécu une grossesse merveilleuse dans des conditions idéales, un accouchement qui à ce moment-là a été très satisfaisant. Seulement, voilà, quelques jours plus tard, je ne sais plus rien de moi. Qu'est-ce qui m'arrive ?

La période post-natale exige pour la femme une période d'adaptation en raison de plusieurs facteurs, à la fois d'ordre psychologique et physiologique. Il peut notamment y avoir un déséquilibre hormonal et des montées laiteuses. La femme n'est pas toujours satisfaite de son accouchement, tellement les attentes sont grandes. Les réactions du conjoint à ce moment unique dans la vie d'une femme sont loin d'être prévisibles et devenir mère ne se fait

pouponnières universel et gratuit.

<sup>1</sup> OMS, *Having a Baby in Europe*, 1985, 157 p.

<sup>2</sup> Avis du Conseil des affaires sociales et de la famille, «Pour être fier d'être parent», avril 1988

pas du jour au lendemain.

Toute l'attention des autres est portée sur le bébé. On a de plus en plus de mal à se sentir soi-même et surtout à réagir face à ces transformations de notre corps et de notre mental. Toutes ces raisons peuvent engendrer des pleurs, de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, parfois un état d'euphorie. Seule l'intensité de ces réactions varie d'une femme à l'autre et il est important de se réadapter physiquement.

### MIEUX ÊTRE PAR LE MASSAGE

J'ai éprouvé le besoin de me réapproprier mon corps après l'accouchement, de comprendre ce qui s'y passait, de le toucher, d'être touchée, de prendre le temps nécessaire pour m'adapter et d'être à l'écoute de moi-même. C'est ainsi que j'ai décidé de faire une formation en massothérapie pour inclure cette approche dans mon intervention post-natale.

Le massage peut aider à prendre ou à reprendre contact avec soi d'une façon concrète et pratique. Il encourage à s'accorder du temps, juste pour soi, pour se retrouver, se relancer dans la vie et surtout se laisser vivre ses émotions à travers le toucher et le contact.

La massothérapie peut aussi aider à prendre conscience des changements de notre corps, subis lors de la grossesse et de l'accouchement et à mieux les vivre. Une sensibilité différente de la peau, la taille qui n'est plus comme avant, le ventre vide, mou, flasque avec des vergetures, l'apparition d'hémorroïdes, les seins gonflés de lait : il est possible de travailler ces transformations de notre image corporelle par le massage. La peur d'être défor-

mée, la sensation contradictoire d'être à la fois belle et laide, une vie sexuelle parfois perturbée, ce ne sont pas des états d'âme irréversibles. Mais il est important de se permettre de vivre cette réalité.

Se sentir bien dans son corps peut passer par le massage pour soi, mais aussi avec le conjoint et le bébé. C'est un moyen de créer un lien, d'établir un rapprochement entre trois êtres. C'est un moyen agréable pour ne plus subir ces changements mais plutôt choisir de les vivre. Il me paraît donc nécessaire de travailler la massothérapie, non comme seule approche, mais en liaison avec d'autres intervenant-e-s. Nous devons décloisonner les différents services existants pour apporter une aide globale en post-natal. ■

**DIANE BOULIANNE**

Les personnes intéressées peuvent contacter l'auteure au (514) 849-9314.



# Allaiter et travailler :



PHOTO: JUDITH CRAWLEY

**La Ligue La Leche est un organisme qui cherche à promouvoir l'allaitement maternel. La présidente de cette organisation donne ici quelques conseils aux mères qui souhaitent travailler et allaiter. Nous y avons ajouté d'autres renseignements utiles.**

**V**ous prévoyez retourner au travail après la naissance de votre bébé et vous vous demandez si ça vaut la peine et si c'est réaliste de considérer l'allaitement. L'allaitement offre des avantages importants pour le bébé et la mère. Plusieurs mères l'ayant poursuivi après leur retour au travail considèrent que c'est plus facile que l'alimentation au biberon.

L'allaitement comporte deux avantages essentiels pour le bébé: une meilleure santé physique, à cause de la protection contre les infections, et une meilleure santé émotive parce que l'allaitement soutient le lien d'attachement (bonding) et développe la sécurité du bébé qui se sent aimé. Pour la mère, l'allaitement comporte aussi plusieurs avantages importants: commodité, pas de préparation spéciale ni d'efforts additionnels; économie d'argent, c'est gratuit; meilleure santé physique, incluant habituellement de meilleures habitudes alimentaires et une perte de poids graduelle; une meilleure santé émotive, à cause de l'attachement mère-enfant et de la tranquillité d'esprit.

Un bébé en bonne santé est un avantage indéniable pour la mère qui travaille. Les absences du travail pour cause de maladie chez le bébé sont, à toutes fins pratiques, nulles. Aussi, plusieurs mères trouvent que le contact étroit créé par l'allaitement aide à compenser la séparation. Allaiter le bébé tout juste avant

de partir travailler et dès le retour, et aussi souvent que le bébé en a besoin lorsque vous êtes ensemble, vous aidera à maintenir une bonne sécrétion lactée. Ainsi, le bébé associera le sein à sa mère et le biberon à sa gardienne. Vous serez donc une personne unique pour lui et vice-versa. C'est un sentiment important à cultiver car, souvent, la mère qui retourne sur le marché du travail se sent coupable de laisser son bébé à une gardienne, surtout lorsqu'elle constate qu'il s'attache à cette personne! La solution idéale serait de minimiser la séparation.

## S'ORGANISER

Il existe diverses façons de s'accommoder en matière d'allaitement et de travail. Chercher une gardienne près de son lieu de travail, ce qui permet d'allaiter le bébé à l'heure du dîner; utiliser les services de garderie en milieu de travail s'ils existent ou encore, travailler à la maison ou travailler à temps partiel.

Quelle que soit la solution envisagée, il est possible de poursuivre l'allaitement mais cela requiert de l'organisation. Il vous faudra planifier et vous organiser en tenant compte de vos besoins personnels et familiaux.

La première préoccupation d'une mère qui désire poursuivre l'allaitement après son retour au travail devrait être l'établissement et le maintien d'une bonne sécrétion lactée. Plus vous aurez de temps avec votre bébé, meilleures seront vos chances d'établir une bonne sécrétion lactée. En général, il faut compter au moins six semaines après la naissance du bébé, avant que l'allaitement soit bien installé. Il est donc préférable d'attendre au moins jusqu'à ce temps avant de retourner au travail. Essayez d'obtenir un congé de maternité le plus long possible: trois mois, six mois ou même plus.

Il vous faudra décider si vous tirez votre lait pour le conserver ou si vous préférez des biberons de lait maternisé. L'avantage du lait maternel est qu'il contient encore certaines immunoglobines, même après sa congélation, tandis que le lait maternisé n'en contient pas.

Tirer votre lait aide à maintenir la sécrétion lactée et vous évitera de vous sentir engorgée. Vous pourrez le faire manuellement ou avec un tire-lait. La technique d'extraction manuelle n'est pas toujours facile à maîtriser au début, mais avec le temps vous trouverez la technique qui vous convient le mieux. En général, les mères préfèrent cette façon à cause du coût (gratuit) et aussi à cause de sa commodité (pas besoin de transporter d'équipement spécialisé ou d'en faire l'entretien, un simple lavage des mains au savon et à l'eau fait l'affaire). Pour ce qui est des tire-laits, il en existe toute une variété fonctionnant de façon ma-

# est-ce possible?

nuelle ou électrique. Seule votre expérience personnelle avec de tels appareils vous dictera le meilleur choix.

