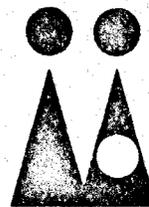


FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR
LE PLANNING DES NAISSANCES

3826, rue St-Hubert, Montréal, Québec H2L 4A5 Tél.: (514) 842-9501



BULLETIN

OCTOBRE 1981

TABLE DES MATIERES

	Page
Petit propos sur le stérilet.	1
En vrac.	9
Disponibles à la Fédération.	18

PETITS PROPOS SUR LE STERILET

Au Canada.

Le 27 juillet dernier le Ministère de la Santé et du Bien-être social à Ottawa émettait un communiqué de presse invitant les femmes qui ont un stérilet, à le remplacer régulièrement pour plus de sécurité et d'efficacité. La Ministre Bégin recommandait aux femmes de changer le stérilet en cuivre aux deux ans, celui à base de progestérone à chaque année et les stérilets en matière plastique inerte aux quatre ans (c'est-à-dire ceux auxquels aucune substance chimique n'a été ajoutée).

Il nous apparaissait surprenant que le Ministère émette un communiqué d'une façon si soudaine au beau milieu de l'été. Était-ce pour meubler les pages des journaux canadiens? Nous nous sommes adressés au Bureau des instruments médicaux pour en savoir davantage sur les raisons justifiant la rédaction d'un tel communiqué de presse.

Par le retour du courrier, on nous a fait parvenir des copies de différents articles d'une recherche en cours actuellement à l'Université du Texas visant à examiner les liens possibles entre la durée d'utilisation d'un stérilet et un type d'infection pelvienne (Actinomyose), une infection rare mais dont l'évolution peut être grave.

Le Dr W. Schmidt et son équipe ont examiné au cours de la dernière année quatre-vingt-quinze (95) stérilets. La durée d'utilisation n'était pas la même pour l'ensemble des stérilets. Les principales raisons justifiant leur retrait: désir de grossesse, choix d'une autre méthode contraceptive, et infection. Trente-cinq (35) des stérilets examinés ont été retirés à cause d'infections. Et sur 75% de ceux-ci, ils ont retrouvé des dépôts de calcium. Ces derniers stérilets étaient en place depuis au moins trois (3) ans. Selon le docteur Schmidt, la présence de calcium peut créer un environnement propice à la croissance des bactéries causant l'actinomyose.

D'après les chercheurs, beaucoup de questions en regard des liens possibles entre la durée d'utilisation d'un stérilet et les infections pelviennes, demeurent sans réponse. Ils ne réussissent pas entre autres, à expliquer la présence du calcium et encore moins le degré différent de calcification d'un stérilet à l'autre.

Par ailleurs, le stérilet en cuivre semblerait moins propice au développement de l'actinomyose, le cuivre pouvant avoir une action particulière qui empêche la prolifération des bactéries (bactériostatique). Toutefois, après 3 ans, le cuivre perdrait cet effet protecteur, ce qui expliquerait la présence du calcium sur le stérilet.

Le docteur Schmidt croit préférable d'examiner tout stérilet retiré après une période de trois (3) ans et plus d'utilisation, d'examiner aussi tout stérilet retiré en raison de symptômes d'infection et tout stérilet dont on remarque après le retrait, soit une odeur inhabituelle, soit une apparence douteuse. Il suggère aux femmes de remplacer leur stérilet à chaque deux (2) ans.

Les conclusions préliminaires de cette recherche ne sont pas sans soulever des controverses. Par exemple, le Bureau américain des drogues recommande de remplacer un stérilet aux trois (3) ans. En Angleterre, certains comités médicaux ne voient aucune raison de changer les stérilets inertes à intervalles réguliers, si la femme ne ressent aucun problème. Ils vont jusqu'à ne point recommander le retrait du stérilet advenant le cas où les tests pour détecter l'actinomyose sont positifs.

Egalement selon eux, l'infection de type actinomyose est peut fréquente et représente un faible pourcentage d'inflammations pelviennes associées aux stérilets. De plus, ils considèrent que les liens possibles entre les infections pelviennes et la durée d'utilisation d'un stérilet ne sont pas d'une évidence absolue. Les débats sont donc ouverts.

Certains chiffres:

aux Etats-Unis, on estime à un million le nombre de femmes ayant un stérilet et parmi celles-ci entre 8,000 et 25,000 le nombre de femmes victimes d'une inflammation pelvienne;

au Canada, 300,000 stérilets sont vendus chaque année.

