

Éditorial

LA NORMALITÉ... ET L'OUBLI

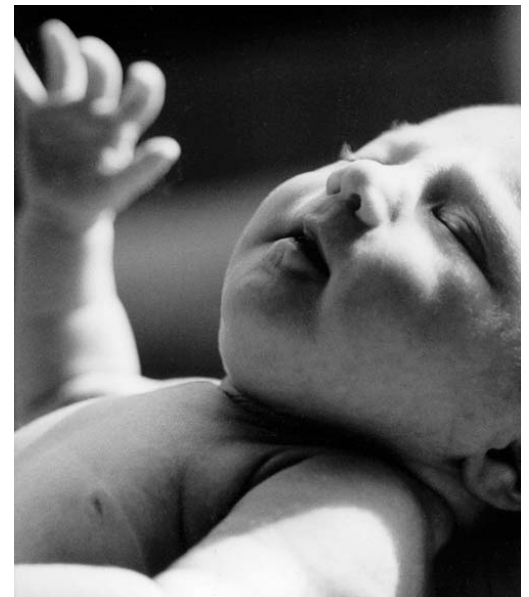
Céline Lemay, sage-femme
Porteuse du projet périnatalité de l'ASPQ

Le présent numéro vous mettra en contact avec différents sujets autour de la périnatalité et de la vie de parent : le cododo, l'épisiotomie, la péridurale, la césarienne sur demande, ainsi que les infections nosocomiales. Pourquoi parler de ces thèmes? Parce qu'ils sont une occasion de réfléchir sur la normalité et les normes omniprésentes dans les discours officiels. Il y a deux sens à la normalité : nous sommes « normaux » quand nous faisons la même chose que tout le monde; nous sommes normaux quand nous correspondons aux normes.

Au Québec, il y a 80 ans, c'était normal d'accoucher avec une sage-femme. Il y a 50 ans, c'était normal d'accoucher à la maison. Il y a 30 ans, c'était normal d'accoucher à l'hôpital, d'être endormie et d'avoir une épisiotomie pour accoucher. Il y a 25 ans, c'était normal d'être sur le dos, rasée et attachée pour accoucher et de donner le biberon à son enfant. Il y a 15 ans, c'était normal de demander la cohabitation et que le père soit présent à l'accouchement. Il y a 10 ans, c'était normal d'être branchée à un moniteur foetal et de ne pas pousser plus d'une heure pour accoucher. Maintenant, c'est normal de ne pas manger pendant le travail, d'avoir une épidurale et d'allaiter son enfant. Durant la grossesse, il y a 50 ans, c'était normal de manger pour deux. Il y a 35 ans, c'était normal de se faire chicaner si on avait pris plus de 20 livres durant la grossesse. Il y a dix ans, c'était normal d'avoir au moins une échographie et aujourd'hui, c'est normal d'en avoir au moins deux durant la grossesse. Maintenant, c'est normal de se faire offrir des tests de dépistage prénataux, et de les prendre.

En ce moment, tout ce qui est fait de routine dans un hôpital est considéré comme « normal » et de ce fait, proposé aux femmes comme le meilleur moyen d'avoir un beau bébé en santé. Peu de monde est conscient que ce qui est proposé aux femmes dans un hôpital ne l'est pas nécessairement dans celui d'à côté, même si les arguments donnés sont les mêmes. Toute cette histoire nous montre que la norme ne veut pas toujours dire la même chose : parfois être normal c'est faire partie de la majorité et parfois être normal c'est être dans les limites d'une norme.

Les femmes ne sont pas de pures victimes du système, mais il est clair qu'elles n'ont pas grand-chose à dire



Théa
Photo : Kristina Whan

quant à l'organisation des pratiques et des lieux autour de la naissance.

Nous devons nous rappeler que depuis une centaine d'années, les femmes se font conseiller par des « experts » de toutes sortes, le médecin étant l'expert type. Au nom de la science, ces « experts » leur ont dit comment être enceintes, comment accoucher, où accoucher, comment élever leurs enfants etc. Elles se sont fait dire que de par leur biologie et leur corps, sources de désordres et de failles, elles devaient être surveillées, contrôlées et traitées. La vision obstétricale est dominante et dans la mesure où nous croyons que la normalité ne se confirme qu'à posteriori, il est alors préférable d'organiser la gestion technologique et médicale de la maternité.

Si la nature et le corps féminin sont reconnus et célébrés quand une femme allaite son bébé, comment se fait-il que le processus de la grossesse et l'accouchement ne soit pas considéré de la même façon et qu'il faille mettre les femmes sous haute surveillance? Les femmes sont conditionnées à accepter un système de croyances qui les dénigre et leur besoin de sécurité leur fait en même temps demander cette surveillance. →

(suite de la page 1)

Les femmes et les hommes savent-ils que le corps humain ne s'est pas modifié depuis 100 000 ans? Cela veut dire que le corps des femmes (anatomie et physiologie) n'a pas eu à se modifier pour être plus performant ou mieux adapté afin d'assurer une meilleure survie de l'espèce humaine. Jusqu'à preuve du contraire, c'est donc la meilleure évolution possible. La physiologie est la **norme évolutive** du corps humain, c'est ce qui nous garde en vie et c'est l'une des choses sur lesquelles nous pouvons compter le plus comme être humain.

Ce n'est pas une question de chance... Alors que tous les livres scientifiques sur lesquels se base la médecine moderne reconnaissent la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques normaux du corps féminin, le simple regard sur les pratiques autour de la naissance nous fait penser le contraire. En périnatalité, ce qui a changé au cours de l'histoire, ce n'est pas le corps des femmes, mais bien la culture devenue biomédicale et technologique.

Tout ceci nous fait comprendre que nous avons oublié que le « normal » a une histoire et que le concept de norme est relatif. Il est davantage relié à une culture et à des idéologies qu'à un véritable concept scientifique. Disons, pour se donner une chance de développer notre propre autonomie de femme, de parent ou de professionnel, qu'il faudrait développer une prudence essentielle : toujours compléter la normalité par « **pour qui?** », « **par rapport à quoi?** ». Après tout, autonomie ne fait-elle pas référence à auto-normie, cette capacité de développer ses propres normes, celles qui tiennent compte de nos valeurs les plus profondes? ♦

SOMMAIRE

Dans ce numéro du Périscopop

Éditorial : La normalité... et l'oubli	p. 1
LE PÉRISCOOP, votre bulletin	p. 3
Une année foisonnante en périnatalité	p. 4
Témoignage d'accouchement	p. 7
Dossier Norme et obstétrique	
La césarienne sur demande	p. 10
Infections nosocomiales et accouchement	p. 13
La péridurale	p. 15
Épisiotomie	p. 19
Sommeil partagé	
Un gros câlin et je m'endors	p. 21
Prise de bec scientifique	p. 22
Place aux opinions	
Lettre ouverte au quotidien La Presse	p. 24
Sondage intervenantes	p. 25
Sondage population	p. 27
Allaitement	
Allégorie sur le thème du Petit Chaperon rouge	p. 29
Nouvelles des régions	
Journée thématique à Sherbrooke	p. 31
Une maison de naissance sur le Plateau Mont-Royal	p. 31
Une maison de naissance dans la région de Québec	p. 31
Quoi de neuf dans les Laurentides?	p. 32
Le Groupe MAMAN	p. 33
En bref	
Naître en couleur	p. 34
Devenir parents... allaiter bébé	p. 34
Il tétait une fois...	p. 34
À propos du sevrage	p. 35

Crédits

Les membres du comité de coordination en périnatalité de l'ASPQ agissent à titre de comité éditorial pour le Périscopop :

Catherine Chouinard, *Chargée de projet en périnatalité ASPQ*

Catherine Gerbelli, *du Regroupement les sages-femmes du Québec*

Lysane Grégoire, *Directrice générale de l'ASPQ*

Céline Lemay, *Présidente du Regroupement les sages-femmes du Québec et responsable du dossier périnatalité sur le Conseil d'administration de l'ASPQ*

Lucie Thibodeau, *Présidente du réseau des Centres de ressources périnatales du Québec*

Rédaction

Mathilde Cazalais

Catherine Chouinard

Hélène Cornellier

Claudia Faille

Lysane Grégoire

Céline Lemay

Nadine Mondestin

Carole Pitre-Savard

Magalie Queval

Stéphanie St-Amant

Mylène Schryburt

Hélène Vadeboncoeur

Coordination

Mathilde Cazalais

Catherine Chouinard

Mise en page

Caroline Brunet

Contribution financière

Ministère de la Santé et des Services sociaux



LE PÉRISCOOP

VOTRE BULLETIN

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité

A la suite d'une invitation du Salon Maternité Paternité Enfants, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a convié différents organismes communautaires travaillant à l'humanisation des soins périnataux à faire connaître leurs services auprès de la population. Plusieurs groupes se sont montrés intéressés à saisir cette belle opportunité; il s'agit des représentants du projet Pères Enjeux, du Regroupement les sages-femmes du Québec, du Réseau des centres de ressources périnatales du Québec, du Regroupement Naissance-Renaissance, du Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel), de la Ligue La Leche et de la Fédération Nourri-Source et du Projet Cœur de Pères. Un financement nous a été accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation de ce projet.

Nous profitons donc de l'occasion pour faire paraître un numéro spécial du *Périscoop*, s'adressant cette fois autant aux visiteurs du salon qu'aux intervenantes en périnatalité à qui se destine habituellement ce périodique.

L'ASPQ a été fondée en 1943 par des intervenants du milieu de la santé et depuis ce temps elle œuvre dans ce domaine en tant qu'association autonome et sans but lucratif. Avec le temps elle s'est penchée sur les nouvelles problématiques en matière de santé publique, dont la périnatalité qui, depuis plus de vingt ans, est un volet majeur de ses activités.

Afin de mener à bien cette mission l'ASPQ a lancé en avril 1995 le journal *Le Périscoop* qui joue un rôle de courroie de transmission entre les régions et les intervenants en périnatalité des centres hospitaliers, des CLSC et des organismes communautaires. Il circule également dans les écoles de sciences

infirmières tant collégiales qu'universitaires. Ce moyen de communication est publié environ trois fois par année et chaque numéro est tiré à plus de 2000 exemplaires ce qui lui permet de rejoindre plus de 10 000 intervenants du milieu.

En matière de périnatalité l'ASPQ souhaite travailler sur la vision qu'a notre société de la naissance dans une perspective culturelle davantage sociale et familiale. Elle vise, en outre, à remettre en question les interventions et les aborder de façon critique et enfin à examiner les enjeux sociopolitiques en périnatalité. Avant toute chose, l'Association croit qu'il est primordial pour les futurs parents et leur famille d'avoir l'information, le soutien ainsi que le droit de parole et d'action qui leur permettront de vivre de façon autonome et heureuse l'arrivée de leur bébé dans le monde.

C'est dans cette perspective que le présent numéro porte sur la norme actuelle en obstétrique au Québec. Large sujet aux multiples ramifications que l'ASPQ souhaite questionner et mettre de l'avant puisqu'il apparaît que de plus en plus de femmes ont recours à des interventions médicales lors de l'accouchement.

Parce qu'il est important d'être toujours à l'affût de ce qui se fait périnatalité, nous sommes très intéressés à savoir ce qui se passe de manière plus spécifique dans votre région : pratique novatrices, colloques, activités, expériences positives ou négatives, bilan, etc. Vous trouverez toutes nos coordonnées à l'endos de la publication pour nous faire parvenir vos témoignages et suggestions. Nous espérons qu'ils seront nombreux. ♦

Protect Enfant Inc.