## PLANIFIER

En attendant votre retour au travail vous aimerez peut-être accumuler une réserve de lait et la congeler. Ainsi vous ne vous sentirez pas minée lorsqu'une de ces journées, vous n'aurez pas réussi à tirer assez de lait pour les biberons du lendemain. J'ai connu une mère qui avait pris cette précaution et qui a pu ainsi retarder le moment d'avoir recours à un biberon de lait maternisé. Lorsque son bébé a eu sept mois, la banque de lait étant épuisée, la gardienne lui offrait un biberon de lait maternisé une fois par jour ou au besoin, et lorsque son alimentation est devenue plus variée, incluant plus d'aliments solides, le biberon de lait maternisé fut abandonné.

Si vous optez pour les suppléments de lait maternisé, vous pourrez consulter votre médecin ou votre nutritionniste, ou faire différents essais pour savoir quelle marque convient le mieux à votre bébé. Comme la plupart des suppléments de lait maternisé sont à base de lait de vache, ils comportent un risque potentiel d'allergie. Il serait donc préférable d'essayer le supplément avant votre retour au travail de façon à surveiller les réactions de votre bébé. Rappelez-vous que vous seule connaissez aussi bien votre bébé et êtes aussi sensible à ses réactions.

Une autre préoccupation sera de trouver une gardienne. Il existe plusieurs possibilités en ce domaine: garderie, pouponnière, gardienne à domicile, faire garder le bébé par votre conjoint, une voisine ou une parente. Il est important de retenir que la personne qui prendra soin de votre bébé devra être en accord avec le mode d'alimentation que vous avez choisi pour votre enfant. Si vous décidez de tirer votre lait au travail et de le garder pour les biberons du lendemain, il faudra vous assurer que cette personne suive bien vos instructions pour la conservation aussi bien que pour la façon de le réchauffer. De plus, vous n'aurez que faire de commentaires négatifs après une journée particulièrement éprouvante. Vous aurez besoin de vous entourer de personnes qui croient en ce que vous faites.

## S'INFORMER

Pour de l'information et du soutien, vous pouvez communiquer avec la Ligue La Leche. En plus de ses réunions mensuelles, La Leche offre différentes publications dans lesquelles vous trouverez plus de détails quant à la conservation du lait maternel, l'extraction manuelle, l'établissement d'une bonne sécrétion lactée et d'autres suggestions pratiques pour la mère qui retourne sur le marché du travail.

Il existe plusieurs possibilités en matière d'allaitement et de travail. Vous seule êtes en mesure d'établir ce que sont vos besoins et de trouver la solution qui convienne à vous et votre bébé. ■

## DANIELLE MICHAUD

Présidente du conseil d'administration de la Ligue La Leche (secteur du Québec et du Canada français)

## TRAVAILLER ET ALLAITER

- Travailler sur des quarts de travail variable permet difficilement le maintien d'une bonne sécrétion lactée et demande des arrangements variés pour faire garder le bébé.
- Allaiter son bébé durant l'heure de dîner exige une bonne part de flexibilité et de coopération, c'est un choix pour les mères qui ne peuvent tolérer d'être séparées de leur enfant toute la journée.
- Le travail à temps partiel permet d'allaiter beaucoup plus facilement même si on doit tirer son lait à l'occasion ou avoir recours à un biberon de lait maternisé. Il est bon de prévoir des arrangements pour travailler à temps partiel même temporairement.
- Le travail partagé est une nouvelle option combinant les avantages économiques d'un travail à temps plein et stable avec l'horaire beaucoup plus souple d'un travail à temps partiel.
- Le travail à la pigo permet à la mère de travailler moins et de choisir le moment qui lui convient le mieux; il peut parfois y avoir des pressions psychologiques.
- Le travail à la maison comme le travail à la pigo permet à la mère un plus grand contrôle sur son travail tant sur la quantité à accomplir que sur le temps où elle pourra le faire, il peut néanmoins se présenter des conflits d'ordre psychologique et organisationnel.
- Amener le bébé au travail est une bonne solution pour les mères qui ne veulent pas être séparées de leurs enfants; le succès de ce choix dépend de l'attitude de l'employeur, du nombre et de l'âge des enfants et du type d'emploi.
- Il n'y a pas qu'une seule solution. Vous êtes en mesure de choisir ce qui est valable pour vous et votre enfant.

Source: PRICE, Anne et DANA, Nancy. *The Working Woman's Guide to Breastfeeding*, Meadowbrook, New York, 1983, p.130, traduction libre.

## QUELQUES REPÈRES

- Le lait maternel non utilisé lors de la période d'allaitement précédente peut être donné à la prochaine période d'allaitement.
- Refroidir le lait maternel frais au réfrigérateur 30 minutes avant de le congeler.
- Le lait maternel frais ou décongelé se conserve une heure à la température de la pièce.
- Décongelé, le lait maternel se conserve 24 heures au réfrigérateur.
- Le lait maternel frais peut être réfrigéré pendant 24 heures avant d'être congelé.
- Le lait maternel frais se conserve 48 heures au réfrigérateur.
- Le lait maternel congelé se conserve trois semaines dans la section congélateur à même le réfrigérateur; trois mois dans la partie congélateur séparée du réfrigérateur et six mois à un an dans un congélateur dont la température demeure à 0° F au moins.

Source: *idem*, p. 92.

## ALLAITER SANS DANGER

Lorsqu'une travailleuse décide d'allaiter son enfant, elle peut bénéficier du retrait préventif pour allaitement si ses conditions de travail comportent des dangers pour la santé de l'enfant. Il est reconnu que la majorité des substances présentes dans le sang de la mère se retrouvent dans le lait maternel. C'est particulièrement le cas des substances qui se dissolvent bien dans

les graisses comme par exemple, les solvants organiques.

Peu de recherches ont été faites pour déterminer et préciser les substances et les conditions qui sont susceptibles d'affecter la santé des enfants allaités. Cependant, on sait que lorsque la mère travaille en présence de tétrachloroéthylène, de gaz anesthésiques, de mercure, de plomb, de cadmium ou de pesticides organochlorés, il est possible d'identifier ces substances dans le lait maternel.

On ignore les conséquences pour les nourrissons d'absorber des petites quantités de polluants. Mais on sait que chez les adultes, cela peut affecter le fonctionnement des organes comme le foie, les reins, les poumons. On peut donc présumer que si le lait de la mère est contaminé, il y aura des conséquences néfastes pour le bébé.

On ne devrait pas hésiter à demander un retrait préventif pour l'allaitement lorsqu'on le juge nécessaire.

Extrait de *Travailler sans danger. Le cahier du retrait préventif*, CSN, 1987. Cette brochure explique clairement les démarches à suivre pour faire une demande de retrait préventif à la Commission de la santé et sécurité au travail (CSST). Disponible aux bureaux régionaux de la Confédération des Syndicats Nationaux ou au Centre de documentation de la CSN, 1601 de Lorimier, Montréal, H2K 4M5. Tél. : (514) 598-2151.