Il nous a été impossible d'obtenir des données sur le nombre de stérilets vendus par province, suivant les modèles, les prix et les chiffres d'affaires réalisés par les compagnies. D'après un porte-parole du Bureau des instruments médicaux, ces informations ne peuvent être divulguées sans l'approbation des fabricants. Eh bien!!!

Sources:

- . Blais, P., (Ph.D.), Division de la médecine, Bureau des instruments médicaux, M.S.B.E., Ottawa.
 - . Sattar, Jean, Santé et Bien-être social Canada, "Remplacement régulier des dispositifs intra-utérins" 27 juillet 1981.
 - . Lechky, Olga, "Texas M.D.S. now link I.U.D.'s to rare pelvic infections" in The Medical Post, April, 7, 1981, pp. 77-78.
 - . Rasche Gonzalez, Elizabeth, "Calcium deposits on I.U.D.'s may play role in infections" in Jama Medical News, vol. 245, no 16, April 16, 1981, pp. 1625-1626.
 - . s.n., "I.U.D.'s and Actinomyces like organisms" in The Lancet, February, 7, 1981, p. 321.
 - . Liston, A.J., (Ph. D.), Lettre de renseignements, Direction Générale de la Protection de la Santé, "Dispositifs Intra-Utérins", 28 août 1981, 2 p..
-

ET AILLEURS ...

Il résulte de deux (2) études, l'une britannique et l'autre américaine, que:

- . le risque d'inflammation pelvienne était substantiellement plus élevée pour les femmes qui utilisaient un stérilet au moment de l'enquête;
- . l'incidence d'infection ne variait pas suivant la durée d'utilisation;
- . la pilule ou les méthodes dites de barrière semblaient protéger les femmes contre les infections pelviennes;

Angleterre.

La recherche a débuté en 1968. Elle a porté sur 17,000 femmes sans antécédent d'infection pelvienne et ayant déjà eu une grossesse menée à terme.

Trois (3) groupes différents ont été étudiés:

- . les femmes qui utilisaient le stérilet au moment de l'enquête;
- . celles qui en avaient déjà eu;
- . celles qui n'en avaient jamais eu.

Les résultats révélèrent:

- . que l'incidence d'une inflammation pelvienne aiguë était plus élevée chez celles qui avaient un stérilet au moment de l'enquête, comparativement à celles qui n'en avaient jamais eu;
- . que, pour ces deux (2) mêmes groupes de femmes, la présence d'une inflammation pelvienne chronique était deux (2) fois plus courante dans le premier groupe que dans le second;
- . que, pour le premier groupe, l'incidence d'une infection aiguë apparaissait plus importante dans les douze (12) premiers mois d'utilisation;

- . que, le lien entre la durée d'utilisation et le risque d'infection était non significatif;
- . qu'aucune relation entre l'âge des femmes et les infections de type chronique ou aiguë, n'était concluante.

Dans cette recherche, les estimations à l'égard des infections aiguës étaient beaucoup plus élevées que les estimations généralement rencontrées. Les auteurs ont apporté comme explication à ce phénomène, la composition de leur groupe-contrôle où ils retrouvaient majoritairement des femmes utilisant la pilule ou le diaphragme. Ils en ont conclu que ces méthodes contraceptives pouvaient réduire les risques d'infection.

De plus, selon les critères de sélection appliqués pour le choix des candidates, la population observée en était une à faible risque, compte tenu, entre autres, qu'on avait remarqué chez les candidates une plus grande préoccupation face à sa santé que chez la moyenne des gens.

Aux Etats-Unis.

En vue d'établir des comparaisons, les chercheurs avaient divisé en deux (2) groupes les femmes sélectionnées pour les études: un groupe d'analyse portant sur 1,447 femmes et un groupe-contrôle composé de 3,453 femmes. Les candidates furent choisies parmi une population féminine hospitalisée pour diverses raisons dans seize (16) hôpitaux du district de Columbia.

