

L'une à l'autre

PRINTEMPS
1990
Vol. 6
N° 4
3,25\$

LA REVUE DE
NAISSANCE-RENAISSANCE

INTERVIEW

Quant
à l'écrite
social



DOSSIER

PRÉMATURITÉ

de la couveuse à l'utérus

Maternité et féminisme:

Êtes-vous «juste»
des mères?

L'autisme
ou l'enfant sauvage

LES PLANTES MÉDICINALES



Une alternative sûre, naturelle,
non toxique et
sans effets secondaires

...pour la grossesse, l'accouchement,
le postnatal, les soins aux jeunes
enfants... à la ménopause,
à l'adolescence... pour les douleurs
menstruelles, les cycles erratiques,
l'infertilité, les P.M.S....



la **Clef des Champs**
C.P. 462 Val David, Québec
J0T 2N0 (819) 322-1561



June Etta Chenard
sage-femme / midwife

membre de l'Alliance québécoise
des sages-femmes praticiennes

843-7582
272-9778



Doux moments

Service d'achat
par courrier

Articles écologiques et économiques
pour la grossesse, l'allaitement et pour bébé.
choix de:

porte-couches, couches en coton, hamacs pour
bébés, patrons, soutien-gorges d'allaitement,
produits-santé, etc.

Kathleen Nugent
381 rang des Chutes, Ham-Nord
Québec G0P 1A0 (819) 344-2978

DANSE PRÉNATALE

Programme d'exercices
pour femmes enceintes
pouvant faciliter le déroulement de
la grossesse et de l'accouchement

Danielle Fournier - 647-4870



BABE-EEZ

*Couche réutilisable
Très pratique
Bon pour votre bébé
et l'environnement*

- Fait d'une pièce
- 100% coton flanelle
- Couverture nylon, imperméable
- Préformée
- Fermeture Velcro
- Ajustable de 8 à 30 livres

Envoyer 7.50 \$ pour échantillon ou
demander information gratuite à:

ÉCO-BEBÉ
1064 rue Gohier
St-Laurent, (Québec) H4L 3J8
(514) 745-1651 ou (514) 696-4762

Programme Ayur-Ved Maharishi Pour la mère et le nouveau-né

PROGRAMME POST-NATAL

- pour offrir un départ confortable et
heureux à la mère et à son nouveau-né.
- pour aider à la mère à retrouver rapi-
dement toute son énergie et sa vitalité.

*Un programme complet et éprouvé, fondé
sur la sagesse d'une médecine naturelle
à la tradition plusieurs fois millénaire et
aux assises remarquablement modernes:
l'Ayur-Ved Maharishi.*

**PRENDRE SOIN DE LA MERE
EST LA MEILLEURE FACON DE
PRENDRE SOIN DE SON ENFANT.**

POUR PLUS D'INFORMATION:

514-932-8259
Anne Bélanger, tech.

COUVERTURE Blanche Morin
Communication Marie Fournier, Judith Pothier

ÉDITEUR
Naissance-Renaissance

**COORDONNATRICE et RÉDACTRICE
EN CHEF**
Dhyane Iezzi

RÉVISION DE TEXTES
Suzanne Blanchet

COLLABORATION
Suzanne Blanchet, Ginette Boulanger,
Paule Brière, Dany Filion, Dhyane Iezzi,
Sylvie Louis, Carole Pigeon.

**GRAPHISME,
ÉDITION ÉLECTRONIQUE
et RECHERCHE ICONOGRAPHIQUE**
Judith Pothier

IMPRESSION
L'Imprimerie d'Arthabaska Inc.

DISTRIBUTION
Messageries Dynamique

PUBLICITÉ et PROMOTION
Judith Pothier (514-527-9911)

ABONNEMENTS
Ginette Boulanger

ADMINISTRATION
Marie-Claude Desjardins

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.

POLITIQUES DE LA MAISON: Nous laissons aux auteures l'entière responsabilité de leurs textes. La reproduction partielle ou totale des articles est autorisée à condition de mentionner la source (mois, année, auteure). Si la reproduction des articles et des illustrations est faite à des fins commerciales, il faut obtenir l'autorisation préalable de la direction. Vous êtes invités à soumettre des textes dactylographiés à double interligne pour publication à la discrétion de l'équipe de rédaction. Les textes soumis ne seront pas publiés automatiquement et la rédaction exercera son droit de choisir ceux qui le seront.

TARIFS D'ABONNEMENT: pour 4 numéros (1 an): individuel 13\$; groupes, corporations et institutions 30\$; étranger: ajouter 5\$.

ADRESSE POSTALE: L'UNE À L'AUTRE, 1493 Rachel Est, Montréal, H2J 2K3. Tél: (514) 525-5895 ou 527-9911. Dépôt légal: 4e trimestre 1983, Bibliothèque nationale du Québec. ISSN: 0824-8230. Courrier de deuxième classe, numéro d'enregistrement 6987.

SOMMAIRE

4 ÉDITORIAL

5 NOUVELLES EN BREF

6 COURRIER
DE NOS LECTRICES



8 INTERVIEW
**Isabelle Brabant, une
femme à la pointe
du changement social**
Isabelle Brabant ne prend plus beaucoup la parole en public. Nous sommes donc très heureuses de vous proposer cette rencontre avec elle

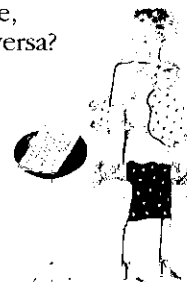
10 LES ENFANTS ET NOUS
**À bout de souffle, la mort
inexpliquée du nouveau-né**
Qu'est-ce que le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN)?

22 L'enfant sauvage
L'autisme, un phénomène méconnu



12 FEMMES ET SANTÉ
«Femmes-accessoires»
Réflexion sur les nouvelles technologies de reproduction et l'avortement

Êtes-vous «juste» des mères?
Peut-on être mère et féministe, et vice-versa?



14 DOSSIER PRÉMATURITÉ:
Naître trop tot
De l'utérus à la couveuse
De la couveuse à la maison
Maman kangourou



25 NOUS AVONS LU
Carole Pigeon et Dhyane Iezzi

28 NOUVELLES EN BREF



Catherine Lord

Catherine est morte, mais...

« Catherine s'est noyée. » « Catherine Lord est morte », a raisonné dans ma tête, comme un violent mal de tête, toute cette journée-là, avant de faire place à une profonde tristesse. Catherine Lord, rédactrice en chef de la *Gazette des femmes* et grande féministe, a été emportée par une lame de fond en République Dominicaine. Catherine Lord, que le travail acharné n'effrayait pas et qui avait particulièrement lutté contre le sexisme dans les médias en instaurant les Prix Emeritas et Demeritas, avait décidé de s'arrêter un peu, en famille, pour se reposer. Elle s'est arrêtée là...

Quel horrible événement à la veille des « 50 heures du féminisme » qui célébreront le 50^e anniversaire de l'obtention du droit de vote par les femmes du Québec.

Mais ne restera-t-elle pas bien vivante en chacune de nous? Nous, qui n'arrêterons pas, qui continuerons de faire avancer la condition féminine, pour ne pas dire féministe.

Féministe! Mot galvaudé plus souvent qu'autrement, dont nous sommes nombreuses à vouloir en réhabiliter le pouvoir créateur et positif. Ce mot se retrouve au coeur de nos préoccupations de femmes, de mères. Ce mot se retrouve au coeur du débat sur les sages-femmes.

Débat où médecins et sages-femmes, dirions-nous, s'affrontent. C'est du moins ce qu'on a pu constater lors de l'enquête du coroner mettant en cause Isabelle Brabant. La chasse aux sages-femmes est ouverte, doublée d'une lutte à finir entre médecine interventionniste et médecine plus douce. L'expert-gynécologue de la coroner Anne-Marie David, le Dr Dandavino, a même comparé, durant son témoignage à l'enquête, le caulofilum, remède homéopathique utilisé durant l'accouchement, aux « racines de papouze administrées par les "squaw" chez les Algonquins qui, de toute façon, ne sont probablement que du pissenlit! Que de mépris! Pour renforcer le discours interventionniste, on parle d'examen obstétrical plutôt que d'examen vaginal; pour faire plus sécuritaire, on écoute le « C.F. » plutôt que le coeur foetal; c'est tout juste si on ne prétend pas que certaines pratiques, comme l'évaluation clinique des contractions par la palpation, sont sur le point d'être déclarées dangereuses, alors qu'elles ont toujours été chose courante.

Vieille rengaine, les sages-femmes ne sont plus de notre temps, restez dans vos musées? Eh bien, non! Le déroulement de cette enquête et sa couverture médiatique, qui ont davantage ressemblé à un procès qu'à une enquête administrative, nous donnent la preuve qu'il ne faut pas lâcher.



Qui aurait dit qu'au moment où les femmes semblent ne plus vouloir d'enfants, une revue comme *L'une à l'autre* maintiendrait et même augmenterait sa part de marché? Produite et financée par la seule force de notre militantisme, la revue, née en 1984, tient toujours le coup. En fait, après avoir franchi le cap du « grandir-ou-mourir », la revue s'est engagée, depuis quelques mois, dans une démarche d'entrepreneurship et vise l'expansion pour multiplier le nombre de personnes sensibilisées à toutes ces préoccupations et constituer une force de frappe majeure.

Guidée par des experts de la Coopérative de développement régional de Montréal, dans le cadre des projets Campus Coopérative, *L'une à l'autre* s'engage dans une voie beaucoup plus claire.

Plus riche d'un plan d'affaires structuré et d'une étude de marché qui la positionne comme la seule revue québécoise s'adressant spécifiquement aux femmes et traitant de leur santé, dans toutes les étapes de la maternité, elle opte pour un nouveau format de 32 pages sur papier fin, augmente son tirage à 6 000 et vise plus haut encore. Les annonceurs sont de plus en plus nombreux et les lectrices s'impliquent désormais dans les débats.

Plus riche aussi d'un nouveau ministre de la Santé décidé de légiférer sur les sages-femmes et de ne pas se laisser impressionner par les médecins. Mais jusqu'où Marc-Yvan Côté ira-t-il dans sa démarche? Contre l'acceptation des projets-pilotes ayant pour but d'évaluer la pratique des sages-femmes, le ministre a-t-il troqué avec les médecins l'accouchement à la maison? Rendra-t-il ce dernier illégal, comme il l'a laissé entendre, évacuant ainsi le choix des parents d'accoucher où ils veulent? Si telle est son intention, nous, en tant que parents, devons être prêts à réagir!

Duyaux Izzi



Isabelle Brabant, lors de sa comparution au procès de la natalité, qui a lieu le 26 février dernier au Spectrum de Montréal. L'événement, une idée originale de Claude Laroche qui a réuni plusieurs des meilleurs comédiens d'ici, a permis de récolter des fonds pour renflouer les coffres de l'enquête. Mais ça ne s'arrête pas là. Continuez de donner!

JUDITH POTHIER

QUI DOIT CHOISIR COMMENT LES FEMMES ACCOUCHERONT?

Par Léon René de Cotret

Peut-on accoucher librement au Québec? La naissance d'un enfant est-elle une action naturelle et normale chez les humains ou est-ce un acte qui s'apparente à une maladie et qui devrait être régi par les «experts» médicaux, les médecins? Une mère et un père ont-ils le droit de choisir le type d'accouchement et de naissance qu'ils considèrent comme le plus approprié et le plus sécuritaire pour eux et leur enfant? Demain, une mère qui accouche à la maison, son mari ou sa sage-femme seront-ils poursuivis comme des criminels?

Les réponses à ces questions risquent d'apparaître au cours des prochains mois. On prévoit pour la fin mars le dépôt d'un projet de loi qui créera des projets-pilotes visant à intégrer des sage-femmes à l'intérieur du système médical. Il y a quelques mois, juste au moment où se préparait le projet de loi, s'ouvrait, «par coïncidence», une enquête du coroner devant faire la lumière sur les circonstances de la mort d'un bébé accompagné à sa naissance par la sage-femme Isabelle Brabant. Tout

récemment, une seconde enquête du coroner concernant la mort d'un bébé a été annoncée. Elle met en cause deux autres sage-femmes. Il est remarquable qu'on n'enquête à peu près jamais quand un bébé meurt dans le cadre du système médical traditionnel.

On sait que la Corporation professionnelle des médecins s'oppose farouchement à la venue des sage-femmes dans ce qu'elle considère comme un de ses champs de compétence exclusifs. Son président, M. Augustin Roy, a même défié le gouvernement d'essayer de mener à bien son projet sans sa collaboration! Quand le gouvernement a affirmé qu'il allait de l'avant, M. Roy a déclaré que les médecins se comporteraient en bons citoyens et se plieraient à la loi.

Au moment d'écrire ces lignes, nous ne connaissons pas encore la teneur exacte du projet de loi. Il y a toutefois plusieurs raisons d'être très inquiets. L'attitude de la Corporation en est une. Il est évident qu'il y a un monde entre «se plier à la loi» et collaborer à la réussite d'un projet. Il faut aussi scruter à fond le contenu du projet de loi. Va-t-il médicaliser l'action des sage-femmes, alors que leur approche considère justement

l'accouchement de façon globale et profondément humaine. Ceux qui, de près ou de loin, ont eu recours aux services des sage-femmes s'entendent sur leur extrême qualité et constatent qu'elles sont les seules vraies spécialistes de l'accouchement normal.

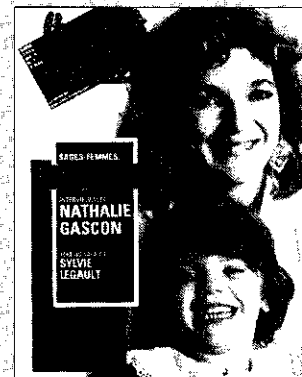
Toutes les personnes qui songent à avoir un enfant et toutes celles qui croient que les parents ont le droit de choisir ce qu'ils considèrent comme les meilleures conditions possibles pour l'accouchement et la naissance de leur enfant doivent réagir et se faire entendre. Quelles que soient les qualités du projet de loi, s'il a pour conséquences de criminaliser l'accouchement à la maison, de remettre entre les mains des seuls médecins le pouvoir de décréter ce qu'est un accouchement sécuritaire

et d'ouvrir la porte à des poursuites pour pratique illégale de la médecine contre les sage-femmes, il ne doit pas être accepté.

On ne doit dire oui au projet de loi que s'il permet aussi aux parents de choisir de façon responsable les personnes les plus compétentes pour les accompagner et les guider lors de l'accouchement, que ces personnes soient des médecins ou non.

Un regroupement nommé «Accouchement libre; naissance de choix» travaille présentement à promouvoir ces idées auprès du gouvernement et de la population. Pour en devenir membre, pour y contribuer par des dons en argent ou une implication personnelle, ou pour obtenir plus de renseignements, écrivez au 474 rue Magog, Bromont, (Qc), JOE 110.

ABONNEZ-VOUS À L'UNE À L'AUTRE DÈS MAINTENANT!



VOLUME 6, NO 3: Interview avec Nathalie Gascon, grossesse en double, confrontée à la circoncision, césarienne et changement social.

Dans notre prochain numéro:

- Rencontre avec le Dr Augustin Roy
- Les projets-pilotes sur la pratique des sage-femmes: où sont-ils, qui sont-ils et que font-ils?
- Des médecines douces au service de la naissance

COURRIER DE NOS LECTRICES

ACCOUCHEMENT-CAUCHEMAR

Félicitations pour votre revue qui me rejoint beaucoup, ayant eu un enfant par césarienne, après ce que j'appellerai un «accouchement-cauchemar». Le mouvement Naissance-Renaissance me donne de l'espoir pour un second bébé, mais cette fois, je me promets bien de consulter une sage-femme, ce que je n'ai pas pu faire au premier, à cause d'un déménagement.

Je suis très touchée aussi par cette enquête impliquant Isabelle Brabant, quand on connaît sa grande conscience professionnelle. Malheureusement, je ne peux vous faire parvenir qu'un petit montant d'argent, étant

étudiante, mais je suis avec vous dans votre lutte à la reconnaissance.

Guylaine Vaillancourt
Montréal

Y A-T-IL UN MÉDECIN DANS LA SALLE?

Je suis présentement enceinte de mon quatrième enfant. J'ai fait appel pour la troisième fois à une sage-femme pour m'accompagner tout le long de ma grossesse et durant mon accouchement que je planifie vivre à la maison, encore une fois. Mes trois grossesses et accouchements précédents se sont toujours déroulés sans problème.

Quand, l'automne dernier, j'ai en-

trepris les démarches pour trouver une omnipratricienne qui suivrait ma grossesse parallèlement au suivi de la sage-femme, j'ai dû essayer cinq refus avant de trouver un médecin qui accepte de faire mon suivi prénatal. Toutes sortes de raisons ont été invoquées pour justifier ce refus: soit on n'avait pas l'équipement nécessaire au CLSC de ma région pour assurer les suivis de grossesse; soit l'équipe d'omnipraticiens avait décidé de ne plus suivre de clientes qui accouchent à la maison en présence de sages-femmes parce que, disaient-ils, «s'il survient un problème et qu'un transfert à l'hôpital s'avère nécessaire, c'est un médecin qui, de toute manière, devra prendre le cas en charge»; soit l'idée de suivre une femme qui accoucherait à la maison faisait peur au médecin et le mettait mal à l'aise (il m'a suggéré de trouver un médecin à qui je ne ferais pas connaître mon intention d'accoucher à la maison avec l'aide d'une sage-femme!). C'est à vingt-trois semaines de grossesse que j'ai enfin trouvé une omnipratricienne qui a accepté de me suivre, en me recommandant toutefois de ne pas l'appeler si quelque chose n'allait pas bien durant l'accouchement.

On m'a déjà traitée d'irresponsable de vouloir accoucher à la maison, mais aujourd'hui, je me demande qui est vraiment irresponsable. Comment se fait-il que je n'aie pas eu de difficulté à trouver un médecin il y a cinq et même huit ans et que maintenant, en 1990, alors qu'on a l'impression que le dossier des sages-femmes avance à grands pas, ce soit si difficile de trouver un médecin qui accepte d'offrir un suivi médical simultané?