6900 Décarie. Suite 107 Montréal



(514) 369-0337

www.ProtectEnfant.com

Le seul magasin au Québec qui se spécialise en sécurité infantile

Nos services: Consultation, vente et installation de:

- Barrières de sécurité (plusieurs couleurs et styles)
- Loquets pour armoires, portes, fenêtres & appareils
- Protection pour l'électricité, coins pointus et foyer



Cours de Réanimation et de Premiers Soins

- Cours pour parents, grand-parents, gardiennes et éducatrices en garderie
- Cours privé, avec votre famille et vos ami(e)s, chez vous ou chez nous
- Cours et Recertification de la F.M.C.Q.

Une année foisonnante en périnatalité

LES PROJETS EN COURS

Catherine Chouinard
Chargée de projet en périnatalité, ASPQ

C'est avec grand plaisir que je m'adresse, pour la première fois, à vous à titre de chargée de projet en périnatalité de l'ASPQ. Après cinq années passées à la Maison de naissance du CLSC Lac-Saint-Louis où j'occupais le travail d'aide-natale en plus d'animer des soirées d'informations sur le suivi de grossesse qu'offrent les sages-femmes. C'est donc par la « porte sages-femmes » que je fais mon entrée à l'ASPQ, mais le dossier périnatalité est vaste et passionnant et ce ne sont pas les idées qui manquent! Voici donc un survol des activités à venir pour l'année 2004.

La prochaine Conférence annuelle de l'ASPQ portera sur la naissance

Depuis un certain temps, le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ travaille à préparer un colloque traitant de la naissance d'un point de vue de santé publique. La question se pose ainsi : vingt ans après les colloques *Accoucher ou se faire accoucher* qui lancèrent une vaste démarche en faveur de l'humanisation des naissances dans les années 1980 et, considérant les taux d'interventions obstétricales en augmentation et la vision technologique de la maternité de plus en plus répandue dans la population, avons-nous humanisé la naissance ou avons-nous humanisé la médicalisation de la naissance? Les membres du Comité national sont d'avis qu'il faut agir sur la promotion de l'accouchement sous l'angle d'un processus physiologique et normal.

Ainsi, la prochaine conférence annuelle de l'ASPQ, qui se tiendra l'automne prochain dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), portera sur *les pratiques entourant la naissance dans une perspective de santé publique*.

La programmation fera une place importante aux résultats d'une revue de littérature réalisée pour l'ASPQ par Hélène Vadeboncoeur, recensant des écrits relativement à certains volets du concept d'humanisation des naissances au Québec et ailleurs en Occident. En effet, il apparaît important de sensibiliser les intervenants en les nourrissant de données probantes qui soutiendront leur éventuel désir de « réinventer » leur pratique en se fondant sur du solide.

Dans une perspective de prévention, nous nous intéresserons à l'état des connaissances sur la période de vie intra-utérine et sur les conditions de la naissance (sous anesthésie, induite ou par césarienne), sur le maternage précoce (incluant l'allaitement) et ses conséquences sur la santé de l'adulte et son bien-être global (comportement, personnalité, violence, usage de drogues, développement psychomoteur, santé mentale, etc.). Ces connaissances pourront contribuer à orienter le développement des soins en période périnatale. Un espace sera également réservé pour communiquer aux participants l'état des travaux liés au bilan de la politique de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La prochaine conférence annuelle de l'ASPQ, qui se tiendra l'automne prochain dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), portera sur les pratiques entourant la naissance dans une perspective de santé publique.

Influencer notre culture de la naissance — Amorce du processus mobilisateur

Si le colloque s'adresse plus précisément aux intervenants en périnatalité, le projet *Amorce du processus mobilisateur* s'adresse quant à lui à l'ensemble de la population. Il consiste en une vaste démarche de mobilisation qui permettra, en bout de ligne, d'exercer une influence sur notre culture entourant la naissance.

Pour y arriver, nous comptons établir un contact et travailler de concert avec des groupes qui exercent un leadership et une influence sur différents segments de la population. Nous songeons, notamment, aux groupes de femmes, aux organisations syndicales, à divers regroupements (familles monoparentales, travailleuses autonomes, mères lesbiennes, groupes de pères, etc.), à des conseils de recherches sur l'enfance, la famille, la santé, etc. et, plus largement, à des groupes écologiques, de développement durable, de développement des communautés, à des associations étudiantes (CÉGEPs, universités), à des associations liées aux communications et aux médias de masse. Et la liste reste à compléter!

Le projet Amorce du processus mobilisateur constitue en une vaste démarche de mobilisation qui permettra d'exercer une influence sur notre culture entourant la naissance.

Nous voulons sensibiliser ces groupes à la culture entourant la naissance et, plus largement, à la place du rôle parental dans notre société. Pour les alimenter, nous voulons leur suggérer des activités concrètes et sur mesure à mener au sein de leur organisation. Par exemple, inciter les étudiants à réaliser des travaux académiques. D'ailleurs, des étudiants en communication de l'Université de Montréal travaillent actuellement à la réalisation de trois reportages portant sur l'obstétrique et sur la pratique des sages-femmes.

Nous sommes disposés à répondre à toute demande de votre part allant dans le sens de ce projet.

Le Recueil de témoignages

Le projet de recueil de témoignages de femmes et d'hommes ayant eu recours aux services d'une sage-femme trotte dans la tête des membres du Groupe MAMAN depuis quelques années déjà. L'objectif d'un tel recueil est de partager avec d'autres femmes ce qu'elles ont vécu comme grossesse et accouchement, partager leurs angoisses comme leurs joies, leurs déceptions comme leurs heureuses découvertes, bref, transmettre leurs émotions. Elles veulent que ce recueil pallie au manque de transmission d'expériences où la force des femmes est en vedette. L'ASPQ s'est associée au projet en cours de route pour soutenir notamment la rédaction, le choix et la révision des textes.

Le manuscrit sera remis aux Éditions du Remue-Ménage en juin prochain pour une parution à l'automne 2004.

Nous en sommes maintenant à la fin du processus et le manuscrit sera remis aux Éditions du Remue-Ménage en juin prochain pour une parution à l'automne 2004, juste à temps pour le colloque et pour le Salon du livre de Montréal. Vous pouvez d'ores et déjà inscrire ce recueil à votre liste de cadeaux pour Noël!

Vous pouvez lire un extrait du recueil de témoignage à la page 7 de ce numéro.

Nouvelles du dossier sages-femmes

Bien que nous attendions toujours le *Règlement sur les normes de pratiques et conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchement à domicile*, qui nous l'espérons sera adopté au printemps, il n'en demeure pas moins qu'il y a eu beaucoup de développements dans le dossier sage-femme au cours des derniers mois.

D'entrée de jeu, le ministre s'est dit très favorable à la pratique sage-femme et a déclaré aux membres de la Coalition qu'il avait l'intention de favoriser son développement.

La Coalition pour la pratique sage-femme réunissant plus d'une dizaine d'organismes oeuvrant auprès des femmes et des familles a rencontré le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, le 7 octobre dernier. Madame Hélène Valentini représentait l'ASPQ à cette occasion. D'entrée de jeu, le ministre s'est dit très favorable à la pratique sage-femme et a déclaré aux membres de la Coalition qu'il avait l'intention de favoriser son développement.

Le 13 février dernier la Maison de naissance du CLSC Lac-Saint-Louis et l'Unité des naissances du Centre hospitalier de Lasalle rencontraient la presse afin d'annoncer la signature d'une première entente intervenue entre des sages-femmes et un centre hospitalier. Pour la première fois au Québec, des sages-femmes pourront assister leurs clientes lors de certains accouchements à cet hôpital de façon autonome. La voie est enfin ouverte à un meilleur partenariat entre professionnels tout en reconnaissant la particularité de la pratique sage-femme.

Nous saluons cette bonne nouvelle qui offre plus de choix aux femmes du Québec quant aux lieux de naissances. Cependant, dans une perspective de santé publique, nous croyons que le cœur du développement de la pratique sage-femme doit demeurer les maisons de naissance en raison de leur caractère communautaire qui englobe une vision plus large qu'un simple lieu pour accoucher; et nous continuons d'appuyer avec vigueur le domicile comme le lieu d'accouchement le plus naturel (si on considère la naissance comme un acte avant tout normal et physiologique), et qui, de par ce fait, doit devenir le lieu de référence à partir duquel les protocoles et les interventions en obstétrique devraient être évalués.

Et il semble que de plus en plus de gens au Québec adhèrent à cette vision. En novembre dernier, le Collège des médecins publiait un sondage effectué par la firme Léger Marketing. À la question : « Selon vous, parmi les choix suivants, quel est le milieu qui vous paraît le plus sécuritaire pour accoucher? », 83 % de la population québécoise répond l'hôpital. Rien de surprenant à cela. Par contre, si on y regarde de plus près, 12 % de la population croit que ce sont les maisons de naissance tandis que 2 % croit que c'est le domicile. Donc, 15 % de la population québécoise estime que les accouchements normaux devraient se passer hors des centres hospitaliers. Étant donné que les sages-femmes assistent moins de 3 % des naissances au Québec et que les listes d'attentes pour une place dans une maison de naissance dans la région de Montréal dépassent les 900 noms, il y a place au développement!

Sondage sur les rencontres prénatales

Dans la plupart des régions du Québec, des rencontres prénatales sont offertes aux couples dont la femme est enceinte. L'organisation de ces rencontres, leur durée, leur contenu et leur accessibilité varient beaucoup d'un territoire à l'autre.

D'une part, afin de bien vivre cette période toute spéciale de la grossesse, la femme et le couple ont besoin d'informations et d'espace pour échanger sur leurs préoccupations. La discussion en groupe favorise aussi la réflexion et les prises

de conscience. Les rencontres prénatales sont donc un lieu d'échanges pour les parents et de cueillette d'informations en vue de faire des choix et de prendre des décisions éclairées.

D'autre part, il n'y a pas beaucoup d'occasions d'échanges ni de réseautages pour les intervenantes en ce qui a trait aux rencontres prénatales. L'expertise et la préparation exigées pour animer des rencontres prénatales et être en mesure de répondre aux questions des parents ne sont pas reconnues. Ainsi, dans la formation en soins infirmiers ou en étude sage-femme, les étudiantes ne reçoivent pas de formation pour préparer ou animer des rencontres prénatales. Les intervenantes expriment le besoin d'être alimentées et elles n'ont pas suffisamment de temps pour faire toutes les recherches pour structurer et mettre à jour le contenu de leurs cours en plus d'animer les rencontres et de répondre aux questions des parents.

Le Comité national s'est penché sur la question dans l'objectif de redonner aux rencontres prénatales leur importance et leur valeur afin que soit reconnue l'expertise que demande l'intervention dans ce domaine et de revaloriser leur rôle en tant que lieu pour permettre aux parents de s'exprimer sur leurs besoins et interrogations.

Les rencontres prénatales sont un lieu d'échanges pour les parents et de cueillette d'informations en vue de faire des choix et de prendre des décisions éclairées.

C'est pourquoi nous profitons de la parution de ce numéro du *Périscoop* et de notre passage au *Salon Maternité Paternité Enfants de Montréal* pour vous soumettre deux sondages concernant les rencontres prénatales. Nous désirons connaître quelles sont les attentes des parents, quels sont les besoins des intervenantes et par quel outil nous pourrions les assister.

Vous trouverez le sondage s'adressant aux intervenantes aux pages 25 et 26. Quant au sondage s'adressant à la population, il est aux pages 27 et 28. ♦

Bé-ké-BoBo

de Camillie

L'ourson magique qui « guérit » les bobos.