Les conclusions:

- . celles qui avaient un stérilet au moment de l'enquête et qui n'avaient jamais eu d'infection pelvienne, avaient deux (2) fois plus de risques d'être hospitalisées pour ce genre d'infection que celles qui avaient déjà eu un stérilet ou qui n'en avaient jamais eu;
- . les contraceptifs oraux et les méthodes de barrière semblaient protéger les femmes contre les infections pelviennes;
- . les risques d'infection chez les utilisatrices d'un stérilet étaient quatre (4) fois plus élevés que chez les utilisatrices de contraceptifs oraux et trois (3) fois plus élevés que chez les utilisatrices d'une méthode de barrière;

- . parmi la population étudiée, les facteurs de risques associés aux inflammations pelviennes étaient dans l'ordre: le nombre de partenaires, le nombre de relations sexuelles dans une semaine, l'âge de la femme (25 ans et moins) et l'utilisation du stérilet au moment de l'enquête;
- . le modèle de stérilet n'entrait pas en ligne de compte;
- . l'insertion ou la ré-insertion d'un stérilet augmentaient les risques;
- . la durée d'utilisation n'augmente par les risques;
- . les effets de l'utilisation du stérilet en rapport aux infections pelviennes demeuraient douze (12) mois après son retrait.

Source: s.n., "P.I.D. Risk Increased Sharply Among I.U.D. Users, British Cohort U.S. Case-Control Studies Affirm", Family Planning Perspectives, vol. 13, no 4, July-August 1981, pp. 182-184.

STERILETS ET GROSSESSES ECTOPIQUES.

Aux Etats-Unis l'incidence annuelle des grossesses ectopiques est passée de 15,000 à 41,000 au cours des années 1965-1977.

En 1977, les données américaines établissaient qu'en moyenne pour 130 ovules fécondées une ovule se fixait à l'extérieur de l'utérus.

Les décès.

Le nombre de décès causés par une grossesse ectopique est passé de 59 à 39 pour la période de 1965 à 1977. Malgré cette baisse, la proportion des décès provoqué par ce type de grossesses a augmenté de 6% à 10%.

Toujours aux Etats-Unis, H.W. Ory et le Women's Health Study ont effectué une recherche auprès de 615 femmes âgées de 18 à 44 ans chez lesquelles on a diagnostiqué une grossesse ectopique, et aussi auprès de 3,453 femmes âgées également de 18 à 44 ans, qui avaient été admises dans des hôpitaux pour diverses autres raisons.

Les principales conclusions:

- . les femmes qui avaient fait l'utilisation d'un stérilet ou qui utilisaient un stérilet au moment de l'enquête, n'étaient pas plus susceptibles d'avoir une grossesse ectopique que celles qui n'en avaient jamais fait usage.
- . les femmes utilisant un stérilet ou d'autres méthodes contraceptives étaient moins susceptibles d'avoir une grossesse ectopique que celles n'utilisant aucune méthode contraceptive.
- . les femmes qui avaient fait une utilisation fréquente du stérilet ne risquaient guère plus (10%) d'avoir une grossesse ectopique que celles qui n'en avaient jamais eu;
- . les femmes qui avaient le moins de risques d'avoir une grossesse ectopique étaient celles qui utilisaient la pilule.
- . les risques étaient moins grands chez les femmes qui utilisaient un stérilet pour une période de moins de vingt-quatre mois que chez celles qui n'en avaient jamais eu; les auteurs ont donné comme explication qu'un stérilet

assurait au début une protection efficace contre toute forme de grossesse, autant utérine qu'ectopique;

- . les risques ne variaient pas selon le modèle de stérilet;
- . après deux (2) ans d'utilisation d'un stérilet, le risque d'une grossesse ectopique augmentait.

Les auteurs ont souligné ici que la présence d'un stérilet provoquait des modifications au niveau du tissu des trompes, augmentant ainsi les risques d'une grossesse ectopique lorsque le stérilet était en place sur une longue période.

D'après cette constatation, il semble qu'une fois le stérilet retiré, les tissus prennent un certain temps à se régénérer. Les auteurs suggèrent à celles qui désireraient une grossesse, d'attendre trois (3) mois après le retrait du stérilet, permettant aux tissus de se régénérer donc de diminuer les risques d'une grossesse ectopique.

Pour ainsi dire, les femmes qui conservent leur stérilet plus de deux (2) ans, risquent beaucoup plus une grossesse ectopique dans les premiers mois suivant son retrait.

En conclusion, les auteurs estiment que l'augmentation des grossesses ectopiques est davantage due à l'augmentation des infections pelviennes qu'à l'utilisation du stérilet.

Source: s.n., "I.U.D. Users Have Fewer Ectopic Pregnancies Than Noncontraceptors", International Family Planning Perspectives, vol. 7, no 2, June 1981, p. 67.