PHOTO: JUDITH CRAWLEY



# La levée de fonds au

**Les groupes de femmes font face à une problématique spécifique en matière de levées de fonds et d'auto-financement. Le texte qui suit est extrait d'un recueil de documents produit dans le cadre du projet Financement/Levée de fonds mené par Naissance-Renaissance. La coordonnatrice du projet y expose quelques éléments d'analyse.**

PHOTO: JUDITH CRAWLEY

**D**ans le contexte actuel, où l'État se dégage de ses responsabilités face aux besoins financiers des groupes communautaires offrant des services essentiels à la population, «l'entreprise» de la levée de fonds est en train de devenir un secteur d'activité économique hautement compétitif. Le nombre des organismes solliciteurs s'accroît rapidement alors que le bassin des donateurs tend à diminuer. Enfin, les médias font état, quasi chaque semaine, du lancement d'une campagne de financement.

## LA SPÉCIFICITÉ QUÉBÉCOISE

Alors qu'aux États-Unis et au Canada anglais, la tradition philanthropique est depuis longtemps bien ancrée dans les moeurs, la situation est différente au Québec. Habitué-e-s de donner à l'Église qui a longtemps assumé une grande responsabilité en matière de services (santé, éducation, aide aux démuné-e-s), les Québécois-e-s n'ont pas transféré ce soutien financier aux organismes communautaires qui remplissent

s'assurer le concours des gens qui exercent des pressions dans leur propre institution et organisation, font un travail de sensibilisation et prônent des changements<sup>2</sup>.

Même animés par la volonté de diversifier leurs sources de financement, les groupes de femmes ont à franchir un grand nombre d'obstacles avant de bénéficier des conditions nécessaires au succès de leurs démarches. Pour illustrer la situation spécifique vécue par les groupes de femmes au Québec, quelques chiffres provenant d'une récente enquête pan-canadienne (1987)<sup>3</sup> et d'une recherche menée au Québec (1987) sont éloquentes:

- le don moyen individuel au Canada est de 42,10 \$ alors qu'il est de 26,10 \$ au Québec.
- 57 % des Canadien-ne-s considèrent important de supporter les organismes sans but lucratif, alors que seulement 46 % des Québécois-e-s expriment la même opinion.

- Au Canada, l'ensemble des contributions faites par les entreprises à tous les organismes de charité totalisaient en 1980, \$ 259,8 millions au Canada dont \$ 112,4 millions pour l'Ontario et \$ 66,9 millions pour le Québec.

- Parmi les sept secteurs les plus financés par les grandes entreprises canadiennes (qui assurent 70 % des dons provenant du milieu corporatif) celui des organismes communautaires ne vient qu'au sixième rang avec 18 % des budgets d'entreprise consacré aux dons.

## UNE NOUVELLE PROFESSION

Le développement de l'industrie de la levée de fonds au Québec est récent à un point tel que la profession de consultant-e dans ce domaine est encore une profession «sauvage» et non réglementée. Aux États-Unis et au Canada anglais, ces professionnels sont regroupés en associations nationales et ont établi des codes d'éthique. Par exemple, ces associations considèrent contraire à l'éthique d'être rémunéré au pourcentage des fonds recueillis.

Ici, ceux et celles qui ont décidé de faire carrière dans le domaine proviennent généralement des milieux des communications, des relations publiques et du marketing. Peu d'entre

eux/elles ont donc une véritable connaissance des spécificités des groupes communautaires et des groupes de femmes.

## LA BONNE RECETTE

En considérant quelques éléments de «recettes» identifiés par les spécialistes de la levée de fonds, on constate que la situation même des groupes de femmes pose problème à la réalisation de démarches fructueuses. Que faire des meilleures recettes quand on ne dispose pas des ingrédients nécessaires ?

maintenant ce rôle. Pour plusieurs, c'est à l'État qu'il revient de soutenir les groupes puisque «l'argent de l'État est notre argent et la collectivité est doublement imposée lorsqu'elle doit contribuer, en plus, au financement des groupes»<sup>1</sup>.

D'autres considèrent qu'il est de la responsabilité de tous les acteurs sociaux (État, entreprises, public) de supporter financièrement les groupes. Dans ce cas, on estime que «la recherche de fonds est un autre moyen de gagner des appuis à notre cause et de



# féminin

Ainsi, la perception que les donateurs peuvent avoir des groupes de femmes se traduit par certaines réalités frappantes. Le *Conference Board* des États-Unis estime que les causes féministes reçoivent 0,2 % des dons des sociétés et 3 % des subventions accordées par des fondations. Seulement 30 des 640 fondations canadiennes incluent les causes des femmes dans leurs priorités<sup>1</sup>.

Pour mieux illustrer cette problématique, voici une double liste où sont mis en parallèle les conditions de succès d'une campagne de levée de fonds et la situation des groupes de femmes (voir le tableau ci-contre).

## COMMENT S'EN SORTIR?

Toutes ces données nous amènent aux mêmes conclusions dont Dianne Kinnon faisait état dans sa recherche: «dans un climat de plus en plus conservateur, les sources de financement accessibles aux groupes de femmes risquent d'être réduites, même si ceux-ci se dotent de compétences accrues et de méthodes plus perfectionnées».

C'est donc à plusieurs niveaux que les actions doivent être entreprises afin d'accroître la diversification des sources de financement. De plus, toutes ces démarches d'auto-financement doivent contribuer à l'atteinte des objectifs premiers des groupes plutôt que de les en détourner.

Dans l'état actuel des choses, la levée de fonds chez les groupes doit être envisagée comme une activité de financement complémentaire à celle de l'État, s'inscrivant idéalement à l'intérieur de campagnes de visibilité. Ainsi, par des actions publiques, les groupes pourront-ils gagner l'appui nécessaire des publics ainsi que de tous les «acteurs» sociaux (État, entreprises, fondations, individus, organismes) et les amener à partager pleinement la responsabilité des services et activités communautaires essentiels à l'évolution vers un mieux-être de l'ensemble de la société. ■

**ANNE MICHAUD**

Un document-ressources à l'usage des groupes a été produit dans le cadre du projet. Il comprend une bibliographie commentée de matériel didactique sur la gestion, le fonctionnement, le financement et la levée de fonds, un répertoire d'organismes offrant des ressources de formation ainsi qu'un sommaire de notes de cours portant sur la levée de fonds. Ce document est disponible à Naissance-Renaissance.

<sup>1</sup> KINNON, D. *Au-delà de la vente de macarons, de la chasse aux subventions... la recherche de fonds dans les organisations féministes*. Secrétariat d'État, 1985, p.36

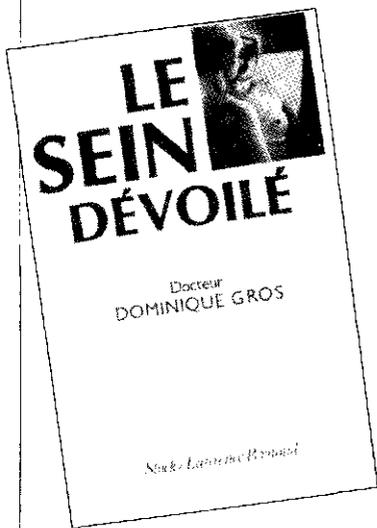
<sup>2</sup> *idem*, p.38

<sup>3</sup> «Mécénat et Philanthropie au Québec», Sociétal, mars 1987, p.12 et «Trends in Giving in Canada», publiés au printemps 1988 par le Canadian Centre for Philanthropy de Toronto.