10 \$ + frais postaux

Maggy-Nadyne Lamarche
377, de Marseille
Sainte-Julie (Québec) J3E 1A6
(450) 922-0759

L'ourson s'utilise au **micro-ondes** et au **congélateur** pour soulager les colliques, les maux de dents, les douleurs, les maux de tête, la fièvre et les petits bobos.

Composé de céréales et de camomille, l'ourson offre un effet apaisant.

Bé-ké-BoBo a été conçu pour soulager les bobos des enfants et des adultes qui se le procurent mais aussi pour soulager Camillie, 5 ans. L'argent recueilli par la vente permet à sa maman de rester auprès d'elle et de lui procurer les meilleurs soins.

Témoignage d'accouchement

EXTRAIT DU RECUEIL DE TÉMOIGNAGE

Magalie Queval

NDLR : Le recueil de témoignages d'accouchements est un projet conjoint du Groupe MAMAN et de l'ASPQ. Il sera publié aux Éditions Remue-Ménage à l'automne 2004.

Depuis quelques semaines mon ventre est tellement dur... C'est comme si on m'avait installée un énorme casque de moto sous la peau du ventre. J'ai passé la veille du jour de l'An à essayer de me faufiler entre les chaises en me sentant énorme. C'est vraiment le temps qu'il sorte ce bébé. J'ai l'impression que je vais éclater...

Jeudi le 16 janvier. 19 heures.

Ç'a y est, j'y suis arrivée au grand jour de la naissance. Christian mon mari déneige la voiture pour notre départ vers la maison de naissance où nous attend Isabelle, notre sage-femme. Je me sens calme et je connais maintenant la sensation de cette contraction qui arrive à l'instant même pour ouvrir mon col un peu plus, là sur le trottoir enneigé... J'ai eu le temps de les apprivoiser ces contractions tout au long de la nuit et de la journée. Nous n'étions pas encore couchés hier soir que je commençais à ressentir comme depuis quelques jours, des serremments au ventre qui se sont rapidement transformés en douleurs ressenties au dos et au rectum. J'étais consciente que c'était loin d'être de vraies bonnes contractions, mais elles m'ont fait quand même souffler. J'avais peur de l'inconnu. Je n'arrêtais pas de me demander combien de temps tout cela allait durer, serais-je capable de laisser mon

corps faire son travail. J'étais si tendue... J'ai essayé de dormir quelques heures, mais les contractions étaient bien décidées à me tenir éveillée. Je me suis donc glissée dans un bain chaud vers 3 heures et j'ai attendu que le jour se lève en prenant 5 minutes à la fois. Puis, au matin, j'ai appelé Isabelle notre sage-femme qui est venue à la maison un peu plus tard. Elle a confirmé l'examen de Christian qui croit que mon col est à 1 cm et m'a dit que jusqu'à maintenant je n'avais eu que des « contractionnettes » et que je devais m'attendre à beaucoup plus intense pour arriver à faire naître mon bébé. Comme j'ai eu peur à ce moment de ne jamais être capable d'en supporter plus! Je me suis sentie emprisonnée par ce ventre rempli d'un bébé que je n'étais même plus sûre de vouloir. J'ai eu l'impression d'être prise dans un couloir où je ne pouvais plus reculer. Ce bébé devait pourtant sortir de mon ventre. Puis Christian m'a rappelé toute la journée que mon corps avait fait son travail jusqu'à maintenant pour faire grandir notre bébé et qu'il était prêt à le faire naître maintenant. Il me répétait une phrase que nous avons lue qui disait que la meilleure façon de se sortir de la douleur était d'y entrer, donc de l'accepter. J'ai passé le reste de la journée à apprendre à vivre avec cette douleur nécessaire, utile et à murmurer un OUI au lieu de hurler un NON à chaque contraction. Mon combat a été psychologique. Oui le travail que mon corps vivait était douloureux, mais je suis arrivée à le voir comme un allié indispensable à la naissance de notre enfant...

À la maison de naissance la sage-femme nous attend. Nous sommes seuls ce soir dans cet ancien presbytère et j'ai la chance de choisir la chambre dans laquelle j'ai souvent imaginé accoucher. Curieusement, les contractions ont ralenti et sont moins intenses. On s'installe, se change et on se couche l'un contre l'autre en attendant que les contractions reprennent. J'aimerais bien marcher, bouger mais il semble que pour moi c'est la position couchée qui favorise le plus l'ouverture de mon col. Isabelle nous met à l'aise, nous sommes ici comme dans notre chambre à coucher. Elle éteint les lumières et allume trois petites chandelles. La pénombre, l'intimité et le calme de ceux qui m'entourent m'aident à me laisser aller au travail que j'accomplis. Je deviens de plus en plus silencieuse, intériorisée. J'ai conscience que je suis en train de réaliser quelque chose de formidable, de très grand. À cette étape j'ai confiance en mon corps, il sait ce qu'il fait. Christian me met une bouillotte chaude dans le bas du dos à chaque contraction. Nous ne parlons pas. Les regards et les gestes suffisent. Je me permets de faire des sons graves pour accompagner chacune des contractions. Ces gémissements sont comme ma chanson d'accouchement et sont pour moi très libérateurs. Ce ne sont pas des cris de panique, mais une façon de vivre le travail

Depuis quelques semaines mon ventre est tellement dur... C'est comme si on m'avait installée un énorme casque de moto sous la peau du ventre.



Flavie

au lieu de le subir. Je sens Isabelle la sage-femme, très présente et discrète à la fois. Elle vient m'observer de temps en temps en m'apportant quelques paroles douces et des regards encourageants puis veille sur nous du bout du couloir. Le calme entre chaque contraction est frappant. Je me sens merveilleusement bien et m'endors presque. Je savoure au maximum chaque seconde de ces moments de tranquillité. Je ne vis que le moment présent et ne pense pas à la prochaine contraction qui suivra.

Vers 21 heures mon col est dilaté à 7-8 cm. Je suis très satisfaite que mon travail soit efficace. J'ai maintenant une petite idée de combien de temps il me reste à faire avant que le bébé puisse sortir. Je décide d'aller dans le bain tourbillon pour le reste de la dilatation. L'eau est chaude et accueillante. J'ai l'impression de faire partie de cet élément. Je m'y fonds. J'y reste une heure à vivre des contractions toujours plus fortes, mais heureusement plus supportable avec la chaleur de l'eau et les remous qui me massent. Entre chacune d'elles, je regarde Christian et Isabelle pour qu'ils arrêtent les remous du bain et c'est le calme parfait. Le silence et le calme sont toujours plus vrais après une tempête. Les dernières contractions sont particulièrement impressionnantes. Je gémis très fort car la douleur est vraiment surprenante. Je vois mon corps se tordre et je crois que mon ventre va exploser ou rejoindre le plafond. Je n'ai jamais vécu quelque chose d'aussi souffrant mais je n'ai pas peur. Tous mes sens sont concentrés sur une chose : faire naître un bébé.

Isabelle m'examine de nouveau et me propose de crever avec mon ongle la poche des eaux qui se présente à l'entrée de mon vagin. J'ai peur que ça augmente l'intensité des contractions, de toute façon, je n'y arrive pas. Elle me dit que mon travail d'ouverture est terminé et que je vais bientôt pouvoir me préparer à pousser si j'en ai envie. Je suis si fière d'être arrivée à cette étape. J'ai réussi... Pour moi le plus difficile est accompli, j'ai apprivoisé les contractions, mais pousser pour faire passer ce bébé à travers mon vagin, ça c'est encore l'inconnu. Je dois me préparer à des sensations différentes d'étirements et de pression sur le rectum... Je m'accroupis sur un petit banc. Ma mère et ma sœur arrivent à ce moment et m'encouragent avec Christian et les sages-femmes. Elles prennent aussi quelques photos. Je pousse sur le petit banc puis à genoux sur le lit et allongée sur le côté gauche pour revenir rapidement sur le petit banc. Je préfère la position accroupie plutôt que couchée ou je ne me sens pas très active. Entre chaque contraction je bois du jus, me passe une débarbouillette froide dans le visage ou me mets du baume sur les lèvres. Ces périodes de repos sont toujours les bienvenues car ce bébé n'en finit pas de sortir. Je pousse du plus fort que j'en suis capable pour faire descendre le bébé un peu plus bas que la dernière fois. C'est volontaire et forçant. Puis vers la fin de la contraction, sans que je puisse le retenir, je le sens remonter d'où il vient, ce qui est plutôt décourageant... La poussée dure 2 heures. Isabelle passe tout ce temps à mettre des compresses chaudes et de l'huile d'amande douce sur mon périnée brûlant pour m'aider à ouvrir sans déchirures. Christian

Nous sommes seuls ce soir dans cet ancien presbytère et j'ai la chance de choisir la chambre dans laquelle j'ai souvent imaginé accoucher.

se place devant moi pour accueillir le bébé. On voit sa tête chevelue et allongée par la pression depuis déjà un bon moment. Je me sens fatiguée, je veux dormir. Je touche une dernière fois le petit crâne humide et tout plissé juste là à la sortie, presque né, presque dans mes bras et ça m'encourage. Une dernière poussée et je sens la tête de mon bébé qui étire comme jamais mon périnée et passe du couloir de mon vagin aux deux mains ouvertes de son papa. Elle est mauve et bouge un tout petit peu. Encore quelques secondes d'attentes, quelques secondes d'efforts et voilà que tout défile tout a coup très rapidement. À quatre mains nous sortons notre bébé de mon corps. Je peux enfin le toucher, le voir. Je le prends contre moi en l'appelant « ma puce » comme si je savais déjà que c'est ma fille. Ce n'est vraiment que quelques minutes plus tard que je découvre à quel sexe elle appartient en glissant mes mains sous la couverture qui la garde au chaud. Je suis si heureuse, j'ai ma petite Anouchka. Elle pleure et nous montre très vite sa personnalité bien volontaire. Elle a des choses à nous dire et nous l'écoutons sans essayer de la faire taire. Christian coupe le cordon qui a vite cessé de battre puis je lui remets notre fille le temps d'une toute petite poussée pour faire sortir le placenta. Elle est un petit être à part entière, elle n'est plus attachée à mon corps et comme pour ne pas trop brusquer cette séparation je l'installe au sein de façon très spontanée. Elle tète tout de suite et semble satisfaite. Elle est très décontractée et s'installe les jambes bien allongées comme si elle appréciait de ne plus être à l'étroit. Je la trouve tellement belle avec ses cheveux noirs et tout ses petits muscles ronds. Je ne ressens plus la fatigue de tout à l'heure et me sens en pleine forme. Les sages-femmes nettoient rapidement et nous laissent savourer, seuls, ces moments merveilleux. Nous sommes une toute nouvelle famille...

Je le prends contre moi en l'appelant « ma puce » comme si je savais déjà que c'est ma fille.