Note: Une impression générale face aux rapports d'études: nous n'avons point accès au domaine de la recherche, l'information est scellée et contrôlée comme s'il s'agissait d'information touchant la "sécurité nationale". Si nous n'avions pas écrit à Ottawa, si nous n'étions abonnés à certaines revues, nous n'aurions rien su sur l'existence de ces recherches. Celles-ci nous dévoilent des informations tellement fragmentées qu'il est difficile de se faire une opinion à partir des exposés qu'on nous en fait dans les revues ou les journaux. Ça veut t'y dire qu'il faudrait penser à un champ nouveau d'intervention dont l'objectif serait d'enquêter et de faire la lumière sur les recherches médicales afin d'exercer un contrôle sur notre santé? Ouf ... déjà la question m'es-souffle!

EN VRAC

LES COUPURES DE BUDGET ET LES CHARGES REGIONAUX DU P.I.P.M.S., DANS LA REGION DE MONTREAL

Il y en avait deux, il n'y en a plus qu'un à demi-temps. Il a donc fallu éliminer les rencontres avec les D.S.C.-C.L.S.C., et éliminer les sessions de formation.

REVERSIBILITE DE LA VASECTOMIE

Un urologue torontois, le Dr Nil Sutton, aurait mis au point un nouvel appareil de micro-chirurgie permettant d'améliorer les techniques d'interventions chirurgicales visant à rendre réversible la stérilisation. Il lui a fallu trois ans pour mettre au point un appareil dont la forme s'apparente à une cueillère à sucre de type microscopique. En Ontario l'an dernier, il y a eu 34,226 vasectomies et 6,264 opérations de réversibilité soit un rapport de 1/5.⁷

La Presse, 30 septembre 1981.

LES REVENUS DES MEDECINS

Pour la période allant du 1^{er} avril 1981 au 31 juillet 1981, la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec a réglé 18,067,228 demandes de paiement provenant des professionnels de la santé pour un montant de \$342,785,969.00. Pour le mois d'août 1981, sur les 5,125,124 demandes de paiement réglées, 3,895,237 provevaient des médecins, pour un montant de \$50,492,809.00 sur les \$72,928,479.00 versés à l'ensemble des professionnels.

Source: Bulletin, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec, août 1981.

P.S. Dans le but de diminuer les coûts de santé, l'Association Québécoise pour le Promotion de la Santé fait circuler une pétition demandant au gouvernement d'instaurer le salariat pour les médecins.

PRO-VIE, DE VANCOUVER A MONTREAL

Le samedi 26 septembre dernier, l'Hôpital Général de Montréal subissait pour la troisième fois les attaques de Pro-Vie qui avait organisé une manifestation. Le lendemain lors d'une cérémonie de prestation d'un serment médical par des médecins membres de l'Association des Médecins du Québec pour le respect de la vie, le Dr Paul David, directeur médical de l'Institut de Cardiologie de Montréal, s'est permis de faire une sortie contre l'avortement.

Fidèle à sa stratégie de centrer ses attaques à des endroits très précis, Pro-Vie a opté pour le Centre Hospitalier Général de Montréal.

En Colombie-Britannique, Pro-Vie a réussi à faire élire en majorité ses membres sur le conseil d'administration de l'Hôpital Général de Victoria. Il semblerait que la stratégie de Pro-Vie est d'inscrire massivement ses partisans sur la liste des membres de l'association hospitalière qui gère l'hôpital. (Il faut dire que l'organisation des services de santé diffère d'une province à l'autre). Les gens du milieu s'attendent à ce que le Comité d'Avortement Thérapeutique soit dissous sous peu.

Ces situations se présentent dans plusieurs hôpitaux de la région de Vancouver. A Richmond, toujours en Colombie-Britannique, Pro-Vie avec la participation massive de congrégations religieuses, a remporté une autre victoire.

L'an dernier, dans la banlieue de Currey, la dissolution du Comité d'Avortement Thérapeutique par un conseil d'administration sous le contrôle de Pro-Vie a obligé le Ministère de la Santé d'imposer une tutelle, les médecins en guise de protestations ayant décidé de boycotter les activités administratives de l'hôpital.

L'association des médecins de la Colombie-Britannique et l'association provinciale des hôpitaux, s'inquiètent de la situation. Le gouvernement quant à lui se penche sur la possibilité d'adopter une législation qui modifierait le processus d'élection sur les conseils d'administration d'hôpitaux, évitant d'en faire un champ de bataille entre les tenants de Pro-Vie et ceux-celles du libre choix.

Sources: La Presse 28 septembre 1981.
Le Devoir 24 septembre 1981.