D'où vient la pression? Les femmes deviendront-elles des criminelles de vouloir accoucher à la maison? Je suis inquiète. Si, en 1990, j'ai de la difficulté à trouver un médecin qui accepte de suivre ma grossesse, d'ici deux ou trois ans, pourrai-je trouver une sage-femme qui accepte encore



de m'accompagner à la maison?

Un accouchement à la maison planifié et une grossesse bien suivie, ce n'est pas une hérésie: c'est un acte réfléchi et responsable. Souhaitons qu'on ne rende pas cet acte illégal, mais qu'on en fasse plutôt une option disponible, soutenue et encadrée.

Carole Pigeon
Verchères

UNE CRITIQUE TROP ACERBE?

Malgré l'intérêt que je porte à votre revue, je désire vous faire connaître ma déception face à la critique acerbe que vous avez publiée au sujet du livre du Dr William Sears, «Comment aider votre enfant à dormir». Je tiens à vous faire savoir que ce livre m'a apporté une aide immense lors des premiers mois de maternage de mon premier enfant. J'ai depuis lors conseillé ce livre à des amies et j'ai depuis quelques mois la joie de pouvoir leur conseiller la version française. Merci à la Ligue La Leche pour cette traduction tant attendue.

Il est évident que le Dr Sears encourage énormément le lit familial, mais il n'est pas le seul auteur éclairé à le faire. Cette technique vieille comme la race humaine elle-même a fait ses preuves et elle continue à le faire encore en cette fin du 20^e siècle. Ce n'est pas la seule technique recommandée dans ce livre pour aider les enfants à dormir et je considère ce dernier un outil de choix pour tout



LA SEULE REVUE QUÉBÉCOISE
AU COEUR DE LA SANTÉ, DE L'ACTUALITÉ,
DE LA MATERNITÉ
ET DES SOINS AUX ENFANTS.

| | | |
|------------------------------|------|--------------------------|
| 1 AN OU 4 NUMÉROS | 13\$ | <input type="checkbox"/> |
| ABONNEMENT DE SOUTIEN | 20\$ | <input type="checkbox"/> |
| CORPORATIONS ET INSTITUTIONS | 30\$ | <input type="checkbox"/> |
| ABONNEMENT | | <input type="checkbox"/> |
| RÉABONNEMENT | | <input type="checkbox"/> |

S.V.P. ajouter 5 \$ pour un abonnement à l'étranger.

NOM: _____

ADRESSE: _____

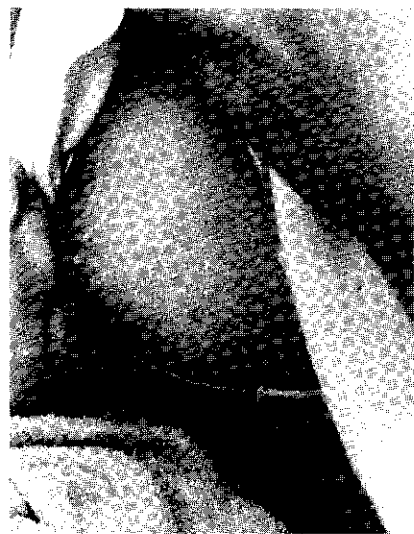
VILLE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉL: _____

OCCUPATION: _____

Ci-joint un chèque de _____ \$

L'UNE À L'AUTRE 1493 RUE RACIHEL EST MONTREAL H2J 2K3 TÉL.: (514) 527-9911



PIERRE CRÉPEO

sur une méthode de sommeil qui remonte à la nuit des temps et qui est encore pratiquée par une majorité des habitants de notre planète?

Je réalise que cette critique ne représente que votre opinion personnelle, mais avant de publier une critique si négative et de notre livre, et de notre organisme, n'aurait-il pas été préférable d'obtenir un son de cloche d'une autre personne? [...]

Je trouve inconcevable que vous n'ayez relevé aucun point positif à ce livre, comme par exemple le fait que l'auteur est pédiatre, père de sept enfants et qu'il a lui-même expérimenté diverses façons de parenter un bébé la nuit; que ce livre pourrait déculpabiliser nombre de parents qui couchent avec leur bébé et n'en parlent à personne car il y a un tel tabou sur le sujet; que l'auteur dit clairement que les deux conjoints doivent être d'accord pour partager leur lit avec leur bébé et qu'il suggère différentes alternatives qui vont respecter les besoins du bébé et ceux des parents; que l'auteur donne de nombreux petits trucs pour améliorer le sommeil de notre enfant et qu'il explique la différence entre le sommeil d'un adulte et celui d'un bébé de sorte que souvent notre degré d'acceptation face au réveil de ce dernier augmente.

Je suis d'accord avec vous sur un point. Le choix du titre ne reflète pas vraiment toute la richesse du contenu et cela, plusieurs de nos membres nous l'ont fait remarqué. Lors de la prochaine réimpression, nous changerons probablement le titre. [...]

Pierrette Tremblay
Présidente Ligue La Leche

N.D.L.R.: Une critique est en effet l'opinion d'une seule personne. S'il fallait solliciter les avis contraires, toutes nos critiques présenteraient un «pour» et un «contre»! Enfin, un organisme ne peut en cautionner un autre pour la simple raison qu'il poursuit les mêmes objectifs. C'est une question d'objectivité et d'honnêteté.

VITE, MA CAISSE DE 12!

C'est moi qui ai téléphoné pour commander tous les anciens numéros disponibles de *L'une à l'autre*. Je tiens à vous remercier pour votre revue. C'est vraiment la fête quand je reçois mon exemplaire. Je ne le laisse que lorsqu'il est dévoré de la page couverture à la dernière page. Alors, imaginez lorsque je recevrai «ma caisse de 12»! Belle qualité de papier, belles photos, bons textes pertinents... vraiment, c'est ma revue!

J'ai la joie d'être la maman d'un petit homme, je suis aussi accompagnante, et en formation pour devenir professeur de yoga-maternité. Vous pouvez être assurées que ma parole va vous appuyer et vous publiciser! Bravo à vous toutes, vous faites un excellent travail! Pourrais-je avoir un paquet de coupons d'abonnement pour les faire circuler?

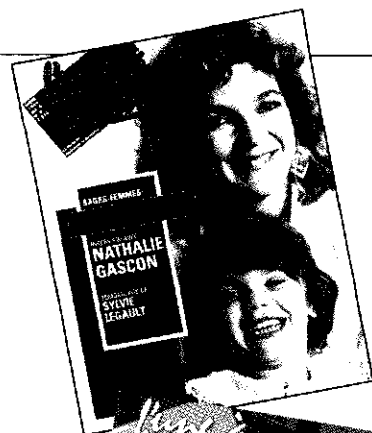
Nathalie Labbé
Cap-de-la-Madeleine

PAPIER RECYCLÉ

Tout d'abord merci! Merci qu'un tel magazine existe. Je l'ai connu au printemps dernier en fréquentant le bureau des Sages-femmes associées, rue Berri, à Montréal. Je n'en suis qu'à mon 2^e numéro et je trouverais bien triste que ça doive déjà se terminer. Je m'empresse de faire connaître la revue au plus de gens possible en espérant qu'ils s'abonnent, mais j'aimerais aussi apporter une suggestion: peut-être qu'en utilisant un papier recyclé pour imprimer la revue ça coûterait moins cher pour la produire et en plus, ça profiterait à l'écologie.

Véronique Matteau
Joliette

N.D.L.R.: Nous avons déjà pensé au papier recyclé, mais contrairement à la croyance populaire, il coûte cher et il est rare. Si chaque lectrice et lecteur recrute de nouveaux abonnés, peut-être qu'un jour, nous pourrions allier rentabilité et écologie!



MERCI!

Je viens de recevoir votre tout dernier numéro et je dois vous dire qu'il m'a profondément émue. D'un numéro à l'autre, toutes ces paroles de femmes sont offertes comme un cadeau à celles qui, comme moi, suivent de plus loin, d'un peu plus en retrait, l'actualité concernant les ventres et la vie.

Danielle Béland
St-Ferréol-les-Neiges

parent qui veut mieux comprendre le comportement parfois imprévisible de son enfant la nuit.

Je ne crois pas qu'un lecteur ayant opté contre le lit familial après une telle lecture se sente nécessairement «troublé» et «culpabilisé» par sa décision. Il est bon de faire ce choix en connaissance de cause et non dans l'ignorance. Je suggère donc à vos lecteurs et lectrices de bien lire ce livre et de ne pas sauter aux conclusions hâtives qui furent énoncées dans cette critique.

Madeleine Sauvé
Chicoutimi

CRITIQUE ACERBE, BIS

Nous avons lu avec consternation votre critique de notre livre «Comment aider votre enfant à dormir» publiée dans le dernier numéro de *L'une à l'autre*. Comme plusieurs de nos monitrices et de nos membres, je reçois votre revue depuis quelques années et je ne me souviens pas avoir lu une critique d'une telle véhémence. Je trouve fort déplorable d'être «descendu» de la sorte par un autre organisme bénévole oeuvrant dans le domaine de la périnatalité et visant, comme nous, à un meilleur soutien des familles et un meilleur accueil des bébés.

L'une à l'autre a toujours fait preuve d'une grande ouverture d'esprit dans les divers dossiers qu'elle a traités; je pense entre autres à la vaccination et à l'haptonomie. Alors, pourquoi une telle fermeture d'esprit

ISABELLE BRABANT

Une femme à la pointe du changement social



JUDITH POTHIER

L'une à l'autre: Isabelle Brabant, l'enquête du coroner vient de se terminer. Si l'on vous demandait de nous dresser un portrait concis de ce qu'a été cette enquête?

Isabelle Brabant: L'enquête, qui avait été instituée pour évaluer les causes et circonstances entourant le décès d'un bébé né à la maison, visait à juger de la qualité et de la pertinence des soins accordés par une sage-femme lors de la naissance d'un bébé à la maison. Or, la grande majorité de la population ainsi que nos institutions sociales, dont la médecine, ne connaissent pas le cadre professionnel dans lequel travaillent les sages-femmes. Ce qui veut dire que les gens désignés pour apprécier la situation manquaient d'outils pour le faire. On sait que des différences physiologiques notables s'expriment en fonction de l'environnement. Si bien qu'il est impossible

de comparer, physiologiquement, un accouchement à la maison et un accouchement à l'hôpital. En cour, on a senti un immense fossé entre deux niveaux de connaissance d'une même réalité: l'accouchement. De toute la médecine, l'accouchement est le domaine le plus controversé. À une extrémité, un groupe de sages-femmes se considère les invitées à l'événement de la naissance. À l'autre, on parle de femme malade que le médecin doit absolument aider à se délivrer de son fœtus.

Comme il n'y a à peu près jamais d'enquête sur la mort d'un bébé né à l'hôpital, alors que 150 bébés (nés de mère en santé après une grossesse normale) meurent chaque année dans les hôpitaux québécois on ne connaît pas non plus les exigences ni les limites du cadre hospitalier de la naissance. Dans l'esprit des gens, la science n'a qu'à claquer les doigts et tout est réglé, mais c'est faux! No-

Dany Filion

tre société souffre d'une ignorance étonnante de ce qu'est un accouchement. Voilà le constat de l'enquête.

L'UA: Devant ce fossé entre deux façons de voir, comment vous êtes-vous préparée?

I.B.: Il a fallu combler le fossé, pour permettre à la coroner et aux avocats de comprendre et d'évaluer. Il a fallu trouver un avocat prêt à étudier l'obstétrique. Concrètement, une équipe de sages-femmes a fouillé les bibliothèques pour documenter les interrogatoires et les argumentations de Me Dury. On a aussi consulté des experts. Certains, dont le sage-femme néerlandais Paul de Reu et le médecin-obstétricien français Michel Odent, ont témoigné à l'enquête. Tous les deux ont affirmé qu'ils auraient agi comme je l'ai fait. On s'est aussi inspiré des récentes recherches de l'épidémiologiste Murray Enkin, qui vient de faire un relevé de toutes les recherches médicales des vingt dernières années concernant la grossesse et l'accouchement. Selon son étude, 90 % des pratiques médicales usuelles, acceptées en tant que «visage de la science», ne reposent sur aucune preuve scientifique. Ce qui ne veut pas dire qu'elles ne sont pas appropriées. Mais cela ébranle le mythe de la médecine, science absolue. La médecine est un art. Cela relativise le débat.

L'UA: Et sur le plan personnel, qu'est-ce que ça implique?

I.B.: Ça m'a pris le même genre de présence que pour aller à un accouchement. Ma discipline de sage-femme m'a beaucoup aidée. Mais, surtout, j'ai reçu et je reçois encore un appui extraordinaire. Les autres sa-

**La médecine
va créer son
propre folklore
de normalité
médicale**

ges-femmes, les ami(e)s qui me donnent des séances de massage ou d'acupuncture, ou qui viennent faire la popotte chez moi, ceux et celles qui contribuent au financement... Et le support moral! Je me sens tellement démunie de ne pouvoir remercier personnellement toutes les personnes qui ont envoyé des dons, y joignant souvent un mot d'encouragement, qui ont contribué d'une façon ou d'une autre au mouvement de soutien ou qui, simplement, ont pensé très fort à moi durant cette période. Cette dimension a été essentielle pour moi, m'a aidée à passer au-travers. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai accepté une entrevue avec la revue *L'une à l'autre*, pour avoir une occasion de remercier ceux et celles qui étaient là.

En cour, je sentais très fort la présence de personnes qui croient, comme moi, qu'on a le droit de choisir avec qui, où et comment on veut accoucher. Y compris ceux et celles qui ne savaient pas si dans le cas-là, j'avais bien ou mal agi. C'était très fort.

Cela dit, pendant un an, en plus de mon travail régulier, j'ai dû me consacrer aux préparatifs de l'enquête. Un deuxième emploi, quoi! Le stress et la fatigue ont affecté ma présence à ma famille. Ça fait déjà un an que je suis là-dedans!



Lors de l'enquête préliminaire. De gauche à droite: Me Provost, procureure; la coroner Anne-Marie David; son expert-gynécologue, le Dr Dandavino; Me Dury, avocat d'Isabelle Brabant, à ses côtés; Me Sheftek, avocate des médecins, accompagnée de son expert-gynécologue.

L'UA: On a parlé d'une campagne de levée de fonds devant atteindre 70 000 \$...

L.B.: En effet. Et le branle-bas de la levée de fonds se poursuit toujours. Dès le départ, mon avocat, Me Dury, était très conscient de la charge financière que représentait pour nous ce dossier. Même si la moitié des frais de l'enquête lui a été consacrée en honoraires, ça ne reflète pas équitablement la centaine d'heures qu'il a consacrées à, non seulement comprendre l'obstétrique, mais à se documenter assez pour être capable de faire ressortir clairement les enjeux de l'enquête. Sa grande disponibilité, son ouverture et sa compétence méritaient qu'on y investisse. Les autres frais vont aux consultations et voyages des experts, au travail de coordination - une personne à plein temps - et à l'organisation de la levée de fonds comme telle (bulletins, communiqués, etc.).

L'UA: Isabelle, croyez-vous qu'il faille donner suite à cette enquête?

L.B.: L'enquête a été très spécialisée, serrée, technique. Inévitablement, la couverture médiatique a été fragmentée. Il est donc difficile de s'en faire une idée globale. Il faut tout réexpliquer, comme on le fait depuis plusieurs années, peut-être encore plus maintenant.

L'UA: À propos de médias, comment réagissez-vous en voyant vos faits et gestes interprétés et étalés sur la place publique?

L.B.: C'est difficile à vivre. Au moment où je témoignais, je ne lisais pas les

journaux le matin. J'essayais d'être bien en contact avec toute ma clarté, ma force intérieure; les lire m'aurait enlevé cela. Je n'ai pas honte des gestes que j'ai posés, ni de comment je les ai posés, ni de l'intention que j'avais en prenant mes décisions. Je sais que j'ai fait ce qu'il y avait à faire et du mieux que je l'ai pu. Tous les jours, il y a quelqu'un qui, le nez dans le journal, se dit que ses propos ont été déformés. L'information est traitée par des humains! Les victimes de viol, de harcèlement, toutes, le plus souvent, ont mauvaise presse.

L'UA: Comment situez-vous l'impact de l'enquête dans le contexte des projets-pilotes sur la pratique des sages-femmes?

L.B.: Il faut se réapproprier les résultats de l'enquête et situer le débat dans son contexte social. Depuis une dizaine d'années, l'essence de nos revendications est simple: «L'accouchement n'est pas une maladie. C'est un phénomène physiologique naturel. Les femmes sont capables d'accoucher. Donnez-leur les conditions pour le faire.» Or, le message de la médecine paternaliste aux femmes, c'est: «Heureusement qu'on est là, sinon, vous n'y arriveriez jamais!» C'est ce que redit, en partie, le projet-pilote. Il y a distorsion de la problématique et danger de glissement. Globalement, les médias s'y font prendre. On s'éloigne du modèle de base.

La question à se poser est celle que pose Michel Odent depuis près de 30 ans et qu'aucun obstétricien ne s'est encore posée: «Qu'est-ce qui favorise un accouchement normal?» Autrement, la médecine va créer son propre folklore de normalité médicale.

L'UA: Comment éviter le glissement, et articuler un projet global de réaménagement des pratiques entourant la naissance?

L.B.: Il faut réaffirmer nos positions. Dire ce que l'on veut, pourquoi, comment et quels sont les enjeux sociaux. Les médias ont leur rôle à jouer et la pratique quotidienne n'est pas à négliger. De plus en plus de couples ont recours au service d'une sage-femme. De plus en plus de personnes en ont une expérience concrète. Ça, c'est du bouche à oreille positif. Mais les sages-femmes ne peuvent pas être les seules à dire que les mères veulent des sages-femmes. Pourquoi nous croirait-on? Au colloque «Accoucher ou se faire accoucher», en 1980, 35 000 personnes demandaient des sages-femmes, le choix du lieu de naissance et une information complète pour éclairer leur choix. Aujourd'hui, on en est au même point et le taux de césariennes a augmenté de 10%. Ces 35 000 personnes doivent demander des suites à leurs revendications.

L'UA: Quels sont les enjeux sociaux de tels changements?