<sup>4</sup> KINNON, D., *ibid.*, p.10

<sup>5</sup> *Idem*

CONDITIONS DE SUCCÈS DES LEVÉES DE FONDS	SITUATION DES GROUPES DE FEMMES
<b>ÊTRE ENREGISTRÉ COMME ORGANISME DE CHARITÉ AFIN D'ÉMETTRE DES REÇUS POUR FINS D'IMPÔT AUX DONATEURS/DONATRICES (MESURE INCITATIVE).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les groupes de pression/lobby, les groupes d'action politique ainsi que les associations et regroupements ne sont pas admissibles au statut d'organisme de charité.</li> <li>• les critères d'obtention du numéro de charité sont devenus de plus en plus restrictifs au cours des dernières années.</li> </ul>
<b>DÉFENDRE UNE «BONNE CAUSE», NON SUJETTE À CONTROVERSES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les causes dont les groupes de femmes font la promotion visent le changement social et portent donc souvent à controverse.</li> <li>• «Les groupes qui critiquent ouvertement certains secteurs du monde des affaires (ex : compagnies pharmaceutiques, investissements dans des régimes racistes) ne peuvent guère espérer recevoir de l'argent d'eux»<sup>5</sup>.</li> </ul>
<b>AVOIR DES AFFINITÉS AVEC LES DONATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les préjugés à l'égard du féminisme et des groupes de femmes sont encore bien ancrés dans les mentalités.</li> <li>• l'image des groupes de femmes projetée par les médias a été pour certains un obstacle au financement; tout groupe qui remet en question le modèle traditionnel des relations sociales est étiqueté «féministe radical» et présente un groupe marginal ayant peu de valeurs et de perceptions en commun avec le donateur éventuel.</li> </ul>
<b>AVOIR DE LA CRÉDIBILITÉ DANS LA COLLECTIVITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les groupes ne reçoivent pas la reconnaissance qui leur est due parce que leur expertise est souvent récupérée par les institutions sans que le crédit leur en soit donné.</li> </ul>
<b>AVOIR UN CONSEIL D'ADMINISTRATION COMPOSÉ DE BÉNÉVOLES «RICHES ET INFLUENTS».</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le conseil d'administration des groupes est la plupart du temps composé des usagères et des travailleuses du groupe.</li> </ul>
<b>AVOIR UNE STRUCTURE TRADITIONNELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• plusieurs groupes ont choisi d'avoir des structures plus collectives et plus novatrices.</li> </ul>
<b>AVOIR ACCÈS AUX RÉSEAUX D'INFLUENCE DU MILIEU DES AFFAIRES («OLD BOYS NETWORK»)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accès des femmes à ces réseaux est encore difficile, les femmes d'affaires développent d'ailleurs depuis peu leurs propres réseaux d'influences et d'entraide.</li> </ul>
<b>BÉNÉFICIER D'UNE GRANDE VISIBILITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les médias ne contribuent guère à diffuser adéquatement les nouvelles concernant les activités et prises de position des groupes.</li> </ul>
<b>DÉMONSTRER QUE L'ON AIDE DIRECTEMENT LES CLIENTÈLES VISÉES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les groupes de pression et les associations provinciales n'interviennent pas directement auprès des usagères.</li> </ul>
<b>DÉMONSTRER LA NATURE DE L'AIDE APPORTÉE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il est difficile de démontrer statistiquement l'impact du travail des groupes sur l'évolution des mentalités et des comportements</li> </ul>
<b>AVOIR DES FONDS POUR INVESTIR DANS UNE CAMPAGNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les bailleurs de fonds gouvernementaux pénalisent les groupes qui ont des surplus</li> <li>• les groupes disposent rarement de «coussins» ou de crédit</li> </ul>
<b>PLANIFIER DES DÉMARCHES DE LEVÉE DE FONDS À LONG TERME (3-5 ANS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la précarité financière des groupes et les conditions restrictives des projets d'emploi rendent la continuité et la planification à long terme très difficiles.</li> </ul>



## ÉLOGE DU SEIN

C'est avec une réticence extrême que j'ai abordé LE SEIN DÉVOILÉ. Je me méfie des hommes qui écrivent sur des sujets aussi intimement féminins. Dominique Gros me réconcilie avec ces «experts» qui depuis des années prétendent guider la vie des femmes, car il cherche à partager son savoir et de ce fait à limiter le pouvoir médical. Chirurgien, il se définit «sénologue» c'est-à-dire un spécialiste qui doit considérer le sein dans sa totalité et l'aborder en humaniste afin de comprendre toutes ses implications physiologiques et symboliques. Le sein est un monde en soi: reflet de la vie biologique et affective de la femme, témoin de la civilisation et élément de l'inconscient collectif. Son étude nécessite le microscope, la radiographie, l'endocrinologie, l'épidémiologie. Sa compréhension fait appel à l'histoire, à la psychologie, à l'ethnologie et à l'univers des arts.

LE SEIN DÉVOILÉ est une oeuvre complète qui étudie la question dans toutes ses rondeurs... Dans notre civilisation, le sein est un symbole sexuel omniprésent et tous, autant hommes que femmes, nous avons des difficultés à démêler notre perception du sein maternel et nourricier, du sein de la femme, de l'amante. L'auteur y voit la cause de la remise en question actuelle de l'allaitement et va jusqu'à affirmer que déposséder de la maternité et non-lactation vont de pair. Il apporte des images et

des idées fort intéressantes sur toute cette dialectique et remet, à mon sens, les choses à leur place.

«Le sein est la femme», voilà qui explique les nombreuses insatisfactions des femmes face à leurs seins, encore plus évidentes en Europe où la mode des seins nus sur les plages amène de plus en plus de femmes à la chirurgie esthétique. Cette affirmation explique aussi les inquiétudes causées par les bosses, les grosseurs, les seins qui coulent et la peur du cancer qui plane comme une ombre omniprésente.

Le sein est médicalisé. L'auteur dénonce l'attitude de la médecine qui exploite la peur des femmes. Dominique Gros ne se comporte pas en expert, au contraire, il rassure et donne plusieurs indications, par exemple pour atténuer les tensions pré-menstruelles et ne pas recourir aux hormones. Et si malheureusement le cancer existe, Dominique Gros propose différentes options chirurgicales ou autres, tout en dénonçant les interventions outrancières et mutilantes. Ce livre est de plus rédigé dans une langue vivante, fait de courts chapitres qui sauront captiver. Je l'ai de plus trouvé très sensuel, il reflète une véritable passion pour le sein. Un livre à lire par toutes (et tous) pour dévoiler ce sein à la fois mystifié et banalisé pour cesser d'avoir peur, pour se regarder avec des yeux nouveaux et satisfaits.

LE SEIN DÉVOILÉ, par le Docteur Dominique Gros, Stock/Laurence Pernaud 1987, 285 pages, 19,95 \$.



## LA NAISSANCE CONSIDÉRÉE COMME UN ART

L'ART DE NAITRE, quel titre! Alexandre Minkowski, est néonatalogiste, c'est un expert dans toute sa gloire, le «je» domine son écriture, et il est très conscient d'avoir fait l'histoire de la néonatalogie en France. L'ART DE NAITRE ne manque pas d'intérêt principalement pour les intervenant-e-s dans ce domaine. Mieux naître en Occident veut surtout dire: sauver des foetus de plus en plus jeunes et faire des bébés parfaits. De ce fait plusieurs chapitres du livre sont consacrés à la néonatalogie de hauts risques, à l'évolution et à la maturation de différents organes du foetus, foie, cerveau, poumons. Le chapitre sur le diagnostic prénatal et la médecine foetale m'inquiète car il peut entraîner des conséquences désastreuses pour les femmes et les bébés à naître. Le développement de ces nouvelles techniques apparaît, à travers les propos de l'auteur, essentiel à l'amélioration de la qualité de la naissance.