L'AVORTEMENT JUSQU'A 16 SEMAINES, AUSSI SECURITAIRE DANS LES CLINIQUES QUE DANS LES HOPITAUX?

Une étude récente réalisée par les Centres Américains pour le Contrôle des Maladies (Centers for Disease Control) en arrive à la conclusion que les avortements par Dilatation et Evacuation (D. & E.), allant jusqu'à 16 semaines, peuvent être pratiqués en dehors des milieux hospitaliers d'une façon aussi sécuritaire, sinon davantage que dans les hôpitaux.

Les auteurs en sont arrivés à cette conclusion après avoir constaté que le risque de mortalité dans les cas d'avortements par D. & E. pour une grossesse de 13 à 15 semaines, pratiqués dans les milieux non-hospitaliers, est plus bas que dans ceux pratiqués dans les hôpitaux.

Des chiffres, de 1974 à 1978, le taux d'avortement par D.& E. est passé de 32% à 51%. Pendant cette même période, 18 femmes sont décédées suite à un avortement par D.& E.. Pour 12 de ces cas on estime, sans apporter de précision, qu'il y avait présence de conditions pré-opératoires pouvant entraîner la mort; et dans 8 cas, la période de gestation avait été sous-évaluée.

Le taux de décès pour les avortements par D.& E. est de 7.7 par 100,000 interventions. Pour la méthode de curetage, le taux est de 1.0 par 100,000; et il est de 12.3 par 100,000 pour la méthode d'injection intra-amniotique ou d'instillation utilisée pour un avortement de moins de 16 semaines.

Onze (11) des femmes décédées suite à un avortement par D.& E., avaient eu leur interruption de grossesse dans une clinique; pour les sept (7) autres femmes décédées, l'intervention avait été pratiquée dans un hôpital. Toutefois, à cause du nombre plus grand d'avortements pratiqués dans les cliniques, le taux de décès serait 40% plus élevé si ces avortements étaient pratiqués dans un hôpital. Les auteurs en arrivent aux chiffres suivants: un taux de décès de 9.4 par 100,000 avortements pratiqués dans les hôpitaux, comparativement à 6.9 décès par 100,000 avortements pratiqués dans des cliniques.

Certaines variables pouvant faire défaut (le nombre d'avortement estimé, le nombre de décès non déclaré correctement, des problèmes de santé susceptibles d'influencer le choix d'un avortement en milieu hospitalier plutôt qu'en clinique), les auteurs ne prétendent pas prouver que les avortements pratiqués en clinique sont plus sécuritaires que ceux pratiqués en milieu hospitalier. Ils affirment cependant qu'ils sont aussi sécuritaires.

Les auteurs cherchent toutefois à souligner qu'à sécurité égale un avortement pratiqué par la méthode D. & E. dans une clinique est moins coûteux que lorsqu'il est pratiqué dans un hôpital. Par cette étude, les auteurs cherchent à faire pression auprès des législateurs afin de modifier la loi dans au moins 17 états américains qui obligent l'avortement dans les hôpitaux pour une grossesse de 12 semaines et plus.

Selon les auteurs la législation de l'avortement, a permis à la pratique médicale d'améliorer ses techniques d'intervention; ils se demandent si en élargissant la pratique de l'avortement par D. & E. aux cliniques, les techniques et l'habileté des médecins ne s'amélioreraient-elles pas? Ce qui aurait comme conséquence de faire diminuer le taux de décès.

Source: Cates, W., Grimes, D.A., "Midtrimester Dilatation and Evacuation: Should It Be Performed in Non-Hospital Facilities?", communication présentée lors de l'assemblée annuelle de la Société pour la Recherche en Epidémiologie, tenue dans l'Etat de l'Utah le 19 juin dernier, communication rapportée dans "Family Planning Perspectives", vol. 13, no 14, July/August 1981, pp. 182-183.

LES RESULTATS D'UNE ENQUETE QUANT A LA COMPOSITION DES GROUPES INTERVENANT SUR L'AVORTEMENT

Aux Etats-Unis, deux organisations nationales s'affrontent soit le National Right to Life Committee (N.R.L.C.) et le National Abortion Rights Action League (N.A.R.A.L.).