L.B.: Toute la qualité de notre vie sociale est en jeu. Et au cour de celle-ci, la place qu'y joue la femme. On enregistre 20 % de césariennes et 15 % de forceps au Québec. C'est donc plus du tiers des québécoises qui n'accouchent pas seules et qui croient, à cause de leur expérience, ne pas être capables d'accoucher seules. Cette expérience change le sentiment qu'elles ont de leurs compétences de femme et d'elles-mêmes. Cela biaise la qualité de leur présence à la société. Que la société approuve, enfin, le

On parle de femme malade que le médecin doit absolument aider à se délivrer de son fœtus

droit à une considération équitable de la femme sur le marché du travail, mais ne reconnaisse pas la capacité intrinsèque de la femme à avoir des enfants, sans assistance médicale obligatoire, démontre bien l'expansion de la médecine «pathologiste» dans les sphères les plus privées de notre société.

C'est une attaque à l'autonomie, à la responsabilité et à l'intelligence des femmes et des hommes. En ce sens, nos revendications rejoignent celles de tous les autres mouvements pour une nouvelle conception de la médecine. Elles rejoignent aussi les autres luttes des femmes, comme l'avortement et les congés de maternité. Elles rejoignent les luttes des parents pour des garderies et un meilleur soutien à la famille.

La vague pronataliste actuelle peut éventuellement supporter l'ensemble de cette lutte commune. Mais le danger de glissement du dossier des sages-femmes persiste. C'est là le danger qui menace toute forme de changement social. ■

À BOUT DE SOUFFLE, la mort inexpliquée du nourrisson

Dany Filion

**La suspicion
de l'entourage
ajoute au
lourd fardeau
du deuil**

Le phénomène n'est pas nouveau. Des cas de mort subite du nourrisson jalonnent l'histoire humaine depuis au moins 2 000 ans. Le 3^e chapitre du Livre des Rois relate comment déjà, à l'époque du Roi Salomon, la découverte d'un enfant mort en silence au berceau engendrait de profonds drames humains.

Aujourd'hui encore, le mystère de cette mort soudaine, sans cause directe apparente, intrigue les professionnels de la santé et inquiète les parents. Les progrès de la science moderne et de la médecine ont éliminé plusieurs des maladies infantiles qui faisaient autrefois obstacle au sain développement des jeunes enfants. Cependant, le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) demeure «un des phénomènes les plus troublants qui confronte la science médicale actuelle», affirme l'Association pulmonaire du Québec. Elle figure aujourd'hui au premier rang des causes de décès chez les bébés de moins d'un an. On lui attribue la mort d'un nourrisson sur 400 naissances vivantes au Québec.

Selon plusieurs recherches, les victimes ont généralement entre deux et six mois. La mort survient surtout la nuit ou pendant le sommeil. Elle touche plus souvent les garçons que les filles et frappe deux à quatre fois plus souvent pendant les mois d'hiver que les mois d'été.

Devant l'insensé, l'imagination gambade et les complexes de culpabilité foisonnent. «Pourquoi? demandent les parents. Je ne l'ai pas assez aimé? Je l'ai négligé? Je ne suis pas une bonne mère, un bon père, me voilà puni». La suspicion silencieuse de l'entourage ajoute au lourd fardeau du deuil: «Peut-être y avait-il trop de couvertures ou de toutous dans son lit?», «S'il avait avalé des matières régurgitées?», «Il était peut-être allergique au lait de vache, au miel?», s'interrogent les bien-pensants. Des sentiments complexes s'entremêlent. Culpabilité, désespoir, tristesse, colère, dépression, angoisse face à l'avenir. Des blessures parfois déchirantes.

Tous les médecins et intervenants sociaux s'entendent sur un point: le soutien médical, psychologique et social aux personnes ébranlées par la mort soudaine et injuste d'un nouveau-né est d'une importance capitale. Il s'agit surtout d'atténuer, sinon d'éliminer, les sentiments de culpabilité. Ne plus laisser planer le doute, l'incertitude. En ce sens, de nombreuses équipes de recherche à travers le monde s'affairent, depuis quelque 25 ans, à dénouer l'énigme du syndrome de la mort subite.

LES «RATÉS» DE LA RESPIRATION

Le phénomène de la respiration nous apparaît d'une facilité déconcertante. Ne dit-on pas souvent: «Il ment comme il respire»? Pourtant, ce souffle qui nous anime s'avère d'une fine complexité qu'un rien peut déséquilibrer de façon alarmante, et plus particulièrement encore aux tous premiers mois de la vie, sinon même avant la naissance.

«Nous commençons à avoir une bonne idée des mécanismes qui entraînent la mort du nourrisson, constate le Dr André Lamarre, pédiatre pneumologue à l'Hôpital Sainte-Justine, même si nous n'en cernons pas encore complètement les causes.» La très grande majorité des autopsies pratiquées sur les victimes de ce syndrome démontrent que les tissus ont été privés d'oxygène depuis la naissance.

Le Dr Lamarre et son collègue le Dr Jean-Guy Lapierre, l'équipe du Dr Daniel Shannon de Boston, le Dr Yvan Martin de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville et le professeur Michel Dehan de l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart en France sont unanimes: les premiers responsables du SMSN seraient la respiration et les fonctions cardio-vasculaires. Une mauvaise coordination du cycle de la respiration entraînerait des «ratés». Les adultes comme les nourrissons sont sujets à des arrêts involontaires de respiration pendant le sommeil, mais leur nombre diminue avec l'âge. Ces pauses respiratoires, ou apnées, plus ou moins longues, privent les tissus d'oxygène. Chez les nouveau-nés davantage prédisposés au syndrome de la mort subite, les arrêts durent plus longtemps - plus de 20 secondes - et se produisent plus fréquemment; on parle alors d'apnée néo-natale. Suite à une apnée, le bébé «n'arrive pas à faire l'effort nécessaire pour récupérer son souffle et compenser la perte d'oxygène comme le fait normalement une autre personne; il se laisse aller», explique le Dr Lamarre. «Comme l'enfant se remet mal de la privation d'oxygène causée par une apnée, il en subit bientôt une autre dont il se remet moins bien encore, et ainsi de suite», complète le Dr Jack Aranda, de la clinique d'évaluation de l'apnée de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

EN PLEIN COEUR DU MYSTÈRE

L'apnée néonatale n'est pas une maladie. Elle est plutôt un symptôme dû à un ou des problèmes de santé. Quelles en sont les causes? Nous voilà



JUDITH POTHIER



MARIE CHICOINE

en plein coeur du mystère. Toutefois, les recherches avancent et des pistes se dessinent. Une baisse de flot sanguin à l'utérus pendant la grossesse diminuerait l'alimentation en sang du fœtus et entraînerait une anomalie des processus qui régularisent la respiration et les fonctions cardio-vasculaires, avance le Dr Yvan Martin.

Des infections telles la méningite, l'encéphalite, la coqueluche et la pneumonie peuvent aussi provoquer des apnées. D'autres types d'infections plus discrètes s'attaquent aussi au système respiratoire (virus respiratoire syncytial). Une crise de convulsions ou de spasmes peut déclencher des apnées plus ou moins longues. Des réflexes de nourriture de l'estomac vers l'oesophage (réflexe gastro-oesophagien) peuvent avoir le même effet.

Infections, convulsions et réflexes oesophagiens sont les trois causes majeures du symptôme d'apnée néo-natale. Cependant, il est important de noter que le syndrome de la mort subite n'est pas dû à une cause unique, mais plutôt à une combinaison de diverses maladies, anomalies ou faiblesses biologiques. C'est pourquoi la recherche en ce domaine n'est pas simple.

De nombreuses études américaines et européennes ont démontré que des facteurs tels le jeune âge de la mère (moins de 20 ans), l'usage du tabac par la mère pendant la grossesse, le poids trop faible du bébé à la naissance, un taux élevé de diabète dans la famille, une infection respiratoire mineure, un milieu socio-culturel défavorisé,

une surveillance prénatale insuffisante et un allaitement maternel moins fréquent sont tous des facteurs pouvant favoriser la mort inexpliquée d'un nourrisson. Aucun cependant ne peut, à lui seul, l'élucider, même s'il a été prouvé que la qualité des soins pré et postnataux contribue à en réduire les risques. C'est donc dire qu'une grossesse de qualité est un atout important contre le SMSN. D'ici à ce que la médecine dépiste les causes profondes de ce mal énigmatique, il nous faudra tendre l'oreille... à l'écoute du souffle qui anime nos chérubins. ■

LE MONITEUR D'APNÉE

À défaut de pouvoir identifier clairement la ou les causes de l'apnée néonatale, les travaux ont débouché sur un appareil permettant de surveiller la respiration et le rythme cardiaque du bébé. Le «moniteur d'apnée», un petit coussinet glissé sous l'enfant durant son sommeil, déclenche une sonnerie dès qu'une apnée dépasse quinze secondes. L'alarme suffit fréquemment à faire redémarrer la respiration. L'appareil est muni d'une pile électrique prenant le relais en cas de panne de courant.

L'utilisation du moniteur d'apnée implique une grande responsabilité de la part des parents. C'est pourquoi plusieurs centres hospitaliers, dont l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal, offrent aux parents concernés un programme d'enseignement du «monitorage». Ce dernier vise la compréhension de l'état de santé de l'enfant, la familiarisation avec l'appareil et le savoir-faire en cas d'apnée prolongée. Le moniteur d'apnée n'est pas disponible dans le commerce et seul le médecin peut conseiller le «monitorage» à domicile.

Sans parler de population à risques bien précise, on considère que les enfants prématurés et les rescapés d'une apnée prolongée doivent jouir d'une attention particulière. Les frères et sœurs d'une victime ou d'un rescapé du syndrome de la mort subite font automatiquement l'objet de tests et souvent de «monitorage», bien que le lien génétique ne soit pas du tout évident.

Le moniteur d'apnée n'est cependant pas une panacée. Il ne fait que prévenir l'entourage qu'une apnée néonatale se produit et permet donc d'intervenir. Les fausses alarmes sont fréquentes. Apprendre à vivre avec cette responsabilité nécessite souvent une réorganisation de la vie familiale et sociale. Le soutien d'un personnel qualifié et la disponibilité des parents sont garants d'une collaboration positive et convenable.

*Les recherches
avancent et
des pistes
se dessinent*

«FEMMES-ACCESSOIRES»

Paule Brière

Que l'on soit pour ou contre le libre accès à l'avortement, on ne peut s'empêcher de constater l'insistance croissante avec laquelle on sépare et même on oppose mère et fœtus. «L'affaire Chantale Daigle» a contribué à soulever à nouveau les passions. En apparence, le débat est toujours le même. Mais lorsqu'on l'examine de plus près, on constate une lente évolution.

Du côté pro-vie, on parle du droit absolu du fœtus à la vie, comme si aucune autre personne n'était impliquée dans cette vie, comme si les mères n'étaient que des incubateurs. Du côté pro-choix, on craint tant que les femmes perdent le peu d'autonomie dont elles disposent que l'on ne parle que du droit des femmes de contrôler leur corps, presque comme si les fœtus étaient de simples organes maternels. Mais pourquoi cette séparation entre mère et fœtus se fait-elle de plus en plus nette, au point de paraître presque évidente? La réponse est en grande partie dans le développement et surtout la banalisation de la médecine reproductive.

Réfléchissons-y d'un peu plus près. Quelle image voit-on le plus souvent dans les médias lorsqu'il est question d'avortement? Le cliché échographique ou photographique d'un fœtus, bien sûr. Or, une des caractéristiques de ce type d'images est justement de montrer le fœtus comme un petit être flottant dans le liquide amniotique comme dans l'espace, sans relation apparente avec le corps qui l'abrite et le nourrit. On voit maintenant le fœtus comme n'importe quelle personne; on ne le voit plus à l'intérieur du corps de sa mère et entièrement dépendant d'elle; en fait, on ne voit plus la mère du tout!

Mais la technologie reproductive ne s'arrête pas là. À l'image du fœtus flottant librement dans l'espace se superpose celle du bébé-éprouvette qui se passe de commentaire: on «crée» de la vie humaine à l'extérieur du corps humain! Ces images spectaculaires reflètent celles, bien connues et de plus en plus banales, de la césarienne intempestive et du grand prématuré de très petit poids, branché à son incubateur, à son respirateur, à son stimulateur cardiaque ou à je ne sais quel autre robot de la survie médicale.

CHERCHEZ LA MÈRE

Ces interventions sauvent parfois des vies. Il n'est donc pas question de les condamner en

bloc. Mais du point de vue de la symbolique, l'effet de ces images largement véhiculées, présentées à la une comme «le» progrès, est tout de même angoissant: les femmes sont accessoires! On fabrique des embryons sous l'oeil du microscope, on surveille le fœtus à travers la paroi abdominale (de qui? question hors d'ordre!), on extrait ce fœtus de son «environnement utérin» pour le placer dans un autre environnement, scientifiquement contrôlé, celui-là.

Et pour les quelques irréductibles semaines qui subsistent entre l'implantation utérine d'un embryon fécondé en laboratoire et la mise en incubateur d'un fœtus ayant quelques chances de viabilité, il reste toujours la solution de la mère porteuse. Heureusement qu'il se trouve encore des femmes assez généreuses... ou assez naïves pour accepter de porter un enfant pour ensuite le donner. Car la science reproductive a malheureusement encore besoin du corps des femmes, mais n'importe laquelle peut faire l'affaire. Après tout, ce n'est pas la mère qui compte: c'est le fœtus, sa santé, sa survie.

Même chose pour l'avortement. Ce n'est pas la femme qui compte: c'est, encore une fois, le fœtus, sa vie, sa survie, peu importe le prix. Qu'une femme enceinte et le fœtus qu'elle porte forment à la fois une seule personne et deux personnes potentiellement distinctes semble inconnu. Que les droits, les intérêts, les besoins, les désirs de l'un et l'autre soient autant en symbiose qu'en contradiction semble incongru. Pourtant, le fœtus fait partie intégrante de sa mère, non seulement de son corps, mais aussi de sa tête et de son cœur. Un avortement n'est pas une appendicectomie. C'est un geste qui fait peut-être souffrir un être démunie, après tout, qu'en sait-on? Mais on sait déjà que ce choix fait et fera toujours souffrir les femmes qui le posent et se séparent ainsi consciemment d'une partie d'elles-mêmes qu'elles savent ne pas pouvoir supporter.

Qu'on cesse donc de prendre les femmes pour des couveuses qui portent ou rejettent les fœtus sans conséquences, sans cris, sans larmes, sans joie, sans douleur et sans bonheur. Que l'on réapprenne à respecter leur souffrance physique et morale, qu'elles désirent une maternité ou qu'elles la refusent, qu'elles avortent ou qu'elles accouchent. Car en fin de compte, que l'on pense à l'avortement, aux interventions obstétricales ou aux nouvelles technologies de reproduction, cette souffrance n'est-elle pas la meilleure garantie contre toute forme d'abus? ■



ANDRÉ BÉLANGER

*On sépare,
et même
on oppose
mère et fœtus*

Êtes-vous «juste» une mère?

Avez-vous déjà subi des regards condescendants ou des remarques désobligeantes parce que vous avez choisi d'être seulement-mère (ou père) à temps plein pour quelques mois ou quelques années? Si vous dépassez les vingt semaines réglementaires de congé de maternité payées pour vous attarder auprès de votre petit, il est fort probable que vous soyez obligée de répondre par l'affirmative.

Bien sûr, vous trouverez encore de bonnes âmes un peu rétro pour vous assurer que vous faites le bon choix, que votre vraie place est au foyer jusqu'au départ du dernier rejeton de votre famille, nombreuse évidemment. D'autres au contraire risquent de vouloir vous convaincre que seules les réactionnaires et les demeurées gaspillent leur temps à gazouiller avec un bébé et à applaudir à ses moindres progrès. D'ailleurs, votre meilleure copine - célibataire, sans enfants et féministe pure et dure - ne cesse-t-elle pas de vous le répéter: vous laissez votre cerveau ramollir, vous détruisez irrémédiablement tout espoir de carrière fructueuse, vous vous noyez dans une dépendance malsaine envers votre conjoint, vous vivez au crochet de la société, bref, vous êtes moins que rien puisque vous ne faites rien, sous-entendu rien d'autre que de moucher des petits brailards.

À moins que vous ne soyez particulièrement douée pour la culpabilité, il n'en faut pas plus pour que vous mettiez votre ex-copine à la porte en maudissant toutes ces féministes frustrées qui ne pensent qu'à singer les hommes. Ce n'est pas parce que vous avez fondé un comité-femmes pendant vos folles années de cégep que vous êtes militante à vie. Et puis, le féminisme, c'est passé de mode, tout le monde le sait. Vous pouvez donc assumer sereinement votre nouvelle maternité et votre féminité retrouvée.

VOUS N'ÊTES DONC PLUS FÉMINISTE, MAIS...

Pourtant, vous continuez à vous battre pour la légalisation des sages-femmes et la création de maisons de naissance autonomes; vous ne cessez de déplorer l'inadéquation des moyens de contraception et les difficultés de l'avortement; vous vous inquiétez encore de la prolifération de techniques de reproduction plus ou moins «science-fictives»; vous revendiquez plus que jamais le développement de services de garde accessibles et adaptés à vos besoins; vous recherchez toujours un travail qui mette votre

formation et votre expérience à profit, tout en vous permettant de voir grandir vos enfants; vous négociez chaque jour avec votre conjoint pour qu'il ne profite pas de sa situation de père-gagne-pain-de-la-famille pour vous laisser petit à petit sa part des tâches ménagères et des soins aux enfants; vous sympathisez du fond du cœur avec votre nouvelle meilleure copine qui se retrouve monoparentale quatre mois après la naissance de son deuxième enfant, avec un chèque de BS pour tout moyen de subsistance, parce que son ex-chum est parti avec son ex-meilleure-copine-à-elle, du genre Miss Montréal plutôt que féministe.

ET S'IL ÉTAIT POSSIBLE D'ÊTRE À LA FOIS MÈRE ET FÉMINISTE?

S'il était même nécessaire, urgent, indispensable, d'être à la fois mère et féministe? Après tout, plus de 90 % des femmes de la planète continuent à faire des enfants. Plus de 90 % des jeunes Québécoises persistent à vouloir être mères, même si elles ne réalisent pas toutes leur désir. Un mouvement qui dit représenter le point de vue des femmes ne peut oublier le poids d'un tel nombre.

