

PRINTEMPS
1989
Vol. 6
N° 1
3,25 \$

L'une à l'autre

LA REVUE DE
NAISSANCE-RENAISSANCE

*RENCONTRES PRÉNATALES
GROSSESSE ET INCESTE
LES ALLOCATIONS FAMILIALES*



5^e FESTIVAL INTERNATIONAL de FILMS et VIDÉOS de FEMMES de Montréal

Du 7 au 15 juin 1989

Cinémathèque Québécoise

335, boul. de Maisonneuve Est

Goethe Institut

418, rue Sherbrooke Est

Cinéma Parallèle

3687, boul. St-Laurent

Billets: 4 \$ l'unité

30 \$ pour 10



Yoga et Maternité



Mouvements et postures
Respirations
Détente

JOCELYNE AUBRY
SHIVANI
(514) 485-9675

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

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

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

480 est, rue Rachel Montréal
H2J 2G7 tel. 544-3277

Carmen Sylvestre, B.Sc. nat. phys.
(514) 385-3577

TRAGER

Aquamassage
Aqua yoga, bain de l'eau,
permanente, massage pour bébé.

*Sûrement
pour vous...*

SERÉNA

SERÉNA vous offre un service de régulation des naissances pas comme les autres.

Dès aujourd'hui prenez le contrôle de votre fertilité naturellement. La méthode SERÉNA vous suggère une approche simple, efficace et sûrement pour vous.

Les gens de SERÉNA sont à l'écoute de vos besoins.

SERÉNA
Service de Régulation des Naissances
1-514-273-7531
Région 1-800-363-5174

Carrière...
&
Maternité



*Toute une femme
à mener!*

AIDE PROFESSIONNELLE RELIÉE À LA PÉRI-NATALITÉ:

- Vivre consciemment sa grossesse
- Adaptation aux rôles familiaux
- Peur de l'accouchement
- Anxiété

COURS DE RELAXATION PRÉ-NATALE

- Counselling individuel ou de couple
- Suivi de grossesse • Massage

Andrée Thauvette-Poupart

Travailleuse sociale, thérapeute spécialisée en péri-natalité

Louise Belzile-Turgeon

Infirmière, spécialisée en péri-natalité

(514) 525-8211

1222, boul. St-Joseph est, Mtl H2J 1L6



COUCHE COUCHE

**Le service de location de couches
de coton de Montréal**

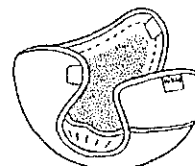
COUCHE COUCHE se charge de tout

Nous ramassons!

Nous nettoyons!

Nous livrons toutes les couches dont
vous avez besoin

Composez le 289-9706



Demandez des détails sur
notre surcouche imperméable
Sans épingles
Sans culotte de plastique

1265, Berri # 340
Montréal, Qc.

Le mercredi 8 février 1989, la Corporation des médecins du Québec a livré son avis sur la légalisation des sages-femmes et la mise sur pied de projets-pilotes, comme le lui avait demandé le gouvernement du Québec. Le président de la Corporation, Augustin Roy, a déclaré qu'il n'est «ni pertinent ni opportun» et même «scandaleux de reconnaître une nouvelle profession» dans le domaine de la périnatalité avant de s'occuper des femmes qui accouchent en milieu défavorisé et des bébés de petit poids, mais qu'on est néanmoins prêt à discuter de ce dossier avec le gouvernement.



En ne se prononçant pas sur la question qu'on leur a soumise et en axant leur intervention sur les bébés de petit poids, la Corporation des médecins poursuit une stratégie en trois volets. Premièrement, elle veut faire oublier sa responsabilité capitale dans le dossier: c'est en effet la Corporation professionnelle des médecins qui est chargée d'administrer la loi médicale dont relève actuellement la profession de sage-femme. Deuxièmement, elle tente de déprécier les sages-femmes et leurs partisans en décrétant du haut de son autorité que leurs revendications sont insignifiantes à côté des «vrais problèmes». Troisièmement, elle choisit de dévoiler ces problèmes, déjà mis au jour dans une étude déposée en décembre 1987, pour détourner l'attention de la question des sages-femmes. Peut-être, après tout, n'a-t-elle plus rien à reprocher à la pratique des sages-femmes et est-elle à cours d'arguments sur les questions de la sécurité ou de la légitimité des demandes des femmes et des couples? Cette tentative de diversion de la Corporation nous ramène cependant au coeur du malaise qui secoue notre système de santé: l'investissement massif dans les traitements et la technologie, au détriment de la prévention et du facteur humain. Une nouvelle intervenante n'est pas un luxe mais une nécessité. Nous espérons que madame Lavoie-Roux va tenir compte des demandes des femmes, de l'appui de plusieurs groupes de la société comme la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, la Fédération des CLSC, la Fédération des Affaires sociales de la CSN et de nombreux groupes de femmes, ainsi que des diverses recommandations émises par de nombreux comités d'études depuis 1978 et qui vont dans le sens de l'intégration des sages-femmes dans le réseau actuel. L'opposition vient uniquement des associations représentant les médecins omnipraticiens, les pédiatres et les gynécologues-obstétriciens et de la Corporation des médecins. Un pareil front commun laisse perplexe!

En adoptant une cause «sociale», la Corporation des médecins veut-elle revaloriser son image de marque, ternie par la lutte sans merci qu'elle mène depuis plusieurs années contre tout ce qui menace son monopole économique et idéologique?

Marie-Claude Desjardins

NOUVELLES EN BREF	4	LE DOSSIER	12	À TRAVERS LE MONDE	21
PROFESSION SAGE-FEMME	6	Rencontres pré-natales de toutes les couleurs		Deux garçons oui, mais une demie fille seulement	
SANTÉ DES FEMMES	8	NTR	18	NOUS AVONS LU	22
Grossesse et inceste		Les NTR jusque dans mon lit		Céline Lemay et Anne Goyette ont lu pour vous	
CHRONIQUE JURIDIQUE	10	TÉMOIGNAGE	20	NAISSANCE-RENAISSANCE	24
Le petite histoire des allocations familiales		La grossesse en milieu défavorisé		Le post-natal, enfin!	
				LETTRES OUVERTES	25
				Sur le vaccin de la rougeole	

PHOTOS DE LA COUVERTURE: LOUISE DE GROSBOIS CI-HAUT: LUCIE HAMELIN

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 ET RÉDACTRICE EN CHEF: Dhyane Izzi RÉVISION DE TEXTES: Suzanne Blanchet COLLABORATION: Suzanne Blanchet, Isabelle Brabant, Robert Charbonneau, Anne Goyette, Line Goyette, Céline Lefebvre, Céline Lemay, Sylvie Louis, Chantal Pilon, Nathalie Roy. COMITÉ DE LECTURE: Isabelle Brabant, Jo-Ann Fournier, Line Goyette 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: Suzanne Perras

POLITIQUES DE LA MAISON: Nous laissons aux auteures l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteure). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. Vous êtes invité-e-s à soumettre des textes dactylographiés à double interligne pour publication dans L'UNE À L'AUTRE. Les textes pourront être publiés dans n'importe quel numéro de la revue à compter de la date de réception; ils seront cependant soumis aux règles éditoriales courantes et pourront être modifiés à la discrétion de l'équipe de rédaction. Les textes soumis ne seront pas publiés automatiquement et la rédaction exercera son droit de choisir ceux qui le seront. TARIFS D'ABONNEMENT pour 4 numéros (1 an): individuel 135; groupes, corporations et institutions 305; étranger: ajouter 5\$. Adresse postale: L'UNE À L'AUTRE, 1493, rue Rachel est, Montréal H2J 2K3. Tél: (514) 525-5895. Dépôt légal: 4e trimestre 1983, Bibliothèque nationale du Québec. ISSN: 0824-8230. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.

LES ENFANTS-MÈRES

Le taux de fécondité des adolescentes dans l'est de Montréal est deux fois supérieur à la moyenne québécoise. Le Département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a identifié la prévention des grossesses à l'adolescence comme l'une des priorités de santé pour la population de l'est de Montréal.



DU NOUVEAU À ROSALIE-JETTÉ

Les jeunes mères en difficulté disposent maintenant de logements individuels. Elles ont en outre accès à des éducateurs spécialisés 24 heures par jour. Il s'agit là d'une nouveauté nord américaine selon la directrice du Centre Rosalie-Jetté, Mme Louise Bibeau. Situé sur la rue Lajeunesse à Montréal, cet édifice héberge des mères ayant en moyenne 25 ans, victimes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de violence de la part de leur conjoint. Elles y séjournent en moyenne trois mois. Une telle initiative permettra aux jeunes mères d'être davantage autonomes.

Source: La Presse, le 16 décembre 1988.

LES COUCHES DE L'AVENIR

Deux milliards de couches jetables souillées se retrouvent dans les sites d'enfouissement au Canada chaque année. Sans égarer les problèmes de pollution engendrés par les grosses industries, les couches jetables ajoutent quand même un poids non-négligeable dans la charge de déchets que la terre doit tenter d'absorber chaque

année. C'est assez, en tout cas, pour que la ville de Peterborough, en Ontario, ait demandé d'interdire la vente de couches jetables, devant les 650 tonnes de couches salies dont elle doit s'occuper chaque année.

On calcule que chaque bébé utilisera entre 8 000 et 10 000 couches dans sa jeune vie, avant de devenir propre. Le fait que ces couches se dégradent extrêmement lentement n'est pas la seule préoccupation environnementale à leur sujet; c'est qu'elles contiennent des matières fécales, agents de propagation de maladies comme la polio, dont les bébés excrètent le virus dans leurs selles suite à leur vaccin.

On estime que 85 % des foyers canadiens où il y a de jeunes enfants comptent sur les couches jetables. C'est dire que les couches de coton occupent en ce moment 15 % du marché, une proportion qu'on s'attend à voir grandir dès les prochaines années. Même Fisher-Price se lance dans la vente de couches de coton! On assiste aussi à la réapparition des services de couches que nos mères ont connu... version années '80. Il existe trois services à Toronto; Montréal en compte un tout nouveau, probablement le seul dans tout le Québec. Beaucoup de parents considèrent ce service encore plus pratique que les couches de papier puisqu'on n'a jamais besoin de sortir pour acheter les encombrantes boîtes: les couches de coton sont livrées à domicile et toutes les manipulations sont



à la charge du service. La propriétaire du service Couche-Couche de Montréal, elle-même mère de quelques enfants (ce qui l'a d'ailleurs poussée à démarrer ce genre d'entreprise), assure que ses couches sont lavées minutieusement avec une formule spécialement conçue pour les couches de bébé. On va même jusqu'à faire un test de pH à la fin du lavage, pour s'assurer qu'elles ne viendront pas irriter les fesses tendres de nos bébés!

Les couches de coton, les couches de l'avenir?

Source: Tout compte fait, Radio-Canada, 6 décembre 1988.

ENTRE PARENTS

«ENTRE PARENTS», un organisme sans but lucratif qui vise à briser l'isolement des parents en formant des réseaux d'entraide entre parents, vient de se voir remettre une subvention par la députée Marie Gibeau. «Cette subvention du gouvernement fédéral contribuera à continuer notre projet, exercer nos activités et surtout à la stabilité de l'organisme», explique Mme Gisèle Hajdamacha, présidente de l'organisme.

Créé en octobre 1985, «ENTRE PARENTS» compte déjà plus d'une centaine de membres. C'est un lieu de ren-

La grossesse à l'adolescence survient plus fréquemment en milieu défavorisé, souvent à cause d'un manque de perspectives sociales et de possibilités de réalisation personnelle.

Le DSC s'engage donc dans la prévention de la grossesse à l'adolescence en mettant de l'avant une intervention suscitant l'implication de la communauté et en tentant d'informer davantage.

Un projet éducatif sera réalisé auprès de 650 adolescent-e-s des écoles Eulalie-Durocher, Louis-Hébert et Chomedey-de-Maisonneuve. Les directions et les enseignants ont consenti à collaborer à l'implantation et à l'évaluation du projet.

Les CLSC de Rosemont et de Hochelaga-Maisonneuve y participeront également. Les infirmières scolaires apporteront le soutien aux professeurs dans l'animation prévue auprès des élèves. Les cliniques de jeunes, quant à elles, assureront le soutien clinique des adolescent-e-s qui les visiteront.

Finalement, des représentants des parents de chacune des écoles s'associeront à la production de bulletins qu'on fera parvenir aux parents des adolescent-e-s du projet.

Source: Super hebdo, semaine du 19 février 1989.



SARA COODERHAM



LUCIE HAMELIN

contre pour les parents avec un coin spécialement aménagé pour les enfants.

«ENTRE PARENTS», une association d'entraide qui croit au potentiel du parent, est une ressource communautaire gratuite pour briser l'isolement, former des réseaux d'entraide entre parents, favoriser les échanges sur la relation parents-enfants, développer l'autonomie des parents et des jeunes et sensibiliser le milieu au vécu des parents.

Source: Super hebdo, semaine du 19 février 1989.

NATALITÉ ET CONVENTIONS COLLECTIVES

Parmi les mesures jugées favorables à la famille et à la venue d'enfants, ce sont les congés de maternité, de naissance et de maladie qui sont le plus souvent prévus dans les conventions collectives.

C'est ce que révèle une étude réalisée par Richard Beaupré, sociologue au Centre de recherche et de statistiques sur le marché du travail. M. Beaupré s'est penché sur la présence de clauses favorables à la famille ou à la naissance d'enfants dans les conventions collectives signées au Québec entre 1980 et 1987. En 1987, les congés lors de la naissance ou de l'adoption d'un enfant étaient présents dans 71,7 % des conventions collectives étudiées.