Parmi les comparaisons établies, révélées par l'enquête, il ressort au niveau des caractéristiques familiales que les membres du N.R.L.C. sont davantage susceptibles de venir d'une famille nombreuse, de préférer un tel type de famille ou d'avoir elles-mêmes une grosse famille. Egalement, il est plus probable de rencontrer chez les membres du N.R.L.C. ces autres caractéristiques: difficultés à devenir enceinte, fausse-couche, grossesse non-prévue, opposition à l'éducation sexuelle dans les écoles, opposition à l'information sur la contraception pour les adolescent-es, opposition à la stérilisation, désapprobation face aux relations pré ou extra maritales, face aux relations homosexuelles. Nous retrouvons aussi une approche traditionnelle et conservatrice à l'égard de la morale, des enjeux économiques et sociaux.

Quatre-vingt-quatorze pourcents (94%) des femmes interviewées et ayant déjà eu un avortement sont membres du N.A.R.A.L., six pourcents (6%) appartiennent au N.R.L.C..

Une proportion de sept (7) personnes sur dix (10) membres du N.R.L.C favorisent l'avortement légal si la santé de la mère est en danger. Par ailleurs, une autre proportion de quatre (4) personnes sur dix (10) membres du N.A.R.A.L., désapprouvent l'avortement légal s'il s'agit de prévenir la naissance d'un enfant de sexe non-désiré.

Source: Granberg, Donald, "The Abortion Activists" Family Planning Perspectives, vol. 13, no 4, July/August 1981, pp. 157-163.

UNE GROSSESSE DESIREE POUR L'HOMME?

Pendant la période des vacances les journaux du Québec ont publié une courte nouvelle de l'agence de presse AFP à l'effet que les hommes pourraient porter des enfants. En effet, deux (2) chercheurs australiens, Geoffroy Thorburn et Richard Harding, travaillent présentement une nouvelle hypothèse sur le développement du fœtus. Ils en arrivent à une conception différente selon laquelle le fœtus commanderait chimiquement l'organisme de la femme pendant la grossesse par l'intermédiaire des hormones produites dans le placenta. Cette hypothèse va à l'encontre des théories actuelles selon lesquelles c'est la femme qui contrôle le développement du fœtus. Une telle conception signifie donc qu'on pourrait placer un embryon dans le ventre de l'homme et procéder à une césarienne au terme de la grossesse.

Un obstacle, l'homme n'a pas d'utérus. Oui mais, selon Carl Word, responsable du programme de bébés éprouvettes en Australie, on constate lors de certains accouchements que le placenta n'est pas fixé à l'utérus mais à d'autres organes, comme l'intestin par exemple. Présentement, les chercheurs australiens sont à faire des essais sur des souris mâles. Si une telle découverte s'avérait fondée, assisterions-nous à un changement d'attitudes des gouvernements face aux congés de maternité ... et de paternité?

Source: Le Devoir 31 juillet 1981.

ESSAIS CLINIQUES SUR LE NORPLANT

Le Norplant est une méthode contraceptive hormonale qui consiste en l'insertion sous-cutanée dans la région de l'avant-bras, de 6 capsules de progestérone, le Levonorgestrel. Cette méthode assurerait une protection pour un période de 5 ans.

Des chercheurs ont entrepris depuis 1975 une étude comparative sur le Norplant et le stérilet T en cuivre. Cette étude a eu lieu dans les cliniques de planning au Brésil, Chili, Danemark, en République Dominicaine, en Finlande et en Jamaïque. Les résultats sont tirés d'un échantillonnage respectif de 242 pour le Norplant et 156 pour le T en cuivre.

Le taux de grossesse pour deux ans selon les informations est de 0,4 pour le Norplant et de 2,7 pour le T en cuivre. Dans 45.4% des cas les femmes ont cessé l'utilisation du Norplant (retrait des capsules) comparativement à 32.4% où on a procédé au retrait du stérilet. Les principales raisons invoquées: problèmes menstruels (N.: 12.8% - T cuivre: 6.2%); autres problèmes médicaux (N.: 8.8% - T cuivre: 6.2%); fin de la recherche (N.: 11.1%); grossesses désirées (N.: 4.3% - T cuivre: 7.1%).

Chez les utilisatrices du Norplant, les problèmes menstruels rencontrés sont les saignements irréguliers, ou les saignements persistents, ou l'aménorrhée c'est-à-dire l'absence des règles menstruels. Les autres raisons médicales justifiant le retrait du Norplant: maux de tête, nervosité, dépression, acné.

Même si le rapport de la recherche nous informe d'un taux de satisfaction plus élevé chez les utilisatrices du Norplant et d'un taux de grossesses plus faible, certaines réserves demeurent quant à la crédibilité des tableaux comparés. Ces réserves ont trait à l'échantillonnage qui diffère d'une méthode à l'autre, au taux de retrait plus élevé pour le Norplant et finalement au protocole de recherche obligeant à retirer les capsules après 12-15 mois d'utilisation. Il est à se demander si à conditions égales, le taux de grossesses demeurerait le même pour le Norplant.