20 janvier 1998

Quels beaux souvenirs! La chaleur, l'intimité, le respect, la lueur de trois petites chandelles, ma force, le calme de Christian et la beauté d'Anouchka... Combien de fois ces sensations et ces images me sont revenues durant cette année... Et qu'elle année remplie d'ajustements et d'émerveillements devant notre petite qui grandit. Pour moi, la naissance de notre fille représente la vie tout simplement, avec ses incertitudes, ses douleurs, ses joies... La naissance de

Dans notre société on s'anesthésie pour vivre la naissance de nos enfants. Il me semble pourtant que vivre devrait signifier accepter les défis que nous offre la vie et avoir la fierté de passer au travers.

notre fille, c'est un couple qui grandit, c'est la naissance d'une famille; d'un père, d'une mère, de grand-parents, oncles, tantes. C'est une sage-femme qui était disponible, présente pour m'aider à accueillir la vie après avoir enterré un ami dans l'après-midi. Une sage-femme qui a passé 2 heures accroupie par terre devant moi à m'éviter une déchirure et à croire en ma force de femme. Dans notre société on s'anesthésie pour vivre la naissance de nos enfants. Il me semble pourtant que

vivre devrait signifier accepter les défis que nous offre la vie et avoir la fierté de passer au travers. J'ai accouché de ma fille, personne ne l'a fait à ma place parce que c'est moi sa mère. J'ai voulu le faire réveillée et non engourdie, j'ai voulu être présente et prendre en main cette grande étape qui faisait de moi une mère. Ma préparation à l'accouchement et mon combat au moment même de l'accouchement ont surtout été d'accepter le travail de mon corps et la douleur qui l'accompagne. Je n'ai pratiqué aucun exercice spécial ni aucune technique de respiration ou de relaxation particulière à l'accouchement. Je me suis fait confiance. J'ai eu la chance d'être entourée de ceux qui m'aiment, de voir leurs regards m'encourager et être témoins de ce passage qu'est la naissance. Me voilà maintenant un peu plus femme; devenue mère. Je me sens forte, belle, initiée. J'ai adoré accoucher et je souhaite du plus profond de mon cœur de mère que ma fille, elle aussi, ait un jour la joie de donner la vie. ♦

Grossesse et accouchement **DROITS** des femmes

Depuis que le monde est monde la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant constituent des événements normaux et naturels. Il s'agit cependant d'une période de votre vie où vous aurez à prendre plusieurs décisions quant aux traitements et aux soins que vous recevrez. Ces décisions vous reviennent de plein droit.

Les événements liés à la naissance méritent de se vivre harmonieusement et vous avez le droit d'obtenir le soutien approprié (information, accompagnement, soins, etc.) pour vous aider à faire des choix éclairés.

COMMANDEZ VOS DÉPLIANTS

DÉPLIANT « GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT — DROITS DES FEMMES »

Depuis sa première édition en 1989, le dépliant Droits des femmes connaît un grand succès auprès des intervenants et des familles. Il s'agit d'un outil qui aide les parents à faire des choix éclairés en connaissant mieux leurs droits en regard des soins et services qui leur sont offerts. Être bien informés contribue à vivre ces événements de façon harmonieuse. Pour de plus amples renseignements ou pour commander le dépliant, vous pouvez communiquer avec l'ASPQ.

Catherine Chouinard, (514) 528-5811 peri@aspq.org



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

La césarienne sur demande :

UNE UTILISATION INJUSTIFIABLE DES RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET UNE SOURCE DE RISQUES POUR LA MÈRE ET LE BÉBÉ

Hélène Vadeboncoeur, M.Sc. en santé communautaire,
et auteure d'une thèse sur l'accouchement

Depuis quelque temps, une pratique nouvelle a fait son apparition en obstétrique. Observée, par exemple, en Australie ou au Brésil, on en parle depuis quelques années dans les périodiques et les colloques d'obstétrique et, depuis peu, dans les journaux (*La Presse*¹, automne dernier : « Pousser, moi? »). Il s'agit de la demande d'une (première) césarienne par des femmes enceintes, en l'absence d'indication médicale et même de tout travail.

Qu'en est-il au Québec? Il n'existe pas de données sur la question, mais le fait qu'une obstétricienne-gynécologue de Ste-Justine parle ouvertement dans *La Presse* du fait qu'elle effectue des césariennes lorsque ses clientes enceintes le demandent laisse songeur : elle ne doit certainement pas être la seule au Québec. Par ailleurs, le président de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec, le Dr Claude Fortin, y souligne que l'AOGQ n'a pas encore pris position à ce sujet, même si lui-même précise que les risques de la césarienne sont plus élevés que ceux de l'accouchement vaginal. Les obstétricien-ne-s-gynécologues divergent d'opinion sur la césarienne sur demande².

Certains médecins accepteraient donc de faire une césarienne sur demande au nom du libre choix des femmes, de leur droit de disposer de leur corps, ce qui a longtemps été réclamé par le mouvement féministe. On pourrait — si on accepte ce motif — se demander si ce choix est éclairé par une information juste, basée sur des preuves scientifiques et complètes sur les bénéfices et risques de toutes les options — puisqu'il est question d'options. Or plusieurs études sur « la demande des femmes » ne renseignent pas sur l'information qu'elles reçoivent³ ni dans quelles conditions elles la reçoivent. Et d'autres études soulignent que le choix éclairé est encore une illusion en obstétrique⁴ et, plus précisément, en ce qui concerne la césarienne en général⁵. Pourquoi en serait-il autrement en ce qui concerne la césarienne sur demande? Et qu'en est-il des autres « options » qui vont, cette fois, dans le sens de l'humanisation de la naissance? Telles un AVAC (accouchement vaginal après césarienne), refusé de plus en plus ces dernières années par des médecins, un accouchement à domicile, un accouchement dans l'eau, ou même, de façon



VADEBONCOEUR, Hélène. *Une autre césarienne? Non merci*. Montréal, Québec-Amérique, 1989, 332 p.

plus banale, la possibilité de s'immerger dans l'eau chaude, de se nourrir pendant le travail ou encore d'accoucher dans la position désirée? Pourquoi semble-t-il y avoir deux poids deux mesures à propos du fameux libre choix?

Par ailleurs, d'autres études remettent en question la raison « demande des femmes »⁶. Certains enfin soulignent l'influence de l'opinion de l'intervenant-e dans le choix des femmes⁷. On pourrait aussi estimer que les obstétricien-ne-s-gynécologues se serviraient un peu trop volontiers du motif

Le fait qu'une obstétricienne-gynécologue de Ste-Justine parle ouvertement dans *La Presse* du fait qu'elle effectue des césariennes lorsque ses clientes enceintes le demandent laisse songeur.



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

« demande des femmes » alors qu'ils et elles sont en conflit d'intérêt à propos d'une intervention qu'ils effectuent/choisissent eux-mêmes et qui facilite leur pratique et leur vie personnelle.

La peur d'accoucher qui habiterait les femmes revient souvent comme motif sous-jacent à la demande d'une césarienne⁸. Les femmes sont souvent traumatisées par le récit d'accouchement d'une proche ou encore par un accouchement antérieur⁹. Dans ce dernier cas, la demande de césarienne pourrait être iatrogène (trouble qui est provoqué par les actes des médecins ou par le traitement médical appliqué), c'est-à-dire être une conséquence d'un accouchement médicalisé. Ceci pourrait contribuer à expliquer pourquoi

La peur d'accoucher qui habiterait les femmes revient souvent comme motif sous-jacent à la demande d'une césarienne.

dans notre société, des femmes en arrivent à réclamer une chirurgie majeure plutôt que de vivre ce qui a assuré pendant des millions d'années la survie de l'humanité. L'assurance d'un soutien réel pendant l'accouchement, et une préparation adéquate à cet événement pourraient diminuer cette peur. Or, le soutien fait baisser la fréquence des césariennes¹⁰. Il en coûterait sûrement moins cher au gouvernement de s'organiser pour que chaque femme qui veut une césarienne avant d'être en travail ait un soutien adéquat et continu pendant le travail par une sage-femme, une infirmière ou une accompagnante, que de payer pour une opération non médicalement requise et tout ce qu'elle entraîne.

Il semble que les femmes qui choisissent une césarienne électorale ne réalisent pas qu'elles auront à s'occuper d'un nouveau-né tout en se relevant d'une opération abdominale majeure.

« Si on répète régulièrement à une femme que la grossesse et l'accouchement présentent des risques, elle finira éventuellement par le croire, deviendra anxieuse et perdra sa confiance dans sa capacité à enfanter par voie vaginale. C'est probablement cette peur, associée à celle de la douleur et à la peur de perdre le contrôle d'elle-même, qui pousse des femmes à réclamer une césarienne — et non la peur de dommages pelviens ».

Un des arguments ayant aussi été évoqué¹¹ à propos de la césarienne sur demande est le désir de certaines femmes de « préserver » leur vagin et leur plancher pelvien, et de ne pas souffrir d'incontinence urinaire, comme le rapportait le docteur Duperron dans *La Presse*. Or, des études soulignent que ce qui peut être dommageable pour ces parties du corps est d'avoir une famille nombreuse, d'avoir de gros bébés (pesant plus de 10 livres), d'avoir un accouchement avec forceps (en particulier) ou ventouse ou encore une épisiotomie et déchirure au 3^e degré¹². De plus, l'incontinence urinaire affecte le sexe féminin, et n'est pas nécessairement reliée aux accouchements normaux, mais aux accouchements avec instruments. Cela, les femmes le savent-elles, elles qui réclament de plus en plus de péridurale, intervention augmentant le risque de forceps ou de ventouse ?

Et les femmes connaissent-elles les risques de la césarienne ? Pour la mère, il y a les risques liés à l'opération elle-même (risque de décès maternel, qui serait entre 2 et 4 fois plus élevé, selon les conférences-consensus sur la césarienne des années 1980 et selon une étude récente (risque relatif de 2,84)¹³), risques immédiats liés à l'anesthésie, risques de lésions de vaisseaux sanguins, d'extension accidentelle de l'incision utérine, de blessures à la vessie ou à d'autres organes, risques de multiples complications dont, en particulier, l'infection de l'incision (jusqu'à 20 % des femmes, risque sous-déclaré selon une étude récente¹⁴ ayant examiné le taux d'infections après la sortie de la mère de l'hôpital, 17 % contre 2,8 % à la sortie). Une étude publiée en 2003 a signalé la présence de risques importants à la suite des césariennes électorales, dont des problèmes de thrombo-embolie¹⁵. Plus tard, il y a aussi le risque de problèmes avec le placenta lors d'une grossesse ultérieure, ce qui peut entraîner des hémorragies, le risque de rupture utérine, de grossesse ectopique, etc. Pour le bébé, il y a le risque de lacération par le scalpel¹⁶ (entre 1,9 % et 6 % selon la présentation du bébé), le risque important de détresse respiratoire (pouvant aller jusqu'au décès du bébé) relié au risque de prématurité¹², et d'immaturité pulmonaire. De plus, une étude publiée en 2003 a indiqué que le risque de mort in utero du bébé était plus grand lorsque la femme enceinte avait eu antérieurement une césarienne¹³.

Par ailleurs, il semble que les femmes ne réalisent pas qu'elles auront à s'occuper d'un nouveau-né tout en se relevant d'une opération abdominale majeure. Une étude pros-

Carol Bates, 1998. *Rising caesarean rates*. Editorial. *British Journal of Midwifery* 6(4) : 204



pective publiée en 2002 a ainsi montré que les femmes ayant eu une césarienne souffraient davantage des problèmes suivants : épuisement et fatigue extrême, manque de sommeil causé par un bébé qui pleure, problèmes intestinaux, problèmes urinaires autres que l'incontinence dans les semaines et parfois les mois qui suivent l'opération (sauf les problèmes urinaires engendrés par un accouchement vaginal avec forceps ou ventouse¹⁴), épuisement et maux de dos pouvant persister au moins six mois, et ce, comparé à un accouchement vaginal spontané. Enfin, des études scandinaves ont récemment associé le développement de l'asthme chez l'enfant et même chez l'adulte né par césarienne¹⁵.

Au regard des risques que pose la césarienne, le Comité des aspects éthiques de la reproduction humaine et de la santé des femmes de la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues déclarait en 1999 que « faire une césarienne sans raison médicale est injustifié sur le plan éthique¹⁶ ».