Après un survol anthropologique de la naissance dans différentes cultures, L'ART DE NAITRE s'attarde sur le «désastre de la naissance dans le tiers monde». C'est un plaidoyer pour l'amélioration des conditions de naissance et l'auteur y établit un plan d'intervention qui s'adresse principalement à des spécialistes. Ici encore, malgré une approche qui tend à respecter les

coutumes et les moeurs des différents pays, Alexandre Minkowski propose une médicalisation de la naissance que je juge outrancière. Bien sûr, il est en faveur des sages-femmes qu'il dit être des intervenantes privilégiées faisant le pont entre les diverses cultures, mais il prône aussi la vaccination massive et une conception de la «santé» tout à fait occidentale. Un livre intéressant certes qui cependant ne peut rejoindre un large public et demande à être lu avec vigilance et esprit critique.

MICHÈLE CHAMPAGNE

L'ART DE NAITRE, par Alexandre Minkowski, éditions Odile Jacob, 1987, 280 pages, 29,95 \$.

L'ESSENTIELLE, la librairie des femmes, offre 15% de rabais sur ces quatre titres jusqu'au 1er novembre. Commandes postales acceptées (Visa, MasterCard, mandat ou chèque). Ajouter les frais de poste: 0.75 \$ pour un livre et 0.25 \$ par livre additionnel. L'essentielle 420 rue Rachel est, Montréal, QC, H2J 2G7. Tel.: (514) 844-3277.



## DES ENFANTS SAINS... MÊME SANS MÉDECIN

L'auteur, le docteur Mendelsohn, pédiatre expérimenté, explique dans cet ouvrage qu'il ne faut pas toujours consulter un médecin pour résoudre les troubles de santé de ses enfants. Il critique sa propre spécialité, convaincu que les pédiatres américains ne pratiquent pas toujours la meilleure médecine et que dans 95% des cas d'indispositions infantiles, il est inutile, voire dangereux d'appeler le médecin. L'auteur croit que les parents en savent souvent beaucoup plus sur leur enfant que le spécialiste. Il insiste beaucoup sur l'alimentation et l'allaitement maternel. Il aborde différents problèmes de santé qui peuvent survenir chez l'enfant : la fièvre, les otites, même l'hyperactivité. Il prend le temps de réviser toutes les maladies d'enfance pour s'opposer à l'immunisation par les vaccins; il fait même des liens entre la vaccination et la mort subite du nourrisson ! Bref, nous dit-il, faites attention, ne consultez pas un médecin trop vite et n'acceptez l'hospitalisation que si la vie de votre enfant est en danger !

Il n'est cependant pas toujours facile de se sentir à l'aise dans l'application de ses conseils. Il est en mesure de les donner parce qu'il a vu des milliers d'enfants malades, qu'il a des connaissances médicales et qu'il peut faire un diagnostic. Alors que les nouveaux parents, eux, n'ont pas trente

ans d'expérience et ils ne voient qu'un seul enfant, le leur. Il a mal, il pleure, il respire difficilement. Comment être aussi dégagé face à semblable situation ? L'auteur demande aux parents d'avoir le sang froid des secouristes et d'être capables d'évaluer si l'enfant a besoin d'hospitalisation ou non. C'est beaucoup demander.

Le message sur lequel il insiste, c'est que vous êtes le principal intervenant dans la santé de votre enfant.

Le chapitre intitulé *Le petit guide du docteur Mendelsohn* est bien fait. Et il est rassurant de constater que ses affirmations sont fondées sur des études scientifiques sérieuses.

Ce livre demeure précieux pour les parents qui ne veulent pas tout accepter de la médecine, mais on aurait pu souhaiter qu'il suggère plus souvent des moyens d'action alternatifs. Cependant, vous devrez utiliser toute votre volonté pour venir à bout d'un obstacle important : une mauvaise typographie et une mise en page sans imagination rendent la lecture difficile, voire mauvaise pour la santé, du moins celle des yeux.

Signalons en dernier lieu que le docteur Mendelsohn est décédé récemment.

**CÉLINE LEMAY**

DES ENFANTS SAINS... MÊME SANS MÉDECIN, par Robert S. Mendelsohn, Collection Santé, Éditions Soleil, 291 pages, 28,50 \$

## LE PLAISIR DE LA SANTÉ

Louise Lambert-Lagacé est bien connue au Québec et sa réputation n'est plus à faire. Son dernier livre s'adresse aux femmes, l'alimentation n'est-elle pas traditionnellement leur domaine ? Ce qui est novateur c'est qu'elle s'adresse aux femmes pour elles-mêmes et les incite à réagir et à amorcer un virage vers la santé. En alimentation, les messages sont nombreux et la publicité en offre plus qu'il n'en faut. Qui en effet n'a pas noté l'attitude des producteurs de lait, vantant à qui mieux mieux la teneur en calcium de leurs produits alors que l'ostéoporose devenait le nouveau fléau à combattre et guettait dangereusement chaque femme ménopausée.

LE DÉFI ALIMENTAIRE DE LA FEMME n'est pas qu'un livre de référence, il est le fruit d'une réflexion sur l'alimentation et d'un cheminement personnel. Il propose une nouvelle orientation : la diététique douce. Les femmes ingurgitent à peu près 1,700 calories par jour. Le besoin calorique des femmes diminue à cause de la baisse de l'effort physique, mais non leur besoin en minéraux. «Le verdict est clair : la femme des années 80 mange peu, elle n'absorbe pas assez d'aliments nutritifs et ce faisant, ne rencontre plus ses besoins nutritionnels.» Le défi alimentaire des femmes est très différent de celui des hommes car leurs besoins en fer, en calcium et en

magnésium sont beaucoup plus élevés et elles doivent manger moins; nous sommes à l'époque du «fast food», du grignotage, du restaurant hebdomadaire et de la taille de guêpe. Que de contradictions! Répondre à ses besoins alimentaires est une chose, vivre en santé en est une autre et signifie être bien dans sa peau, se ménager des moments d'exercices et de détente, déléguer les surcharges de travail à la maison comme ailleurs, oublier le pèse-personne et mordre la vie à belles dents.

Louise Lambert-Lagacé nous propose un mode d'alimentation qui comble nos besoins, il suffit de faire un choix. Elle établit les rations quotidiennes, indique les sources de fer, de calcium et de magnésium dans la viande, les fruits, les légumes, les noix ainsi que dans les légumineuses et leurs dérivés, elle suggère des menus, indique ce qui aide à l'absorption de ces minéraux et la façon de les cuisiner.

C'est un défi qui n'est pas facile à relever puisqu'il exige la volonté de prendre soin de soi. Il favorise une relation saine avec la nourriture, développe le plaisir de manger et propose un pas de géant vers la santé. ■

**MICHÈLE CHAMPAGNE**

LE DÉFI ALIMENTAIRE DE LA FEMME par Louise Lambert-Lagacé, éditions de l'homme, 1988, 234 pages, 14,95 \$.

## UN PREMIER CENTRE DE MATERNITÉ À QUÉBEC : Un projet conçu et proposé par des sages-femmes

C'est au terme de six ans d'échanges, de réflexion, de recherches faites entre femmes, sages-femmes et divers professionnels que le centre de maternité de Québec verra le jour aussitôt que le gouvernement du Québec décidera d'une politique en la matière.