Par ailleurs, il ne faudrait pas négliger les effets secondaires qui ont amené 21% des femmes à cesser l'utilisation du Norplant.

A suivre.

Source: s.n., "Long Acting Implant is 7 X more effective than Copper T in Field Trials". International Family Planning Perspective, vol. 7, no 2, juin 1981, pp. 64-65.

LE SYNDROME DU CHOC TOXIQUE (S.C.T.)

Nous reproduisons un tableau (Rapport hebdomadaire des maladies du Canada, 12 septembre 1981) du Laboratoire de Lutte contre la Maladie portant sur les cas de S.C.T. au Canada.

En date du mois de juin dernier, 44 cas avaient été signalés au Ministère canadien dont 34 entre janvier 1980 et juin 1981. Sur ces 34 cas, nous rencontrons 3 décès dont 2 au Québec, soit 2 femmes âgées respectivement de 23 et 52 ans.

Il est à noter que l'âge des patientes dont la pathologie est conforme aux critères du Syndrome du Choc Toxique varie de 5 ans à 65 ans. Nous retrouvons aussi le cas d'un homme âgé de 31 ans.

***** V O I R T A B L E A U *****

Dernières nouvelles

A peine avons-nous eu le temps de mettre la dernière touche au bulletin, et d'essuyer les quelques gouttes sur nos fronts, nous recevions une lettre de Judith Dowler, microbiologiste au Bureau des instruments médicaux à Ottawa.

Dans sa lettre, elle nous informe des faits suivants:

- . depuis octobre 1980, les tampons sont assujettis à la Loi des aliments et drogues et au Règlement des instruments médicaux; ainsi donc les fabricants doivent avoir des preuves d'essai sur l'innocuité du produit, preuves d'essais qui doivent être soumises sur demande.
- . depuis le 27 mai 1981, les nouveaux tampons et toute modification apportée aux tampons actuellement sur le marché doivent faire l'objet d'un examen avant leur mise en marché.
- . afin d'être vendus au Canada, les fabricants de nouveaux tampons doivent fournir des informations détaillé sur le produit, le procédé de fabrication et les preuves d'innocuité.
- . sur une base volontaire, les fabricants ont fourni des renseignements au gouvernement sur les composantes des tampons mis sur le marché avant mai 1981.

- . ces informations sont privées et confidentielles.
- . il n'y aurait pas de raison de croire que les composantes des tampons sont dangereuses.
- . les tampons contiennent un nombre très faible de bactéries communes, non pathogène.
- . il n'y a aucune preuve de la présence de la bactérie responsable du Syndrome du Choc Toxique.
- . "M'enfin!"

Table 1 - Cases of Toxic-Shock Syndrome Reported to LCDC up to September 1, 1981/
Tableau 1 - Cas de syndrome de choc toxique signalés au L.L.C.M. jusqu'au 1^{er} septembre 1981