Et même si ces risques n'existaient pas, comment la césarienne est-elle susceptible d'affecter la relation que la mère développe avec son bébé ? Ayant assisté à une césarienne lors d'une étude que j'ai menée sur l'accouchement, voici ce que j'ai observé : la femme enceinte est sous sédation, couchée, ne voyant rien à cause d'un écran posé sur sa poitrine ; lorsque le bébé naît, le personnel s'exclame, et lorsque l'opération est terminée, on passe brièvement le bébé sous le nez de sa mère, et il est transporté immédiatement en pouponnière pour une période d'observation, souvent accompagné du père. La mère demeure donc seule avec le personnel. De retour à sa chambre, elle doit avoir un lit avec montants puisqu'elle est opérée. On lui donne des médicaments puissants pour qu'elle puisse bouger rapidement (or, tout médicament administré à la mère passe dans le lait maternel). Elle peut souffrir de constipation, ce qui est pénible et inquiétant lorsqu'on a une incision dans le ventre. Elle a un pansement, etc. Éventuellement, elle ressentira la douleur liée à l'incision, sera gênée pour prendre son bébé et l'allaiter, s'empêchera de rire car cela fait mal, sera plus préoccupée d'elle-même, forcément, que de son bébé, bref, quelle atmosphère pour s'occuper d'un bébé et — lors de la césarienne — quel accueil d'un nouvel être humain ! Et que fait-on des hormones favorables à l'attachement qui seraient en plus grande quantité à la suite d'un accouchement vaginal ? Lorsqu'elle est nécessaire, la césarienne peut sauver des vies, donc les bénéfices dépassent les risques. Mais pas la « césarienne sur demande » !

Autre chose que l'on oublie de mentionner : les conséquences pour le réseau de la santé d'accepter ce « choix ». Contrairement à un accouchement vaginal, une césarienne exige la présence d'un-e obstétricien-ne gynécologue (ou d'un-e chirurgien-ne), possiblement d'un médecin qui l'assiste, d'un anesthésiste, de plusieurs infirmières, la mobilisation d'une

La Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues déclarait en 1999 que « faire une césarienne sans raison médicale est injustifié sur le plan éthique ».

salle d'opération et d'équipement — dont du sang disponible —, d'un lit à la pouponnière pour la surveillance du bébé, et une durée de séjour doublée. Pour Marsden Wagner, « la césarienne sur demande est un luxe coûteux et dangereux »¹⁷.

Si on utilise les fonds publics pour financer cette « option », ceci signifie moins d'argent pour d'autres soins, davantage nécessaires. Et je vous laisse réfléchir à la situation suivante pouvant se présenter où, dans un hôpital avec peu de ressources il pourrait y avoir une femme en train d'avoir « sa » césarienne non justifiée médicalement, et une autre qui se présente au même moment avec un besoin urgent d'une césarienne ? Si on accepte le principe du « choix » et l'absence de restriction sur les « traitements » disponibles, alors les femmes désirant cette option devraient à tout le moins en financer totalement le coût, tout comme celles qui choisissent une augmentation mammaire ou un lifting.

Si on accepte le principe du « choix » et l'absence de restriction sur les « traitements » disponibles, alors les femmes désirant cette option devraient à tout le moins en financer totalement le coût, tout comme celles qui choisissent une augmentation mammaire ou un lifting.

Si on recommande aux médecins de refuser d'administrer inutilement des antibiotiques (pour un rhume ou une grippe, par exemple), à cause notamment des implications pour la santé publique tel un accroissement de la résistance des bactéries aux antibiotiques, pourquoi ne serait-il pas de même en ce qui concerne la césarienne sur demande ? Il est temps que les associations médicales enquêtent sur cette question et se prononcent. Il est aussi temps, alors qu'on cherche à diminuer les coûts de la santé, que le gouvernement examine la possibilité de refuser de payer pour ce « choix » que la docteure Duperron qualifiait justement de « très personnel »¹⁸. ♦

Note : la liste des études mentionnées est disponible sur demande à l'ASPQ.



Infections nosocomiales et accouchement

Céline Lemay, sage-femme
Porteuse du projet périnatalité de l'ASPQ

Le problème des infections nosocomiales n'est pas vraiment récent mais il s'est accentué suffisamment depuis quelques années au point de devenir un problème de santé publique non négligeable. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé, un nombre significatif de personnes (8-10 %) acquière des infections et donc devient malade à la suite de soins reçus à l'hôpital¹. De plus, l'augmentation constante de la résistance aux antibiotiques contribue directement à la maladie, la mort et les coûts énormes reliés aux infections acquises à l'hôpital. Savons-nous qu'environ 100 000 personnes aux États Unis², 8000 au Canada³ et 3000⁴ au Québec en meurent chaque année et ce, sans compter le nombre immense de personnes qui en sont infectées? Enfin, les événements récents concernant l'épidémie de SRAS dans la région de Toronto illustrent dramatiquement le fait que l'environnement hospitalier est devenu un réservoir de micro-organismes qui peut constituer un risque non négligeable autant pour la santé des personnes hospitalisées que pour la santé de celles qui entrent simplement dans ces murs.

« Vous savez qu'on a plus de chance de mourir d'une infection nosocomiale que d'un accident de voiture? »
— Dr Marie Gourdeau à l'émission
Enjeux, Radio-Canada,
20 janvier 2004

Cette problématique de santé publique est maintenant connue par le grand public et je crois que cela concerne directement l'ASPQ par rapport à un des dossiers qu'elle porte depuis longtemps : la périnatalité. De plus, en tant que sage-femme, professionnelle de la santé qui travaille en première ligne avec des femmes enceintes, je suis préoccupée par l'organisation de notre système de santé qui touche directement les mères et les nouveaux-nés.

D'une part, nous savons que la connaissance scientifique confirme la grossesse et l'accouchement comme des processus faisant partie de la physiologie normale du corps féminin. D'autre part, nous savons aussi que dans environ 10 % des cas⁵, ce processus peut devenir problématique et même pathologique.

Malgré la normalité du processus, nous vivons dans une culture où 99 % des femmes enceintes va accoucher à l'hôpital, faisant de l'accouchement la première cause d'hospitalisation pour les femmes en âge d'enfanter⁶. Or, la configuration traditionnelle d'un hôpital implique que la femme qui est en travail passe par l'entrée principale et se dirige vers le département d'obstétrique pour mettre au monde son enfant. Les femmes se trouvent donc à entrer et à demeurer dans un lieu où les gens malades de notre société sont concentrés.

Cela signifie alors qu'un grand nombre de femmes en santé dont la grossesse s'est déroulée normalement (la majorité) sont hospitalisées au moment de l'accouchement. Elles se retrouvent dans un milieu où sont concentrées de nombreuses personnes malades et sont donc exposées, ainsi que leur enfant nouveau-né, à de nombreux microorganismes. Il y a bien sûr la nécessité d'avoir une équipe médicale et un plateau technique en permanence dans un département d'obstétrique pour toute situation problématique. Cependant, il va falloir réfléchir à l'environnement autour de la naissance, dans une perspective de santé publique, pour les femmes qui ont une grossesse normale.

L'hôpital doit consacrer sa mission envers les personnes malades, mais du même souffle, il devient aussi nécessaire de questionner sa pertinence comme lieu de séjour pour des personnes en santé. Parce que la santé est un élément précieux que l'on devrait préserver, je crois que nous devrions commencer à penser autrement les lieux de la mise au monde dans notre société.

Ce questionnement ébranle sûrement un système de croyances bien ancrées dans notre culture de la naissance,

1. http://www.bhj.org/journal/1997/3901_jan/special_024.htm
2. <http://www.avonhistory.org/bug/ewald5.htm>
http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Aresist/am_res.htm
<http://www.gentlebirth.org/vre/vrerefs.html#nosocomial>
3. <http://www.chica.org/report01/physicianDirector.html>
4. Emission Enjeux, Radio-Canada, 17/01/04
5. Arms Suzanne, **Immaculate Deception II**, Celestial Arts, Berkely CA, 1994.
6. Med-Echo



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

mais pour d'autres raisons que l'humanisation maintenant, l'ASPQ pourra se préoccuper de cette dimension de la santé périnatale.

Les réponses à la problématique des infections nosocomiales ne sont ni simples ni rapides. Cependant, pourrions-nous imaginer et envisager des pistes de changement? Comment ne pas penser aux maternités en Europe, annexées à l'hôpital, mais avec une entrée spécifique aux femmes et aux familles, style clinique externe ou centre ambulatoire? Comment ne pas confirmer en même temps l'importance du développement de maisons de naissance dans toutes les régions de la province? Le grand projet du CHUM à Montréal, institution vouée aux soins, à l'enseignement et à la recherche, pourrait donner l'exemple en prévoyant un espace pour la maternité qui serait spécifique aux situations normales. Le développement d'une problématique nécessitant des interventions et de la technologie demanderait simplement d'amener les femmes

Parce que la santé est un élément précieux que l'on devrait préserver, je crois que nous devrions commencer à penser autrement les lieux de la mise au monde dans notre société.

au département d'obstétrique prévu et outillé pour de telles situations. Cela permettrait aux futurs professionnels de la santé de se former par rapport à l'accouchement physiologique, apprendre à faire confiance aux femmes et de les soutenir dans une expérience de vie importante pour elles et leur famille. Il est temps de penser à l'avenir : celui de la santé périnatale, mais aussi celui de notre culture de la naissance. ♦

123, Mt-Royal O.
Montréal, Qc
Canada, H2T 2S9

1-888-828-6647
(514) 289-9415
fax: (514) 289-8672

Courriel: info@bummis.com
www.BUMMIS.com



Accessoires sans pareil
pour couches de coton...

Accessoires
sans pareil pour
couches de coton...

**Systemes de couches de coton
très faciles à utiliser.**

**Doublures jetables
et sans épingle !**

Économique et écologique.

- **Soutien-gorges, vêtements et coussins d'allaitement.**
- **Porte-bébé, baby joggers, peaux d'agneau et une gamme de produits naturels et Bio pour maman et bébé.**

visitez notre site internet
www.BUMMIS.com



La péridurale,

GÉRER LA DOULEUR MAIS EN OCCULTER LE SENS!

Hélène Cornellier
Membre du CA de l'ASPQ

Selon les statistiques disponibles au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 52 % des femmes québécoises qui accouchent par voie vaginale le font sous péridurale! Devant une telle demande d'utilisation, tant par les professionnels de la santé que par les femmes elles-mêmes, pourquoi donc amorcer une réflexion autour de cette intervention qui, pour beaucoup, fait figure de réponse magique dans la gestion de la douleur? Justement parce que cette intervention, car il s'agit bien d'une intervention dans le processus physiologique normal de l'accouchement, porte bien

plus que des effets sur la santé de la mère et du nouveau-né. Son utilisation systématique porte en elle-même des conséquences sur la conception et le sens de l'accouchement et de la douleur, donc sur son « management » et son contrôle par les professionnels. Vous l'aurez compris, il ne s'agit pas ici de discuter des dernières recherches scientifiques sur les effets, bénéfiques ou néfastes, de la péridurale ni de questionner sa nécessité médicale dans des situations précises.

La polarité du discours autour de la péridurale

Nommée péridurale ou épidurale, l'utilisation de cet analgésie débute dans les années 1950 pour le traitement de certaines conditions médicales et obstétricales spécifiques. Puis, au cours des années 1980, la péridurale apparaît dans la littérature médicale et grand public comme un moyen très efficace pour contrer la douleur de l'accouchement, douleur que certains obstétriciens et anesthésistes qualifient d'intolérable. Ce transfert dans l'utilisation de cette intervention porte en lui-même une vision de l'accouchement et de sa douleur. En effet, le discours actuel sur la péridurale porte peu sur les indications médicales. Il s'articule plutôt autour du « pour » et du « contre » son utilisation avec d'un côté, « Pourquoi laisser souffrir les femmes lorsque l'on peut les soulager? », et de l'autre, « Puisque accoucher c'est naturel, on peut aborder la douleur autrement et accompagner la femme en fonction de qui

L'utilisation systématique de la péridurale porte en elle-même des conséquences sur la conception et le sens de l'accouchement et de la douleur, donc sur son « management » et son contrôle par les professionnels.