En réponse au besoin maintes fois exprimé d'un lieu alternatif de naissance en dehors de l'hôpital, le temps est venu d'expérimenter l'intégration des sages-femmes dans notre système de santé. Suite à l'évaluation de la pratique sage-femme et dans une volonté de rationalisation des coûts entourant la naissance, il faut maintenant permettre à des sages-femmes de se produire en «solo» dans l'orchestre des travailleurs de la santé pour mieux les connaître et comprendre ce qu'elles apporteront.

### PLUS QU'UN LIEU POUR ACCOUCHER

L'implantation d'un centre de maternité à proximité d'un hôpital présentera la particularité d'être opéré par des sages-femmes en collaboration étroite avec les services médicaux existants (Centre hospitalier, DSC, CLSC). On y fera une centaine de préparations d'accouchements et de suivis par année. Un centre de documentation spécialisé en périnatalité y sera intégré. Et enfin, une recherche-action participative sera menée pendant tout le déroulement du projet.

### NOUVEL ÉCLAIRAGE,

### NOUVELLES OBSERVATIONS

Le projet d'une durée de trois ans comporte quatre volets: l'aspect socio-obstétrical, la documentation, la recherche et la gestion. Il permettra :  
1- De vérifier les avantages et les difficultés d'une pratique sage-femme.  
2- D'observer le fonctionnement d'un lieu de naissances intégrant l'ensemble des services dans un même endroit sauf pour certains examens : (laboratoire, échographie, etc).  
3- De démontrer la viabilité d'une pratique sage-femme adaptée au Québec, appliquant le principe de la continuité, développant une appro-

che globale et mettant l'accent sur la prévention.

4- De préciser un profil de sage-femme habilitée à répondre aux besoins des clientèles particulières (régions excentriques, adolescentes).

5- De vérifier les postulats selon lesquels il est possible de réduire les coûts des services tout en conservant l'aspect qualité-sécurité grâce à un service différent.

6- D'évaluer l'impact de cette pratique sur la santé de la mère et de son enfant.

7- De déterminer la pertinence et les conditions de développement de tels centres en régions périphériques en tenant compte des caractéristiques suivantes : dimension réduite, flexibilité, minimum d'intervenant-e-s; privilégiant l'environnement familial et les ressources locales.

### LES RESSOURCES

Trois sages-femmes y exerceront à plein temps, assistées par deux ou trois occasionnelles. Le personnel de soutien (trois personnes) sera responsable de l'accueil, du secrétariat, de l'entretien et des repas. Une maison unifamiliale (11 pièces ou plus) comprenant l'équipement approprié abritera le centre et un budget de 780 618 \$ (pour trois ans) sera nécessaire. Des consultants externes seront disponibles sur demande. Une collaboration étroite est prévue avec l'hôpital St-Sacrement, particulièrement avec le département d'obstétrique, à partir d'ententes pour le transfert des clientes, la formation continue du person-

nel. La collaboration de spécialistes en recherche et évaluation est aussi sollicitée. Un conseil d'administration de six à huit personnes, comprenant sage-femme, obstétricien, usagère, gestionnaire et représentant gouvernemental, veillera au bon fonctionnement de ce projet-pilote.

### LA CLIENTÈLE CONVIEE

Toute femme enceinte ne présentant pas de hauts risques médicaux et dont la grossesse se déroule normalement pourra se présenter au centre. Cette clientèle devra participer au programme de suivi continu du centre. Les femmes qui viendront au centre ne souhaiteront qu'une anesthésie locale au cours du travail et de l'accouchement, si cela s'avère nécessaire. Le centre accueillera aussi les clientèles à risques psycho-sociaux. Le temps de consultation individuelle de 45 heures alloué par cliente ou couple doit permettre une meilleure prévention pour les grossesses à risques sociaux élevés de même que pour certains groupes cibles.

### DES FONDS PUBLICS

### BIEN INVESTIS

Selon les estimations, les budgets actuellement consacrés à 300 accouchements en milieu hospitalier (incluant le suivi pré et post-natal) permettraient d'assurer le fonctionnement du centre au plan de l'obstétrique, de la formation, de la documentation et de la gestion, tout en réalisant une économie approximative de 87 000 \$ sur les trois années. Ainsi, ce projet-pilote n'engendre au-

cune dépense supplémentaire au niveau du système de santé actuel.

### LIEU ET TEMPS DE RECHERCHE

La conduite d'une expérimentation novatrice dans un cadre de recherche-action ajoutée à celle-ci une double dimension : le défi permanent de l'action soumise au regard critique de la recherche, qui à son tour permet de modifier l'action et la participation des accouchées dans le processus de perfectionnement de l'expérimentation. La recherche-action n'est pas une activité de la sage-femme qui s'est donnée un laboratoire privilégié grâce à ses clientes; il s'agit beaucoup plus d'une relation qualitative entre praticienne et cliente, une découverte constante et mutuelle entre les deux partenaires de recherche en vue d'arriver à des inductions qui mèneront à des principes d'action pour les futures clientes. En somme, il s'agit non seulement de mener une expérimentation, mais d'utiliser une pratique pour bâtir un corpus de données précises, rigoureuses, basées sur un certain nombre d'indicateurs, dans un processus d'ordre scientifique ayant ses principes et sa théorie.

### LES APPUIS AU PROJET

La population de Québec a manifesté son appui au projet dans un pétition présentée à Mme Lavoie-Roux. D'autres appuis sont venus du département d'obstétrique et de gynécologie du Centre hospitalier St-Sacrement, du département de santé communautaire du CHUL, du CLSC de la basse-ville de Québec, du CRSSS de la région trois et du Conseil du statut de la femme. Ces appuis démontrent bien la possibilité d'une collaboration professionnelle dans la mise en route d'un tel projet qui marquera la fin d'une période où les sages-femmes formées devaient cacher leur diplôme pour éviter des ennuis. ■

LUCIE COUILLARD  
GERTRUDE LAVOIE

Les auteurs sont sage-femmes et initiatrices du projet.

COMPARAISON DU COÛT MOYEN D'UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER ET AU CENTRE DE MATERNITÉ

	COÛTS	
	en milieu hospitalier	en centre de maternité
Honoraires ou salaires	584.32	605.55*
Hospitalisation pour la mère et le bébé	1819.32	765.97
Pré et post-natal collectif et individuel	348.39	252.22
Total	2751.83	1623.74
<b>Différence de coûts</b>		<b>1128.09</b>

\* incluant présence durant tout le travail

## L'HAPTONOMIE

«Hapto», en grec signifie : je touche, j'harmonise, je réunis, j'établis une relation, je prends contact pour rendre sain, pour soigner et guérir. «Hapsis» désigne le toucher, le tact, le sentiment, la sensation. L'haptonomie, science fondamentale de l'affectivité, s'intéresse aux facultés de contact et de représentation de soi par l'être humain, qui, dans notre civilisation, sont réprimées, atrophiées par la domination du cérébral,

PHOTO: LUCIE DAMELIN



le tabou du toucher, l'interdit d'exprimer des sentiments venant «confirmer affectivement» la relation. L'approche haptonomique tend à développer ces facultés et à promouvoir une ouverture au monde, une bonne santé psychique, respectant la vie et l'autonomie de l'individu. Ce n'est ni une méthode, ni une technique, c'est plutôt un mode de vie, un rapport au monde.» Appelée par son fondateur, le docteur Frans Veldman, la science de l'affectivité, l'haptonomie peut être appliquée dans des domaines aussi variés que ceux de la relation thérapeutique, du travail corporel et de la périnatalité.