Depuis le milieu du siècle, les féministes disent que les enfants bouffent l'énergie de leur mère, qu'ils volent leur temps, qu'ils les enferment entre quatre murs, qu'ils les empêchent de participer au marché du travail et à la vie sociale, qu'ils sèment la zizanie dans leurs relations amoureuses, qu'ils emmerdent tout le monde et qu'ils coûtent cher. Depuis le milieu du siècle, les féministes disent tout haut ce que bien des mères, féministes ou pas, pensent tout bas. Mais toutes les mères - et quelques pères - savent aussi que les enfants ne sont pas uniquement ces horribles petits monstres. Ils sont l'incarnation même de la vie, du plaisir, du bonheur, de l'émerveillement, de la fraîcheur, du charme et de l'espoir.

Depuis quelques années, des féministes parlent également de cette richesse inestimable. Depuis quelques années, des féministes explorent toutes les facettes de la maternité et de la parentalité, des plus douloureuses aux plus merveilleuses. Depuis quelques années, des femmes affirment qu'il ne faut pas refuser d'être mère parce qu'on est féministe, qu'il ne faut pas cesser d'être féministe parce qu'on devient mère.

Alors, rappelez donc vos deux meilleures copines et expliquez-leur que ce n'est pas vous qui devez changer, mais que c'est plutôt au féminisme et à la maternité d'évoluer! ■

**Concilier
maternité
et
féminisme**



Si cette exploration vous intéresse, vous êtes invitée à participer aux activités des 50 heures du féminisme les 27, 28 et 29 avril prochain à Montréal. Pour plus de renseignements, composez le (514) 843-6301.

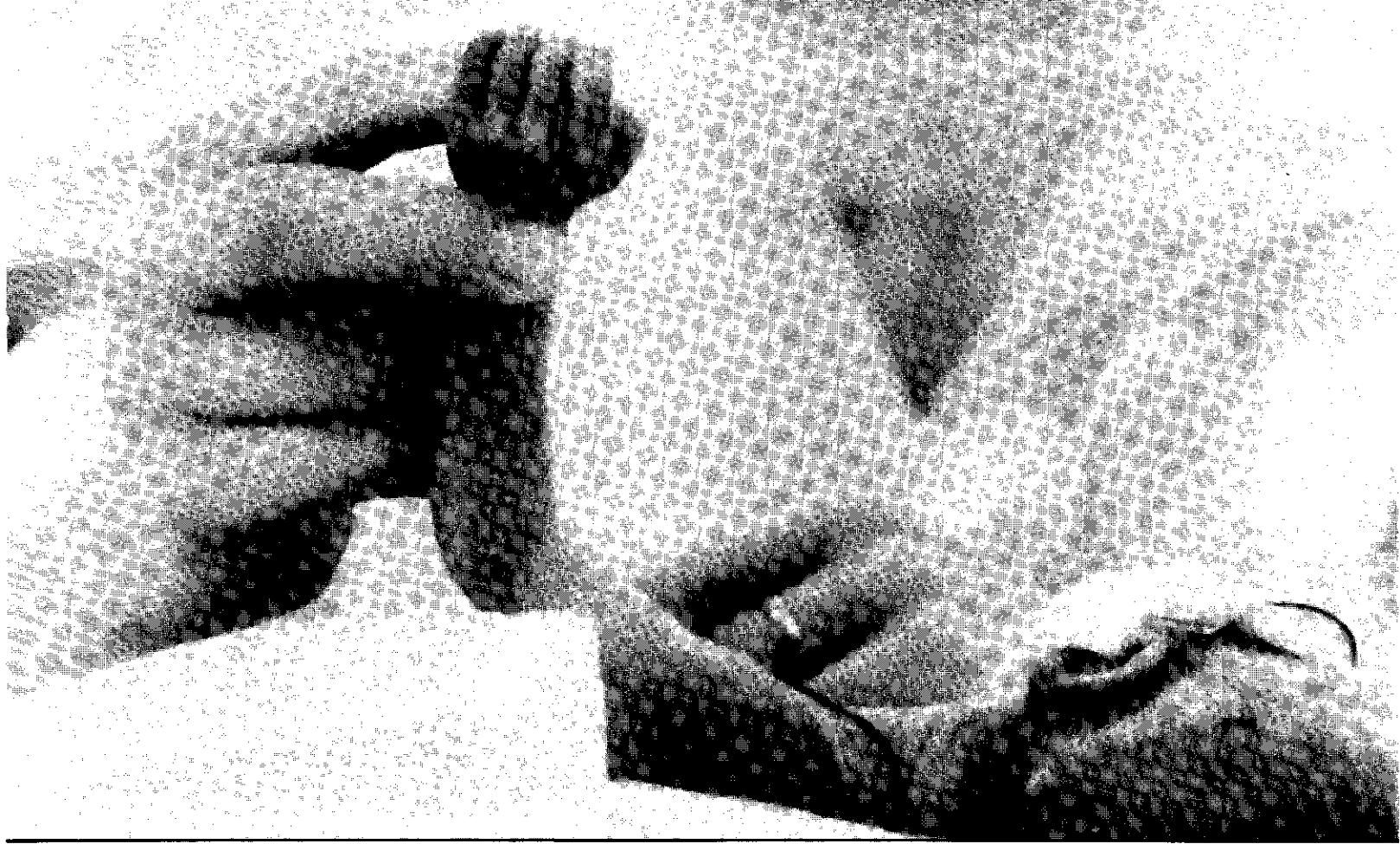
Naître
trop
tôt

De l'**UTÉRUS** à la **COUVEUSE**



*Sylvie Louis
Dhyane Iezzi
Suzanne Blanchet*

Peut-on prévenir les naissances avant terme? Où en est, au Québec, la lutte contre la prématurité et l'accueil des bébés prématurés? Que vivent les parents embarqués dans cette aventure aux frontières de la vie? À quels dilemmes sont confrontés les professionnels?



La prématurité touche environ 6 % des naissances au Québec. Un nouveau-né est étiqueté «prématuré» s'il vient au monde avant d'avoir atteint sa 37^e semaine de gestation, c'est-à-dire au moins un mois avant la date prévue. On estime à 40 % les causes de prématurité d'ordre médical et aisément décelables; 15 % des naissances avant terme sont dues à des causes foetales, telles une malformation ou une infection; 15 % encore sont dues à des causes maternelles, comme l'hypertension artérielle, le diabète, la toxémie, des anomalies de l'utérus, du placenta ou du col; enfin, dans 10 % des cas, une grossesse multiple est responsable de l'arrivée hâtive.

La femme enceinte qui a déjà fait une fausse couche ou qui a déjà donné naissance à un enfant prématuré ou mort-né est également cataloguée «à risque», d'où l'importance d'un bon suivi prénatal dès le début de la grossesse, pour dépister ces problèmes et les traiter convenablement. «Avoir des enfants trop rapprochés prédispose aussi à un accouchement avant terme», signale la sage-femme Isabelle Brabant. C'est comme si le corps disait qu'il n'en peut plus. Une femme en excellente santé a toutes les chances de mener sa grossesse à terme, mais si l'on additionne cet élément à d'autres, le risque augmente.

Il est préférable d'attendre un an entre la naissance d'un enfant et le début d'une autre grossesse.»

Cependant, plus de la moitié des femmes qui accouchent plus tôt que prévu n'ont pas de problèmes médicaux. Des facteurs sociaux et liés à l'environnement de la femme enceinte entrent en ligne de compte. Ainsi, le travail debout et le surmenage sont des causes reconnues de prématurité. Pour des raisons d'ordre économique, certaines femmes enceintes n'arrêtent pas de travailler assez tôt. Elles préfèrent généralement profiter de leur congé de maternité avec le bébé. Si, à l'instar des Suédoises, les Québécoises avaient droit à un an de salaire à la naissance de leur enfant, elles hésiteraient sans doute moins à se reposer à la fin de leur grossesse.

Le travail n'est pas tout; il faut également tenir compte de tout ce qui l'entoure: le transport, les repas à l'extérieur, les courses et le ménage, parfois aussi un ou deux autres enfants dont il faut continuer de prendre soin. L'épidémiologiste française Nicole Mamelle a d'ailleurs récemment démontré qu'un travail à l'extérieur équivaut au risque d'un travail manuel en usine pour la mère de deux enfants. D'autres études ont prouvé que les voyages quotidiens de plus de 90 minutes pour se rendre au travail

et en revenir augmentaient les risques de prématurité.

DES CAUSES CACHÉES

Une cause psychologique se cache parfois derrière l'accouchement avant terme. Il arrive qu'un conflit qui stresse la femme enceinte, un problème de couple ou l'approche de l'anniversaire d'un décès expliquent un accouchement qui se précipite. Il n'est pas rare que le psychiatre Gilles Lortie ou une des infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine mette le doigt sur un conflit intrapsychique lorsqu'une femme arrive à l'urgence à cause d'un déclenchement précoce du travail. Arrêter la production des hormones et enzymes qui déclenchent le travail interrompt ce dernier: «Je laisse parler la femme et souvent, c'est un flot, une libération, constate le Dr Lortie. En vidant un trop-plein, elle se sent soulagée, les contractions s'arrêtent; si le col n'est pas trop dilaté et la poche des eaux n'est pas rompue, elle est parfois prête à poursuivre sa grossesse jusqu'au bout ou au moins à essayer de gagner quelques précieux jours. Il y a cependant des cas où le conflit est tellement important qu'il submerge la femme. Je peux l'aider une ou deux fois à arrêter les contractions, mais si, inconsciemment, elle a décidé d'accoucher, elle va récidiver.»



MARIE FOURNIER

Salle de soin aux prématurés, Hôpital de Montréal pour Enfants

Ce travail qu'effectue le Dr Lortie à l'urgence, les sages-femmes le font de façon préventive: «L'attention que nous donnons au vécu de nos clientes, à leurs réalités psychologiques et familiales et aux problèmes qui les préoccupent fait que nous leur permettons probablement de ne pas être obligées de régler quelque chose inconsciemment par un accouchement prématuré», affirme Isabelle Brabant.

Depuis un an, les femmes qui se présentent à leur première visite prénatale au CLSC de Hull s'auto-évaluent à l'aide de la grille du coefficient du risque d'accouchement prématuré (C.R.A.P.), établie par le spécialiste français de la prématurité, Emile Papiernick. «Le C.R.A.P. est un bon outil qui a permis des progrès, mais il n'est pas infaillible, constate cependant la directrice du Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Christine Collin. Papiernick a eu le mérite de mettre en parallèle des risques médicaux et sociaux, en 1969. Sans exclure la grille, une approche individuelle, misons plutôt sur une approche écologique qui met l'accent sur des communautés plus vulnérables et permet de cibler des groupes prioritaires.»

UNE QUESTION D'APPROCHE

En effet, si le taux de prématurité oscille autour de 6% au Québec, il avoisine les 9% dans les couches les plus défavorisées de la population. Un ensemble de facteurs explique la différence entre les données des milieux aisés et celles des milieux défavorisés. La santé du nouveau-né, son poids et son temps de gestation sont conditionnés, comme montre le schéma classique de la santé publique, par la biologie, les habitudes de vie, l'environnement et les services de santé.

Les femmes enceintes de milieux défavorisés cumulent la plupart du temps des

facteurs de risque dans chacun des domaines. Elles sont souvent de plus petite taille, l'histoire de leurs grossesses précédentes est parfois chargée et elles sont généralement en moins bonne santé que les autres pendant leur grossesse. Elles ont également moins d'années de scolarité, moins de revenu, moins de support social et vivent un stress plus élevé. C'est aussi dans ces milieux que l'on retrouve les femmes qui fument le plus, se nourrissent le moins bien et utilisent les services de santé de manière moins optimale.

Bon nombre d'intervenants éprouvent encore de la difficulté à fonctionner avec les gens de milieux défavorisés, qu'ils ne perçoivent pas comme de réels partenaires. Jean-Paul Deschamps, professeur de santé publique au Centre de médecine préventive de Nancy Vandoeuvre en France a divulgué en 1986 les résultats d'une recherche sur ce que les futures mères de milieu défavorisé attendaient des professionnels de la santé: de la confiance, une relation plus affective et... de la tendresse! Pour lutter contre une approche trop diversifiée et morcelée, Christine Collin prône une philosophie qui place la femme comme partenaire au centre d'une relation de confiance avec un seul intervenant, sage-femme ou autre. Cette approche permet aussi une continuité entre le prénatal et le postnatal.

Les expériences américaines de programmes intégrés de soins périnataux globaux ont inspiré certains projets pilotes mis sur pied dans les DSC.

Des recherches ont démontré qu'une équipe multidisciplinaire était non seulement un lieu favorable au développement d'attitudes adéquates, mais aussi au soutien des intervenants pour qui c'est souvent un choc culturel de travailler en milieu défavorisé.

Les programmes américains nous permettent également de constater la mise à profit

des ressources du milieu, dont la rencontre des futures mères avec des femmes qui viennent d'accoucher..

Au Québec, Lucie Rocheleau, spécialiste en périnatalité au DSC de Sainte-Justine, explique pourquoi les CLSC mettent davantage l'accent sur la prévention des bébés de faible poids que sur la prématurité: «Un bébé qui, à terme, pèse 2 000 grammes et présente un retard de croissance intra-utérin est souvent plus en danger qu'un bébé né trop tôt mais dont le poids correspond à l'âge gestationnel.» Les programmes de suivi de femmes de milieux défavorisés qui favorisent le repos et une saine alimentation ont cependant un impact sur la prématurité. En agissant à la fois sur certains facteurs de risque communs à la prématurité, au petit poids de naissance et au retard de croissance intra-utérin, on fait d'une pierre trois coups.

Enfin, même l'absence de communication entre femmes aurait un impact sur la prématurité. «Les familles nucléarisées et la perte de la tradition orale font que les femmes ignorent beaucoup de choses lors de leur première grossesse», constate Jean-Marie Moutquin, obstétricien à l'Hôpital Saint-François-d'Assise à Québec et depuis dix ans le spécialiste en matière de prévention de la prématurité au Canada, qui plaide pour de fréquentes visites prénatales - au moins dix -, autre facteur important dans la lutte contre la prématurité.

INVESTIR EN PRÉVENTION: UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

Les quelque 10% de nouveau-nés prématurés et handicapés coûtent plus cher au gouvernement que les 90% en bonne santé. L'hospitalisation d'un grand prématuré revient à au moins 500\$ par jour sans compter les frais courants et le salaire du personnel. Certains prématurés restent à l'hôpital plus d'un an, d'autres gardent un handicap. «Il doit y avoir une intervention gouvernementale en prévention, soutient le Dr Moutquin. La France est le seul parmi les pays industrialisés qui, en quelques années, a réduit d'un tiers son taux de prématurité grâce à une politique efficace: cliniques d'avortements plus libéralisées, régionalisation des soins, allocations trimestrielles

MAUDE EN JUILLET

Après une épopée de plusieurs jours pendant laquelle Josée pensait que les douleurs qu'elle ressentait étaient dues à une infection urinaire, alors que c'étaient des contractions, la voilà à l'hôpital en train d'accoucher...

Je me serais crue dans la série télévisée américaine *Docteur Welby*. On m'a mise sur la civière et mes cheveux volaient au vent. Les infirmiers et l'interne avaient l'air tellement déboussolés que j'étais sûre que nous allions mourir, le bébé et moi. Quand l'infirmière m'a demandé si je savais ce que je devais faire pour accoucher, je lui ai répondu avec gêne qu'on n'était pas encore arrivés là, au cours prénatal. C'est ainsi que Maude est née, pesant 1 750 grammes à 29 semaines de gestation.

Aux cours prénatals, on nous explique ce qu'est un enfant handicapé, une césarienne, mais la prématurité est passée sous silence; jamais je ne me serais doutée que notre bébé naîtrait avant septembre.

Je ne l'avais pas vue à la naissance, c'était comme dans un rêve, je savais que c'était petit, mais je n'arrivais pas à imaginer comment elle était. C'est le lendemain, quand Louis-Marc m'a amené une photo, que j'ai pris conscience de la réalité. Tous ces tubes, c'était vraiment effrayant et je ne me suis pas sentie bonne, comparée à toutes les mères de l'étage qui paradaient avec de gros poupons dans les bras. Mais le vrai choc, je l'ai reçu quand je suis allée voir mon bébé. Elle n'avait pas de fente pour séparer les fesses et à la place des oreilles, elle n'avait qu'une feuille de peau diaphane. Le fait que je ne pouvais pas la toucher renforçait mon sentiment d'irréalité. Je n'étais là que depuis quelques minutes quand, alarme, son et lumière, les infirmières sont accourues et l'ont stimulée. Elle venait de faire un arrêt respiratoire.

Au début, le médecin qui s'occupait de Maude retournait les appels et répondait à toutes nos questions sur son état de santé. Mais une fois le bébé hors de danger, c'est devenu un cas moins intéressant pour lui. Je faisais presque davantage confiance aux infirmières qui étaient en contact avec les bébés tous les jours. Ça me rassurait de voir qu'elles les aimaient tant, que c'était plus qu'un rapport soignant-soigné. Établir un lien affectif avec son premier bébé dont on est séparé par une bulle n'est pas évident. C'est sûr qu'on est loin de l'image rêvée de la maternité, de l'accouchement dans la pénombre et du bébé tout chaud sur le ventre. Le mien de bébé était léger comme une plume, complètement emmailloté, des fils pendaient de partout, la machine faisait bip bip parce qu'un électrode venait de décoller, il n'y avait pas d'intimité, des visiteurs regardaient à travers la vitre un peu comme au zoo. Je me sentais gauche, mais c'était tellement bien quand même...

Un prématuré, ça ne se fête pas. Même les fleurs que j'ai reçues à la maternité, je trouvais que ça avait un côté morbide. Je n'avais pas envie de sourire et encore moins de téléphoner aux amis pour les prévenir. On se disait, Louis-Marc et moi, qu'on fêterait Maude quand elle arriverait à la maison parce qu'on savait qu'elle serait hors de danger. Pour nous, elle est d'ailleurs née ce jour-là, le 1er septembre.