TABLEAU — COMPARAISON ENTRE LES SYSTÈMES OBSTÉTRICAUX EN FRANCE ET AUX PAYS-BAS

	France	Pays-Bas
Conception de l'accouchement	L'accouchement, considéré comme normal à posteriori, doit se dérouler dans un lieu où des interventions peuvent être faites 24h/24h et, donc, la sage-femme, l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre doivent s'y retrouver.	La grossesse et l'accouchement sont de prime abord des processus naturels qui peuvent avoir lieu à la maison, sans intervention, avec l'aide d'une professionnelle, la sage-femme ou, à l'occasion, le médecin généraliste.
Conception et traitement de la douleur	La généralisation de la péridurale semble vouloir stabiliser les dispositifs de surveillance de l'accouchement en les rendant indispensables et supportables.	La péridurale menace le système de la naissance en bousculant la frontière entre la pathologie et la physiologie.



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

elle est et de ce qu'elle vit ». Ces deux discours souvent qualifiés de militants, ont pour objet soit de défendre une certaine conception de l'accouchement, soit de dénoncer les errements de certaines pratiques et, parfois, d'atteindre les deux objectifs à la fois.

À titre d'exemple, la comparaison entre les systèmes obstétricaux en France et aux Pays-Bas montre, dès le départ, une différence majeure dans la conception même de l'accouchement comme dans celle de la douleur et de son traitement.

Très curieusement, le discours des praticiennes et des praticiens français et néerlandais se sert des mêmes arguments pour justifier des positions diamétralement opposées.

TABLEAU — PRINCIPAUX ARGUMENTS AU SUJET DE LA PÉRIDURALE

POUR	CONTRE
• Intervention inoffensive	• Intervention non inoffensive
• Augmentation de la sécurité de l'accouchement	• Augmentation des risques lors de l'accouchement
• Augmentation du confort pour tous les acteurs, celui de la femme qui accouche et des professionnels	• Augmentation d'une discipline injustifiée du corps des femmes au bénéfice principal des professionnels
• Augmentation de l'expérience de l'événement, d'où meilleure construction du lien mère-enfant	• Transformation de la naissance en processus rationalisé et impersonnel, d'où menace la construction du lien mère-enfant
La douleur est considérée ici comme insupportable, inutile et dangereuse.	La douleur est considérée ici comme utile, supportable et non-dangereuse.

Au-delà de ces conceptions, la péridurale pose aussi la question de la « demande » d'aide des femmes lors de l'accouchement. Très curieusement, le discours des praticiennes et des praticiens français et néerlandais se sert des mêmes arguments pour justifier des positions diamétralement opposées. Et ces positions sont soutenues ou décriées, du côté du « pour » comme du « contre », par des obstétriciens, des anesthésistes, des sages-femmes et des femmes.

Cette dualité du discours en France et aux Pays-Bas s'exprime aussi au Québec avec les mêmes arguments que nous avons déjà entendus à maintes reprises. Afin de réfléchir sur la place de la péridurale au sein de la définition de l'accouchement normal, il faut prendre en compte, notamment, les acteurs et actrices impliqués, la notion de douleur et de sécurité, la conception de la compétence des corps, la présence des émotions, la compétence des professionnels et celle des femmes. Cette réflexion porte en elle-même la conception de l'accouchement et de la naissance dans leur sens à la fois social, culturel, physiologique, médical et... féministe, entendu dans le sens de la vision des femmes, par et pour elles-mêmes.

Les discours sous-jacents à la péridurale

Comment, en effet, questionner la péridurale, et surtout son utilisation quasi systématique, sans laisser parler tous les acteurs, principalement les actrices? Ceux-ci, lors des discussions, peuvent confronter à la fois leurs valeurs et leurs conceptions de la naissance et de la douleur et se laisser interpellé, à la fois sur le plan personnel et professionnel. Comment, par ailleurs, réfléchir à cette question sans écouter les dessous de ces mêmes discours, à moins de vouloir s'en tenir aux avantages et inconvénients de son utilisation? Sous des envolées souvent passionnées, se retrouvent en effet des conceptions telles que celles de la santé et de la maladie, de la prise en charge et de l'autonomie, de la sécurité et du risque.

Question de santé ou de maladie?

Sous ces discours, la **santé** peut être définie par l'absence de maladie et, donc, en fonction de cette dernière. La **maladie**, quant à elle, peut être conçue comme un déséquilibre temporaire ou permanent chez l'individu qui joue un rôle dans la recherche d'un équilibre à retrouver, avec ou sans l'aide d'un professionnel, ou comme un problème d'ordre méca-



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

nique nécessitant le professionnel. Selon le courant auquel on se rattache, l'**autonomie** de la personne et sa participation à son mieux être devient l'axe de travail de l'intervenant ou, dans l'autre cas, l'expert qui sait, assure une **prise en charge**. De là découle la capacité tant pour l'intervenant que pour le « patient » d'évaluer le **risque** et de faire un choix éclairé dans la situation présente ou de viser la **sécurité** à tout prix. Qui a raison de ces courants qui se justifient tous deux par le mieux-être de la personne ?

L'autonomie de la personne et sa participation à son mieux être devient l'axe de travail de l'intervenant ou, dans l'autre cas, l'expert qui sait, assure une prise en charge.

Par ailleurs, au-delà des conceptions de la santé et de la maladie dans les discours ambiants, on reconnaît aussi la conception médicale de l'accouchement avec son traitement de la douleur comme pathologie ou nuisance et la vision de la naissance par les femmes, et certains intervenants, et de l'accompagnement de la douleur comme symptôme ou « baromètre » du travail en cours.

Du contrôle de la naissance... à celui de la douleur!

Traditionnellement, la grossesse et l'accouchement, processus de santé, sont accompagnés par les femmes et vécus entre elles. Mais avec la mainmise des médecins sur l'obstétrique, se développe une conception du risque et de la maladie. À partir de là, le discours médical « unique » conçoit l'accouchement comme un événement devant être géré par des professionnels dans des lieux sécuritaires. Le corps des femmes devenant un objet à contrôler, le médecin qui « accouche » avec ses aides, rompt la tradition d'entraide des femmes lors des naissances. Définies par leur fonction de reproduction, les femmes n'ont plus de part active aux décisions; le pouvoir d'accoucher est ainsi transféré des femmes aux professionnels médicaux qui décident de ce qui est bon pour elles! Ce contrôle médical de leur corps et de leur maternité, les femmes le conteste dans la foulée des mouvements

Le pouvoir d'accoucher est ainsi transféré des femmes aux professionnels médicaux qui décident de ce qui est bon pour elles.

d'auto santé et d'humanisation des années 1970. Voulant prendre en charge et contrôler elles-mêmes leur vie, l'accouchement devient une occasion privilégiée de se faire confiance et de reconnaître leur propre capacité à s'assumer. Un double discours se reconstruit ici.

Mais faisons maintenant un pas en avant! La conception et le sens de l'accouchement sont liés à celle de la douleur et, par conséquent, à son contrôle ou à son accompagnement. Le discours médical contemporain, niant la douleur comme expérience ou comme faisant partie de l'expérience, en fait un problème technique sur lequel il faut intervenir. Cette réduction de la dimension signifiante de la douleur diminue la capacité, pour qui la vit, de faire face à l'expérience comme telle. Dans ce contexte, à qui appartient la responsabilité de cette douleur, à la femme qui accouche ou au personnel médical qui la gère ?

Pourtant, au-delà de la surveillance physiologique de l'accouchement et de la naissance, il s'agit d'accompagner la femme dans l'expérience, dans la « crise » au sens large, qu'elle vit en mettant son enfant au monde? Ne l'oublions pas, la naissance de l'enfant est aussi de la naissance de la femme comme mère. Pour les professionnelles et professionnels de la santé, quels qu'ils soient, il s'agit d'aider une femme en travail d'enfantement à trouver son chemin dans le sens de « son travail » et non pas seulement de gérer le travail pour s'assurer de la production d'un nouveau-né en santé. Nier ou faire taire la douleur vécue durant l'accouchement, n'est-ce pas imposer le silence à deux types de douleur, celle de l'effort de la femme qui accouche, mais aussi celle de l'impuissance des autres (famille et intervenants) à accompagner ?

La péridurale en ce sens, et surtout son utilisation quasi systématique, occulte ou évacue la femme du processus, laissant la gestion de l'accouchement à ceux qui savent et contrôlent. De la femme qui dit : « Aidez-moi dans mon accouchement ? » en parlant d'accompagnement, on entend : « Accouchez-moi ? » auquel on répond par la prise de contrôle.

Cette distorsion du sens de la naissance vers la gestion de l'accouchement, à travers la péridurale, appelle à l'ouverture d'un dialogue entre les actrices et acteurs impliqués dans le processus de la maternité, d'abord la femme-mère comme sujet mais aussi le père et les professionnels qui les accompagnent.

« Accouchement, naissance et mort reflètent avec acuité les valeurs prédominantes de notre société ainsi que notre conception de l'humain et, de façon plus globale, notre représentation du monde. »

(Desjardins, 1993, p. 16)

→



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

Oserons-nous, dès maintenant, découvrir ensemble le sens que nous donnons chacun à la naissance et à sa douleur? Oserons-nous aussi partager ce que cache cette douleur pour nous : soit la peur, la solitude, l'incertitude... la mort, mais aussi l'inconnu, la transformation et la vie? Sans ce dialogue, ne risquons-nous pas de masquer, plus que la douleur et la souffrance, la joie d'enfanter et sa plénitude, en fait la joie de la vie elle-même? ♦

L'utilisation quasi systématique de la péridurale occulte ou évacue la femme du processus, laissant la gestion de l'accouchement à ceux qui savent et contrôlent.

Notes

Article tiré de Cornellier, Hélène, **La péridurale, une question de santé publique?**, travail présenté pour le cours ETA 721 — *Éthique et santé publique*, Diplôme d'éthique appliquée, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Université de Sherbrooke, Janvier 2000, 18 pp., document non publié.

Citation tirée de : Desjardins, Sergine, **Médecins & Sages-femmes : Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus**, Québec/Amériques, Montréal, 1993, p. 16.

Références

AKRICH, M. et B. Pasveer, **Comment la naissance vient aux femmes — Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas**, Éditions Synthélabo, Collection Les empêcheurs de penser en rond, 1995.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, **Essai sur la santé des femmes**, Québec, Éditeur officiel, 1981.

ILLICH, Ivan, **Némésis médicale — L'expropriation de la santé**, Paris, Seuil, 1975.

BRABANT, Isabelle, **Une naissance heureuse**, Montréal, Éditions St-Martin, 1991.

MALHERBE, Jean-François, **Autonomie et prévention — alcool, tabac, sida dans une société médicalisée**, Montréal, Éditions Fides — collection Catalyses, 1994.

GREENWOOD, Dr. Michael, et Dr. Peter Nunn, **Paradox & Healing: Medicine, Mythology & Transformation**, Victoria, Publications Paradox, 1992, 2^e édition révisée.