Lors d'un colloque organisé en mai dernier par le Réseau d'action pour une santé intégrale (RAPS), auquel participait le docteur Veldman, on a pu assister à des démonstrations de l'approche haptonomique. Les participants-e-s ont été étonné-e-s de constater à quel point un «contact haptonomique» peut insensibiliser à la douleur. En état de prolongement avec le thérapeute, le sujet ne ressentait plus la douleur avec la même intensité; ses tissus et ses muscles avaient perdu leur résistance habituelle.

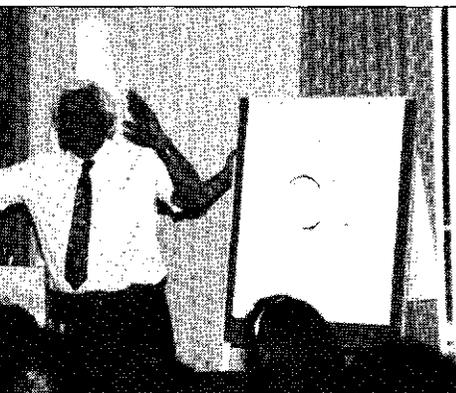
L'approche haptonomique appliquée à la grossesse vise à créer les conditions optimales tant physiologiques que psychiques pour le développement réciproque de l'attachement enfant-parents. Lors du colloque, les

démonstrations du docteur Veldman nous ont permis d'assister au dialogue entre le bébé, la femme enceinte et son conjoint. Invité à répondre au contact dans lequel la personne qui le touchait à travers le ventre de la mère mettait tout son amour et sa tendresse, le bébé suivait la main en faisant onduler sous nos yeux le ventre maternel. Effet saisissant ! On avait d'ailleurs pu voir dans la série «Le bébé est une personne» diffusée l'hiver dernier à Radio-Québec, une présentation de cette approche.

Par ailleurs, l'haptonomie modifie la tonicité de la paroi abdominale et du périnée, donnant à la musculature une élasticité, une tonicité et une extensibilité qui procurent à l'enfant espace et liberté.

Toute femme enceinte entre naturellement en contact avec son bébé en posant les mains sur son ventre. Mais, à l'aide de l'haptonomie on peut améliorer ce contact, devenir plus présent au bébé que l'on porte, l'aider à se

placer de façon à favoriser un meilleur travail. C'est aussi possible d'apprendre à accompagner le bébé durant le travail, à se prolonger en lui pour rendre les douleurs supportables ou les faire diminuer.



Le docteur Frans Veldman au colloque du RAPS

PHOTO: PAUL MARTEL

man dont Monique Rioux, infirmière dans un CLSC de Montréal : «C'est un véritable travail sur soi que cette

formation nous amène à faire. On apprend à développer cette faculté de présence à l'autre par le toucher. Je commence actuellement à recevoir des couples enceints (entre quatre mois et demi à six mois) pour les aider à entrer en contact avec leur bébé et à le bercer. Plus tard, je pourrai aider des couples à vivre un accouchement plus harmonieux, moins douloureux et plus centré sur le bébé, et à prendre ensuite soin de leur bébé à la manière haptonomique. Le RAPS regroupe environ 200 thérapeutes reconnus. Il figure parmi les organismes qui travaillent le plus activement à la reconnaissance légale des approches alternatives en santé au Québec.

Source: notes du colloque du RAPS et le livre de Maïté Jacquet et Mathilde Nobécourt «Une année dans la vie d'une femme». Pour en savoir plus long, lire «La première histoire d'amour» dans le Guide-Ressources vol. 3, no 3, 1988 ou contacter Monique Rioux au 514-489-8414.

**LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS PENDANT LA GROSSESSE**

Le Dr Gilles Lortie est psychiatre et travaille depuis plusieurs années à l'hôpital Ste-Justine; il a été amené à intervenir auprès de femmes enceintes dont les problèmes de nausées et vomissements ont nécessité leur hospitalisation. Le phénomène des nausées de grossesse est encore mal expliqué. Il peut être présent la plupart du temps jusque vers la 10<sup>ème</sup> ou 12<sup>ème</sup> semaine. Les explications par l'augmentation du taux d'hormone

gonadotropine chorionique n'ont pas résisté aux recherches.

On a relevé que plus de 50% des femmes ont vomi au moins une fois durant les seize premières semaines de grossesse, alors qu'environ 60% des femmes ont des problèmes de nausées. Souvent l'obstétricien considère les vomissements comme banals, à moins qu'ils ne provoquent une malnutrition sévère ou un débâlement électrolytique. Il en va évidemment autrement pour la femme qui vit cette condition, et dont la vie et le fonctionnement sont absolument bouleversés !

L'interprétation proposée par le docteur Lortie, dans sa conférence prononcée au colloque sur la naissance organisé par le RAPSI, découle de son intervention auprès de 40 femmes ayant de six à 15 semaines de grossesse qui avaient perdu de deux à 11 kg et qui ne gardaient aucun aliment. Sans écarter complètement les causes physiologiques, son expérience lui a démontré que le problème des vomissements

incoercibles (à ne pas confondre avec les simples nausées du matin) a surtout des origines psychologiques. D'ailleurs, l'usage de tranquillisants donne habituellement d'excellents résultats, ce qui confirme l'étiologie psychologique. Selon lui, les symptômes doivent être compris dans leur sens symbolique de rejet, un rejet très violent et non-exprimé autrement. Il souligne l'excellente approche de Madame Agnès Higgins, fondatrice du Montreal Diet Dispensary, un organisme internationalement reconnu, qui avait intuitivement découvert un traitement efficace pour les vomissements graves : elle se rendait chez la femme, la faisait coucher et lui servait du lait chaud sucré, puis, des céréales pour bébé et après quelques jours, le problème était réglé !

D'après le Dr Lortie, les vomissements sévères proviennent presque toujours d'un problème dans la relation entre cette femme et sa mère. Plus de la moitié des femmes ont espéré que leur mère les encourage à devenir mères mais ne reçoivent pas un tel encouragement le moment