Les congés de maternité se retrouvaient dans 68 % des conventions; les congés-maladie dans 55 % des cas. Les congés parental et sabbatique, par contre, sont beaucoup moins fréquents. En 1987, ils n'étaient présents que dans 15 % et 13,7 % des conventions collectives étudiées.

En plus des congés, la présence d'autres mesures propices à la venue d'enfants a aussi été relevée par le sociologue. Les garderies en milieu de travail, par exemple, sont très rares: moins de 1 %. ■

Source: Le Devoir, 23 février 1989

À LIRE

...sur les femmes

«**A**GIR OUI, MAIS...» est une récente publication de la Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises (FNFCF). Cette brochure fait suite au cahier «Se regrouper oui, mais...» publié à l'hiver 1988. On y traite des difficultés que doit surmonter la femme face à un nouveau rôle dans un contexte social. Prix: 5\$ pour les membres de la FNFCF, 7\$ pour les non-membres.

Source: Chantal P. Cholette, agente d'information, FNFCF. Tél.: (613) 232-5791



... sur le syndrome prémenstruel

L'Association canadienne pour la compréhension des changements prémenstruels fait sortir du silence le syndrome prémenstruel en publiant un nouveau bulletin. «**AUTO-CONTRÔLE**» fait état de l'information récente, des avantages et des inconvénients des traitements actuels. Tout en conseillant les femmes au sujet de leurs soins de santé personnels, il suggère de précieux outils concernant les changements prémenstruels. Disponible en version française ou anglaise sur abonnement annuel au coût de 20\$ pour six numéros.

Source: Association canadienne pour la compréhension des changements prémenstruels, 4815, rue Bessborough, bureau 4, Montréal (Québec) H4V 2S2. Tél.: (514) 485-7950

... sur la césarienne

Pour la première fois en 70 ans, on ne présume plus que les femmes qui ont accouché par césarienne devront continuer de le faire lors de grossesses futures. C'est ainsi que s'est prononcé le Collège américain des obstétriciens et gynécologues qui prescrit aux femmes ayant déjà subi cette opération d'opter pour l'accouchement normal lors de grossesses subséquentes.

L'Association de Montréal pour la naissance par césarienne vient de publier deux documents pour aider les parents qui doivent vivre une césarienne à mieux se préparer. Le premier, **PRÉVOIR L'IMPRÉVISIBLE - GUIDE DES PARENTS**, se destine aux futurs parents. Le deuxième document, **QUELS SONT LES CHOIX DES PARENTS? - MANUEL DES INTERVENANTS**, est destiné aux animatrices de rencontres pré-natales, aux infirmières, aux médecins surtout, mais aussi aux parents.

NAISSANCE PAR CÉSARIENNE: PRÉVOIR L'IMPRÉVISIBLE - GUIDE DES PARENTS, coûte 5,60\$. NAISSANCE PAR CÉSARIENNE: QUELS SONT LES CHOIX DES PARENTS? - MANUEL DES INTERVENANTS, coûte 7,70\$.

Source: L'Association de Montréal pour la naissance par césarienne, 401, boul. St-Jean, Pointe-Claire (Québec) H9R 3J3.

... sur les techniques «au service» de la naissance

L'office de la naissance et de l'enfance (O.N.E.) à Bruxelles est le seul organisme au monde qui s'occupe de la naissance et de l'enfance dans une optique de prévention. L'O.N.E. publie un bimestriel, «**L'ENFANT**». Le numéro 3/1988 est consacré aux techniques au service de la naissance: risque obstétrical et technologies appropriées; la césarienne: du bon usage... aux abus; l'épisiotomie: d'abord ne pas nuire; l'échographie, impact et limites; le diagnostic anténatal; le monitoring foetal; l'accouchement provoqué; l'extraction instrumentale.

On peut obtenir un numéro pour 4\$ ou s'abonner (six numéros) en envoyant un virement international ou un mandat-poste international (montant net en devises belges).

Source: O.N.E., avenue de la Toison d'Or 86, 1060 Bruxelles, Belgique. Tél.: 02/539.39.79

La légalisation

Les résultats des projets-pilotes pourraient être biaisés à l'avantage des médecins

La légalisation de la profession de sage-femme présente des enjeux importants pour le mouvement d'humanisation des naissances et nous devons nous demander si les projets-pilotes que le gouvernement se propose de créer pourraient ne servir que de prétexte pour surseoir encore une fois à la légalisation de la profession de sage-femme.

Ces projets-pilotes devraient explorer les différentes possibilités d'intégration de la pratique sage-femme à notre système de santé, établir les bases d'une collaboration entre les sages-femmes et les autres professionnels de la santé et, finalement, permettre la création d'un programme de formation universitaire. Nous devons poursuivre ces objectifs même si le gouvernement décide de limiter le rôle des projets-pilotes à l'évaluation de la pratique sage-femme et même si la profession n'est pas immédiatement légalisée.

Il faut également démontrer que la pratique sage-femme est sécuritaire, qu'elle répond à un besoin pressant de la population québécoise et que son intégration au système de santé est réaliste et souhaitable. Ceci n'est cependant réalisable qu'à certaines conditions.

LE CADRE JURIDIQUE

Tout d'abord, le cadre juridique doit offrir aux sages-femmes une totale liberté dans l'exercice de leur profession. L'approche holistique, le suivi psycho-socio-économique, les concepts d'auto-santé, l'aspect éducatif et la philosophie même qui sous-tend depuis des années la pratique des sages-femmes au Québec, tout cela serait compromis si une

NICOLÉ HUBERT

tutelle médicale était imposée pour la mise sur pied des projets-pilotes, que ladite tutelle provienne des infirmières ou des médecins.

Comment pourrait-on évaluer la pratique des sages-femmes si elles sont contraintes d'exercer leur profession selon des paramètres établis par le corps médical? Les résultats de l'expérience, qui pourraient être biaisés à l'avantage des médecins, viendraient alors appuyer la thèse voulant que la légalisation de la profession ajouterait à la complexité et aux coûts d'un système où les intervenants sont déjà trop nombreux.

LIEUX DE PRATIQUE

Un des buts des projets-pilotes est de démontrer que la pratique de sage-femme peut s'adapter aux besoins des différentes régions et offrir des réponses originales aux divers problèmes rencontrés dans le domaine des soins reliés à la maternité. Il faudrait donc s'assurer qu'ils sont offerts en milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural ou en régions éloignées. Les confiner aux régions éloignées - là où ils dérangeraient le moins - ne répondrait pas aux besoins des femmes et des familles québécoises... ils ne serviraient qu'à résoudre les problèmes des corporations professionnelles ou du gouvernement.

Par ailleurs, il est impérieux de faire reconnaître la pertinence de projets-pilotes ailleurs que dans les centres

LUCIE HAMELIN



on, ses enjeux

hospitaliers. Les maisons de naissance constituent le cadre idéal à la pratique des sages-femmes, mais il faudrait également évaluer la pratique de l'accouchement à la maison afin de briser certains mythes quant aux risques qu'elle représente. Comme il y aura toujours des parents qui choisiront d'accueillir leur enfant à domicile, il faut leur permettre d'exercer ce choix en toute sécurité.

Conduire les projets-pilotes à l'hôpital exclusivement ne permettrait d'évaluer la pratique de sage-femme que dans ce milieu. Comment espérer ensuite qu'elle soit autorisée dans les maisons de naissance ou à la maison? Faudra-t-il recommencer la bataille?

LES SAGES-FEMMES QUE NOUS VOULONS

Même le choix des sages-femmes qui participeront aux projets-pilotes aura des conséquences déterminantes. Pour éviter que ne s'établisse au Québec une pratique qui ne répondrait pas aux demandes exprimées par les femmes depuis dix ans, il faut s'assurer que les sages-femmes qui ont mené la lutte aux côtés d'elles, celles qui ont répondu aux besoins pressants de la population, celles qui ont compris l'esprit de nos revendications soient présentes, même si cela doit se traduire par un système d'évaluation des acquis.

La mise à jour des connaissances ne doit pas être exigée que des sages-femmes non-diplômées, mais aussi des sages-femmes diplômées qui n'auraient pas pratiqué depuis plusieurs années.

Une démarche en deux étapes s'impose donc. Tout d'abord, un permis de pratique devrait être émis à toutes celles dont l'état des connaissances est jugé suffisant. L'évaluation des connaissances d'une sage-femme ne peut être réalisée que par ses pairs selon les standards internationaux de pratique. Nous ne saurions accepter une situation semblable à celle des acupuncteurs qui subissent un examen conçu par des médecins. Finalement, la sélection des candidates devrait être effectuée par un comité où les représentantes des usagères auraient leur place, pour s'assurer que leurs revendications soient respectées.

Enfin, il serait prudent d'établir dès le départ les critères d'évaluation qui seront adoptés et de bien définir les mots et les concepts. Des notions comme la sécurité, les mesures d'asepsie et la qualité des soins devraient être définies. Les acquis doivent être protégés et la tolérance vis-à-vis de la pratique actuelle doit demeurer la même pendant toute la durée des projets-pilotes. Nous ne pouvons accepter que la mise sur pied de ceux-ci entraîne une diminution des rares services dont nous bénéficions présentement. Il nous appartient donc de démontrer vigoureusement notre détermination à faire respecter ces conditions essentielles en envoyant un grand nombre de lettres personnelles à ce sujet à la ministre Thérèse Lavoie-Roux (avec copie aux médias et à Naissance-Renaissance). Mettez tout votre entourage dans le coup: amis, conjoints, grands-parents et enfants. Tous les

LUCIE HAMELIN

témoignages en faveur de la pratique de sage-femme sont importants. Nous comptons sur vous... comme vous comptez sur nous! ■

CHANTAL PILON



LA JOIE D'ÊTRE SAGE-FEMME

En octobre dernier, deux représentantes de l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes participaient au congrès annuel de l'Alliance des sages-femmes d'Amérique du Nord (MANA/ASFAN) à La Nouvelle-Orléans. Réunis sous le thème «The Joy of Midwifery», sages-femmes, médecins et intervenants en périnatalité clôturaient une année de travail intense auprès du gouvernement qui s'apprêtait à promulguer une loi donnant aux sages-femmes de la Louisiane le droit de pratiquer. Pour souligner l'événement, le gouverneur Roemer a proclamé la dernière semaine d'octobre «Midwifery Awareness Week» (Semaine de sensibilisation à la profession de sage-femme).

Au cours de cette rencontre, des sujets aussi nombreux que différents ont été abordés: la dystocie de l'épaule, la présentation de siège, le SIDA, la communauté Amish, les sages-femmes au Nicaragua, le consentement éclairé, la législation, les sages-femmes et la perspective internationale, le langage du corps, l'art et la force des femmes.

Malgré le thème qui portait sur la joie d'être sage-femme, le bilan dressé en assemblée générale n'en était pas qu'un de fête. Du côté des bonnes nouvelles, on note la création d'un poste pour sages-femmes de couleurs au sein du conseil d'administration dans un esprit de



respect grandissant envers les minorités, la solidarité émanant des divers échanges et l'institution d'un prix octroyé à la sage-femme Alberta Jordon pour souligner l'excellence de son travail. Du côté des mauvaises nouvelles, la fermeture du local central de l'ASFAN à cause de difficultés financières est certainement la plus triste.

À titre de déléguée d'une association québécoise, il est parfois difficile d'éprouver un sentiment d'appartenance avec un organisme composé d'éléments aussi divers et où les États-Unis occupent à peu près toute la place, même si, en principe, l'ASFAN représente toute l'Amérique du Nord. Mais peut-être pourrons-nous sentir plus d'affinités avec les participantes en novembre prochain, alors que le congrès se déroulera à Boston, tout près de chez nous?

LUCIE HAMELIN,
déléguée à l'AQFP

Vivre sa maternité quar



À l'occasion de la grossesse, les souvenirs refont surface

ROBERT BEAUDRET

Francine a 29 ans, un mari attentionné et elle attend son premier enfant. Comme toutes les femmes enceintes, elle rêve beaucoup, vit des peurs. Parmi celles-ci, il y en a de ténues qui viennent l'effleurer, mais elle tente aussitôt de les étouffer; et bien sûr, elle n'en parle à personne. D'ailleurs, qui comprendrait? Maintenant, elle est heureuse, son mari et elle vont bientôt accueillir ce bébé tant désiré. Tous ces flashes qui ressurgissent font bel et bien partie du passé, la page est tournée. Le jour J arrive, et le travail s'avère long, excessivement douloureux. La dilatation met du temps à arriver à huit centimètres, puis se bloque. Les infirmières et le médecin n'y comprennent rien, pas plus que Francine, qui s'était bien préparée à l'accouchement et se culpabilise de ne pas «y arriver». Et cette naissance que l'on avait prévue sans problème se termine en catastrophe par une césarienne.

Pourquoi ce blocage physiologique? La grossesse et l'accouchement ont joué le rôle de catalyseur, ont ouvert une brèche dans la bulle de silence enfouie depuis si longtemps au plus profond de Francine. Inconsciemment, elle a eu peur de dire oui, de s'abandonner, d'accepter que s'ouvre en elle un passage pour laisser passer quelqu'un. La connotation psychologique était trop douloureuse, intense, violente. Francine a été victime d'inceste dans son enfance.