LA PÉRINATALITÉ QUÉBÉCOISE DEPUIS 20 ANS

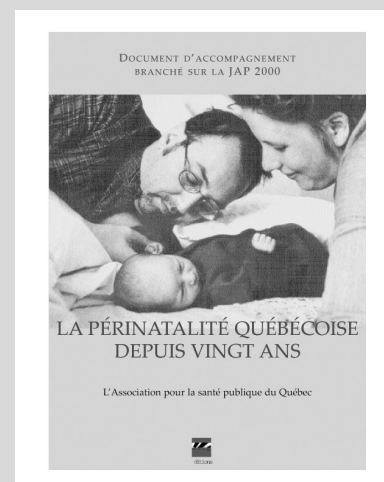
DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT — JOURNÉE ANNUELLE DE PÉRINATALITÉ 2000

Lysane Grégoire, Mireille Bouffard et collaboration

Ce document trace un bilan de l'évolution de la clientèle, des taux d'interventions obstétricales et d'hospitalisation ainsi que de l'état de santé des nouveaux-nés. Il traite également d'allaitement, de grossesse à l'adolescence, du rôle du père, des sages-femmes... Ne pouvant susciter des améliorations de services sans se brancher sur les besoins des principales intéressées, les familles, nous entrons dans l'intimité de quelques unes d'entre elles en prenant connaissance de leurs généreux témoignages à travers lesquels différentes réalités sont abordées, dont la famille recomposée, la famille monoparentale, la naissance d'une enfant handicapée et la naissance dans un contexte de violence conjugale. Finalement, l'ASPQ complète ce bilan de 20 ans par son point de vue sur les enjeux actuels de la périnatalité et sur l'orientation que doivent prendre les services de santé pour y répondre.

Pour vous procurer ce document, visitez le site web de l'ASPQ au www.aspq.org, sous la rubrique « Publications » ou téléphonez-nous au (514) 528-5811.

Coût : 15,00 \$ + 1,05 \$ (TPS) + 3,00 \$ (frais d'envoi) = 19,05 \$; 20 % de réduction pour les membres de l'ASPQ.





Épisiotomie :

INFORMER, DÉNONCER, AGIR

Stéphanie St-Amant pour l'AFAR

Adapté de : <http://www.fraternet.org/afar/episiotomie>

États des lieux : le Québec et ailleurs

Selon les dernières statistiques québécoises (2000-01), on pratique en moyenne au Québec des épisiotomies lors de 30,1 % des accouchements vaginaux, une nette évolution, car il y a 15 ans c'était 70 %¹. Cependant, il faut prendre en compte le fait que l'épisiotomie est pratiquée davantage au premier accouchement, ce qui veut dire que beaucoup plus du tiers des femmes ayant accouché vaginalement ont subi une épisiotomie dans leur vie. En France, le taux d'épisiotomie est de 53,7 %, dont 71,3 % pour les femmes primipares, et jusqu'à 90 % dans certaines maternités. Dans ces proportions, il semble évident que cet acte n'est pas posé pour des raisons précises concernant la femme qui enfante, mais doit être considéré comme un geste systématique dénué de toute réflexion et de remise en question. Au Royaume-Uni, le taux d'épisiotomie a chuté de 52 % à 13 % après les campagnes menées par des associations d'usagères des services obstétricaux comme l'AIMS (Association pour l'amélioration des services en maternité : www.aims.org.uk/). En Suède, il n'est que de 6 %. Il tombe à une valeur insignifiante dans la pratique médecins ou sages-femmes informés par les données scientifiques qui ne justifient pas le recours fréquent à cette intervention.

Définition

L'épisiotomie est l'incision volontaire du périnée de la femme en train d'accoucher, coupant la peau, la muqueuse, des nerfs appartenant à la structure clitoridienne et une partie des muscles qui entourent la vulve et le vagin. Il s'agit d'un acte chirurgical pouvant être posé par les médecins et les sages-femmes lors d'un accouchement.

L'épisiotomie est encore souvent présentée comme un acte nécessaire alors que de nombreuses études scientifiques démontrent le contraire.

La logique obstétricale

L'épisiotomie est encore souvent présentée comme un acte nécessaire alors que de nombreuses études scientifiques démontrent le contraire. Pourtant, l'épisiotomie est classée par l'Organisation mondiale de la santé dans « les pratiques fréquemment utilisées à tort » lors de l'accouchement normal. Les femmes ne sont pas souvent informées de cet acte avant son exécution, par crainte d'une réaction de peur ou de refus spontané. Ce n'est qu'une fois réalisé qu'il est éventuellement expliqué, mettant souvent en avant la santé voire la survie de l'enfant.

Les raisons invoquées pour justifier l'épisiotomie sont en premier lieu l'accélération de l'expulsion fœtale et l'utilisation d'instruments tels que ventouse ou forceps. En second lieu, l'argument est d'éviter une déchirure, supposée potentiellement plus importante que la coupure volontaire.

Les effets

L'épisiotomie nécessite une suture importante. Celle-ci entraîne des douleurs locales et des inconforts durant plusieurs jours. Cette suture peut aussi « lâcher », et ainsi créer une plaie qui pourrait s'infecter. Cela pourrait même entraîner une seconde intervention pour réparer le tort causé par la première.

Une association qui n'a pas peur d'en parler : l'AFAR

L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), association de défense des usagères en périnatalité, entend, entre autres, dénoncer les abus de l'épisiotomie en informant autant les femmes, les hommes que les professionnels et professionnelles des alternatives possibles. Elle a développé un argumentaire détaillé à partir d'un recensement de près de 80 études prouvant que l'épisiotomie de routine n'est pas justifiée médicalement.

On y explique notamment, preuves à l'appui, que les causes des déchirures périnéales que l'épisiotomie prétend éviter sont à rechercher dans les procédures obstétricales : positions d'accouchement imposées, poussées dirigées, usage

1. Notons que dans certaines régions, cela va jusqu'à 52 %, dépasse les 60-70 % dans certains hôpitaux, alors que cette pratique — de même que les forceps et ventouses — n'existe pratiquement pas au Nunavik et en Terres Cries, de même que pour le 1 % des naissances ayant lieu à domicile et en maison de naissance.



DOSSIER NORME ET OBSTÉTRIQUE

quasi systématique de stimulant des contractions (Syntocinon), etc. En examinant l'épisiotomie, on peut ainsi remonter toute une chaîne d'interventions abusives justifiées uniquement par la crainte du médico-légal. Une crainte qui se réduit à la peur de « ne pas en faire assez ».

À l'inverse de cette manière de faire, la pratique médicale factuelle (« *evidence based* »), qui s'appuie sur des études systématiques des conséquences des gestes obstétricaux, est la seule qui puisse faire évoluer les protocoles. Mais il faut aussi que les parents s'informent, se préparent, connaissent leurs droits, et dialoguent avec les professionnels, qui ont de la difficulté à changer des habitudes et des croyances ancrées depuis bien des années.

Outils pour les parents.

Pour éviter de subir cet acte très souvent inutile, le meilleur moyen est d'en prévoir l'éventualité dans un plan de naissance (voir <http://www.naissance.ca/services/plannais.htm> <http://perinatalite.chez.tiscali.fr/projet-accouchement.htm> pour des exemples ou de l'aide pour en rédiger un).

Un certain nombre de personnes réagissent vivement à la vue des photos d'épisiotomies... Or, souvent c'est par des photos qu'on en arrive à comprendre que l'acte n'a rien de bénin et qu'il ne doit en aucun cas faire partie de la « routine » des praticiens. Dans les *Dossiers de l'Obstétrique*, revue professionnelle des sages-femmes (juin 2001), Farida Hammani dénonce la pratique de l'épisiotomie comme une « mutilation génitale » (<http://perinatalite.chez.tiscali.fr/episio-farida.htm>).

Rappelons que le Code civil québécois stipule, dans ses premiers articles, que « toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. » « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins,

L'AFAR a développé un argumentaire détaillé à partir d'un recensement de près de 80 études prouvant que l'épisiotomie de routine n'est pas justifiée médicalement.

quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. » « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux [...] est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. »

**Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature(...)
— Code civil québécois**

Cette année aura lieu la toute première Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté (SMAR) du 10 au 16 mai 2004, dont le thème sera « **Épisiotomie : lever le voile...** » une initiative de l'AFAR. ♦

Adapté de : <http://www.fraternet.org/afar/episiotomie>

**Alliance
Francophone
pour
l'Accouchement
Respecté**



www.afar.info

L'AFAR rassemble des personnes, et des associations de soutien et d'information pour la naissance respectée.

L'AFAR est affiliée à l'AIMS (association pour l'amélioration des services de maternité, au Royaume Uni).



SOMMEIL PARTAGÉ

Un gros câlin et je m'endors

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité de l'ASPG

« **N**e dormez pas avec vos bébés, cela pourrait les tuer. » Voici un des titres accrocheurs ayant semé la zizanie dans le milieu de la périnatalité l'automne dernier. En résumé, on conseillait aux parents de placer le nourrisson dans une chambre isolée et surtout dans un lit qui soit bien à lui. Dehors le sommeil partagé! Or, bien des parents se sont spontanément portés à la défense de cette pratique.

Qu'est-ce que le sommeil partagé? Il s'agit d'une pratique universelle et pluriséculaire qu'on appelle aussi cododo et qui consiste à faire dormir le bébé avec ses parents aussi longtemps que ceux-ci le jugent nécessaire. En pratique, chaque famille peut l'adapter à ses besoins. Ainsi, pour certains, il s'agit de mettre l'enfant dans le lit parental et que tout le

monde dorme ensemble. Pour d'autres, un des parents dormira avec le nourrisson (le plus souvent la mère) tandis que l'autre parent ira dormir dans une autre pièce; beaucoup de parents ayant déjà des enfants choisissent de dormir dans la chambre des aînés. Enfin, certains placent tout simplement le berceau du nourrisson à proximité du lit parental sans toutefois mettre l'enfant dans le lit.

Les défenseurs du cododo le sont souvent pour des raisons très humaines et très peu médicales. Ainsi une maman dira que partager son sommeil avec son nourrisson a été pour elle une grande source d'amélioration de sa qualité de vie durant l'allaitement. Tout d'abord, elle n'a pas à se lever dans la froideur de la nuit pour nourrir son enfant et elle trouve beaucoup plus facile d'allaiter en changeant à peine de position dans le grand lit. De plus, si la fréquence des tétées nocturnes se voit augmentée, il est beaucoup plus aisé de se rendormir rapidement après avoir allaité dans un demi-sommeil que lorsqu'on s'est réveillée totalement. Qui plus est, cette fréquence des tétées favorise la production de lait et permet des journées avec bébé grandement facilitées.

Dormir seul pour un tout jeune enfant peut aussi être très épouvantable. Il ne faut pas oublier qu'il vient de passer neuf mois en compagnie de sa mère. On lui a parlé, on l'a chouchouté. Il était lové dans le giron maternel, dans la chaleur de sa maman, bercé par les battements de son cœur, sa voix et sa tendresse. Beaucoup de chercheurs et de parents mettent en relation directe les problèmes de sommeil des enfants et le fait qu'ils soient seuls dans leur chambre puisqu'en réalité le nourrisson s'attend à conserver l'étroit contact qu'il avait avec sa mère jusqu'à tout récemment. C'est grand une chambre, et c'est noir bien souvent. Même adultes, nous connaissons les affres des nuits tronquées par les angoisses de trois heures du matin. Il nous arrive de nous réveiller d'un mauvais rêve complètement chamboulés et nous avons toutes les peines du monde à nous rendormir parce qu'il fait noir et parce que nous sommes seuls avec une grande détresse. On peut donc présumer ce que trois heures du matin peut être pour un enfant de quelques jours ou de quelques mois.