Quand on m'a signifié que Maude allait avoir son congé, je me suis sentie tellement incompétente! Il fallait que j'apprenne à ranimer mon bébé après un arrêt respiratoire, mais c'était moi qui décolorait. La première nuit, on n'a pas fermé l'oeil, on s'est relayés pour regarder Maude dormir. C'est comme si elle venait de naître, sauf que nous n'avions plus toute l'attention autour de nous. Dans ma tête, elle est restée longtemps prématurée.

Après l'accouchement, je me suis dit: «Plus jamais d'enfant». Cette année: «Probablement plus jamais». Peut-être l'année prochaine: «Quand la blessure sera mieux pansée...»

Josée

propos recueillis par SYLVIE LOUIS



de grossesse comme incitatif aux visites prénatales, etc.»

Les visites prénatales devraient permettre aux intervenants de prendre tout leur temps pour questionner et écouter les femmes. Contractions et saignements sont des signaux à ne pas négliger, mais, trop souvent, les femmes ne savent pas que les sensations de pesanteur, le durcissement du bas-ventre, la lombalgie, le mal de reins qui reviennent par intervalles réguliers peuvent être des contractions.

On s'est rendu compte que les médicaments bêtamimétiques (hormones faisant cesser la douleur, les saignements et les contractions) administrés aux femmes à risque n'étaient guère utiles. Quant au repos qui leur est recommandé, il n'a jamais fait l'objet d'études ni de standardisation. Papiernik a remarqué que le taux de prématurité chez les femmes à risque restait le même qu'elles soient hospitalisées à titre préventif ou qu'elles se reposent chez elles tout en se rendant chez le médecin une fois par semaine. Il a alors mis au point un programme qui consistait à envoyer une sage-femme faire des visites à domicile. Cette mesure s'est avérée efficace, surtout pour les femmes à risques sociaux.

L'hospitalisation préventive est sur le point de céder du terrain à une nouvelle approche. À l'aide du monitoring, une femme pourra surveiller ses contractions à la maison et transmettre les données par téléphone à une infirmière. Cette surveillance à domicile des grossesses qui risquent d'être écourtées a déjà fait ses preuves aux États-Unis et en France. Elle fait l'objet d'une recherche à l'Hôpital Saint-François-d'Assises, à Québec.

Le meilleur incubateur restant l'utérus, la mère qui est sur le point d'accoucher prématurément est transférée dans un centre spécialisé où son bébé pourra immédiatement recevoir les soins requis. Si la naissance se passe à l'improviste, le nouveau-né est envoyé dans le centre néonatal le plus proche. Il vaut mieux, dans ce cas, être un bébé montréalais que gaspésien! ■

S.L.

De la couveuse à la maison

«**Q**uand l'inéluctable se produit, les parents sont souvent assaillis par des sentiments de tristesse, d'impuissance et d'inachevé, explique Linda Blanchette, travailleuse sociale à l'unité de soins intensifs de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Prendre le temps de répondre à toutes leurs questions peut diminuer leur anxiété.»

Si l'enfant pèse autour de 500 grammes, les parents doivent être prévenus que ses chances de survie sont très minces. S'il est atteint d'une déficience majeure, ils doivent être invités à discuter de la pertinence de poursuivre ou non la réanimation: «Quand j'ai vu Joël dans l'incubateur, branché à tous ces fils, j'ai trouvé que ce n'était pas humain, se rappelle Monique Morin. Ça n'avait pas de sens. Pauvre bébé. Il pleurait beaucoup, un tube amenait l'oxygène à ses poumons par le nez et on le piquait toutes les six heures pour connaître le taux d'oxygène dans le sang. Quand

les médecins s'acharnent à faire vivre un bébé qui, sans cette artillerie thérapeutique, n'aurait pas survécu, je me pose des questions. Mais lorsque, à neuf mois, les médecins, ne sachant plus à quels saints se vouer, m'ont offert de le laisser mourir, je leur ai dit: "Vous n'êtes pas sérieux! Vous auriez dû m'en parler à la naissance. Maintenant il sourit, je me suis attachée à lui et j'ai investi tellement d'énergie!"»

Un enfant né avant terme ne pose pas toujours problème. Certains prématurés ne font que quelques arrêts respiratoires bénins. D'autres qui, à 34 semaines, pèsent 2 500 grammes n'ont pas besoin de surveillance par moniteur; donc, pas de couveuse. Les

Quel choc quand la grossesse s'interrompt brutalement avant que la mère n'atteigne la plénitude de ses rondeurs, alors qu'elle attendait son petit un mois et demi, deux mois, trois mois plus tard. Le ventre-nid trop tôt vide, elle plonge avec son conjoint dans le monde inconnu et insécurisant de la prématurité.



Bébé né après 27 semaines de gestation, pesant 1 000 grammes

grands prématurés sont, paradoxalement, les plus petits. Nés à moins de 28 semaines de gestation, ils pèsent moins de 1 000 grammes. Leurs poumons ne sont pas encore matures. «Un projet pilote mené en Amérique du Nord a fait ses preuves et est en passe d'être généralisé, approuve Annie Veuilleux néonatalogue à l'Hôpital Sainte-Justine. On injecte à un prématuré intubé du Surfactant, une substance tensio-active qui, en gardant les alvéoles des poumons ouvertes, permet de diminuer l'impact de la maladie pulmonaire et de sauver des bébés très petit.» Les grands prématurés, dont le cerveau est encore très fragile, font fréquemment des hémorragies cérébrales dont les consé-

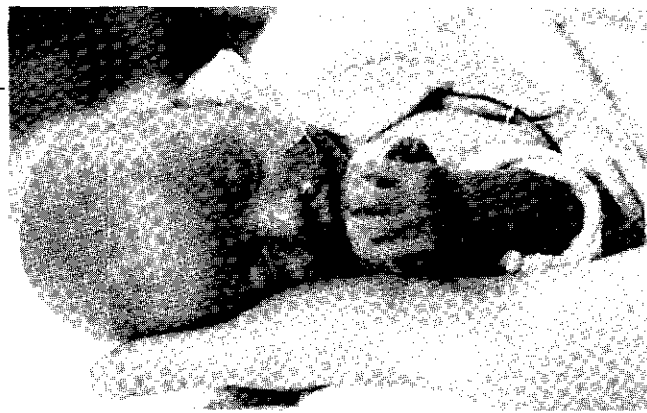
quences sur leur devenir mental et moteur varient suivant leur gravité. Les prématurés qui pèsent moins de 1 800 grammes sont nourris par intraveineuse pour les plus petits d'entre eux, par gavage pour les autres. Ils ont également besoin de chaleur. Mais si la médecine de pointe sauve actuellement des bébés très petits (la limite semble s'établir autour de 24 semaines et 500 grammes), la proportion d'enfants qui garderont des séquelles de cette aventure à la frontière de la vie reste la même depuis plusieurs années.

L'ALLAITEMENT, UN CORDON OMBILICAL

L'amour est aussi important que la technique. Aujourd'hui, dans les neuf centres néonataux que compte le Québec, les parents sont les bienvenus 24 heures sur 24. Ils sont invités à venir parler à leur bébé, à le toucher et à participer dès que possible à ses soins. Et l'on encourage les

mères à allaiter leur enfant: le lait maternel, adapté à l'âge gestationnel du bébé, agit un peu comme un cordon ombilical entre une mère et un bébé séparés physiquement et peut favoriser l'établissement des liens affectifs.

On a longtemps pensé que les bébés prématurés de moins de trois livres étaient incapables de téter, que cela les fatiguait, les refroidissait et les stressait trop. L'américaine Paula Meir, en mesurant l'oxygénation des tissus - une variable affectée par l'effort physique et le stress -, a découvert que les prématurés mis au sein conservaient une oxygénation optimale, meilleure que lorsqu'ils étaient nourris au biberon. Sa con-



MANIE FOURNIER

Bébé né après 34 semaines de gestation, pesant 1 400 grammes

clusion: le bébé est apte à téter le sein beaucoup plus tôt qu'on ne l'aurait cru. S'il ne peut prendre une ration complète, le gavage permettra de compléter celle-ci sans fatigue.

Pendant longtemps, on n'a pas connu de succès avec l'allaitement des prématurés, explique Jocelyne Desjardins, monitrice de la ligue La Leche et consultante en allaitement. On pensait qu'il n'était pas nécessaire de produire beaucoup de lait pour nourrir un si petit bébé et comme on ne la stimulait pas, la production tarissait rapidement. Un autre problème venait de la confusion de tétine. La tétine de caoutchouc est un *super stimulus pour induire la succion* chez le bébé. Le bébé qui y est habitué, en passant au sein, dont le mamelon est plutôt mou et qu'il doit former, le prendra en bouche, mais il sera passif.»

LA BULLE RETROUVÉE

Il existe d'autres moyens d'améliorer le bien-être de ce tout-petit isolé en incubateur au lieu d'être blotti dans le cocon de chaleur et de tendresse dont les parents entourent généralement leur nouveau-né.

Ainsi, une psychomotricienne française a, pendant trois mois, travaillé à l'unité néonatale de l'Hôpital Sainte-Justine avec un programme de stimulation. Elle avait placé un hamac dans l'incubateur de douze bébés, leur procurait de la musique, un massage et une stimulation olfactive au moyen d'un ruban que la mère avait porté dans son cou ou sur son sein. On a observé chez ces enfants une tendance à prendre plus de poids, une plus grande tonicité et plus d'éveil. Une physiothérapeute peut enseigner le massage aux parents qui en font la demande.

Le Dr Couronne, de l'Hôpital-Clinique Claude-Bernard à Metz (France) a mis au point un *Sonincub* en 1988. Il demande aux parents d'enregistrer des cassettes alternant des morceaux de musique douce et leur voix. Il leur suggère de parler au bébé comme s'il était dans leurs bras. L'enregistrement

se passe dans la couveuse, le niveau sonore et la fréquence variant selon le degré de prématurité. Les résultats sont encourageants: l'enfant est plus éveillé, ce qui favorise l'établissement d'une relation avec ses parents.

Pour lutter contre un taux de mortalité élevé chez les prématurés, l'Institut maternel et infantile de Bogota en Colombie a entrepris il y a une douzaine d'années l'expérience du traitement ambulatoire, plus connue sous le nom de méthode kangourou. Un prématuré en bonne santé, peu importe son poids, est confié à sa mère qui lui fournit la chaleur et l'alimentation dont il a besoin en le nichant jour et nuit contre son sein. Les résultats sont probants: moins de mortalité et d'infection, gain de poids plus rapide, résistance et meilleure instauration du lien parents-enfant. De nombreux pays du tiers-monde, mais aussi des pays occidentaux, dont la Hollande, favorisent cette couveuse naturelle que constitue le peau à peau.

OBJECTIF RETOUR

Auparavant, les hôpitaux ne donnaient leur congé aux prématurés que lorsqu'ils atteignaient 2,5 kilos, mais il y a quelques années, les néonatalogues Francine Lefebvre et Annie Veilleux ont instauré le congé pré-

Judy et sa fille Zoé, née après 36 semaines de gestation, pesant presque deux kilos.



STEPHEN HOMER

coce. Des prématurés dont le poids varie autour de deux kilos, n'ayant plus de problèmes médicaux et pouvant boire toutes leurs rations de lait, sont bien mieux auprès de leurs parents qu'à l'hôpital. On prévient les parents que leur bébé pourra bientôt prendre congé et, au cours de cette période de transition, ils apprennent à lui prodiguer tous les soins. Ils passent souvent trois ou quatre jours au service et, lorsqu'ils se sentent bien assurés, on leur remet leur enfant.

Malheureusement, lorsque l'enfant tant attendu arrive enfin à la maison, le congé de maternité est souvent terminé! Certaines mères prennent leur congé à la naissance pour passer beaucoup de temps auprès de leur bébé. Toutefois, combiner travail, visites à l'hôpital, extraction du lait, sans compter la fatigue de l'accouchement et le choc subi, est éprouvant. Les mesures sociales devraient s'adapter à la réalité de la prématurité et faciliter la vie à ces parents qui reviennent de loin!

Pour ces bébés qui séjournent en couveuse, pour ces parents dont la réalité n'a rien à voir avec l'accouchement et le bébé qu'ils s'étaient imaginés, la prématurité est une épreuve, parfois courte, mais parfois aussi interminable et semée d'embûches. Une prévention efficace permettrait à certains de ces enfants de s'épanouir à leur rythme pendant quelques semaines ou quelques mois encore dans l'utérus douillet. Mais la prévention ayant ses limites, tout doit être mis en oeuvre pour faciliter la vie aux acteurs de cette situation. Il faut offrir aux parents le soutien dont ils ont besoin, axer la recherche sur la qualité de la vie de ces bébés et diminuer les séquelles de cette mauvaise expérience. Sans oublier que ce tout-petit qui débarque dans un univers de science-fiction a besoin, plus que de toute autre chose, de l'amour de ses parents pour se battre. ■

S.L.

Nous remercions la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour Enfants de nous avoir permis de prendre des photos dans leur service pour prématurés.

La nature a doté la femelle kangourou d'une poche ventrale où les petits marsupiaux se lovent pour se réchauffer et s'alimenter jusqu'à ce que s'achève leur gestation. La dernière décennie aura marqué un grand pas non-technologique en matière de prématurité chez le petit humain avec l'arrivée de la méthode kangourou, calquée sur ce principe.

Maman kangourou

«**M**ettez une couche propre à votre bébé et ayez à portée de la main un drap en flanelle chaude, explique une des premières mères à avoir expérimenté cette méthode¹. Enlevez votre soutien-gorge pour avoir la poitrine nue. Sortez le bébé de l'incubateur et placez-le entre vos seins, le visage vers votre sein gauche, où bat votre cœur. Entourez le drap de flanelle autour du bébé, puis mettez votre chemisier, cardigan ou autre vêtement. Vous pouvez vous asseoir, rester debout, marcher. Parlez, riez, caressez votre bébé. Après une demi-heure ou une heure, vous trouverez difficile de remettre votre bébé dans l'incubateur. Vous attendrez la prochaine fois avec impatience!»

On estime à 20 millions le nombre d'enfants prématurés et de faible poids qui naît annuellement dans le monde. Dans les hôpitaux des pays en voie de développement, les enfants prématurés bénéficient de peu de secours: infrastructures inadéquates et infections gastro-intestinales sont leur lot avec, pour conséquence, augmentation des risques de maladies et de mortalité. Il faut même hâter leur retour à la maison pour qu'ils ne meurent pas d'infection dans ces hôpitaux encombrés. Le manque de ressources dans ces régions est flagrant; à Bogota en Colombie, par exemple, on ne consacre qu'environ 2\$ par jour aux soins des prématurés, alors qu'ils coûtent de 500\$ à 800\$ quotidiennement dans les pays développés.

Conscients du problème, les Dr Rey et Martinez de l'Institut pour la Mère et l'Enfant de Bogota ont mis au point en 1979 la méthode dite «mère kangourou», vite devenue très populaire auprès des sages-femmes et des infirmières. L'absence d'étu-

des scientifiques avec groupe témoin explique cependant la réticence des médecins. En Occident, là où les budgets le permettent, on préfère mettre la technologie au service des jeunes prématurés.

DE NOUVELLES VOIES DE RECHERCHE

Placer un bébé dans une pouponnière pour prématurés immédiatement après la naissance à cause de sa prématurité ou de toute autre pathologie n'est toutefois pas sans risque. Durant son hospitalisation, l'enfant est exposé à de nombreuses situations déplaisantes et reçoit trop de stimuli indésirables: examens médicaux, prélèvement de sang, exposition continue à la lumière et au bruit, etc. Ces contacts sociaux défavorables ou carrément absents empêchent le bébé en incubateur de se développer harmonieusement.

Le concept «mère kangourou» a donc fait son chemin depuis une dizaine d'années dans les pays occidentaux aussi bien que dans les pays en voie de développement et les parents sont encouragés à entretenir le contact avec leur nouveau-né, de façon à réduire au minimum les effets de la rupture entre la mère et le prématuré.

Plusieurs équipes médicales se sont penchées sur cette question. Aux États-Unis, par exemple, les travaux de Klaus & Kennel ont instauré une nouvelle voie de recherche à l'aide de deux groupes d'enfants nés à terme; les enfants du premier groupe n'étaient vus par leur mère que durant quelques minutes à la naissance, puis amenés à elle uniquement pour les tétées, alors que les enfants du deuxième groupe bénéficiaient d'un contact peau à peau étendu, les mères passant beaucoup de temps à les calmer et à les caresser. Pendant ce temps, en Suède, Dechateau faisait 35 minutes de

contact peau à peau avec des enfants à terme; il a constaté que ces bébés pleuraient moins et que la lactation de la mère était prolongée. De 1989 à 1985, à l'unité kangourou de Pithivier en France, le docteur Odent a observé une centaine d'enfants prématurés de poids moyen (1 600 à 2 000 g) dont l'incubateur était installé dans la chambre de leur mère. Ces bébés profitaient d'un contact peau à peau avec leur mère.

POURQUOI BOULEVERSER LES HABITUDES?

Toutes ces expériences sont venues d'un désir de pallier à la souffrance créée par la séparation de ces enfants malades dont les parents sont inquiets. Or, séparation et inquiétude peuvent être préjudiciables à l'établissement de la relation parent-enfant et plus particulièrement de la relation mère-enfant. «C'est souvent pour éviter cette séparation et pour dédramatiser ces situations que nous avons proposé un changement radical dans le mode de prise en charge de ces enfants», explique Michèle Vial, pédiatre à l'unité «les kangourous» de la région parisienne.

Dans cette maternité hospitalo-universitaire, le personnel soignant se déplace vers les enfants qui séjournent dans la chambre de leur mère toute la journée, même pendant les périodes de visites. Tous les soins sont assumés conjointement par la mère et le personnel soignant, en fonction bien sûr du désir de la première et du degré de technicité nécessaire. Le retour à domicile n'est pas conditionné par un poids minimum ou par l'âge gestationnel, mais uniquement par l'état clinique et le degré d'autonomie du bébé, en particulier sur le plan de l'alimentation.

Les principales objections à cette expérimentation sont venues du personnel soignant, pour qui la sécurité de ces enfants fragiles passe par la qualité technique des soins apportés. La méthode kangourou venait bouleverser le mode de travail de ces

travailleurs de la santé qui éprouvaient un certain sentiment d'insécurité parce que constamment confrontés aux regards inquiets, voire critiques, des mères. Ils se voyaient contraints d'expliquer et de rassurer constamment.