Number/ Numéro	Year/ Année	Age/ Âge	Sex/ Sexe	Province	Meets CDC ⁽¹⁾ Se conforme aux critères des CDC ⁽¹⁾	Out- come ⁽²⁾ Dénouement ⁽²⁾	Menstrua- ting/ ⁽³⁾ Règles ⁽³⁾	Using Tampons at Time of Illness/ Utilisation de tampons au moment de l'appari- tion de la maladie	Number of Episodes/ Nombre d'épi- sodes
1	76	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
2	77	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
3	78	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
4	78	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
5	79	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
6	79	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
7	79	?	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
8	79	20	F	B.C./C.-B.		X	?	?	1
9	80	29	F	B.C./C.-B.		X	X	X	1
10	80	20	F	B.C./C.-B.	X	X	X	X	1
11	80	19	F	Ontario	X	X	X	X	1
12	80	20	F	Manitoba	X	X	X	X	1
13	80	31	M/H	Que./Qué.	X	X	N/A S/O	N/A S/O	1
14	80	16	F	Que./Qué.		X	X	X	1
15	81	32	F	Manitoba		X	X	X	1
16	80	25	F	Ontario	X	X	X	X	1
17	79	22	F	Ontario		X	X	X	1
18	80	52	F	Que./Qué.	X	Died/ Décès	X	?	1
19	80	31	F	Alberta	X	X	X	X	1
20	80	17	F	Ontario	X	X	X	X	1
21	80	23	F	Manitoba	X	Died/ Décès		?	1
22	81	21	F	Que./Qué.	X	X	X	X	1
23	80	25	F	B.C./C.-B.	X	X	X	X	1
24	80	24	F	Que./Qué.	X	X			1
25	80	23	F	B.C./C.-B.	X	X	X	X	1
26	79	18	F	Nfld./T.-N.	X	X	X	X	1
27	81	28	F	Que./Qué.	X	X			1
28	81	65	F	Que./Qué.	X	X	N/A S/O	N/A S/O	1
29	81	17	F	Manitoba		X		?	1
30	81	17	F	Manitoba		X	?	?	1
31	81	21	F	Manitoba		X			1
32	81	19	F	N.B./N.-B.		X	X	X	1
33	81	22	F	Ontario	X	X	X	X	1
34	80	13	F	B.C./C.-B.	X	X	X	X	1
35	80	24	F	Alberta		X			1
36	80	15	M/H	Que./Qué.		X	N/A S/O	N/A S/O	1
37	80	23	F	Que./Qué.		Died/ Décès	X	X	1
38	81	17	F	Que./Qué.		X	X	X	1
39	81	15	F	Que./Qué.		X	X	X	1
40	81	28	F	Que./Qué.		X	X	X	1
41	81	5	F	Que./Qué.	X	X	N/A S/O	N/A S/O	1
42	80	14	F	Alberta	X	X	X	X	1
43	81	4	M/H	Que./Qué.		X			1
44	81	26	F	Manitoba	X	X	X	X	1

Legend/Légende:

- (1) Meets CDC Criteria - meets the diagnostic criteria set down by the Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, U.S.A./
Se conforme aux critères des CDC - se conforme aux critères diagnostiques établis par les Centers for Disease Control,
Atlanta, Géorgie, États-Unis.
- (2) Outcome - Recovered/Dénouement - rétablissement
- (3) Menstruating - Menstruating at time of onset of illness./Règles - patiente menstruée au moment de l'apparition de la maladie.
- ? Unknown/Inconnu
- N/A Not Applicable/
S/O Sans objet

DISPONIBLES A LA FEDERATION

- Bulletin Médical de l'I.P.P.F., Attitudes vis-à-vis la vasectomie, août 1981, 2 p.. Bref exposé sur les facteurs sociaux et personnels qui influencent la demande de vasectomie.
- Carrefour des Affaires Sociales, Dossier: Pour une mort plus humaine, vol. 3, no 3, septembre 1981, 48 p..
- Conseil du Statut de la Femme, Essai sur la santé des Femmes, Gouvernement du Québec, juin 1981, 342 p..
- C.S.N., La lutte des femmes / une lutte permanente / une lutte syndicale, rapport du Comité de la Condition Féminine 1981, C.S.N., juillet 1981, 64 p. (\$2.75).

Le document se divise en trois (3) parties:

1. bilan des activités du Comité de la Condition Féminine.
 2. condition féminine et les problèmes des femmes liés au travail (secteurs d'emplois, conditions de travail, rémunération et syndicalisation).
 3. recommandations et revendications ayant trait aux garderies - congés de maternité - contraception et avortement - conditions salariales - syndicalisation.
- Henripin J., Huot, P.-M., Lapierre-Adamcyk, E., Marcil-Gratton, N., Les enfants qu'on n'a plus au Québec, P.U.M., 1981, 410 p..

Principaux chapitres:

1. baisse récente de la descendance finale;
4. la fécondité non désirée;
6. l'utilisation de la contraception jusqu'en 1971;
8. de 1971 à 1976: la "révolution contraceptive" se confirme;
9. pourquoi pas un enfant de plus?;
10. peut-on faire croître la fécondité?.

- King, Liz, The Cervical Cap Handbook for Users and Fitters, Emma Goldman Clinic for Women, 1981, 66 p..

Nous y retrouvons différents chapitres sur l'histoire de la cape cervicale, des informations sur son utilisation et l'entretien qu'elle demande, sur les problèmes rencontrés auprès du Bureau Américain des Aliments et Drogues, sur les endroits où il est possible d'en commander.

- Mazur, Peter, "Contraception and Abortion in Poland", International Family Planning Perspectives, vol. 7, no 2, June 1981, pp. 79-82.

- Orton-Jessop, Maureen, Rosenblatt, Ellen, Adolescent Birth Planning Week, Planned Parenthood Ontario, 1981, 83 p..