Ce scénario, un accouchement particulièrement difficile que rien ne laissait prévoir, Diane Chayer, thérapeute et travailleuse sociale, en a souvent été témoin¹. Au début des années 80, elle travaillait au Centre Rosalie Jetté, un centre d'accueil pour futures mères et mères en difficulté, elle accompagnait ses clientes lors de leur accouchement. Au fil du temps et de son expérience professionnelle, avec patience et persévérance, elle a fini par découvrir le chaînon manquant de bien des accouchements à problèmes: des séquelles d'abus sexuels dans l'enfance. A cette époque, Diane constitue avec d'autres femmes un groupe sur la violence faite aux femmes. Là aussi, elle est frappée par la fréquence de ce fléau et les répercussions qu'il peut avoir sur la grossesse et la naissance. Depuis quelques années, Diane Chayer reçoit des femmes en consultation privée². Elle veut en effet leur offrir une aide plus rapide, personnalisée, à long terme.

EN PARLER, LA CLÉ DE L'APAISEMENT

Les problèmes d'abus sexuels touchent presque une de ses clientes sur deux! Quand une femme vient la consulter en raison de problèmes de couple ou d'une difficulté de vivre sa grossesse, et que cette vérité se fait jour, Diane va travailler en duo avec elle. Pour certaines femmes, c'est très dur parce

qu'elles ont parfois passé vingt ans à essayer d'oublier et, sans crier gare, à l'occasion de la grossesse, les souvenirs refont surface. Elles sont souvent ambivalentes.

D'une part, certaines d'entre elles éprouvent des réticences à en parler. Et celles qui le font se limitent à raconter l'événement sans faire référence à leurs sentiments. Il y a donc toute une partie cachée à l'iceberg; les abus sexuels dans l'enfance ont tellement d'impact sur leur confiance en elles et en les autres, sur leur relation avec les hommes, sur leur sexualité, etc. Il faut amener ces femmes à comprendre qu'elles peuvent en parler, sans toutefois les pousser dans leurs derniers retranchements ni extirper les souvenirs aux forceps. Leur équilibre mental est en jeu et ce sont elles qui sentent le mieux jusqu'où elles peuvent aller.

D'autre part, en parler, même si c'est dur, est un grand soulagement. Pour beaucoup de ces femmes, c'est la première fois que se déverrouille la porte blindée du secret. Celles qui avaient tenté de le partager s'étaient heurtées à un discours plein de bonnes intentions du style «C'est du passé, n'y pense plus». Ici, elles peuvent se confier, vivre toutes ces émotions baillonnées pendant si longtemps. Elles ont enfin le droit de se sentir trahies, révoltées, écoeurées.

DES SOUVENIRS À LA PRÉVENTION

Le plus facile, explique Diane Chayer, est de travailler en prévention auprès de ces femmes avant qu'elles ne soient enceintes. Elles ont alors le temps de prendre de la distance avec ce passé non en le niant, mais en y replongeant. Avoir conscience des difficultés qui se présenteront peut-être, le jour où elles attendront un bébé, les aideront à les surmonter.

Quand les femmes qui arrivent sont déjà enceintes, il s'agit de parer au plus pressé. Diverses difficultés ont été observées lors de la grossesse d'une femme qui a été victime d'abus sexuels dans sa jeunesse. On rencontre notamment chez elles deux types d'attitudes par rapport à la sexualité. Les unes pensent que c'est mal et essaient de ne pas le montrer en simulant d'être très à l'aise. Chez elles, la grossesse est bien accueillie, elles ont tendance à sublimer leur bébé. Les autres, ayant appris toutes jeunes que le sexe était important, qu'il était pour elles la meilleure façon de se valoriser, vont lui accorder une place de choix dans leur vie. Et, pour cette raison, ce n'est pas d'un bon oeil qu'elles voient leur corps changer, s'arrondir. Elles peuvent en vouloir au bébé, le percevoir comme un envahisseur. Elles ne se sentent pas porteuses de lui mais occupées par lui.

Il y en a parmi elles qui ressentent une peur diffuse, inavouée que leur mari n'abuse plus tard de leurs enfants. Certaines d'entre elles savent, dans leur inconscient, que leur père, leur oncle paraissait bien, était quelqu'un d'apprécié. Mais depuis leur enfance avortée, elles ont appris à se méfier des autres, du paraître. Même si les personnes semblent correctes, on ne sait jamais... Cette crainte est-elle totalement injustifiée? «Non, explique Diane Chayer. Quand une femme

d on a connu l'inceste

a connu l'inceste, sa famille risque d'avantage d'être à son tour le théâtre de la même violence. Cette femme manque généralement de confiance en elle, est passive et habituée à ne pas prendre sa place. Quand elle rencontre un homme qui dit l'aimer, elle est tellement comblée qu'elle aura tendance à s'installer dans une relation de dépendance vis-à-vis de son conjoint. Et si celui-ci adopte un comportement brutal, les pions se mettent en place. C'est une question de dynamique familiale.»

Généralement, la relation entre la mère et son bébé n'est pas pathologique, mais à cause des difficultés de l'accouchement, elle ne débute pas non plus sous les meilleurs auspices. Comme beaucoup de femmes qui doivent subir une césarienne surprise, la jeune mère se sent dépossédée de son accouchement, éprouve une vague culpabilité de ne pas avoir réussi «l'examen de passage». Ce malaise se répercute sur les premiers contacts qu'elle a avec son nouveau-né.

RETROUVER SA CONFIANCE

«Pour une femme qui a connu l'inceste, savoir qu'elle n'est pas la seule dans son cas la sort de son isolement, explique Diane Chayer. Si elle se sent ambivalente vis-à-vis de l'enfant qui l'habite, je l'incite à lui faire part de ses sentiments, à lui parler, à lui dire comme elle est contente qu'il soit là mais qu'en même temps, elle a peur de quelque chose dont il n'est pas responsable. Et, grâce à ce contact, au fil des semaines, je la vois devenir l'alliée de ce bébé auparavant envahisseur. Je suis souvent étonnée, au cours de ce travail de déblayage, par la vitesse à laquelle ces femmes, qui se qualifiaient elles-mêmes de «pas grand-

chose, de coupable», reprennent confiance en elles. Cela les rend plus fortes pour en parler aux autres, faire voler le tabou en éclats, vider l'abcès, prendre leurs distances. Les femmes qui peuvent parler de ce passé blessant vont vivre leur grossesse de façon plus sereine et on constate que leur accouchement se déroule mieux. Il arrive toujours un moment de panique. Mais la confiance de la future maman en la personne qui l'accompagne est déterminante. Bien souvent, ces femmes me téléphonent après leur accouchement pour me faire part de leur satisfaction et reviennent chez moi pour quelques séances, histoire de «boucler la boucle», faire le point sur elles et sur leurs relations avec leur bébé.

Diane Chayer aimerait, par des discussions et des supervisions, sensibiliser les intervenants médicaux et les sages-femmes aux problèmes spécifiques posés par l'inceste. C'est un projet qui lui tient à cœur. Cela lui permettrait de travailler avec eux en étroite collaboration lorsqu'elle est en présence d'une cliente en difficulté. L'enjeu: aider ces femmes à négocier un tournant capital de leur existence, celui de la maternité, dans les meilleures conditions possibles et leurs enfants à démarrer dans la vie du bon pied. ■

SYLVIE LOUIS

¹. Qu'il s'agisse d'un accouchement difficile ou de malaises face à la sexualité, il est bien évident que ces problèmes ne sont pas l'apanage exclusif des femmes qui ont connu l'inceste. Par ailleurs, toutes les femmes qui ont subi l'inceste ne sont pas traumatisées par la grossesse. Certaines arrivent, au fil d'expériences positives, à trouver un équilibre et reprendre possession de leur corps.

² (514) 495-2694

**Ces femmes
ont appris
à se méfier
des autres**

JUDITH CRAWLEY



La petite histoire des alloc

Les allocations familiales doivent-elles revenir à l'enfant ou est-ce un «salaire à la femme pour sa contribution à la reproduction sociale»? Pour répondre à cette question, il faut tout d'abord connaître la petite histoire des allocations familiales.



**Les femmes
obtiennent
gain de cause
en juillet 1945**

Dans les années précédant la guerre, la vie des femmes était à la maison. Leur travail relevait du domaine privé: travail ménager et soins aux enfants. Puis, arrive la guerre, la menace de conscription, la course aux mariages, la pénurie, le rationnement. Le départ des hommes pour le front vient modifier le discours dominant, et de confinées qu'elles étaient à la vie domestique, les femmes deviennent tout à coup des personnes socialement

et économiquement utiles. On les incite à participer à l'effort de guerre. Elles deviennent une main-d'oeuvre grandement convoitée pour les usines de munitions. Celles qui doivent rester à la maison à cause des enfants sont également sollicitées: on leur demande de conserver et de recycler le métal, le gras de cuisson et la laine.

A partir de 1943, en raison de la grande pénurie de main-d'oeuvre, on encourage les ménagères à accepter des

allocations familiales

emplois à temps partiel. On va même jusqu'à mettre sur pied des garderies subventionnées par les deux paliers de gouvernements afin de permettre aux mères de travailler. C'est dire que l'Etat était alors prêt à tout mettre en oeuvre pour permettre aux femmes d'accéder au marché du travail. Voilà la preuve qu'une prise en charge collective, une responsabilisation des enfants est possible lorsqu'il y a volonté de le faire, bien que dans ce cas, il y allait des intérêts des gouvernements qui voulaient répondre à des impératifs de guerre.

A cette époque, un essor des syndicats est rendu possible à cause du nombre croissant d'ouvrières et d'ouvriers travaillant dans des conditions inacceptables (faibles salaires, lourds horaires de travail, conditions d'hygiène précaires). Dans la même foulée de revendications sociales et ouvrières, des femmes comme Thérèse Casgrain, Florence Martel et Laure Hurteau rendent publique l'idée d'une prise en charge sociale des enfants par le versement d'allocations familiales payables à toutes les mères et ce, quels que soient leurs conditions monétaires et leur régime matrimonial.

POUR QUOI... POUR QUI?

La lutte pour les allocations familiales, bataille importante menée par les femmes durant la guerre, débouche enfin en 1945 sur l'adoption d'une mesure promise par le Premier ministre du Canada, Mackenzie King. Toutefois, l'implantation de cette mesure est loin de faire l'unanimité. Le parti conservateur fédéral, formé en grande partie de Canadiens anglais, estime que ce «Baby Bonus» vise à favoriser les Canadiens français, dont les familles sont plus nombreuses. Ils vont même jusqu'à dire que Mackenzie King tente ainsi de se faire pardonner la conscription obligatoire qui avait ravivé le sentiment nationaliste des Canadiens français. Ces critiques amènent le Premier ministre à modifier son projet de loi pour faire en sorte que les allocations versées décroissent à partir du cinquième enfant.

Pour des raisons différentes, la mise en place des allocations familiales est également fort critiquée au Québec. Le gouvernement Duplessis considère l'arrivée de cette mesure sociale comme une ingérence du fédéral dans un champ de juridiction provinciale. Et l'opposition ne vient pas que du gouvernement: le clergé y voit une menace socialiste, voire une mesure soviétique! Duplessis demande alors au fédéral de verser l'argent du programme au gouvernement provincial qui verra lui-même à l'émission des chèques.

Le but du fédéral était de verser les allocations directement aux mères pour qu'elles en aient la gérance; le gouvernement Duplessis entreprend une bataille juridique contre cette idée, déclarant inconstitutionnel le versement des chèques aux mères de famille. Des juristes engagés par Duplessis basent leur avis sur un article du Code civil du Bas Canada qui indique que le père est l'unique administrateur des biens des gens mariés sous le régime de communauté

JUDITH CRAWLEY

légale, le régime matrimonial le plus répandu à l'époque. Dans cette lutte juridique, le gouvernement a le clergé de son côté. C'est ainsi que les chèques d'allocations familiales sont adressés aux pères dans la province de Québec et aux mères partout ailleurs au Canada.

Cette situation entraîne un tollé de protestations de la part de groupes féministes qui entreprennent, Thérèse Casgrain et Jeanne Langlois en tête, de faire casser cette décision juridique afin que les Québécoises reçoivent, elles aussi, les chèques d'allocations familiales adressés à leur nom. Les femmes peuvent compter sur l'appui des syndicats du Québec, mais la position du clergé et du gouvernement reste inflexible. Toutefois, en se servant elles aussi d'un article du Code civil, lequel précise «qu'une femme mariée a le mandat tacite d'acheter ce qu'elle juge nécessaire à son entretien et à celui de ses enfants et que le mari est tenu de couvrir les dépenses encourues», les femmes obtiennent gain de cause; elles reçoivent leur premier chèque d'allocation au mois de juillet 1945, soit un mois après les autres Canadiennes.

LE TRAVAIL DOMESTIQUE:

LE LOT DES FEMMES

Avec la fin de la guerre, c'est le retour des soldats. Par crainte d'une augmentation du taux de chômage, tout est mis en oeuvre pour renvoyer les femmes à la maison: démantèlement des garderies, mesures fiscales pénalisant les maris dont la femme travaille à l'extérieur, etc.

Pourtant, depuis la fin des années quarante, le nombre de femmes sur le marché du travail va croissant. Les chiffres sont très éloquentes: en 1966, 20 % des femmes occupaient un emploi rémunéré, en 1986, 48 %. La bataille menée par les femmes pour l'obtention des allocations familiales n'est pas qu'économique, même si les allocations constituent, encore aujourd'hui, le seul revenu autonome de plusieurs d'entre elles. Cette bataille s'inscrit dans l'ensemble d'une lutte toujours présente et actuelle de reconnaissance du travail ménager, que Statistiques Canada évalue à 40 % du P.N.B. (produit national brut).