Une telle réalisation démontre toutefois que médicalisation et humanisation ne sont pas incompatibles, au prix certes d'un effort d'adaptation et d'organisation de toute une équipe. Un changement est en train de s'établir dans le type de relation qui s'établit lors de la naissance prématurée d'un bébé: de duelle soignant-enfant qu'elle était, la relation est devenue triangulaire, soignant-mère-enfant.

PENDANT CE TEMPS, AILLEURS...

Dans un centre hospitalier universitaire de Londres, tout bébé, aussi malade fût-il, pouvait être touché par ses parents, le père pouvait aider la mère à lui donner les soins, les autres enfants de la famille pouvaient être présents dans les services des prématurés et les visites des parents étaient encouragées. À ces règles d'or, le docteur Whitelow a ajouté une expérience qu'il a menée pendant deux ans. Il s'agissait d'identifier le comportement des prématurés lors de la mise en route de leurs grandes fonctions physiologiques (cœur, respiration, oxygénation) alors qu'ils étaient en position inclinée selon la méthode kangourou, plutôt qu'allongés dans un incubateur comme c'est habituellement le cas. Il s'est aperçu qu'il est très important de faire en sorte que tout le corps des petits prématurés soit en appui contre la mère, surtout lorsqu'ils sont limités en oxygène. Il ne faut pas les laisser se plier, sinon leur fonction d'oxygénation subit une baisse. Cette méthode est aussi bonne, et même préférable, pour les enfants présentant «la maladie des ventilés» parce qu'ils ont besoin d'oxygène en continu, pourvu qu'on leur installe une sonde nasale à oxygène.

À la sortie de l'incubateur, le bébé perd

quelques dixièmes de degré de chaleur, mais il les récupère vite contre la poitrine de sa mère. Des études menées sur les plus petits enfants du groupe confirment qu'il n'y a pas de perte de chaleur dans le contact peau à peau, la mère jouant entièrement son rôle d'incubateur. La méthode ne doit cependant pas être appliquée lorsque l'état du bébé est faible ou très instable (surtout lorsqu'un apport extérieur en oxygène est nécessaire).

Au cours des dix dernières années, les services de prématurés des Pays-Bas ont, eux aussi, enregistré des changements progressifs pour rendre plus plaisant le séjour de l'enfant dans son incubateur. La méthode kangourou est devenue un élément essentiel dans toutes les mesures de soins qui doivent être prises pour améliorer les conditions psycho-sociales de ces services.

Allongé sur la poitrine de sa mère, l'enfant reçoit la stimulation constante des mouvements de la respiration maternelle, de son odeur, de ses battements cardiaques et de ses mouvements ordinaires. La chaleur du contact peau contre peau favorise l'équilibre émotionnel de l'enfant. L'amour, les caresses, les câlins, le son de la voix et les battements cardiaques sont des facteurs qui stimulent sa respiration.

L'allaitement est encouragé et jamais on ne recommande le lait de vache ou le lait en poudre, pour éviter infections intestinales et problèmes allergiques dus aux protéines du lait de vache. En plus de permettre un meilleur coût-bénéfice grâce à l'augmentation du taux de survie de ces nouveau-nés, on augmente la qualité de leur vie et on évite plusieurs abandons, sans compter qu'on n'a observé aucun cas d'infection: les bactéries de la peau des parents semblent combattre avantageusement les bactéries hospitalières pathogènes.

La position verticale sur la poitrine de l'un des parents a un effet très favorable sur le mode de respiration irrégulière du nouveau-né prématuré. Pour ces enfants, des

périodes de respiration très rapides alternent avec des périodes de respiration très lentes et même des pauses respiratoires: c'est la respiration périodique. Ces pauses respiratoires qui se reproduisent régulièrement chez les prématurés ne doivent pas durer plus de quelques secondes; autrement, l'enfant risquerait de manquer d'oxygène. On met souvent ces bébés sous enregistrement pour prévenir et combattre les pauses respiratoires. La stimulation par de courtes et vives tapes est généralement suffisante pour que le prématuré se remette à respirer.

Le contact direct et physique de cette méthode évite les craintes autrement souvent ressenties face à un bébé vulnérable. Grâce à la méthode kangourou, les parents deviennent vite plus familiers avec le bébé, ce qui, parfois, hâte sa sortie de l'hôpital. Et à l'instar des marsupiaux dont on s'est inspirés, les petits aiment ce mode de transport qui leur permet d'être plus reposés et relaxés tout en respirant plus régulièrement et profondément. Enfin, la méthode kangourou offre aux petits bébés prématurés la chance, à un moment où ils en ont le plus besoin, d'établir un mode de communication et d'échange avec leurs parents. ■

D.I.

1. Tiré du livre *ENFANTER, Sages-Femmes du Monde*, Frison-Roche, Paris, 1989, 351 pages.

À CONSEILLER - La vie à fleur de peau, un document-vidéo qui présente la méthode «kangourou» en Colombie et son extension en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. Sages-femmes du Monde, 20, rue du Commandant-Mouchotte, 75014, Paris, France.



STEPHEN HOMER

L'enfant sauvage

Ginette Boulanger

**L'autisme
ne serait pas
une maladie
mais un
handicap
physique**

Bien que l'on ne parle de l'autisme que depuis près de 50 ans, les autistes ont existé de tout temps. Les enfants autistes ont peut-être inspiré certains contes où des humains normaux devaient vivre avec le mauvais sort jeté par une fée ou une sorcière, comme la Belle et la Bête. Ces changements, bien qu'ils relèvent de la légende, n'en restent pas moins étranges et loin des critères humains sur la normalité.

Une histoire peu banale qui remonte à 1799 nous met probablement en présence d'un cas d'autisme. Ceux qui ont vu le film «L'enfant sauvage» se souviendront du petit Victor. Cet enfant aurait été abandonné dans les bois par ses parents entre l'âge de deux et quatre ans. Quelques années plus tard, à l'âge de douze ans environ, il était capturé par des villageois; il devait par la suite être connu par le tout Paris comme «l'enfant sauvage». En comparant les traits de caractère rapportés par le tuteur de l'enfant, le Dr J. M. G. Itard, aux connaissances médicales actuelles, il semble que Victor ait été autiste. La prédominance de l'odorat sur les autres sens, ses réactions au son d'une noix cassée et son indifférence devant des sons très forts, son apparente insensibilité aux températures, sa résistance aux changements et sa difficulté d'entrer en communication avec les autres, correspondent à l'autisme. Ce cas exceptionnel, dont la partie la plus intéressante est la façon d'enseigner du Dr Itard, serait le premier à être dûment consigné.

Un siècle plus tard, en 1919, Lightner Witmer, un psychologue américain, écrivait un article sur un enfant prénommé Don. Agé de deux ans et sept mois, le garçon, dont le comportement ressemblait à celui d'un autiste, était accepté à l'école spécialisée de M. Witmer. L'enseignement donné sur une base individuelle aurait aidé l'enfant à compenser son handicap.

C'est en 1943 que le professeur Kanner a, le premier, classé ces enfants dans un groupe spécial, dissociant ainsi l'autisme des autres handicaps intellectuels.

LA RECHERCHE

Les premières recherches sur l'autisme en Europe remontent à 1943; fortement influencées par les théories freudiennes, elles tendaient à démontrer que les troubles, d'origine affective, étaient attribuables à la façon dont les parents traitaient leurs enfants depuis la naissance. Les

« Votre enfant a un problème. » Chaque fois qu'un spécialiste dit cela d'un air très sérieux, mon mari et moi ignorons si nous devons pleurer ou éclater de rire. Mais que sommes-nous allés faire dans ce bureau?

Michaël a cinq ans. Il ne parle toujours pas. Considérant, d'une part, que son frère de huit ans a lui aussi eu des troubles de langage et, d'autre part, que nous vivions dans les Territoires du Nord-Ouest et que Michaël était gardé par une Inuit ne parlant pas français, son retard ne nous avait pas alarmés outre mesure. En tenant compte de notre éloignement, nous avions jugé préférable d'attendre notre retour à Laval pour les consultations médicales. Quelle erreur... ou plutôt, quelle horreur! Dans le Grand Nord, nous ne connaissions pas les listes d'attente. Ici, il faut compter deux mois pour un rendez-vous en pédiatrie, deux mois encore pour voir un neurologue, quelque huit semaines pour rencontrer l'ergothérapeute, même chose en orthophonie. Résultat au bout de la ligne? Se faire dire, le plus sérieusement du monde: « Votre enfant a un problème. » Mais ça, on le savait déjà!

Un jour, nous avons en main un dépliant de la Société Québécoise de l'Autisme qui décrit le syndrome du même nom. Il s'agit d'une atteinte grave du système nerveux central qui affecte l'ensemble du développement et qui dure toute la vie. On compte approximativement quinze autistes pour 10 000 naissances, peu importe l'origine ethnique; quatre fois plus de garçons que de filles en sont affligés. L'autisme peut être associé à d'autres handicaps tels que la déficience mentale (80 % des cas) et l'épilepsie (20 %). L'apparence physique et la durée de vie sont normales chez les autistiques. Comme Dustin Hoffman dans «Rainman», ils possèdent parfois (mais rarement dans à peine 1 % des cas) des aptitudes particulières: facilité à apprendre par coeur ou aptitudes manuelles, par exemple.

mères étaient considérées comme des personnes froides, dépourvues de la chaleur et de l'amour essentiels au développement d'enfants sains. Ces idées paraissaient même se vérifier, lorsqu'on observait que les mères d'enfants autistiques semblaient un peu «folles» (après avoir vécu pendant trois à cinq ans avec un enfant autiste). C'était cependant sans tenir compte que ces mères dites «cinglées» avaient dans bien des cas d'autres enfants tout à fait normaux.

Vers 1950, le béhaviorisme (théorie soutenant que tout comportement humain résulte du genre de renforcement auquel est exposée la personne) rejetait le manque de rigueur scientifique de l'approche analytique. Selon l'approche béhavioriste



GINETTE BOULANGER

LE PROBLÈME DE MICHAËL

L'autisme présente quatre caractéristiques principales. Tout d'abord, il apparaît dès le jeune âge, soit à la naissance ou dans les trois premières années de la vie. L'enfant autistique est incapable d'établir une relation véritable avec autrui. Il accepte difficilement le changement. Enfin, il y a retard, difficulté ou absence de langage.

Parmi les troubles de comportement, outre la difficulté à communiquer et à établir des relations avec autrui, on observe un manque d'intérêt pour le jeu, l'attachement à des objets apparemment sans valeur et sans intérêt, des angoisses profondes sans raison apparente, des accès de colère, des frayeurs provoquées par des choses inoffensives, en même temps qu'une absence complète de crainte dans des situations vraiment dangereuses. Michaël répond, à divers degrés, à presque tous ces symptômes après l'âge de deux ans. Nous avons enfin trouvé son problème. Reste à obtenir le diagnostic.

ON APPOSE L'ÉTIQUETTE

Après avoir vacillé entre l'audi-mutité, un trouble neurologique qui touche la compréhension du langage, et l'autisme (et, en passant, pourquoi pas l'audi-mutité avec traits autistiques), Michaël reçoit son étiquette officielle d'autiste. Papiers en main, nous pouvions enfin espérer recevoir les services appropriés. Services? Parlons-en, des services! Nous voilà pris au milieu d'un jeu de cache-cache administratif. «Vous avez droit à de l'aide, mais avant, il faut remplir tel formulaire avec tel responsable.» Cette personne répond: «Désolé, mais nous offrons des services à une clientèle autre que la vôtre. Vous devez aller dans tel établissement.» Et dans cet établissement: «Mais, vous êtes hors secteur!» Par chance, le ridicule ne tue pas!

Après un an de démarches, nous commençons enfin à recevoir un peu de soutien. Michaël entreprend sa première année scolaire. L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

ne nous est d'aucun soutien, car elle est en période de restructuration; donc, pas d'ouverture de nouveaux dossiers, mais nous avons trouvé du financement pour le répit avec les programmes de première ligne du Conseil régional (CRSSSM) en déficience intellectuelle.

Lorsque l'on vit avec un autiste, le répit est indispensable. La mère d'un enfant autistique nous a raconté les inventions de son «petit génie» de six ans, qui a une passion pour la plomberie et l'électricité. Il aime fermer l'alimentation d'eau courante dans la maison. Sa mère doit à chaque soir faire le tour de tous les robinets de maintenance, même ceux cachés sous les évier, pour s'assurer qu'ils sont bien ouverts.

Mais son plus grand talent est celui d'électricien amateur. Un jour, monsieur prend la cage du hamster, installe un fil de fer sur la roue à l'intérieur de la cage, la relie à une veilleuse qui est elle-même branchée dans une prise de courant. «Pif Paf! Pif Paf! Maman!!!!» Maman arrive en courant et défait l'installation d'un magistral coup de pied. Le lendemain, le hamster est mort. Comme il est impossible de faire garder ce genre d'enfants par l'adolescente d'à côté, l'aide financière pour le répit nous permet d'engager des étudiants et étudiantes en éducation spécialisée à un salaire raisonnable.

On se console parfois avec les malheurs des autres, comme le soir où on a vu à la télévision un reportage sur deux petites sœurs siamoises âgées de cinq ans. Dans un moment de découragement, mon conjoint me dit: «À leur place, avec la chance qui nous caractérise, un des enfants serait autistique, l'autre sourd-muet!» La situation pourrait être meilleure, mais elle pourrait aussi être pire. À nous de foncer pour l'améliorer.



Vivre avec un autiste comme Michaël relève du défi

dans la plus pure tradition, les parents auraient involontairement renforcé chez leurs enfants les comportements de caractère autistique sans renforcer les comportements normaux. Les méthodes de traitement qui sont apparues au cours des années 1960 et 1970 mettaient l'accent sur les efforts destinés à créer, par des programmes de renforcement, les comportements jugés utiles et appropriés, en tenant compte des facteurs neurologiques et environnementaux.

Suite à l'approche behavioriste qui s'appuie sur des schèmes scientifiquement vérifiables, la théorie cognitive apparaît vers les années 60 et nous assistons à d'autres changements. Cette théorie est centrée avant tout sur les processus

mentaux internes qui échappent à l'observation directe, mais qui demeurent vérifiables par les comportements. Les théories de caractère cognitif, échafaudées pour expliquer l'autisme, se concentrent sur l'équipement neurologique de l'enfant à la naissance et sur l'interaction de cet équipement avec les divers types d'environnement où il se trouve. Les programmes de traitement fondés sur cette perspective insistent sur l'importance de chercher à stimuler le cerveau de l'autiste pour compenser les processus mentaux qui lui font défaut et développer au maximum ceux qui sont intacts.

L'amélioration de l'équipement médical, avec entre autres l'arrivée du scanner, a récemment





Camps Emergo de la Société Québécoise de l'Autisme

démonstré des anomalies du cerveau chez certains autistes. La plupart des faits connus portent à croire qu'une cause physique affecte probablement le développement des parties du cerveau qui sont reliées au langage et à l'organisation de l'information que livrent les sens. De 30 à 50 % des enfants autistes sont atteints d'autres handicaps résultant de maladies physiques ou de blessures qui ont atteint le cerveau et le système nerveux central; l'autisme ne serait donc pas une maladie, mais un handicap physique.

L'ÉDUCATION

Aucun traitement médical ou recette miracle ne peut guérir l'autisme. Le seul véritable recours pour aider les autistes est l'éducation. Pour combler ce handicap, il faut dès le plus jeune âge stimuler les enfants autistiques. Plusieurs n'apprendront jamais à parler. On leur enseigne donc le langage signé des sourds et muets pour leur permettre, dans la mesure du possible, de pouvoir s'exprimer. Mais même lorsque le langage est présent, la difficulté de communiquer demeure pour eux énorme. Ils tiennent parfois un discours incohérent et décousu, surspécialisé dans certains domaines mais très pauvre dans l'expression des banalités du quotidien.

Les méthodes d'éducation traditionnelles sont donc tout à fait inefficaces avec les autistes. Par différents moyens (musicothérapie, ergothérapie, orthophonie, zoothérapie), les éducateurs essaient de les éveiller au monde qui les entoure. Les résultats ne sont pas les mêmes pour tous: bien encadrés, certains peuvent acquérir une forme d'autonomie; d'autres, plus gravement atteints, se retrouvent en institution. Il est presque illusoire de croire qu'un autiste sera un jour totalement indépendant; s'il peut demeurer en appartement dans le cadre d'un programme d'intégration, il ne pourra jamais être livré à lui-même sans aide extérieure, parce qu'il est incapable de faire face à tout ce qui déroge de la routine quotidienne.

Vivre avec une personne autiste relève du défi. Cet être, qui demeure somme toute un petit enfant attendrissant dans ses faiblesses et son incapacité à évoluer dans notre monde, est à la fois source d'amères déceptions et de joies intenses à chaque petit progrès. Malgré tout, au contact d'enfants autistes, parents et éducateurs en arrivent à mieux saisir les valeurs profondes qui se voient, qui se sentent, mais qui se décrivent mal. Les autistes leur permettent d'aller au-delà de ce qui est attendu, possible ou imaginable. ■

**On compte
quinze autistes
pour
10 000
naissances**

SYMPTÔMES DE L'AUTISME

De la naissance à 18 mois

- Problèmes d'alimentation: difficulté à téter.
- Apathie et manque d'expression: aucune manifestation de désir d'être tenu.
- Isolement et absence de toute activité relationnelle.
- Répétition de mouvements tels que: agiter et tourner les doigts près des yeux, se bercer continuellement, tourner longuement, se frapper la tête sur les murs, etc.
- Attachement aux objets et aux routines: collection d'objets sans but défini, désespoir intense si de petits détails sont modifiés dans ses habitudes. Troubles du sommeil.
- Réactions anormales aux sensations et aux bruits.