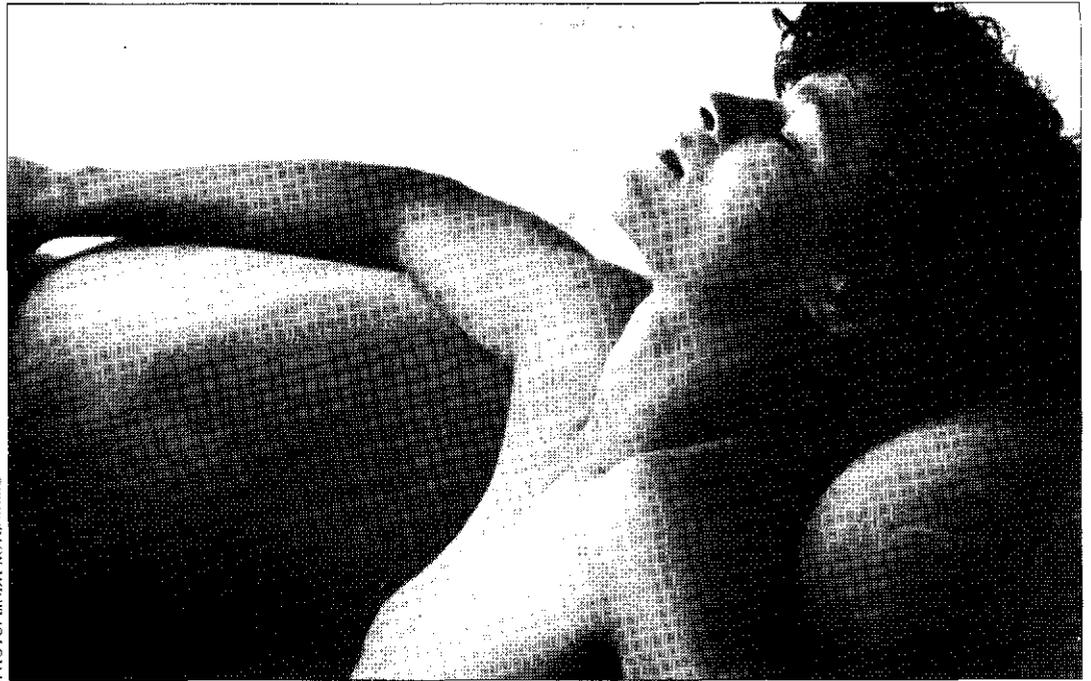


PHOTO: LINDA RUTENBERG

venu. La plupart du temps, le seul fait de verbaliser les tensions dans la relation mère-fille vient à bout du problème. La relation n'est pas nécessairement problématique, elle est parfois excellente, mais alors l'éloignement empêche de recevoir de sa mère le soutien nécessaire. Le Dr Lortie a souvent conseillé à des Chiliennes, Libanaises, Vietnamiennes qui le consultaient et dont la mère était au loin, d'écrire longuement à leur mère en lui racontant tout ce dont elles souffraient... Ce qui avait pour effet d'arrêter ou de diminuer significativement les symptômes !

Certains chercheurs ont voulu expliquer les nausées par un rejet inconscient du fœtus. Le Dr Lortie n'a jamais rencontré cette réalité, mais plutôt celle d'un rejet de quelque chose qui ne marche pas dans une relation primordiale, le plus souvent la relation avec la mère. Bref, il traite des femmes dont le symptôme d'angoisse est la nausée. Avec l'expérience, ses interventions sont plus directes et visent à donner des résultats rapides parce que la condition de ces femmes est misérable et que la grossesse est

courte. Mais la plupart du temps, les femmes, trouvant une écoute compétente, font elles-mêmes l'interprétation de ce qu'elles vivent, probablement parce que l'inconscient des femmes est à fleur de peau pendant la grossesse et donc beaucoup plus accessible.

Source: Conférence lors du colloque sur la naissance organisé par le RAPSI

### TROIS...

Chantal Diotte, une Lavalloise de 23 ans, a donné naissance à des triplées, trois filles de 2,3 kg chacune. À 36 semaines de grossesse, après deux mois d'hospitalisation et de difficulté à dormir et même à respirer (elle mesure 5 pieds et son utérus était à 50 cm !), son obstétricien, le docteur Michel Tardif, a rompu ses membranes. Une heure plus tard, ses filles étaient dans ses bras ! Un accouchement sans histoire, où la seule intervention aura été une épisiotomie mineure. Mais pour en arriver là, le Dr Tardif a dû affronter l'opinion bien arrêtée de ses collègues pour qui le verdict était très clair: césarienne sur

rendez-vous ! D'ailleurs, il ne s'éloignait plus de son domicile depuis quelques temps, pour ne pas manquer cet accouchement... qui aurait été une césarienne ! Le Dr Tardif croit que la première cause de l'augmentation des césariennes est la peur des poursuites. Très content de sa décision, et très ému, il espère que son expérience encouragera d'autres médecins à écarter la césarienne quand elle n'a pas d'indication claire.

Source: Journal de Montréal, mardi 7 juin 1988

### ET SEPT !

Pendant ce temps, à Saringpur, petit village de l'ouest de l'Inde, une femme a donné naissance à des septuplés, cinq garçons et deux filles ! La naissance multiple a eu lieu avec l'aide de la sage-femme du village voisin, et les sept bébés sont tous en bonne santé ! ■

Source: Le Devoir, 11 juin 1988



## Relaxation pré-natale

INSTITUT DE  
CROISSANCE  
HOLISTIQUE

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

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

### THÉRAPEUTE :

**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

## NICOLE REEVES, M.A.

PSYCHOLOGUE, M. Sc. et Ph. D. en psychologie

ÉVALUATION, CONSULTATION  
PSYCHOTHÉRAPIE INDIVIDUELLE

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

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. G1R 2L1  
Dist. QUÉBEC LIVRES  
Montréal, QC - H1R 3N1

Seulement \$ 20 pour tout  
un trésor

VÊTEMENTS de MATERNITÉ  
CADEAUX ET LAYETTE de BÉBÉS

Boutique

*Maternellement Votre*  
Inc.

FERNANDE G. LEPINE  
PROPRIÉTAIRE



585-7755

GALERIE RIVE NORD  
100 BOUL BRIEN  
REPENTIGNY QUE  
J6A 5N4

TÉL. : 849-6006

*Claire L. Potvin, M.Ps.*

PSYCHOLOGUE/Psychologist  
ENFANTS (CHILDREN) / ADOLESCENTS

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

## MASSAGE POUR BÉBÉ

*Théorie, pratique, techniques  
pour soulager colique, gaz*

*5 rencontres post-natales*

*Annick Ebacher pht  
membre de FLAMI*

*(514) 767-0944*

*l'essentielle*  
*(anciennement Arbre-Epine)*

*la librairie des femmes*

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

*420 est. rue Rachel Montréal  
H2J 2G7 tel. 844-5277*



CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES  
POUR LA CRÉATIVITÉ PAR LES ARTS

## LES ESPACES DE LA VOIX

### CYCLES DE 4 RENCONTRES DE 2 H. SUR LES ESPACES VOCALUX 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

## LIGUE LA LECHE

SYMPOSIUM ANNUEL  
SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

à Montréal et à Québec  
en octobre 1988

Information: Symposium LLL  
514-747-9127

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

# Lune à l'autre

LA REVUE DE  
NAISSANCE-RENAISSANCE

PROCEUREZ-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 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), Storer et le corps des femmes, les maisons de naissance en France.



**VOLUME 3, NO 1** La grossesse à l'adolescence, comment parler plainte, les plaintes médicales, 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, Tosiéopamine, natation et grossesse, le Dapo-Provera, comate rendu au colloque de Naissance-Renaissance.



**VOLUME 3, NO 4** Dossier témoignage, les doulis 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 veicorona, les NTR, et le mouvement d'humanisation des naissances, pourquoi accoucher par césarienne? Michel Odent, une vidéo sur les maisons de naissances.



**VOLUME 5, NO 2** Un bébé après 35 ans, pourquoi pas? amniocentèse et biopsie des villosités chorales, pour la législation des sages-femmes.

POINTS DE DISTRIBUTION DE LA REVUE: **MONTREAL**: Les Maisons de la Presse Internationale, Librairie Renduc-Broy, Librairie Letria Son, Librairies Harmonia, Vainmag, Multimag. **QUEBEC**: Maison de la Presse Internationale, Tabagie Giguère, Tabagie St-Jean, Librairie Pamphile, Librairie St-Sacrement, Librairie Calberte. **RIMOUSKI**: Tabagie Hôtel de Ville. **CHICOUTIMI**: Librairie Le Bouquiniste. **OTTAWA**: Librairie de la Capitale. **SHERBROOKE**: Le Relais de la Presse. **TROIS-RIVIERES**: Librairie l'Écclésiaste. **RIVE-SUD**: Tabagie St-Charles. **LAVAL**: Librairie Scorpion.