La réalité quotidienne des femmes est encore très peu reluisante. Si les allocations familiales semblent constituer un acquis pour les femmes face à une certaine reconnaissance sociale du travail qu'elles doivent assumer, cet acquis demeure fragile. Qu'on se souvienne la désindexation des allocations familiales en 1986, pour ne donner que cet exemple, sans compter qu'on peut toujours s'interroger sur la valeur de cette reconnaissance, quand on sait qu'elle se traduit par un dollar par jour pour la mère d'un enfant unique! Et après, on se demande encore si les allocations familiales doivent revenir à la mère! ■

CÉLINE LEFEBVRE

ON HER THEIR LIVES DEPEND



Les allocations familiales demeurent un acquis fragile

POUR EN SAVOIR D'AVANTAGE:

AUGER, G. et LAMOTHE, R., *De la poêle à frire à la ligne de feu, la vie quotidienne des québécoises pendant la guerre 39-45*, Editions Boréal Express, Montréal, 1981.

LE COLLECTIF CLIO, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Editions Quinze, Montréal, 1985.

CASGRAIN, Thérèse, *Une femme chez les hommes*, Editions du Jour, Montréal, 1971.

C.S.N., *On vit pas d'amour et d'eau fraîche - ou quelle est la valeur du travail des femmes? rapport du comité de la condition féminine*, C.S.N., Montréal, 1986.

Mémoire de la coalition pour les allocations familiales au comité législatif sur le projet de loi C-70, octobre 1985.

RENCONTRES PR

Pendant des années, le même scénario s'est répété dans la plupart des foyers québécois: en apprenant qu'elle était enceinte, la future maman se précipitait sur le téléphone. Après avoir annoncé la bonne nouvelle à la famille, elle s'empressait de s'inscrire aux rencontres prénatales offertes par l'hôpital ou le CLSC de son quartier ou de sa région. Puis, les

choses ont changé. Des femmes ont commencé à se tourner vers d'autres formes de rencontres, les unes par choix, d'autres parce que le réseau de santé n'offrait plus ce service.

En 1987, le rapport Brunet était rendu public. Ce document tant attendu dans le milieu de la santé et des services sociaux venait confirmer les rumeurs qui circulaient depuis un certain temps: les rencontres prénatales devraient être offertes en priorité aux clientèles à risque. «Ce rapport venait engager une philosophie nouvelle pour un bon nombre de CLSC, explique Carole Lalonde, de la Fédération des CLSC du Québec. On mettait notamment beaucoup de bémols sur les activités de promotion de la santé, de prévention primaire ou d'éducation au sens large qui ne rejoignaient pas suffisamment les clientèles jugées comme les plus à risque. Beaucoup de CLSC se sont vus un peu pressés par le Ministère de revoir leurs activités. En gé-

néral, ça pouvait se traduire par l'abandon de certains services en particulier pour des clientèles jugées moins prioritaires.»

Les rencontres prénatales, qui avaient pourtant un succès fou, rejoignaient la classe moyenne qui, prétendait-on, pouvait se renseigner autrement, des gens qui n'avaient pas besoin de telles rencontres pour en savoir plus. Encore aurait-il fallu préciser ce qu'on entend par *auraient pu se renseigner autrement* ou par *classe moyenne*. «Quand tu as une clientèle un peu plus évoluée, qui réfléchit plus, ces gens-là te font évoluer toi-même, avoue Renée Mongeon, du CLSC de Longueuil-Est. Ce n'est pas à la clientèle défavorisée qu'on doit les revendications qui ont fait avancer le dossier de la périnatalité!» Pour Renée Mongeon, la solution se situe à deux

niveaux: d'une part, des programmes pour clientèle défavorisée, d'autre part, des programmes pour l'ensemble de la population, parce qu'il est tout de même clair qu'on ne peut mêler les deux groupes. Pourquoi? Parce que dans le premier cas, il faut répondre à des besoins primaires (pas de vêtements de maternité, pas d'argent pour s'alimenter, pas de lit pour l'enfant à naître), alors que dans le deuxième cas, il faut répondre à des questions sur la perception de soi, l'amour de soi dans le corps qui change, la perception du bébé, etc.

Pourtant, plusieurs CLSC ont commencé à se concentrer exclusivement sur une clientèle qui ne vient pas spontanément aux rencontres. Pour l'attirer, ils ont conçu des programmes attrayants qui ont comme

P A R S U Z A N N E B L A N C H E T

RÉNATALES

*de toutes
les
couleurs*



objectif de réduire le nombre de bébés de poids insuffisant en milieu défavorisé. Voilà! Le mot est lancé: désormais, tout pour la clientèle défavorisée. «Améliorer les services pour cette population est sûrement louable, concède Louise Perraton, qui rédige présentement sa thèse de maîtrise en sciences infirmières sur l'enseignement prénatal. Mais sabrer dans les services à la population en général demeure discutable. C'est triste de faire ça. C'est comme si on disait que parce que la classe moyenne se débrouille bien, on va arrêter de payer pour son éducation! Je demeure persuadée qu'on devrait préparer davantage les futurs parents à leur rôle. Dans une société bien organisée, on devrait pouvoir donner de la documentation, prêter des vidéos, puis prévoir des rencontres pour en discuter,

LOUISE DE GROSBOIS

pour changer les croyances. On dépasserait alors le niveau de l'information pour donner de la formation.»

LES OBJECTIFS

En fait, quel est, précisément, l'objectif poursuivi par les personnes qui offrent ces rencontres? Si Louise Perraton avait comme idée de départ que c'est là le bon endroit pour préparer les parents à leur rôle, elle a vite déchanté. Elle s'est rendu compte que partout, l'on visait soit l'état de santé de la future mère, soit son comportement à l'accouchement, mais rarement la vie avec l'enfant, sinon quelques notions sur les soins essentiels à donner au bébé. Certains CLSC, admet Louise Perraton, avaient commencé à ouvrir leurs objectifs en parlant du développement de l'enfant et de l'importance de l'attachement entre les parents et leur enfant: «Mais tout ça va être modifié avec les recommandations du rapport Brunet. On va se limiter davantage à l'hygiène de la grossesse, à l'alimentation, au suivi médical.»

Ainsi, les programmes des CLSC ont été considérablement réduits récemment. Certains sont passés de douze à six rencontres, d'autres se contentent d'organiser des rencontres sur des thèmes bien précis. Ailleurs, on a carrément laissé tomber les rencontres prénatales dont la responsabilité est devenue celle des Commissions scolaires dans le cadre des programmes d'éducation des adultes. «Nous sommes dans une période de refonte en profondeur qui marque les services, souligne Carole Lalonde. Des comités travaillent sur différents programmes pour donner suite aux recommandations jugées prioritaires par le rapport Brunet. Mais il n'y aura certainement rien qui va débloquent avant la sortie du fameux livre blanc de la ministre.»

Ce document, on l'espère depuis longtemps... et sans doute pour longtemps encore. En effet, malgré une dizaine de coups de téléphone donnés dans le but de connaître la date de publication de ce fameux livre blanc, il a été impossible d'entrevoir une seule lueur d'espoir. En fait, plusieurs personnes interrogées au ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) demandent encore «Qu'entendez-vous par rencontres prénatales?... si



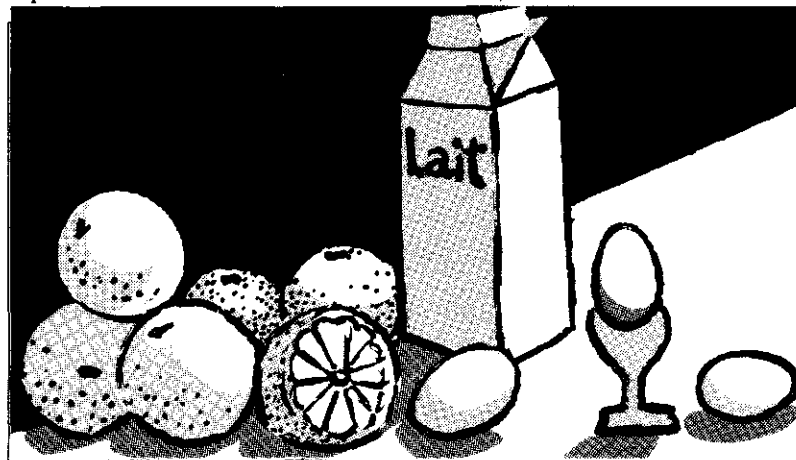
personne ne sait de quoi il s'agit, on peut imaginer que la réponse n'est pas pour demain!

Malgré tout, des «fuites» parvenues à la Fédération des CLSC laissent entendre que les services qu'on se proposait tout d'abord d'abandonner pourraient au contraire devenir *une marque de commerce*. Plusieurs reconnaissent que la prévention doit exister, et le CLSC a une espèce de tradition dans ce sens-là, rappelle Carole Lalonde. Le rapport Brunet aura au moins eu le mérite de permettre à certains de faire un peu de ménage dans ce qu'ils faisaient et d'établir des objectifs plus précis en fonction de clientèles plus en besoin que d'autres. On répondra selon des modalités différentes à

la clientèle qui est moins dans le besoin.»

QUELQUES EXPÉRIENCES

Pour savoir ce qui se passe réellement, à l'heure actuelle, il faut faire du cas par cas. Demander à toutes et chacune de nous raconter leur expérience, leur façon de voir le programme de rencontres prénatales idéal, en espérant qu'en prenant une idée par-ci, une idée par-là, on en vienne à répondre aux besoins de la population. Mais encore faut-il être à l'écoute de ces besoins! Fort heureusement, pendant que certains intervenants dans les CLSC entraînent les femmes à se bien comporter dans le cadre des structures hospitalières, d'autres personnalisent les programmes de leurs propres couleurs.



Les projets OLO dispensent à la clientèle défavorisée oeufs, lait et oranges

Pour la clientèle défavorisée, les programmes qui remportent le plus de succès sont les projets OLO, au cours desquels on dispense aux femmes oeufs, lait et oranges. En plus de recevoir leurs suppléments alimentaires, les femmes participent à des ren-



CLSC Longueuil-est

contres où elles peuvent parler de grossesse, d'accouchement, échanger des trucs pour économiser, etc. Ces projets ne tiennent toutefois qu'à un fil... la bonne volonté de l'épicerie locale ou du Club optimiste: «Ca prend une mobilisation de la communauté qui fournit les oeufs, le lait et les oranges, confirme Carole Lalonde. Si le bénévolat ne marche pas dans un milieu, ce dernier est fortement handicapé.» Et si la distribution des suppléments alimentaires cesse, la présence des femmes aux rencontres cesse également.

Sylvie Montreuil, du service *évaluation-recouvrement de la santé* au MSSS, a publié en 1987 «Le défi de l'intervention prénatale en milieu défavorisé», document qui raconte six expériences québécoises. Comme pour démontrer la fragilité des programmes en milieu défavorisé, certains de ces projets sont tombés depuis. D'autres cependant se poursuivent. Ainsi, le programme d'intervention en périnatalité auprès des familles à risque du CLSC Basse-ville est tombé, alors que le projet «intervention de quartier auprès des femmes enceintes de milieu défavorisé» du même CLSC est maintenu. Misant sur l'appui des pairs et du milieu, des rencontres prénatales co-animées avec une mère du milieu ont été offertes à 18 couples. Six autres femmes ont suivi en groupe une série de 16 rencontres avec une infirmière et une travailleuse sociale. Des visites pré et post-natales à domicile ont été

effectuées. Plusieurs visites étaient dirigées par une mère accompagnant l'infirmière. Il y a ensuite eu un suivi de santé des enfants en groupe.

Au Module Verdun, une infirmière travaille deux jours par semaine auprès des femmes enceintes défavorisées, secondée par une nutritionniste consultante du DSC Verdun. Les buts poursuivis sont la réduction de la mortalité périnatale et de l'incidence des naissances de bébés de faible poids, ainsi que l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à naître, de façon à optimiser le potentiel physiologique de l'enfant. Un soutien est apporté aux femmes enceintes pour qu'elles augmentent leur propre prise en charge vis-à-vis la solution de leurs problèmes. L'infirmière visite les femmes à domicile à une fréquence qui varie selon les besoins, en moyenne aux deux semaines. Les femmes sont orientées également vers le Dispensaire diététique de Montréal. Cet organisme privé à but non-lucratif, qui existe depuis plus de 100 ans, offre un suivi nutritionnel aux femmes enceintes défavorisées depuis plus de 40 ans. Le suivi de grossesse du Module Verdun, davantage de type visite à domi-

cile et soins infirmiers, complète celui du Dispensaire.

Au CLSC de Saint-Jérôme, la prévention prend une autre forme: le futur père est intégré aux rencontres prénatales dans un programme comme nulle part ailleurs. Parmi les douze rencontres, trois sont données séparément aux hommes et aux femmes. Quoi? Les gars d'un bord, les filles de l'autre, comme au temps des cours de préparation au mariage des années '60? «Les gars parlent beaucoup plus ouvertement quand ils sont entre eux, explique Jean Chapleau, instigateur du projet. Ils racontent comment ils vivent les changements physiques et psychologiques de leur conjointe, découvrent que la sexualité peut être faite de tendresse, d'attention à donner. Quand on sait que 40 % des femmes battues le sont pour la première fois lorsqu'elles sont enceintes, on comprend l'aspect préventif du programme qui nous permet de dépister les cas de violence conjugale.»