De 18 mois à 2 ans

- Difficultés relatives à l'apprentissage de la propreté ou propreté obsessionnelle.
- Goûts et habitudes alimentaires étranges (par exemple, ne mange que du sec, ou que du mou).
- Manque de compréhension du langage parlé.
- Apprend à parler tardivement, ne parle pas du tout ou perd ce qu'il a déjà appris.
- Utilise de préférence les sens du toucher, du goût et de l'odorat.
- Contact visuel inexistant ou peu fréquent (ne regarde pas les gens dans les yeux).
- Ne semble pas intéressé par les visages familiers, mais s'arrête sur des détails comme la barbe, les lunettes.

Après 2 ans

- Troubles du langage, incompréhension des idées abstraites.
- Anomalies de la voix: reproduit en écho les mots et les phrases, intervertit l'ordre des mots dans une phrase, ne parle pas.
- Maintien des difficultés d'apprentissage de la propreté ou l'obsession de la propreté augmentée.
- Hyperactivité ou hypoactivité.
- Manque d'intérêt pour les jeux, ne joue pas normalement (ne reproduit pas ou très peu les activités quotidiennes comme jouer à la poupée, au garage, au docteur).
- Refus de contacts sociaux, tendance marquée à l'isolement.
- Incompréhension des sentiments des autres personnes.
- Bizarries d'humeur, ricanelements sans raison apparente.
- Fascination causée par les lumières ou les objets brillants, attention portée à de minuscules détails sans importance.
- Mouvements anormaux du corps, grimaces du visage, marche sur la pointe des pieds, tourne sur lui-même sans s'étourdir.
- Absence de mimique: ne peut pas reproduire les mouvements faits par les autres.
- Performances non verbales: peut chanter juste et en mesure, être adroit aux jeux de casse-tête, de construction ou posséder une mémoire exceptionnelle de l'emplacement des objets.
- Utilisation de la vision périphérique.

Pour plus de renseignements sur l'autisme: la Société Québécoise de l'Autisme, 2300, boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2R5. Tél.: (514) 931-2215.

Il est intéressant de voir les tendances qui se dessinent dans le monde de l'édition. Il y a quelques mois, les livres sur la santé et les dictionnaires de médecines douces affluaient à nos bureaux. Puis, c'était au tour des livres sur les relations hommes-femmes. Cette fois-ci, les femmes sont à l'honneur: des recueils de réflexion fouillés et des recherches impressionnantes viennent fort à propos souligner les 50 ans du féminisme!

**Dbyane Iezzi
Carole Pigeon**



L'AVENIR-SANTÉ AU FÉMININ, Colette Gendron, Micheline Beauregard (sous la direction de), Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 1989, 339 pages.

C'est avec fierté que j'ai lu ce recueil de textes réunis par Colette Gendron et Micheline Beauregard Fierté, parce que, outre Laurence Gavarini, de l'Université de Paris et spécialisée dans la recherche sur la procréation artificielle, les auteures sont essentiellement québécoises. Une pléiade de chercheurs enrichissent cette fresque traitant des attentes et des expériences des femmes en matière de santé aussi bien que dans les autres sphères de leur existence.

Des femmes prennent la parole et expriment leur désir de voir changer la pratique des professionnels en soins de santé. La plupart des textes tournent autour de la fonction maternelle, puisque c'est à travers celle-ci que, selon les auteures, s'est façonnée la conscience féministe de bon nombre d'occidentales. Des sujets importants pour les femmes, traités sous des angles nouveaux et audacieux: la sage-femme et la notion

de discrimination dans la Charte canadienne des droits et libertés, la maternité et l'effacement des femmes, l'hystérectomie liée au stress, la ménopause revue et corrigée. On peut y lire l'excellent texte de Laurence Gavarini sur sa visite dans les laboratoires de FIVETE en France (publié dans «Enfanter, le lien mère-enfant-père»). Elle pousse même plus loin sa réflexion sur la stérilité et l'infertilité comme «malaises modernes», qui devrait être lue par toute femme qui ne peut avoir d'enfants et cherche à comprendre pourquoi.

Le tout est bien présenté: la page couverture, le format, le papier fin, un soin extrême dans la typographie et la mise en page rendent ce livre agréable d'accès. À lire par toutes les travailleuses de la santé, mais surtout par toutes les femmes.

D. I.



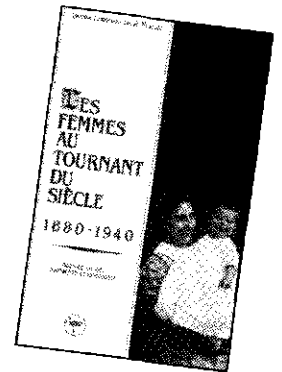
ENFANTER, LE LIEN MÈRE-ENFANT-PÈRE, Sages-femmes du monde, Frison-Roche, Paris, 1989, 351 pages.

Ce livre, qui se veut «un guide de la création des liens à la naissance pour donner à la vie toutes ses chances», est constitué en grande partie de témoignages de parents et de professionnels recueillis lors du Congrès international sur la création des liens à la naissance, organisé par l'Association Sages-Femmes du Monde, en octobre 1988.

Ici encore, une réunion d'auteurs, français en grande majorité, qui se penchent cette fois-ci sur tous les aspects reliés à la création du lien avec l'enfant; il y est question de la prématurité, des enfants handicapés, de la mort de mères en couches, de la création de liens avec le père, de la célèbre «méthode kangourou» (voir notre dossier). Il y est également question de la façon d'enfanter dans différentes cultures et traditions comme la Chine, la Nouvelle-Guinée, l'Algérie, etc. Toute cette réflexion mène, finalement, à une grande question: «Quelle naissance en l'an 2000?».

Sages-femmes et humanisation des soins sont ici vus sous l'angle du développement du lien avec le bébé. Bonne lecture pour période prénatale et postnatale. Très émouvant.

D. I.



LES FEMMES AU TOURNANT DU SIÈCLE, 1880-1940, Denise Lemieux, Lucie Mercier, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1989, 398 pages.

Cette recherche qui «porte sur la transformation des cycles de vie féminins en rapport avec les changements de la vie quotidienne des femmes depuis près d'un siècle» est très intéressante. Même si elle est, de prime abord, traitée par des auteures très sérieuses qui nous expliquent fort intelligemment leur démarche, on finit par dévorer chacun des chapitres qui reconstituent les phases de la vie au tournant du siècle: les apprentissages de la jeunesse, les sociabilités entourant la formation des couples, le rituel du mariage, la naissance comme temps fort de l'existence, le maternage, les occupations exercées quotidiennement dans l'enclos du foyer ou en interaction avec la collectivité et les discontinuités de l'existence liées à la maladie et à la mort.

La section sur la naissance est touchante. On y rencontre une sage-femme qui, même si elle joue un rôle de second plan, semble entretenir une relation de complicité et de confiance avec le médecin. Les récits d'accouchements tels qu'ils se passaient à l'époque nous font parfois penser à nos propres expériences d'accouchements à la maison. Les témoignages sont attendrissants et colorés.

Ce livre en rejoindra plusieurs parce qu'il illustre une «nouvelle façon de créer une Histoire qui fasse davantage place à la mémoire et au subjectif» et démontre que les femmes ont participé à «la modernisation des modes de vie et des mentalités sans jamais quitter l'enceinte de leur demeure»

D.I.



UNE AUTRE CÉSARIENNE?

NON MERCI, Hélène Vadeboncoeur, Québec-Amérique, Montréal, 1989, 332 pages.

Pour bien comprendre la recherche qui sous-tend la rédaction de ce livre, il faut connaître l'expérience de l'auteure. À sa deuxième grossesse, Hélène Vadeboncoeur découvre qu'il est possible d'accoucher vaginalement même si sa première grossesse s'est terminée par une césarienne. C'est ce qu'on appelle un AVAC, ou accouchement vaginal après césarienne.

De longues heures de recherche dans les bibliothèques médicales, la lecture de nombreux témoignages, de multiples entrevues avec des professionnels de la santé en vue de rédiger un article sur le sujet pour la revue *L'une à l'autre* aboutissent finalement au livre qu'elle nous offre aujourd'hui. Bien écrit et extrêmement bien documenté, il est agrémenté de tableaux, de statistiques, d'illustrations, de nombreux et vibrants témoignages, de références, d'une bibliographie commentée et j'en passe. Les chapitres sont bien organisés, la lecture est agréable du début à la fin.

La somme de travail est si impressionnante que je me sens un peu mal à l'aise d'en faire une critique aussi succincte. Bref, procurez-vous ce livre au plus vite pour constater l'intérêt d'une telle lecture, que vous

ayez vécu ou non une césarienne. Comme dit dans sa préface le Dr Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales: «C'est un livre que toute femme en âge d'avoir un enfant doit lire.»

C.P.

FEMMES ET ENFANTEMMENT, SAGESSE DANS LA CULTURE INUIT, Rose Dufour, Les éditions Papyrus, Québec, 1988, 114 pages.

Les étapes physiologiques dans la vie des femmes telles que vécues chez les femmes Inuit avant l'implantation de la médecine moderne chez les Inuit, c'est-à-dire au début du 20^e siècle, sont la trame de fond de ce livre. Début des menstruations grossesse accouchement, période postnatale, allaitement, fausses couches.

À partir de témoignages de trois groupes de femmes inuit des Territoires du Nord-Ouest, de la baie d'Hudson et de la baie d'Ungava, au Nouveau-Québec, le texte se présente comme une narration entrecoupée de citations, ce qui résulte en une lecture agréable et d'un style très vivant qui nous laisse bien voir la grande autonomie des femmes lors de leurs accouchements. En voici d'ailleurs quelques extraits en guise d'avant-goût: «Les douleurs augmentaient, puis j'étais prête à sortir le bébé.» «Nous atteignîmes le camp au moment où le bébé était prêt à sortir. La sensation de la tête qui s'engageait était tellement forte. Tout de suite, ma belle-mère entra dans l'igloo. J'ai compris plus tard qu'elle était allée préparer une place où je puisse m'étendre. Je rentraï puis je rampai vers l'endroit préparé. Dès que je m'allongeai, le bébé jaillit de mon corps. J'ai reçu un garçon.»

On y parle aussi du rôle de la femme-qui-aide qui, à chaque étape de socialisation de l'enfant qu'elle a vu naître, sera avertie, consultée et récompensée par des cadeaux.

La préface, signée par le Dr Fernand Turcotte du département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, m'a laissée perplexe. Il se dit étonné «par la cohérence des idées et la sagesse des pratiques transmises de mère en fille», chez ces femmes inuit. Il est facile d'admirer les connaissances

empiriques de femmes qui sont loin de nous, tant géographiquement que culturellement, parce qu'avec l'éloignement, on se sent moins menacé. Quand c'est plus près de nous, on appelle ces connaissances des «remèdes de grand-mères» ou, de façon plus péjorative, des «remèdes de bonnes femmes».

Un peu plus loin dans sa préface, le Dr Turcotte souhaite que ce livre soit lu par «ceux dont c'est la responsabilité d'organiser les services de santé» afin que les spécialistes de la protection maternelle et infantile aillent puiser dans les trésors d'enseignement des femmes inuit. Un vœu pieux? Je recommande néanmoins fortement ce livre dont la lecture s'avère passionnante du début à la fin.



LES BÉBÉS DU NOUVEL-ÂGE; L'ACCOUCHEMENT ET LA NAISSANCE DANS UNE PERSPECTIVE HOLISTIQUE,

Gladys T. McGarey, m.d., traduit de l'américain par Monique Morin, Les Éditions du Nouvel-Age, 1989, 157 pages.

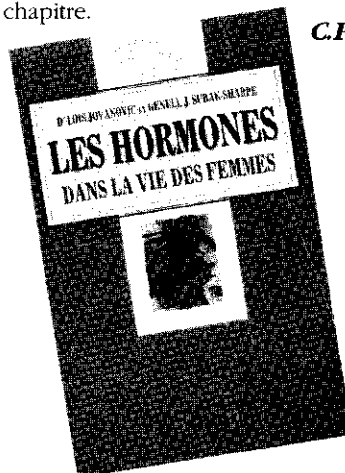
Le titre et la maquette de couverture de ce livre m'ont d'abord rebutée, mais je me suis finalement laissée entraîner par l'enthousiasme et la simplicité de l'auteur. Gladys T. McGarey a consacré des centaines, voire des milliers d'heures d'études et de recherches aux textes de la Bible ainsi qu'à ceux d'Edgar Cayce, le «médiu[m] endormi». Omnipraticienne et mère de six enfants, toute sa vie privée, toute sa pratique médicale sont imprégnées de cette spiritualité. Sa pratique médicale est consacré aux accouchements. Présidente de l'Association médicale holistique américaine, elle a mis sur pied un programme d'accouchement à domicile à Phoenix, en Arizona.

La réincarnation et les vies antérieures font, d'après l'auteur, partie de la réalité quotidienne et peuvent se manifester de différentes façons: par certains gestes ou actions qu'on accomplit sans pouvoir expliquer exactement pourquoi, par des phobies, des peurs ou des douleurs physiques ou psychiques inexplic-

quées, ou encore des rêves particuliers qui nous marquent plus que d'autres. Elle nous dit aussi qu'avant chaque incarnation, une entité choisit de s'incarner ou non dans une vie terrestre, après avoir vu exactement comment toute cette vie se déroulera et se terminera. Mais à la naissance, on oublie tout ce qu'on savait de cette vie, on est pour ainsi dire touché par un «ange de l'oubli».

L'auteur applique toutes ces connaissances et ces croyances dans sa pratique avec les femmes enceintes, en tenant compte autant des besoins spirituels que médicaux et psychologiques au cours de la grossesse et de l'accouchement. Elle nous raconte plusieurs expériences dont elle a été témoin avec ses clientes; on peut lire aussi plusieurs témoignages très intéressants.

Étant moi-même enceinte présentement, j'ai bien aimé ce livre qui me fait prendre le temps de faire un peu d'introspection dans ma grossesse. C'est un livre sans prétention, de lecture facile, qui plaira à celles et ceux qui sont déjà un peu ouverts aux idées énoncées ci-haut. Mais si le genre vous agace, alors, vous ne vous rendrez pas au bout du premier chapitre.



LES HORMONES DANS LA VIE DES FEMMES, Dr Lois Jovanic et Genell J. Subak-Sharpe,

traduit de l'américain par Véra Pollak en collaboration avec Sylvie Beaupré, Le jour, éditeur, Louiseville, 1990, 391 pages,



POUR EN FINIR AVEC L'HYSTÉRECTOMIE,

Dr Vicki Hufnagel et Susan K. Golant, Le jour, éditeur, Louiseville, 1990, 336 pages.

Ces deux nouvelles parutions pourront être utiles à bien des femmes. Dans la première, les auteurs ont voulu lever le voile sur «les hormones qui gouvernent la vie des femmes», pour aider celles-ci à comprendre le rôle de ces substances vitales dans leur vie et à prendre des décisions éclairées à propos de leur santé. Elles ont tenté de rectifier de nombreuses fausses idées véhiculées sur le sujet en explorant les controverses qui l'entourent. À propos des hormones synthétiques données aux femmes durant la ménopause, elles prennent position favorablement à leur endroit. Motivées par le désir de ne plus voir les femmes étiquetées sous le sceau du syndrome prémenstruel ou autre phénomène hormonal, les auteurs nous fournissent une foule de renseignements utiles pour comprendre le fonctionnement de nos hormones et la façon de s'en accommoder. Le second livre, «Pour en finir avec l'hystérectomie», n'a pas retenu mon attention. Il est moins bien présenté que le précédent et les illustrations laissent à désirer. Il semble tout de même intéressant pour celles qui sont touchées par le sujet.

D.I.

DU TRAVAIL...

Actuellement, la loi octroie un congé de maternité de 18 semaines et deux jours de congé sans solde au père à l'accouchement, des

dispositions qui concernent la très grande majorité des travailleurs et des travailleuses du Québec, même syndiqués. Près de 40 % des conventions collectives touchant plus de 50 employés n'ajoutent pas une semaine au congé de maternité de base. Le congé postnatal, lui, n'est prévu que dans 9,1 % des 3 158 conventions recensées par le Ministère du Travail. Quant au congé de paternité, il se fait si rarissime que le ministère ne tient à son sujet aucune donnée.

Le gouvernement du Québec s'apprête à améliorer le sort des parents au travail, mais les éléments-clés de l'avant-projet de loi ne font pas l'unanimité. L'Assemblée nationale a donc entrepris en février une consultation sur la loi modifiant les normes du travail.

Le Conseil du statut de la femme propose une nouvelle politique de

congés parentaux. La mesure la plus novatrice porte sur un régime de prestation parentale administré exclusivement par le Québec. Contrairement à la pratique actuelle, ce régime «universel» s'adresserait à toutes les femmes, étudiantes, travailleuses à temps partiel, mères au foyer, assistées sociales et chômeuses.

La FTQ propose, quant à elle, la création d'un régime d'assurance parentale qui serait financé par l'État, les employeurs et les salariés. Le mémoire précise cependant qu'un congé de maternité ne peut être octroyé sans qu'il soit question de remplacement du revenu.

La commission parlementaire, sous la présidence de la députée péquiste Pauline Marois, entendra encore plusieurs mémoires. Une histoire à suivre.

Source: *Le Devoir*, les 26 janvier et 16 février, *La Presse*, les 14 et 21 février 1990.



ROBERT BEAUDUET

... AUX VACANCES?

Les vacances approchent à grands pas. Enfin, les vacances des enfants, parce que maman n'a pas toujours la chance d'avoir, elle aussi, deux mois de vacances! Or, faire garder coûte cher. Bonne nouvelle cependant. À partir de l'été 1990, les parents des enfants ayant terminé leur première année scolaire pourront bénéficier de la pleine exonération pour les frais de garde et ce durant toute l'année. Cette pleine exonération ne s'appliquait jusqu'à maintenant que sur 25 jours de congé par année, excluant donc les vacances estivales.

Source: *La Presse*, le 30 octobre 1989.



PIERRE SEGUIN

BABILLARD

50 ANS, 50 HEURES

Le 25 avril 1990, nous célébrerons le 50^e anniversaire du droit de vote des femmes du Québec. Pour souligner ce moment historique, un forum intitulé «Les 50 heures du féminisme» se tiendra à l'U.Q.A.M. les 27, 28 et 29 avril prochain. Pendant cette fin de semaine, des milliers de femmes de tous âges, de cultures diverses, issues de toutes les régions du Québec vont se rencontrer à travers 250 activités différentes dont une trentaine d'ateliers sur le seul thème de la maternité.