DU CÔTÉ DU PRIVÉ

En obstétrique depuis une dizaine d'années, Pierrette Tanguay a ouvert un centre privé de consultation de maternité à Montréal. J'offre des rencontres individuelles et

Pierrette Tanguay, lors d'une rencontre à son Centre de Consultation en maternité



LOUISE DE GROSBOIS

des rencontres de groupes. Même si la femme opte pour les rencontres de groupes, elle bénéficie tout d'abord d'une consultation individuelle d'environ deux heures. Je réponds aux questions qu'elle juge prioritaire, que ce soit sur l'alimentation, les maux de grossesse, le choix du médecin ou de l'hôpital, les relations sexuelles ou les conditions de travail, bref, tout ce qui la préoccupe au moment où elle vient me voir.»

Suit une soirée d'exercices. Il ne s'agit pas de conditionnement physique, mais d'exercices de confort pour rendre la vie plus agréable pendant la grossesse. Celle qui désire en faire davantage sera référée au bon endroit. Ensuite, onze rencontres hebdomadaires viennent compléter le programme. Des perceptions sensorielles du fœtus à la vie de couple, tout y passe. «Chez nous, il n'y a pas de philosophie compliquée. Que la femme veuille accoucher à la maison ou à l'hôpital, qu'elle veuille allaiter ou donner le biberon, je n'oblige personne à adopter une certaine façon de penser. Tout ce que je veux, c'est donner aux futurs parents des outils pour qu'ils aient du plaisir.»

Toujours, Pierrette Tanguay demeure disponible: un simple coup de fil est si rassurant lorsque le médecin veut provoquer l'accouchement et qu'on ne sait quoi lui répondre. Après l'accouchement, c'est le «party de bébés». Puis, à la deuxième grossesse, les «anciennes» téléphonent parfois, histoire de faire une «répétition générale» ou de savoir ce qu'il y a de neuf depuis le premier accouchement.



Centre de yoga prénatal et familial

Françoise Lapchuck a choisi, elle, d'offrir du conditionnement physique prénatal. Mais pas n'importe lequel: le yoga. «La philosophie de base du yoga, c'est l'importance du temps présent parce que dans le temps présent, on prépare l'avenir. On peut prendre conscience de ce qui ne va pas, et on peut le changer. Appliquée à une grossesse, cette philosophie aide les femmes enceintes à vivre leur grossesse, et non pas à penser seulement à l'accouchement.»

Le yoga se fait bien sûr à l'aide de postures; certaines aident à développer la souplesse, d'autres la force, l'assurance. La plupart de ses clientes font du yoga pour la première fois, mais celles qui le pratiquent depuis longtemps y trouvent aussi leur compte, parce qu'elles apprennent à faire des choses plus appropriées à leur nouvelle condition. Tous les mouvements que pro-

pose Françoise Lapchuck tiennent compte du fait que la femme porte un enfant.

La respiration occupe beaucoup de place. «J'enseigne différentes façons de respirer qui ne sont pas faites uniquement pour se préparer à l'accouchement. Les femmes apprennent à identifier la respiration qui apaise, celle qui donne de l'énergie, celle qui aide à contrôler ses pensées, de sorte que, le moment venu, elles utilisent instinctivement celle qui convient, quelle que soit la façon dont se déroule l'accouchement.»

Mais Françoise Lapchuck n'enseigne pas que des exercices physiques. «Faire du yoga, c'est beaucoup revenir à l'intérieur de soi. Et là, un enfant vit dans cet intérieur. J'invite la mère, et aussi le père, à parler à l'enfant, à chanter pour lui. Je mets beaucoup d'importance sur le lien avec l'enfant. Tout comme il est vrai que si je ne mange que de la pizza, mon bébé va souffrir de carences alimentaires, il est tout aussi vrai que si je ne lis que des livres d'horreur, mon enfant va certainement souffrir d'une carence de beauté et d'harmonie. Tout ce qui est vrai sur le plan physique est totalement transposé sur le plan psychologique.»

DU CÔTÉ DES SAGES-FEMMES

Lorsque Isabelle Brabant rencontre pour la première fois un groupe de femmes, elle s'adresse à elles en ces termes: «L'objectif premier de ces rencontres prénatales est de vous donner un avant-goût de ce que sera votre accouchement... et de vous en donner le goût!» Elle leur explique que chacune a



tout ce qu'il lui faut pour accoucher spontanément, pourvu qu'elle apprivoise la force de naissance qui l'habite.

Pour ce faire, elle propose de faire le tour du déroulement normal d'un travail

dans toute sa variabilité; elle propose aussi des exercices de visualisation, de réflexion, de mises en situation. Puis, elle met l'accent sur l'énergie de la naissance plutôt que sur la simple biologie. Le lien qui existe entre le corps et les émotions dans l'accouchement est abordé dans toute sa dimension: comment certaines émotions peuvent-elles momentanément ralentir la bonne marche du travail? Comment peut-on franchir les obstacles que constituent les peurs et les ambivalences? Comment peut-on apprivoiser la douleur avec la respiration comme alliée? Le rôle important du père pendant l'accouchement est évidemment abordé, de même que l'accueil du bébé dès son arrivée, sa première tétée, la vie après sa naissance, la «naissance» du parent.

Alternative-Naissance offre pour sa part des rencontres prénatales animées par des sages-femmes. «Celles qui suivent les rencontres des sages-femmes accouchent majoritairement à la maison, explique Lucie Hamelin, qui animait ces rencontres jusqu'à tout récemment, tandis que les femmes et les couples qui viennent à Alternative-Naissance veulent généralement des rencontres alternatives tout en accouchant à l'hôpital.» Qu'entend-on par rencontres alternatives? «Les gens qui paient pour des rencontres avec des sages-femmes plutôt qu'avec des infirmières prennent en quelque sorte la responsabilité de ces rencontres, explique Jacqueline Raymond, qui a pris la relève de Lucie Hamelin à Alternative-Naissance. Les gens ont déjà des connaissances. J'y ajoute les miennes pour les aider à ressortir leur pouvoir d'accouchement. La sage-femme fait la couleur de la rencontre.

Pour la majorité des femmes, une grossesse, un accouchement, c'est normal. C'est inscrit dans leur corps.» Il s'agit en somme d'aider femmes et conjoints à se prendre en main plutôt que d'accepter sans mot dire les

en entretenant beaucoup de dépendance parce qu'on croit profondément que l'accouchement est un acte médical qui doit se faire en milieu hospitalier. Ca fait partie du naturel des intervenantes, de par

leur formation d'infirmière. En intégrant les sages-femmes au système de santé québécois et en multipliant les lieux d'accouchements, les infirmières auront plus de latitude; elles pourront préparer les femmes à accoucher ailleurs qu'à l'hôpital. L'espoir ne vient que de ce côté, à mon avis. Tant qu'il n'y aura qu'un lieu d'accouchement, on n'en sortira pas.»

Tant qu'il n'y aura qu'un lieu d'accouchement, mais aussi tant qu'il n'y aura qu'un intervenant autorisé à l'accouchement et tant qu'on ne cherchera pas à ajouter de nouveaux services pour répondre

aux nouveaux besoins plutôt que de les limiter. Les quelques initiatives osées par certaines personnes avant-gardistes démontrent bien qu'en matière de prévention, il faut aller de l'avant et non pas toujours repartir à zéro. ■

Alternative-Naissance offre des rencontres prénatales données par des sages-femmes



Au bureau des Sages-femmes associées de Montréal, on veut donner aux femmes le goût d'accoucher

décisions médicales, comme on les y encourage dans les CLSC.

Hélène Valentini, anthropologue qui a préparé un mémoire de maîtrise sur les rencontres prénatales il y a quelques années, affirme qu'effectivement, les CLSC véhiculent un discours de l'Etat, un discours officiel. Mais en même temps, précise-t-elle, on y tient un discours contradictoire: «On cherche à se distancer d'un discours officiel médical et à renforcer l'autonomie des femmes tout



Les NTR jusque da

Le monde avait déjà accueilli plusieurs bébés-éprouvettes quand je me suis rendu compte que les «nouvelles technologies de reproduction» étaient là pour rester! Le terme évoquait pour moi de savantes et secrètes interventions dans des laboratoires sophistiqués, une sorte de science-fiction à peine croyable qui me faisait hausser les épaules en pensant: ils sont fous ces savants! A l'étonnement a succédé rapidement l'inquiétude et parfois même l'horreur: l'impression qu'une grosse machine avance inexorablement en s'alimentant de ce qui, jusqu'à maintenant, avait été le sens même de nos maternités, de la suite du monde. Mais je me consolais en pensant que cela restait encore une aventure rarissime pour des femmes vivant des conditions sûrement très différentes des miennes. Il m'a fallu un certain temps avant de me rendre compte que les NTR

étaient en train de changer, sous nos yeux, toutes et chacune de nos grossesses.

étaient en train de changer, sous nos yeux, toutes et chacune de nos grossesses.

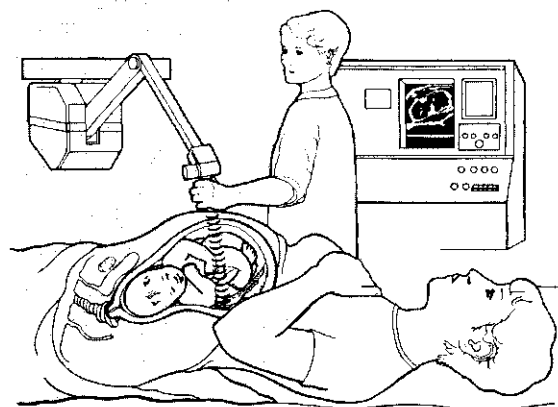
L'ÉCHOGRAPHIE

Quand j'ai commencé à travailler comme sage-femme, il y a dix ans, je n'avais encore jamais entendu parler d'échographie. Aujourd'hui, rares sont les femmes qui se rendent jusqu'à leur accouchement sans en avoir passé au moins une. Au début, les femmes s'y rendaient parce que le médecin l'exigeait; maintenant, ce sont elles qui insistent... pour se rassurer. Quand le médecin dit avec bienveillance: «On va aller voir s'il a tous ses morceaux», peu de mères restent insensibles à ce genre d'arguments. Mais alors que l'échographie prétend répondre à cette inquiétude et la calmer, l'angoisse reliée à l'attente d'un bébé n'a pas cessé d'augmenter. Plus que jamais on s'inquiète! Plus que jamais on veut savoir «s'il a tous ses membres». Et que feriez-vous s'il lui manquait un bras? Ou deux? Ou tous ses membres? La question est cruelle, mais lorsqu'elle se pose, elle oblige les mères à un choix bien plus cruel qu'il ne leur a jamais été donné de faire avant aujourd'hui: celui d'éliminer, parmi les enfants qu'elles ont accepté de porter, de mettre au monde, ceux qui n'atteignent pas certains standards. Elles sont obligées d'évaluer la gravité des handicaps, d'interpréter les

résultats ambigus et de prendre des décisions déchirantes. L'échographie de routine a raté son objectif de rassurer les mères; elle contribue au contraire à faire durer un questionnement sur la qualité de leur bébé alors que l'inquiétude du début de la grossesse aurait normalement évolué vers une sérénité intérieure: sitôt calmée, l'angoisse reprend, puisqu'il faudra attendre l'échographie du septième mois pour aller voir «s'il se développe normalement».

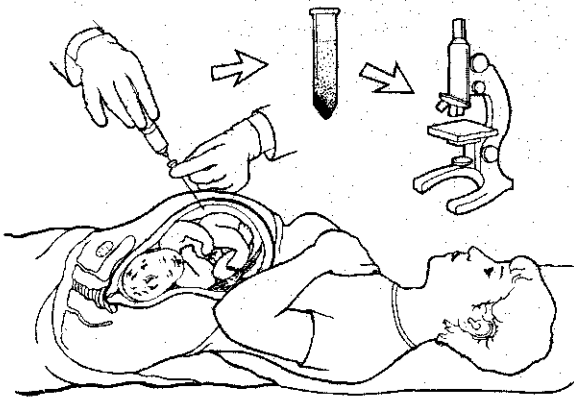
Avec l'échographie, on a créé un nouveau moment de la grossesse. Depuis toujours, le sentiment de la présence du bébé comme personne se révèle peu à peu, à chaque mère et père, par le monde intime des émotions. Désormais, pour la majorité des femmes, le premier «vrai» contact avec leur bébé se fait par l'intermédiaire d'un écran, plutôt que dans l'intimité de leur lit. Signe des temps, sans doute, mais qui me laisse songeuse.

Il y a quelques années à peine, les femmes enceintes se faisaient demander: «Sais-tu si c'est un garçon ou une fille?», l'échographie s'étant faite, dans quelques cas, assez indiscrète pour le révéler d'avance. Maintenant, beaucoup de femmes se font demander directement: «Qu'est-ce que c'est?», car celles qui ne le savent pas sont de plus en plus rares. Barbara Katz Rothman¹ rapporte que parmi les nombreuses femmes qu'elle a rencontrées, celles qui connaissaient le sexe de leur bébé choisissaient des mots différents pour décrire ses mouvements, selon que c'était un garçon ou une fille. On disait: «doux et tranquille, pas trop énergique, pas violent, pas très actif» pour une fille, et «très fort, vigoureux, un tremblement de terre, calme mais très fort» pour un garçon, sans jamais utiliser ces mêmes termes pour le sexe opposé. Les femmes qui ne connaissaient pas le sexe de leur bébé utilisaient indifféremment tous ces mots. Quel est l'impact sur nos enfants et sur nous-mêmes de connaître à l'avance le sexe de nos bébés? De s'appeler Emilie ou



ns mon lit!

Mathieu quand on n'a encore que 16 semaines de grossesse? Est-ce que cela ne donne pas prise à tous les préjugés que nous abritons bien malgré nous?



L'AMNIOCENTÈSE

Quand, après mûre réflexion, une femme décide d'avoir recours à l'amniocentèse, c'est un pas vers la liberté de choix, vers le respect du cheminement de chacune, et c'est important. Mais quand ce choix, plusieurs fois multiplié, contribue à créer un contexte médical et social dans lequel il n'est presque plus possible de ne pas avoir d'amniocentèse, alors c'est un recul, et un recul grave!

L'amniocentèse, d'abord réservée aux femmes avec un problème génétique particulier, s'est généralisée rapidement à toutes les femmes de plus de 35 ans, pour dépister le mongolisme. Et depuis quelques années, les femmes de 34, 33 et même 32 ans, se considèrent elles-mêmes comme «à risques» et réclament l'amniocentèse. Or 80 % des enfants atteints de trisomie 21 (le mongolisme) naissent de mères de moins de 35 ans. N'est-il pas facile d'imaginer le jour, pas si lointain, où il sera considéré comme de la bonne pratique médicale de faire passer l'amniocentèse à tout le monde? Les femmes se sentiront-elles coupables de la refuser? Il faudra alors, comme aujourd'hui avec l'échographie, de très solides convictions personnelles, une détermination peu commune et beaucoup de soutien pour réussir à ne pas en avoir une. Car en 1989, chaque femme a encore le droit de choisir si elle veut ou non subir une amniocentèse. Mais dans le cas de l'échographie, ce choix est presque devenu théorique, tant sont grandes les pressions médicales et sociales d'en subir une ou plusieurs. Il est maintenant considéré comme de la mauvaise pratique médicale le fait de ne pas en faire passer à ses patientes!

Si, désormais, on élimine la majorité des enfants mongoliens à 20 semaines de grossesse, il ne faudra pas s'attendre à des miracles de budgets et de priorités politiques et sociales

pour ceux qui resteront! Le choix de garder un enfant mongolien n'en sera que plus lourd pour les parents. Ceux qui travaillent auprès des handicapés s'inquiètent, et à bon droit, que s'installe dans l'esprit du public cette fausse idée que la technologie peut garantir la «perfection» des bébés qui naissent, rendant encore plus inacceptable l'imperfection de ceux qui ont des problèmes autres que génétiques.

On a accès maintenant à un dépistage beaucoup plus précoce que l'amniocentèse: la biopsie des villosités chorionales. Mais six fois plus d'anomalies sont dépistées à huit semaines qu'à seize ou à vingt, parce que la majorité d'entre elles se seraient soldées de toute manière par une fausse-couche spontanée autour de dix ou douze semaines. Donc, six fois plus de mères devront décider d'un avortement «thérapeutique» (qui, par ailleurs, ne «guérit» rien!), avec le coût émotionnel qu'une telle décision implique.

LES NTR AFFECTENT TOUTES LES GROSSESSES

Evidemment, toutes ces questions se posent bien différemment quand c'est vous, enceinte, qui êtes assise là dans ce bureau de médecin, avec une décision à prendre qui influencera votre propre grossesse. Mais on doit se questionner ensemble sur l'usage général de toutes ces techniques, sur les choix s'il y en a, sur leur impact dans nos vies. Parce qu'en plus, leur développement ne s'arrêtera pas là! Toutes les techniques développées autour de la technologie de pointe de la fertilisation in vitro, par exemple, seront rapidement rendues disponibles à toutes les femmes: détermination du sexe dès les tout premiers stades de l'embryon et élimination du sexe indésiré, diagnostic de maladies génétiques avant l'implantation, congélation d'embryons pour implantation future, etc. Tout cela semble peut-être encore de la science-fiction, mais si on avait parlé à votre mère d'amniocentèse et d'échographie, c'est ce qu'elle aurait pensé aussi!

Ce questionnement collectif ne pourra se bâtir que sur le cheminement intime des femmes enceintes, de celles qui doivent choisir pour elles-mêmes. La popularité du dépistage prénatal s'explique facilement quand on connaît notre vulnérabilité par rapport à la santé et au bien-être de nos enfants. Chacune de nous peut se demander à quel besoin elle répond vraiment lorsqu'elle choisit l'amniocentèse, ou une échographie, ou n'importe quel autre test de dépistage prénatal. Où pourrions-nous retrouver la confiance en nous, en nos bébés, dans la perfection de la vie, sinon à l'intérieur de nous-mêmes? ■

ISABELLE BRABANT

¹ auteure d'un excellent livre sur le diagnostic prénatal (*The Tentative Pregnancy*, Penguin Books 1987, 274 p.)

grossesse-secours

je suis enceinte...
j'en parle.



LA GROSSESSE EN MILIEU DÉFAVORISÉ

femme enceinte sur cinq vit avec des revenus insuffisants. Parmi ces femmes, près de la moitié vivent dans des conditions d'extrême pauvreté durant leur grossesse, ce qui représente de 9 à 11 % de l'ensemble des Québécoises qui accouchent chaque année.

Ces femmes sont très souvent faiblement scolarisées (moins de 11 ans de scolarité), elles sont beaucoup plus souvent sans conjoint (ou sans conjoint stable) que l'ensemble des Québécoises enceintes et ont généralement plus d'enfants que les autres (les trois-quarts ont au moins trois enfants).

QUELQUES CAS VÉCUS

Mère de deux enfants âgés de huit mois et de deux ans, Sylvie est enceinte de trois mois. Elle reçoit des prestations d'aide

sociale. Le père des enfants, un ex-détenu, n'habite pas avec eux et n'apporte aucun soutien financier. La venue de ce troisième enfant inquiète Sylvie: «Qu'est-ce que je vais faire pour sortir lorsque le bébé sera là? Avec les deux autres, j'arrivais à m'organiser: le plus jeune dans le carrosse et le plus vieux par la main. Mais le bébé... Si seulement j'avais de l'argent pour m'acheter une auto...»

Louise est enceinte de son deuxième enfant. Séparée, elle vit présentement de prestations versées par la CSST (retrait préventif). Sa famille est loin et elle n'entretient aucun lien avec son ex-conjoint. Son médecin lui annonce qu'elle doit être hospitalisée jusqu'à ce qu'elle accouche parce qu'elle risque de perdre son bébé. Louise doit donc trouver quelqu'un qui accepterait de garder son petit garçon pendant son séjour à l'hôpital. Disposant de très peu

d'argent, il n'existe qu'une seule solution pour elle: placer temporairement son enfant en famille d'accueil. Cette solution rend Louise très malheureuse: même si cette peur n'est pas justifiée, elle se demande s'ils lui rendront son fils lorsqu'elle sera de retour à la maison.

Ces deux exemples ne représentent que quelques-uns des problèmes qu'engendre l'insuffisance de revenus. A Grossesse-Secours, nous sommes fréquemment confrontées à la réalité de ces femmes. Certaines n'ont pas de vêtements ni de meubles pour le bébé. D'autres doivent avoir recours aux organismes de charité pour se nourrir jusqu'au prochain chèque d'aide sociale. Leur revenu suffisant à peine à répondre aux besoins essentiels, elles ne peuvent avoir une vie sociale, ce qui

contribue à renforcer l'isolement de ces femmes.

La réalité des femmes enceintes en milieu défavorisé est donc loin de correspondre à l'image idéale que l'on se fait de la grossesse. Nier cette réalité ne la changera pas. Il est donc important d'en parler afin de pouvoir répondre convenablement aux besoins de ces femmes qui, malgré tout, font preuve de beaucoup de courage. ■

ANNE GOYETTE

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



JUDITH POTHIER

Quelle est la première image qui nous vient généralement à l'esprit lorsque nous parlons de grossesse ou de maternité? Le plus souvent, on l'imagine comme étant un événement merveilleux. La femme espère qu'elle sera entourée et choyée par son conjoint «fou de joie» et empressé de répondre à tous ses désirs. Cette belle image correspond à une certaine réalité. Toutefois, peut-être par peur, nous évitons trop souvent de penser à une autre réalité: celle vécue quotidiennement par les femmes enceintes des milieux défavorisés.

La pauvreté engendre des problèmes dont on parle peu. C'est à partir de mon expérience d'intervenante à Grossesse-Secours que j'illustrerai quelques-uns de ces problèmes. Selon une étude québécoise¹, on estime qu'environ une

UN OU DEUX GARÇONS, MAIS UNE DEMIE FILLE SEULEMENT!

Cette boutade aurait très bien pu être la réponse donnée par une jeune femme indienne du début de la vingtaine à qui on aurait demandé: «Combien d'enfants voulez-vous?» Et c'est en fait la réalité «statistique» qui s'est offerte à Monica Das Gupta lors d'une enquête menée sur la discrimination sexuelle envers les enfants du Pendjab rural, en Inde.

L'enquête réalisée au cours de 1984 par le Conseil national de la recherche économique appliquée, avec l'aide financière du Conseil de recherches pour le développement international (CRDI), a démontré que les jeunes enfants de sexe féminin avaient un taux de mortalité bien supérieur à celui des jeunes garçons. En fait, entre le premier mois après la naissance et l'âge de deux ans, les jeunes filles avaient un taux de mortalité qui atteignait près du double de celui des jeunes garçons.

Le Pendjab est l'une des provinces les plus riches de l'Inde. Elle a abondamment profité de la Révolution Verte en agriculture. Les conditions de vie se sont améliorées avec les revenus croissants de la population et la mise sur pied d'infrastructures de santé adéquates. Le taux des naissances a baissé de 35 pour mille en 1971 à 30 pour mille en 1984. Mais surtout, la mortalité infantile a chuté dramatiquement. Alors qu'elle était évaluée à 129 pour mille en 1972, elle n'était plus que de 66 pour mille en 1984. Ces améliorations, notables, n'ont pas toutefois effacé des disparités curieuses. Tout comme il y a vingt ans, les jeunes enfants de sexe féminin meurent davantage en bas âge que leurs petits frères. En fait, jusqu'à l'âge de cinq ans, les taux de mortalité des enfants de sexe féminin sont constamment plus élevés que ceux de sexe masculin.

Pourquoi donc?, s'est demandée Monica Das Gupta, l'anthropologue



UNICAF

auteure de l'étude. Est-ce que les mères, consciemment, négligent un peu les soins apportés à leurs petites filles et pourquoi le font-elles? Est-ce que la société indienne, patriarcale, a un rôle à jouer dans cette différence?

«Nous savions depuis longtemps, raconte Monica Das Gupta, que les familles favorisaient les jeunes garçons et que la discrimination basée sur le sexe était particulièrement visible au Pendjab. Mais nous voulions aller plus loin et comprendre pour quelles raisons culturelles, sociales ou économiques, les familles semblaient négliger les petites filles.»

«Nous nous sommes mis à explorer différentes avenues, raconte-t-elle. En

premier lieu, nous avons analysé la mortalité infantile en fonction du rang de naissance. Et nous avons trouvé que le taux de mortalité infantile est, pour le premier enfant du couple, le même qu'il s'agisse d'un petit garçon ou d'une petite fille. Par contre, quand il y a déjà une petite fille dans la famille, le taux de mortalité des petites filles grimpe de 53 pour cent par rapport à celui des garçons. Cela démontre bien que la discrimination à l'égard des petites filles est un phénomène conscient.»

Ces écarts semblent les mêmes peu importe les revenus des familles. Cependant, Monica Das Gupta a noté que le niveau d'éducation influençait le taux de mortalité des petites filles. En effet,

plus les mères sont éduquées et plus les petites filles sont négligées et meurent. Monica Das Gupta explique ces différences par les changements sociaux rapides survenus en Inde. La fécondité a connu un déclin rapide et les méthodes contraceptives sont plus accessibles mais le nombre de petits garçons et de petites filles désiré par les femmes n'a pas changé. Les femmes veulent toujours en majorité deux garçons et à tout le moins un. «Les femmes savent maintenant qu'elles n'auront pas, pour la plupart, plus de trois enfants au cours de leur vie», explique Monica Das Gupta.

En conséquence, il semble que les femmes prennent davantage soin de leurs petits garçons que de leurs petites filles. Pendant la première année de vie de leur enfant, cruciale pour la survie du nouveau-né, les femmes dépensent 2,3 fois plus d'argent pour leurs petits garçons que pour leurs petites filles. C'est donc dire que les petits garçons sont mieux nourris (ils consomment plus de gras et de protéines), mieux habillés (avec des vêtements chauds quand les nuits sont fraîches) et mieux soignés en cas de maladie. Les différences

s'estompent après la première année, mais cette dernière est extrêmement importante pour le bien-être physique de l'enfant.

Monica Das Gupta conclut que: «Les femmes sont marginalisées dans la société indienne. Leur valeur est considérée inférieure à celle des hommes parce qu'elles n'occupent pas aussi souvent des emplois que les hommes. Avoir un garçon devient alors une priorité pour le couple.» ■

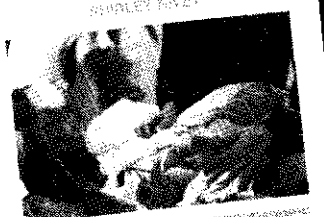
ROBERT CHARBONNEAU
Source: *Le CRDI Explore*,
octobre 1988.

Malheureusement, tout au long du livre, les charges contre le système médical et le système patriarcal sont sans cesse renouvelées, ce qui brise le rythme et le niveau de la conversation. L'accouchement à la maison est présenté comme la solution idéale, sans risque ni péril, ce qui m'apparaît impossible à soutenir. Et puis, cette espèce de polarisation où les «bons» sont d'un bord et les «méchants» de l'autre force beaucoup plus à réagir et permet difficilement de réfléchir.