Il n'y a pas d'inscription aux 50 heures. Il suffit de se procurer un billet au coût de 10\$ pour une journée ou 20\$ pour toute la durée de l'événement dans les comptoirs Tikepron pour les régions de Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières et auprès des responsables régionales de Femmes en tête pour les autres coins du Québec.

Pour plus de renseignements: *Femmes en tête*, 1265, rue Berri, Bureau 840, Montréal (Québec) H2L 4X4. Tél.: (514) 843-6301.

DU DÉPISTAGE DU CANCER

Jusqu'à tout récemment, le neuroblastome, une forme de cancer qui touche un enfant sur 7 000 de la naissance à cinq ans, demeurait difficile à détecter. Une nouvelle technique permet maintenant de le dépister grâce à un test d'urine effectué à la troisième semaine et au sixième mois de la vie du bébé; à ce stade, les chances de guérison atteignent 90 %.

Dix jours après la mise sur pied d'un programme de dépistage au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), un premier cas était diagnostiqué. Toutes les nouvelles mères reçoivent maintenant un nécessaire de prélèvement à la naissance de leur enfant.

Pour plus de renseignements téléphonez au CHUS (819-564-5363). Source: *Châtelaine*, décembre 1989.

AVIS DE RECHERCHE

AVAC Montréal, Accouchements Vaginaux Après Césarienne,

cherche des témoignages de femmes qui ont eu des AVAC au Québec, pour établir une banque de ressources.

Veillez communiquer avec Susie, (514) 845-5096, ou Catrine, (414) 598-5712.



ENCEINTE À 15 ANS

L'équipe «Prévention famille, enfance, jeunesse» du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval a produit récemment une étude visant la prévention de grossesses non désirées à l'adolescence et ses conséquences.

En première partie, la recherche propose un portrait statistique de la situation des grossesses sur le plan régional et provincial. Sait-on, par exemple, qu'on enregistre autour de 10 000 grossesses chez les adoles-

centes de 15 à 19 ans? Suivent les caractéristiques de la sexualité à l'adolescence, le profil des adolescentes aux prises avec une grossesse non désirée et des modèles d'interventions qui ont donné des résultats pour prévenir ces grossesses.

Cette recherche est en vente au coût de 10\$. Pour l'obtenir, faites parvenir un chèque à l'ordre du DSC du CHUL, 2050, boul. Saint-Cyrille Ouest, Sainte-Foy (Québec) G1V2K8. Source: *La Gazette des femmes*, mars-avril 1990.

VÊTEMENTS USAGÉS POUR FEMMES ENCEINTEES

Un projet en vue d'aider les femmes enceintes à se procurer des vêtements de maternité à des prix très raisonnables est en voie de réalisation. Il consiste à recueillir des vêtements de maternité, habituellement portés très peu longtemps, et à les vendre à petit prix.

Si vous avez des vêtements de maternité à donner, vous pouvez téléphoner à Nathalie au (514) 598-5495. Source: *S'en Sortir*, novembre 1989.

INVITATION À LA PRUDENCE

Selon une étude publiée récemment par le Conseil national de la recherche, une exposition même faible aux rayons X ou gamma crée un risque de cancer trois à quatre fois plus grand qu'on le pensait jusqu'ici. De nouvelles méthodes d'évaluation des effets des radiations sur la santé ont en effet permis de conclure que les études antérieures avaient sous-estimé le risque de cancer engendré par les rayons X et gamma. Le risque de tumeurs «solides» serait en réalité trois fois plus grand, et le risque de leucémie quatre fois plus grand. En outre, il y aurait un plus grand risque de déficience mentale pour les embryons exposés à ces radiations entre la 8^e et la 15^e semaine après la conception.

Par ailleurs, des chercheurs californiens ont découvert qu'une hormone féminine rendrait les jeunes femmes plus vulnérables à une dilatation dangereuse du cerveau après des opérations chirurgicales même mineures, si leur médecin omettait de vérifier de façon serrée l'équilibre des fluides corporels. Dans le très sérieux «Annals of Internal Medicine», ces scientifiques disent avoir identifié un nouveau syndrome n'atteignant que les jeunes femmes en âge de procréer.

Dans chaque cas étudié, la patiente est passée d'un état post-opératoire tout à fait normal à l'arrêt respiratoire en moins d'une heure, environ 32 heures après la fin de l'opération. Ces décès seraient attribuables à un déséquilibre des fluides corporels consécutif à l'absorption par intraveineuse d'eau sucrée, procédure habituelle dans plusieurs hôpitaux.

Source: La Presse, le 20 janvier 1990.

NAISSANCES ET DÉCÈS

Il y a eu 91 252 naissances au Québec en 1989, une hausse notable de 5,7 % par rapport à l'année précédente. Toutefois, le taux de mortalité chez les bébés et les enfants d'âge scolaire au Canada dépasse celui de plusieurs pays industrialisés. Il existe au pays des inégalités flagrantes dans le degré de santé des enfants selon la province où ils habitent, constate l'Institut canadien de la santé de l'enfance. On pourrait prévenir une bonne part des décès d'enfants en améliorant l'alimentation et les soins prénatals et en encourageant les femmes à s'abstenir de fumer ou de boire pendant leur grossesse, estime le Dr Barry Pless, président de l'Institut. Le nombre de bébés qui meurent dans la petite enfance est considéré comme une

des mesures les plus révélatrices de la façon dont un pays prend soin de ses enfants. Selon le Dr Pless, les enfants sont victimes des lacunes des politiques de santé; le médecin souhaite voir les gouvernements provinciaux et fédéral coordonner leurs politiques en matière de santé de l'enfance.

Source: La Presse et Le Devoir, 26 janvier 1990.

CORRECTION

Veillez prendre note que les dates du 2^e Congrès international de Thérapie psychocorporelle annoncé dans l'article «Utiliser le corps pour rejoindre l'âme», vol. 6 no 3, aura lieu du 3 au 7 octobre 1990 plutôt que les dates que l'on pouvait y lire dans l'article.

LINDA RUTENBERG



MISES EN GARDE

Au cours des deux premiers mois de l'année, le ministère Consommation et Corporations Canada a émis pas moins de cinq mises en garde à l'intention des parents et des personnes qui s'occupent d'enfants.

- On sait déjà que les dangers sont multiples dans la maison, mais qui aurait pensé aux cordons des stores? Ces cordons constituent un risque d'étranglement pour les enfants de moins de cinq ans, mais ce sont les moins de deux ans qui courent le plus grand danger, en particulier lorsque leur lit est placé près des cordons de stores ou de tentures. Les enfants peuvent également s'amuser avec les cordons qui touchent presque au plancher ou ceux plus hauts en grimpaient sur des meubles à proximité. Les parents devraient donc toujours préciser aux marchands qu'ils souhaitent un cordon court lorsqu'ils achètent de nouvelles tentures ou de nouveaux stores. Sinon, il faudrait au moins attacher le cordon au store à l'aide d'une épini-

gle ou l'enrouler autour de l'arrêt installé de manière sécuritaire près du haut du store.

- Le 29 janvier, le ministère fédéral prévenait les consommateurs et consommatrices que certaines sucettes importées de la République fédérale d'Allemagne et vendues sous diverses marques de commerce pourraient être dangereuses pour les bébés. Les importateurs ont immédiatement cessé de distribuer les modèles en question et avisé les détaillants de les retirer de leurs étagères. Deux semaines plus tard, Consommation et Corporations Canada annonçait que deux nouvelles marques de sucettes, encore une fois importées de la République fédérale d'Allemagne, pourraient être dangereuses pour les bébés. Nous ne saurions trop recommander aux parents de toujours lire attentivement ces mises en garde que publient régulièrement les quotidiens.

- Après avoir émis des mises en garde à propos de certaines barrières pour enfants, le ministre intérimaire

des Consommateurs et des Sociétés, Harvie Andre, a annoncé l'entrée en vigueur d'un nouveau règlement visant à interdire la vente de ces barrières de type accordéon. Ces barrières dangereuses ne seront plus disponibles dans les magasins, mais on risque de les trouver encore dans les marchés aux puces, les placards de la gardienne ou le grenier de grand-maman. À mettre au rebut sans hésiter!

- Les bombes aérosols qui projettent des serpentins aux anniversaires sont peut-être amusantes, mais certains lots de ce produit ont été fabriqués avec un solvant inflammable et le serpentins peut s'enflammer en contact avec une source de chaleur. Ces produits ne doivent jamais être utilisés par les enfants. Ils ne doivent jamais non plus être utilisés à proximité de bougies, d'allumettes, de cigarettes ou d'autres sources de chaleur telles que les appareils de chauffage.

Source: communiqués et mises en garde de Consommation et Corporations Canada.



Les 4 et 5 mai 1990 à Montréal

R A P S I

Le Réseau d'Action Pour une Santé Intégrale
présente son

Maxi-Colloque

LA FACE CACHÉE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

13 thèmes inusités dont on ne parle ou n'ose pas parler, perçus
aussi bien du point de vue du client que du thérapeute

Conférences majeures:

- Guérir avec son cœur (Placide Gaboury, ph.d. auteur de plus de 20 ouvrages)
- Comment choisir son thérapeute? (Gilles Delisle, psychologue)
- Se soigner ou se faire soigner (Serge Mongeau, m.d., auteur de nombreux livres)

Ateliers-conférences:

- L'agressivité (Georges-Henri Arenstein, psychologue, palingénésiste)
- Le non-verbal (Jean-Marie Berlinguette, psychoreligieuse, Centre Option Ouverte)
- La dimension spirituelle (Jean Drouin, médecin, homéopathe, ostéopathe)
- L'intuition et la créativité (Jeanne-Marie Gingras, ph.d. professeur U. de Montréal)
- L'humour et le rire (Andrée Jetté, designer en mouvement, Transe en danse Inc.)
- Les pièges de la dépendance (Raymonde Lévesque, psychologue, psychothérapeute)
- À qui la responsabilité de guérir? (Marie-Andrée L'Héroult, présidente de l'ADPS)
- La responsabilité légale (Jean-Pierre Ménard, avocat)
- Les croyances du thérapeute (Fletcher Peacock, formateur en potentiel humain)
- L'intimité sexuelle et l'amour (Marie Valiquette, psychologue)

Votre santé vous intéresse? Venez en Rire!

Spectacle-bénéfice avec l'humoriste JEAN-MARC PARENT

Reconnu pour ses numéros sur l'handicapé, le skieur, la peine d'amour...
avant le 30 mars 90 après le 1er avril 90

| | | | |
|-------------------------|--------|--------|------------------------------|
| Colloque & spectacle | 140 \$ | 170 \$ | Prix spéciaux aux membres |
| Colloque seul | 120 \$ | 150 \$ | |
| Spectacle-bénéfice seul | | | 28.50 \$ |

Renseignements: (514) 849-9995 Lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
Inscriptions: R.A.P.S.I., 1100 Cr. Champigny, Laval, Qc, H7E 4M1

CENTRE NOUVEL AGE



Un lieu privilégié de Conscience où l'on
crée des conditions d'accueil total à l'Enfant

Un service complet d'accompagnement à
l'accouchement et au suivi pré et post-natal

- * Ateliers
- * Séjours
- * Services spécialisés

Pour l'Emergence et l'Accompagnement
à un Monde Nouveau!

Pour informations et inscriptions:

C.P. 125, Bromont JOE 1L0 (514) 534-2487

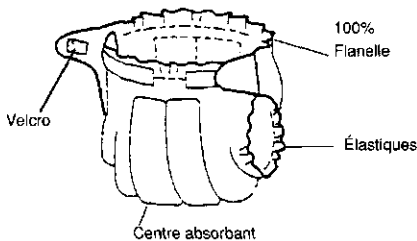


THE Indispensables

COUCHES DE COTON

LA SOLUTION NATURELLE

CONFORTABLE • PRATIQUE
ÉCONOMIQUE • ÉCOLOGIQUE
SÉCURITAIRE



POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

| | | | |
|-----------|----------|---------------|----------|
| St-Bruno | 441-2368 | Chateaugay | 691-1505 |
| Longueuil | 461-1593 | St-Lazare | 455-8866 |
| Brossard | 461-1671 | Auteuil | 661-6151 |
| St-Jean | 358-5266 | St-Rose | 625-3814 |
| Outremont | 271-5844 | Pointe-Claire | 697-3768 |
| N.D.G. | 483-1953 | Québec | 626-3819 |

France Normandin

DMCT inf. d.

Herboriste
Acupuncteur

Harmonisation de bébé
pendant la grossesse

Attention spéciale
aux femmes enceintes

376-5628



Aqua Physique Plus

Une activité physique complète
adaptée aux besoins de chacun.

Cours aux 4 coins de la ville
527-2909

SIROP D'ÉRABLE

Fait avec amour

- Plessisville (Ville de l'Érable)
Gilles Baril (819) 362-2688
- Valleyfield
R. Baril (514) 371-7620
- St-Lambert
L. Baril (514) 465-7606

Le Commensal

GASTRONOMIE VÉGÉTARIENNE

RESTAURANTS

2115 St-Denis, 845-0248
680 Ste-Catherine O., 871-1480

POUR EMPORTER

La Boulange
5043 St-Denis, 843-7741
La Boîte à Lunch
400 Sherbrooke E., 849-9388



AFEAS

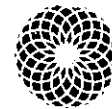
L'AFEAS, c'est 30 000 femmes de tous les coins du Québec. Chaque mois, elles se réunissent pour s'informer sur des sujets comme la santé, les droits des femmes, la consommation, etc.

LES DOSSIERS PRIORITAIRES CETTE ANNEE

- . Femmes et Pouvoir Politique
- . Formation des Filles
- . Autonomie personnelle et financière des femmes

L'Association Féminine d'Education et d'Action Sociale grandit avec les Québécoises depuis 24 ans... Elles sont indissociables!

Pour plus d'information:
siège social: 5999 rue de Marseille, Montréal
H1N 1K6 (514) 251-1636



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



(514) 382-4950

Marie-Sylvie LeBlanc, D.C.

Docteur en Chiropratique

1652 est, rue Fleury
Montréal, Qc, H2C 1S8



99, rue Rouleau, Rimouski, Qc, G5L 5S4
Tél.: (418) 723-0355

Aliments et produits naturels

DANIÈLE TREMBLAY

Psychologue
Thérapie individuelle et de couple

- Expertise psycho-légale dans le cas d'agression sexuelle.
- Counselling pré et post-natal : peur et angoisse de l'accouchement, difficultés d'adaptation post-natal.

426 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal, H2J 1J5

721-1806

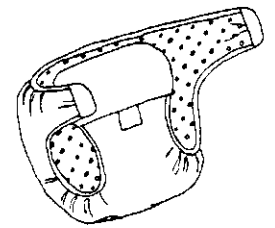
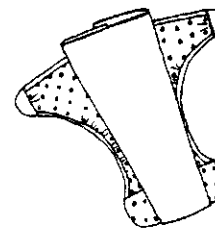


Vous aimeriez mieux utiliser
les couches de cotton?



BUMMIS™

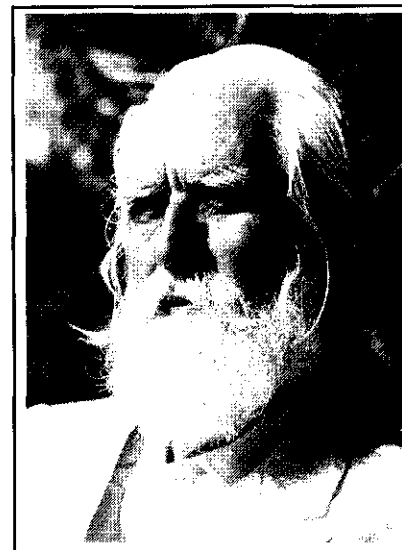
peut vous rendre la chose facile.



Cette culotte de bébé super légère maintient la couche en place.
Pas d'épingles. Les fermetures ajustables en velcro moulent la
culotte aux contours du bébé. Le nylon imperméable à 100 % se
lave et se sèche à la machine. Se vend en trois couleurs: rouge
pompiers, bleu royal et jaune éclat de soleil.

| | | |
|-----------|----------------------|------------------------|
| | Envoyez à | |
| | BUMMIS | |
| | C.P. 22 Succursale F | |
| | Montréal, Québec | |
| | H3J 2K8 | |
| Pet. | 3 - 6 kg | 8,00 \$ chacune |
| Moy. | 6 - 10 kg | 2 pour 15,50 \$ |
| Gr. | 10 - 13 kg | 4 pour 30,00 \$ |
| Très gr. | 13 - 16 kg | 2,00 \$ frais de poste |
| Super gr. | 16 kg + | |

Appelez:
(514) 932-2663
(514) 526-8027



OMRAAM MIKHAËL AÏVANHOV

Deux livres fascinants à recommander à toute femme qui désire devenir enceinte ainsi qu'à toutes celles qui le sont déjà. Une démarche nouvelle et unique où l'auteur propose des méthodes simples et efficaces pour que l'enfant à naître puisse manifester des qualités exceptionnelles.

EN VENTE DANS TOUTES LES BONNES LIBRAIRIES



ÉDITIONS
PROSVETA

Format de poche: 10,95\$

10 ANS APRÈS « ACCOUCHER OU SE FAIRE ACCOUCHER »

« *Au carrefour de la Nouvelle Périnatalité: Devenir et être des parents* »

L'ASPQ, organise un « GRAND RASSEMBLEMENT », les 15,16,17 novembre 1990, à l'Hotel Hilton de Québec. Les principaux collaborateurs sont le Comité Provincial Enfance-Famille, le Conseil des affaires sociales et la Fédération des CLSC.

Au moment d'aller sous presse, le programme n'est pas encore définitif. Cependant pour toute information et pour recevoir la programmation vous pouvez contacter:



A
S
P
Q
Mme Geneviève Duval
Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ)
3958, rue Dandurand, Montréal (Québec)
H1X 1P7
Tél: (514) 593-9939
ou
Micheline St-Onge Tél: (514) 691-7794

P.S. Nous faisons des démarches avec Santé et Bien-Être Canada pour voir la possibilité de rembourser les frais de déplacements des parents et organismes communautaires.