Quel choc alors de constater à la fin que cette femme n'accouche pas à la maison et que la sage-femme ne l'accompagne pas! Il est difficile de comprendre que ce livre se prétende un plaidoyer pour l'accouchement à la maison!

Cependant, avec un peu de recul, je crois qu'il s'agit fondamentalement d'un plaidoyer pour une démarche autonome, informée; ce livre laisse place à l'ambivalence, à l'ouverture jusqu'à la dernière minute, ramène toujours au choix des femmes, à la confiance dans leur capacité de porter et de mettre au monde leur enfant, un pas de plus vers le chemin si personnel et si complexe de la maternité. «Vivre est-il un tel risque qu'il faille avoir peur de son énergie première: enfanter et naître?», s'interroge Shirley Rivet.

SANS RISQUE NI PERIL, PLAIDOYER POUR L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON, par Shirley Rivet, Les éditions du remue-ménage, 1988, 231 p., 17,95 \$



SANS RISQUE
NI PERIL

PLAIDOYER POUR
L'ACCOUCHEMENT
À LA MAISON

L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON

Comme il est délicat de faire la critique d'un livre dont on connaît personnellement l'auteur! J'ai reconnu le tempérament fougueux et radical de Shirley Rivet dès l'introduction, où elle annonce clairement qu'il sera non seulement question d'accouchement à la maison, mais aussi de tout ce que le sujet sous-tend: démedicalisation de l'accouchement, omniprésence du patriarcat, pouvoir des femmes.

De lecture facile, sous forme de lettres envoyées à une amie enceinte, le livre nous fait vivre la grossesse et l'accouchement de cette amie, nous fait partager la période qui suit cet accouchement. Chaque lettre parle d'une étape de la grossesse, donne des conseils, des renseignements. Malgré un manque de justesse parfois, je peux facilement en imaginer les bienfaits pour les femmes enceintes. Cette façon d'écrire met en relief toute l'importance d'un contact personnel et bienveillant avec les femmes enceintes. Car ce long accompagnement de la grossesse, même à distance, suivant les saisons et la vie, montre combien le suivi de grossesse est bien plus que la simple surveillance de la tension artérielle, du poids ou de la croissance de l'utérus. Que de tendresse une femme enceinte pourra y puiser!

BRUNO
BETTELHEIM



POUR ÊTRE
DES PARENTS
ACCEPTABLES

Une psychanalyse du jeu

COLLECTIF PÉDAGOGES - PUBLIÉD LAFONT

AUX PARENTS DE BONNE VOLONTÉ

Le célèbre psychologue éducateur Bruno Bettelheim s'adresse aux parents de bonne volonté. Il leur parle non seulement de problèmes généraux traitant de l'éducation, mais aborde surtout différentes manières d'y réfléchir. Il veut inciter les parents à comprendre intuitivement et émotivement les forces qui animent l'enfant. Ce n'est pas tout de connaître les règles; les parents doivent tout d'abord être capables d'empathie envers leur enfant. Ils arriveront alors non seulement à découvrir des choses passionnantes sur eux-mêmes et sur leur enfant, mais ils auront aussi une chose en commun: leur humanité.

Toute une partie du livre est consacrée au développement de la personnalité de l'enfant, mais plus encore au jeu. Car si nous voulons comprendre notre enfant, explique Bettelheim, il nous faut comprendre ses jeux. Le jeu que l'enfant choisit parle d'un aspect de lui-même qu'il veut travailler, qui le préoccupe. Ce jeu l'aide à trouver des solutions et à renforcer sa faculté de maîtriser la vie. Ce monde des jeux, éducatifs ou guerriers, est aussi réel et important pour l'enfant que le travail pour le parent. On doit donc le traiter avec la même dignité.

Une dernière partie aborde surtout

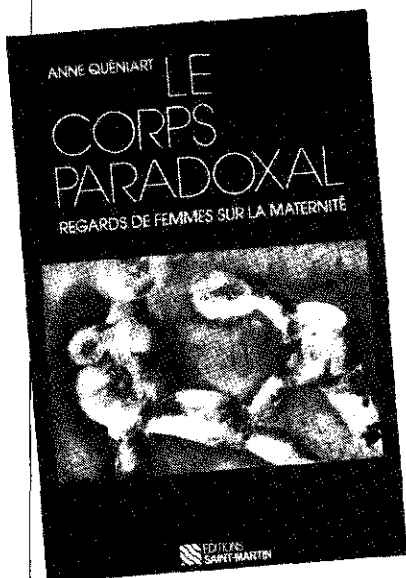
le thème de la famille, éclairant son fonctionnement dans le passé et ce qui a changé pour en arriver à la situation actuelle. A l'origine, la famille assurait la survie de l'enfant; elle vise aujourd'hui le soutien émotionnel, le bien-être psychologique de tous.

L'auteur se fait aussi le défenseur des rêves, de la magie et des fêtes dans la vie de l'enfant. Ce dernier a besoin de croire au Père Noël avant d'arriver dans la vraie vie. Chacune des fêtes qui ponctuent l'année a un sens profond pour lui.

POUR ÊTRE DES PARENTS ACCEPTABLES, un livre déculpabilisant pour les parents parce qu'il les aide à ne pas viser le résultat de l'éducation, mais le processus même de la vie avec les enfants. Bettelheim aime profondément les enfants et il essaie de les expliquer inlassablement à tous. Il ne s'embourbe pas dans les termes psychanalytiques, mais comme son langage n'est pas vraiment concis, j'ai eu l'impression d'un livre long à lire... Mais ça vaut la peine de prendre le temps de le faire... et d'y réfléchir.

CÉLINE LEMAY

POUR ÊTRE DES PARENTS ACCEPTABLES, par Bruno Bettelheim, Editions Robert Lafont, 1988, 400 p., 24,95 \$



REGARDS DE FEMMES SUR LA MATERNITÉ

C'est à partir de données recueillies pour sa thèse de doctorat qu'Anne Quéniart a rédigé ce livre aux informations multiples, parfois troublantes, parfois étonnantes sur le corps et le rapport au corps des femmes enceintes. L'auteure a rencontré une centaine de femmes qui en étaient à leur première grossesse, toutes issues de la classe moyenne, pour les faire parler de leurs perceptions et pour «comprendre la maternité de l'intérieur».

Elle nous parle donc d'un corps paradoxal, parce que les femmes de sa recherche montrent bien qu'à la très grande visibilité du corps de la femme enceinte, elles opposent leur effacement en tant que femme autonome pour devenir un ventre logeant un fœtus. Le corps de la femme enceinte est paradoxal aussi parce que tout en étant source de reconnaissance sociale (les femmes enceintes se font céder la place dans le métro, les gens les touchent, les félicitent, etc.), il fait l'objet d'une marginalisation du social. En effet, une femme enceinte n'est plus une femme désirable, elle est souvent hors des circuits pour personnes «normales», elle ne fréquente plus les bars, les discothèques, la mode pour elle est à peu près inexistante. Autre paradoxe de la grossesse: elle corre-

spond à une expérience qui donne lieu à une emprise très grande de la médecine, tout en étant par ailleurs un moment privilégié pour contester cette trop grande emprise.

Il est particulièrement réjouissant de découvrir cette résistance presque généralisée des femmes enceintes interrogées vis-à-vis le traitement médical de leur grossesse, la dépossession et le découpage de leur corps en différentes parties. Anne Quéniart nous montre bien que les femmes enceintes ne sont pas que des victimes passives et consentantes. Elle fait aussi ressortir leur ambiguïté par rapport à la technologie médicale, son aspect rassurant versus sa mise à l'écart de l'individue. Tout au long de la grossesse, le corps des femmes cède de plus en plus sa place au fœtus et c'est pour se rassurer sans cesse sur sa «normalité» à elle et à lui que la femme enceinte se soumet plus ou moins volontairement aux techniques médicales, celles qui permettent de voir ce fœtus (échographie, monitor foetal).

Lorsque Anne Quéniart laisse la parole aux femmes qu'elle a rencontrées, nous nous sentons pleines de complicité avec leur solitude, leur isolement, leur fierté, leurs déceptions, leurs angoisses, leurs ambiguïtés. Toutefois, l'auteure a parsemé son ouvrage d'explications théoriques souvent très ardues et dont l'à-propos nous échappe. On a la désagréable impression que les propos servent davantage à appuyer les hypothèses d'autres chercheuses que de fournir de nouvelles pistes de recherche pourtant fort nombreuses.

Un livre à lire pour se retrouver entre femmes vivant les doutes, les rejets, les remises en question qui font partie du quotidien et de la richesse de la grossesse, mais à lire en diagonale pour s'épargner la sécheresse des interprétations.

LINE GOYETTE

LE CORPS PARADOXAL, REGARDS DE FEMMES SUR LA MATERNITÉ, par Anne Quéniart, Éditions Saint-Martin, 1988, 249 p., 24,95 \$



LA MONOPARENTALITÉ MATRICENTRIQUE

Renée Dandurand et Lise Saint-Jean nous parlent de la forme de monoparentalité la plus fréquente au Québec: la monoparentalité matricentrique issue de la rupture d'union. Selon les auteures, l'augmentation importante de cette nouvelle forme familiale depuis le début des années '70 s'explique par des changements survenus au cours des années '60 et '70. En fait, ces deux décennies constituent une époque charnière pour la vie matrimoniale au Québec.

L'approche utilisée par les auteures afin de démontrer ces dires constitue, à mon avis, le principal intérêt de cet ouvrage. C'est en effet à travers le récit biographique de 23-mères sans alliance appartenant à deux générations différentes et ayant toutes vécu une «désunion» que nous sommes amenées à constater la justesse de ces affirmations.

Le récit de ces femmes est divisé en trois tranches de vie distinctes, chacune correspondant à un chapitre de l'ouvrage. Au premier chapitre, divers aspects de la vie en couple sont abordés: rapports conjugaux, partage des tâches et des responsabilités familiales, etc. Le deuxième chapitre traite des motifs qui amène la rupture. Enfin, le troisième chapitre montre comment s'effectue le partage des biens et des responsabilités parentales au moment de la rupture.

L'ouvrage contient certes quelques éléments théoriques intéressants, mais il est avant tout descriptif, donc facile et agréable à lire, principalement à cause des récits biographiques. ■

ANNE GOYETTE

DES MÈRES SANS ALLIANCE, MONOPARENTALITÉ ET DÉSUNIONS CONJUGALES, par Renée B. Dandurand et Lise Saint-Jean, Éditions Saint-Martin, 1988, 249 p., 22,00 \$

L'ESSENTIELLE, la librairie des femmes offre 15% de rabais sur ces quatre titres jusqu'au 1er juin. 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
430 rue Rachel est
Montréal, Qc, H2J 2G7
Tél.: (514) 844-3277

LE POST-NATAL, ENFIN!

Si les femmes ont appris à partager leurs émotions, leurs peurs, leurs craintes, leurs joies lors de la grossesse par le biais des rencontres pré-natales, le silence est encore lourd sur la période post-natale. Pas étonnant donc que l'annonce du colloque annuel de Naissance-Renaissance pour les 31 mars, 1er et 2 avril 1989 sous le thème «post-natal» ait été accueilli avec grand plaisir!

Durant leur grossesse, les femmes sont souvent entourées, dorlotées. Elles vivent des doutes certes, mais elles sont aussi le sujet d'une certaine reconnaissance sociale. On les touche, on leur permet des «caprices». Ensuite, c'est l'euphorie qui entoure la naissance: elles reçoivent de la visite, des cadeaux, c'est l'émerveillement devant le nouveau-né, elles ont droit à quelques jours de congé. Puis, tout à coup, c'est le retour à la réalité.

Enceinte, on imagine la période post-natale en bleu pâle ou en rose pâle. On attend un bébé, on regarde sa literie, ses jouets, sa chambre. On attend tout, sauf peut-être le quotidien, qui est un mélange de joies et de tristesses. Passer du statut de femme enceinte admirée à celui de femme qui ne se reconnaît pas dans son corps est une étape difficile. Après l'accouchement, c'est le bébé qui devient l'objet des éloges et de l'attention. Les femmes se retrouvent souvent seules et démunies. Le conjoint a repris le travail, la vie continue autour des nouvelles mères sans qu'elles aient eu le temps d'approprier leur nouveau rôle, d'établir une relation nouvelle dans la famille.

Les réseaux d'entraide naturels ont à peu près disparu avec le repli des familles sur leur petite cellule urbaine. Nouvellement mères, nous nous sentons souvent à la fois coupables de n'être pas «à la hauteur» et victimes d'un «complot» du silence. Pourquoi ne pas nous avoir averties que la tâche est si grande? Le choc serait-il moins brutal? Toujours, on reçoit la même réponse: parce que vous ne nous auriez pas crues... et c'est sans doute vrai!

Si le post-natal n'est pas rose ou bleu pâle, il n'est pas que noir non plus. C'est plutôt une gamme de couleurs qui correspond à un éventail de senti-

ments, d'émotions mélangées à une forte dose de fatigue physique, de frustrations sexuelles (non, l'allaitement maternel ne compense pas tout!) et à une expérience plus ou moins longue avec le quotidien d'un jeune enfant dépendant.

Y a-t-il une différence entre le post-natal d'une mère d'un premier enfant et celui d'une mère d'un deuxième ou d'un troisième enfant? Entre celui d'une mère de 18 ans, de 25, 30 ou 40 ans? La période post-natale est-elle plus facile à vivre pour une femme qui a accouché à la maison que pour celle qui a accouché à l'hôpital, ou vice versa? Comment mieux se préparer à vivre cette période si intense de notre vie? Quelle place les sages-femmes occupent-elles ou voudrions-nous les voir occuper dans la préparation et le suivi de cette période? Comment vivre les

contradictions et les ambivalences de la maternité tout en sauvegardant notre santé mentale? Comment se vivent les relations avec notre conjoint? Avec les autres enfants?

Ce sont de toutes ces choses dont nous voulons parler au cours du colloque. Nous voulons qu'il soit un moment de choix où les groupes de Naissance-Renaissance pourront se ressourcer et s'outiller pour aider les femmes à vivre cette période silencieuse. C'est aussi une occasion précieuse de se rencontrer entre femmes, femmes enceintes, couples, sages-femmes, intervenants, infirmières, chercheurs... et peut-être même médecins? Dès qu'une femme commence à relater à cœur ouvert son expérience post-natale, l'effet d'entraînement est immédiat et toujours enrichissant.

Pour nous, la période post-natale, c'est davantage qu'un «baby-blues». C'est une période de notre vie que nous voulons comprendre et que nous voulons bien vivre. Nous voulons également profiter de ce moment pour élaborer ensemble une plateforme politique de revendications fortes concrètes dans le champ encore inexploré du post-natal: congés parentaux plus adéquats, ressources communautaires, organisation de la société en fonction de la vie avec les enfants, etc. ■

LINE GOYETTE



JUDITH CRAWLEY

LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE: L'AUTRE OPINION !

Une vague de rougeole dans l'ouest de Montréal a déclenché un débat l'hiver dernier. Alarmistes, les médias ont crié à l'épidémie, réclamant le vaccin à cor et à cri pour tous les enfants qui ne pouvaient prouver leur immunité. Quelques personnes ont écrit des lettres ouvertes pour leur répliquer. Nous en reproduisons quelques-unes qui font voir une autre façon de penser.

Je suis très étonnée de la façon dont les médias rapportent l'histoire de cette «épidémie» de rougeole qui a frappé Montréal! Mon propos n'est pas de condamner les vaccins ou de m'opposer aux mesures de santé communautaire, mais je m'alarme de constater qu'au moment où la santé publique est en jeu, les journalistes en perdent du coup leur plus élémentaire curiosité.

Aucun politicien ne pourrait se sortir d'une situation avec des explications aussi sommaires que celles que nous avons reçues sur l'épidémie en question. Pourquoi serait-ce différent quand c'est un «docteur» qui parle? Pourquoi adopter sans critique la version de la vaccination massive comme panacée?

Je n'ai pas de réponse quant aux mesures à prendre par rapport à ces cas de rougeole. Mais j'ai des questions sur le vaccin auxquelles je voudrais bien que quelqu'un réponde avant de décider pour moi. Saviez-vous, par exemple, que certaines épidémies ont touché largement des populations vaccinées? Que l'encéphalite frappe un enfant sur mille même quand ils sont vaccinés? Qu'on ne connaît pas bien la durée de l'immunité conférée par le vaccin, et donc, qu'on ne fait probablement que retarder l'apparition de la maladie alors qu'elle est beaucoup plus dangereuse chez l'adulte que chez l'enfant?

Et pourquoi, dans une population non vaccinée, la rougeole touche-t-elle principalement les enfants de 6 à 8 ans? Se pourrait-il qu'elle contribue au développement de leur système immunitaire? Y a-t-il un rapport entre l'immunisation massive et la multiplication des otites chroniques et de l'asthme chez les enfants?

En cet âge où la planète est menacée par le sida, une déficience du système immunitaire, ne serait-il pas sage d'y songer deux fois avant d'intervenir sur ce même système qu'on ne connaît encore que si peu?



SUZANNE LANGEVIN

Relisez Québec-Science (mai 1988) qui parle de la prochaine génération de vaccins, en démontrant les limites et les défauts de ceux qu'on utilise en ce moment. Vous verrez combien la vaccination est un outil encore bien imparfait. Elle a sans doute rendu des services précieux, mais elle a probablement aussi causé des dégâts. Comme la chirurgie, on ne s'en sert que quand on n'a pas d'autre choix.

Mais dans l'état actuel de l'information qui circule sur la rougeole, il n'y a pas de choix: il faut suivre ce que les docteurs disent! On n'oblige pas la vaccination, mais les enfants non-vaccinés devront rester à la maison jusqu'à la disparition du dernier cas

de rougeole, ce qui pourrait leur faire perdre leur année; peut-on vraiment parler encore d'un choix pour les parents?

Comme collectivité, nous avons, je pense, assez de maturité pour qu'on admette honnêtement la complexité de la question, la limite des connaissances actuelles et des moyens disponibles et qu'on considère la possibilité pour les individus d'assumer un choix personnel informé autrement qu'à travers la lunette d'une psychose et de l'épidémie.

ISABELLE BRABANT

(...) Pour beaucoup de gens, les gains réalisés par la vaccination ne compensent pas les pertes à long terme occasionnées aux systèmes immunitaires et génétiques humains, sans parler des «accidents» inhérents au système de vaccination lui-même, et même de son inefficacité relative en regard des objectifs de prévention.

Pour vous donner un exemple de la complexité de la situation, je vous rappelle qu'un article de La Presse parlait de l'Ontario où la vaccination est obligatoire: les cas de rougeole y ont effectivement connu une baisse. Par contre, au Québec, où la vaccination n'est pas obligatoire, on a également enregistré une baisse. Comment ex-

pliquer la situation? Les vaccins sont-ils efficaces?

Un autre aspect intéressant est le côté financier. On le voit avec le débat portant sur l'Institut Armand-Frappier: les vaccins sont une grosse industrie, de gros intérêts sont en jeu.

Toujours dans La Presse, on nous dit que pour 50 cas décelés sur un million d'habitants (on a parlé d'épidémie...), on a passé une première commande de 60 000 vaccins! Essayez d'imaginer les sous en jeu et vous comprendrez un peu mieux le discours de tous et chacun.

Mais ma plus grande préoccupation porte sur le degré de dépendance dans laquelle on entretient la population pour toutes les questions qui la concernent et spécialement en matière de santé. Je suis directeur de Prisme, un organisme qui se préoccupe de prévention et de santé publique, et je n'ai qu'à vous rappeler les débats publics sur les prescriptions des tranquillisants aux femmes et de Ritalin aux enfants pour vous rappeler le peu de cas qu'on fait des gens ordinaires dans ces débats, et souvent à leur détriment.(...)

Qu'on me comprenne bien: je ne suis pas contre ou pour la vaccination de toute une population de façon obligatoire, mais je suis contre toute décision importante qui influence toute une société et qui est prise à la légère, rapidement, sans avoir vraiment pris le temps et l'argent requis pour l'analyser. (...)

ANDRÉ THIERRIEN
Directeur du Regroupement en toxicomanie Prisme Inc.

(...) **Q**uand on parle de complications [de la rougeole], on brandit tout de suite le spectre de l'encéphalite qui, nous dit-on, serait de 1 cas sur 1 000. Je signale ici que ces statistiques sont loin d'être exactes. Il faut lire à ce propos le livre du docteur Robert S. Mendelsohn, «Des enfants sains... même sans médecin» (Editions Soleil Collection Santé, 1987).

Le docteur Mendelsohn nous apporte un éclairage sur la vaccination très différent de celui auquel on nous a habitués. Au sujet de la rougeole no-

tamment, il offre à notre réflexion les éléments suivants: tout d'abord, à propos des statistiques précédemment mentionnées, il nous rappelle que cette incidence de 1 cas d'encéphalite sur 1 000 existe peut-être pour les enfants qui vivent dans des conditions de pauvreté et de malnutrition, mais dans les classes moyennes et plus élevées, l'incidence de l'encéphalite serait davantage de 1/10 000 et même de 1/100 000.

Mendelsohn ajoute que, malheureusement, après nous avoir épouventés avec la possibilité d'une encéphalite, presque tous les pédiatres oublient de nous informer des dangers associés au vaccin de la rougeole. Celui-ci est en effet relié à des maladies de l'encéphale et à une série d'autres complications comme la panencéphalite sclérosante subaiguë qui cause le durcissement du cerveau et est invariablement fatale.

D'autres conditions neurologiques et quelquefois fatales associées au vaccin de la rougeole comprennent l'ataxie (l'incapacité de coordonner les muscles), le retard mental, la méningite aseptique, des problèmes de convulsion et l'héni-parésie (paralysie affectant un côté du corps). Des complications secondaires associées au vaccin peuvent être encore plus effrayantes. Elles comprennent l'encéphalite, la panencéphalite sclérosante subaiguë, la sclérose en plaques, la nécrolyse épidémique toxique, le choc anathylactique, le syndrome de Reye, le syndrome Guillain-Barre, la maladie trombo-coagulopathie embolique, le diabète juvénile. Il y a même une relation avec la maladie d'Hodgkin et le cancer.

Ces risques, nous dit Mendelsohn, seraient inacceptables même s'il y avait des preuves convaincantes que le vaccin est efficace. Mais il n'y en a même pas. Le déclin de la rougeole a commencé longtemps avant l'arrivée du vaccin. En 1958, il y eut environ 800 000 cas de rougeole aux Etats-Unis mais en 1962, l'année précédant l'apparition du vaccin, le nombre de cas avait descendu de 300 000. Durant les quatre années suivantes, alors que les enfants étaient vaccinés avec un vaccin inefficace et maintenant abandonné (virus mort), le nombre de cas a encore baissé de 300

000. En 1900, il y avait 13,3 cas de mortalité à cause de la rougeole par 100 000 de population. En 1955, avant le vaccin, le taux de mortalité avait déjà baissé de 97,7 % pour donner seulement 0,03 morts par 100 000. (...)

Robert S. Mendelsohn a pratiqué la pédiatrie pendant plus de 30 ans. Il a été directeur national du Project Head Start's Medical Consultation Service, président du comité d'accréditation médicale pour l'Etat de l'Illinois et

professeur associé de médecine préventive et de santé communautaire à l'école de médecine de l'Université d'Illinois. Il a reçu de nombreuses récompenses pour l'excellence de son travail en médecine et en enseignement de la médecine. ■

CLAUDE KRYNSKI



FEMMES D'ACTION

Une revue
d'information
et d'opinion
de qualité
qui vous

surprendra!

• **FEMMES D'ACTION** va droit au coeur de la vie des femmes.

Recevez *gratuitement* le vol 18 no 1 « Femmes et sexualité » et soyez agréablement surprise!

NOM	

ADRESSE	

VILLE	CODE POSTAL
<input checked="" type="checkbox"/> Je désire lire le vol 18 no 1 (gratuit)	

Publiée cinq fois l'an par la Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises 525, 325 rue Dalhousie, Ottawa, Ontario K1N 7G2

12\$ l'an

20\$ deux ans

23\$ organisme

TéL: (514) 526-5554

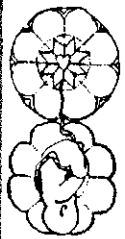
Carole Rioux
Psychothérapeute B.Sp. Psy.

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

Lucie Benoit

OSTÉOPATHIE
MASSAGE
CONSULTATION EN MATERNITÉ

825, boul. St-Joseph est, Mtl
288-9091



Centre de Yoga
Prénatal et Familial

FRANÇOISE LAPCHUK
LOUISE MICHAUD

(514) 388-9021

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. C1R 2L1
Dist. QUÉBEC LIVRES
Montréal, QC - H1R 3N4

Seulement \$ 20 pour tout
un trésor



RENÉE DEMERS
RESPIRATION
CONSCIENTE ET
PENSÉE CRÉATRICE

(514) 524-3895

MEMBRE PROFESSIONNELLE
DE LA CORPORATION
DES PALINGÉNÉSISTES DU QUÉBEC



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

ALERTE
à la procréatique

Une vidéo du Forum international sur la
procréation artificielle organisé par
le Conseil du statut de la femme

Nouveauté:

une série de vidéos réalisée
lors du Forum international sur les nouvelles techniques de reproduction présente
des entrevues exclusives et inédites avec:

On peut acheter ces vidéocassettes
dans les librairies des Publications du
Québec ou les emprunter
à l'endroit suivant:

Vidéothèque
Service de la diffusion audiovisuelle
Ministère des Communications
Édifice Cyrille-Duquet
1500-D boul. Charest Ouest, rez-de-chaussée
Sainte-Foy (Québec) G1N 2E5
Tél.: (418) 643-5169



Gouvernement du Québec
Conseil du statut
de la femme

Jacques Testart, biologiste
Françoise Laborie, ingénieure et sociologue
Catherine Labrusse Riou, avocate
Geneviève Delaisi De Parseval, psychanalyste
Laurence Gavarini, sociologue
Anne-Marie De Vilaine, écrivaine et journaliste
Louise Vandelaar, sociologue
Jacques Dufresne, philosophe
Gene Coreo, journaliste d'enquête
Robyn Rowland, psychologue sociale
Renate Duelli Klein, neurobiologiste

Également à votre disposition le discours
d'ouverture du Forum international
prononcé par madame Francine C. McKenzie,
alors présidente du
Conseil du statut de la femme.

Jean Glezos
Sage-femme / Midwife

Accompagnement
Cours Assistante-Sage Femme
Cours Périnatales
Consultations
Rebirth



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

☎ 381-6908

Danielle Lanthier

MASSOTHÉRAPEUTE

SPÉCIAL RELEVAILLES
un massage chez vous...