Beaucoup de parents témoignent d'ailleurs en ce sens. En effet, ils affirment que depuis que leurs enfants dorment à leurs côtés, les cauchemars sont moins fréquents, et les nuits beaucoup plus agréables. Sans compter que les rapports

Une maman dira que partager son sommeil avec son nourrisson a été pour elle une grande source d'amélioration de sa qualité de vie durant l'allaitement.



Daniel et Flavie



SOMMEIL PARTAGÉ

parents/enfants s'en trouvent facilités et il est possible que le cododo puisse avoir une influence sur la confiance que manifesterait l'enfant durant son développement.

Ce n'est que récemment, il y a environ 150 ans, que des théoriciens et philosophes occidentaux se sont mis à questionner cette pratique. Les Voltaire et Rousseau, par exemple, se demandaient avec sérieux qu'elle était l'influence des modèles parentaux sur le développement de leur progéniture et, pour ne pas que l'enfant soit souillé par ses parents, on s'est mis à croire qu'il devait en être éloigné. D'un idéal, les choses ont évolué vers une certaine robotisation des rapports parents/enfants : on tentait de produire des individus fonctionnels et indépendants. Les enfants devaient être parfaits immédiatement. À un tel point que, durant le XVIII^e siècle, les théoriciens se sont mis à dire que les enfants devaient commencer à apprendre la propreté à trois semaines pour être propres à six mois. C'est à cette époque aussi que les berceaux sont sortis de la chambre parentale. Qui plus est, ce n'est que dans le monde occidental que la pratique du sommeil partagé a été bannie. Partout ailleurs, les sociétés le pratiquent et en font la promotion.

Bien des gens croient fermement qu'il est préférable de laisser l'enfant dormir seul. Que ce soit dans une optique d'asepsie ou de respect de la vie privée on entend bien des discours expliquant très rationnellement pourquoi il faudrait

Le cododo est une pratique pluriséculaire et universelle. Ce n'est que récemment et uniquement dans les sociétés occidentales qu'elle a été exclue de la norme.

que les bébés dorment dans une chambre à part. Certaines personnes affirment que la chambre parentale doit être vue comme le lieu de l'intimité par excellence et que pour cette raison l'enfant ne doit pas prendre l'habitude de se sentir le bienvenu dans cette pièce durant la nuit.

En conclusion, on pourrait se poser quelques questions pour ouvrir nos horizons sur le cododo. En effet, peut-être que trois heures du matin est moins cruel lorsqu'on entend quelqu'un respirer. Peut-être qu'on se sent moins seul sur une immense planète... Après tout, les adultes eux-mêmes préfèrent dormir à deux. ♦

Pour informations supplémentaires, consultez le :

www.cododo.free.fr

Prise de bec scientifique

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité de l'ASPG

L'automne dernier, un certain vent de controverse au sujet du sommeil partagé a soufflé sur le Québec à la suite d'un article paru dans le *Globe and Mail*, puis traduit dans le *Journal de Montréal*. L'article mettait de l'avant les plus récents résultats de recherche du Dr James Kemp, médecin chercheur Américain, qui stipulaient qu'il peut être dangereux pour la survie d'un bébé de dormir dans le lit parental.

Rapidement, des voix se sont élevées contre ces résultats. Mais qu'en est-il exactement ? Pour commencer, il faut savoir que les récents résultats du Dr Kemp soutiennent des résultats antécédents du même chercheur. En effet, celui-ci s'attache à faire la démonstration que le sommeil partagé est nuisible au bébé depuis de longues années. Ces premiers résultats ont été publiés en 1999 et provenaient d'une recherche longitudinale échelonnée entre 1990 et 1997 qui a fait la démonstration indubitable des dangers inhérents à faire dormir bébé avec sa mère ou son père. →



Margaux, Mirabelle et Héloïse



SOMMEIL PARTAGÉ

Il est important de savoir que les travaux du Dr Kemp sont subventionnés par the Consumer Product Safety Commission (CPSC) et the Juvenile Product Manufacturers Association (JPMA).

Déjà, lors de l'annonce de ces premiers résultats, certaines personnes de tous azimuts se sont montrées sceptiques. Le plus grand coup porté aux travaux du Dr Kemp provient sans doute de l'équipe du Dr Mc Kenna (2001), anthropologue médical Américain, qui questionnait non seulement les résultats de la recherche, mais aussi la méthodologie employée et les motivations du Dr Kemp. En ce qui concerne la méthodologie, le Dr Mc Kenna a démontré que les bébés morts d'une cause inexplicquée, c'est-à-dire étouffement ou du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN), dans le lit parental durant la recherche du Dr Kemp ne bénéficiaient pas de bonnes conditions. En réalité, soit les mères étaient dans un état de toxicologie avancé (alcool, drogue et somnifères confondus), soit cela c'était produit sur une surface molle propice à l'étouffement accidentel (on parle ici de sofa, lit d'eau, etc.) Quant aux motivations, il est important de savoir que les travaux du Dr Kemp sont subventionnés par *the Consumer Product*

Safety Commission (CPSC) et the Juvenile Product Manufacturers Association (JPMA), deux des leaders de l'important lobby américain pour la promotion des berceaux et autres produits manufacturés touchant les bébés! Il est évident que les résultats obtenus par le Dr Kemp et son équipe vont dans le sens des intérêts de leurs commanditaires.

Qui plus est, le Dr Mc Kenna fait plutôt la démonstration de l'inverse. Il croit que le cododo réduit le risque de SMSN puisque la mère qui dort près de son enfant est à même de vérifier, durant son propre sommeil, que l'enfant n'a ni trop froid ni trop chaud et surtout elle est alerte au moindre changement de la respiration de bébé. Il croit, en outre, que ce type de sommeil permet un échange de stimuli profitables au nourrisson auxquels il ajoute l'échange de CO₂, qui réduirait, selon lui, les risques de SMSN. Il arrive donc à faire la démonstration de son hypothèse selon laquelle le sommeil partagé aurait une influence bénéfique sur les réflexes respiratoires de l'enfant, son système nerveux central et son système cardiovasculaire. Enfin, les recherches du Dr Mc Kenna tendent à prouver que toutes ces formes de cododo sont aussi bénéfiques les unes que les autres pour le bébé. ♦

<http://www.visi.com/~jlb/thesis/cosleep.html>

<http://www.mothing.com/9-0-0/html/9-4-0/kimmel.shtml>

LA CONCILIATION FAMILLE-TRAVAIL : VIVRE SOUS TENSION? OSONS RÊVER L'UTOPIE!

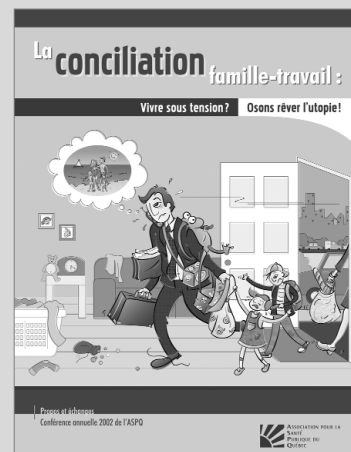
PROPOS ET ÉCHANGES – CONFÉRENCE ANNUELLE 2002

Andrée Rivard et collaboration

L'atteinte d'un équilibre entre la famille et le travail est certes un facteur de santé et de bien-être. Pourtant, en cette époque de profondes mutations, cet équilibre semble inaccessible. Cette publication présente l'essentiel des informations et des échanges qui ont eu lieu dans le cadre de la Conférence annuelle 2002 dont certains résultats de la recherche sur la conciliation famille-travail et les impacts des difficultés de conciliation et l'identification d'approches de solutions novatrices et prometteuses. Vous y trouverez des textes d'allocutions intégrales, des résumés des tables rondes et des périodes d'échanges avec les participants ainsi que l'intégrale de l'intervention théâtrale *Tranche de vie chez la famille Tendue*.

Pour vous procurer ce document, visitez le site web de l'ASPQ au www.aspq.org, sous la rubrique « Publications » ou téléphonez-nous au (514) 528-5811.

Coût : 20,00 \$ + 1,40 \$ (TPS) + 3,00 \$ (frais d'envoi) = 24,40 \$; 20 % de réduction pour les membres de l'ASPQ.





PLACE AUX OPINIONS

Lettre ouverte au quotidien *La Presse*

Catherine Chouinard
Chargée de projet en périnatalité ASPQ

Montréal, 4 décembre 2003

J'ai assisté récemment à la conférence **Des enfants pour le Québec** offerte conjointement par La Presse et Radio-Canada. J'avoue que je m'y rendais avec quelques appréhensions. Les temps sont moroses au Québec quand on parle d'enfants.

Donc, je craignais ressortir de là très déprimée. Eh bien non. J'en suis ressortie comme anesthésiée. On m'a peu parlé d'enfants. Par contre, on m'a tellement bombardée de statistiques, j'ai vu tellement de tableaux et de courbes de croissance démographique, que plus aucune émotion ne m'atteignait. Je suis rarement émue par des chiffres.

Puis, m'est venue cette réflexion : peut-être que cette voie choisie pour aborder le propos démontre bien l'une des raisons de notre problème de dénatalité? Peut-être que nous, occidentaux, sommes tellement obsédés par les chiffres, par le rationnel, qu'il devient difficile de faire des bébés? Parce que faire des bébés cela passe difficilement par le rationnel.

Si, pour s'accorder le droit de faire des bébés, il faut : terminer ses études, trouver un travail, rembourser ses prêts et bourses, faire des économies, s'acheter une maison, trouver un conjoint stable et finalement commencer à considérer de faire des bébés (considérer les pertes de revenus, de liberté, etc.), le tout dans cet ordre, et bien, soit on fait peu d'enfants parce que le temps nous est compté, soit on ne fait pas d'enfants parce que tout cela nous décourage, la machine fonctionne moins bien ou tout simplement parce que l'un de ces critères ne s'est pas présenté (le conjoint étant souvent le critère clé (!)).

Moi je crois, par expérience, que cela prend une grosse dose d'inconscience pour faire des bébés. C'est un saut dans l'inconnu. Et même si on essaie de tout contrôler, ces petites choses nous rappellent rapidement qu'on a très peu de contrôle et qu'il faut accepter de s'ouvrir à tout l'apprentissage qu'elles nous imposent et à tout ce flot d'amour qui nous submerge quand on les regarde. C'est tout un choc!!! Moi en tout cas je ne me savais pas capable de tant d'amour et cela me remplit de bonheur. ♦



Charlëlie, Falvie, Daniel, Mathis et Catherine

Peut-être que nous, Occidentaux, sommes tellement obsédés par les chiffres, par le rationnel, qu'il devient difficile de faire des bébés? Parce que faire des bébés cela passe difficilement par le rationnel.

Sondage intervenantes

Depuis un certain temps, L'ASPQ se préoccupe de la situation en ce qui a trait aux rencontres prénatales offertes sur le territoire québécois.

C'est à cet effet, que nous vous soumettons ce sondage afin de cibler vos besoins, vos préoccupations et de recueillir vos suggestions. Ceci dans le but de développer un outil qui permettra de créer un réseau, d'alimenter le contenu des rencontres et de stimuler l'échange entre les intervenantes.

Les résultats du sondage seront disponibles sur le site internet de L'ASPQ au www.aspq.org dans les mois à venir.

1. Quelle est votre occupation?

2. Quel est votre lieu de travail? (possibilité de plusieurs réponses)

- a) Centre hospitalier
 - b) CLSC
 - c) Milieu communautaire
 - d) Pratique privée
 - e) Autre (précisez)
- _____

3. De quelle région êtes-vous?

4. Avez-vous déjà travaillé en salle d'accouchement ou avec des femmes qui accouchent?

- a) Oui
- b) Non

5. Quelle citation correspond le mieux à votre conception de la grossesse et de l'accouchement?

- a) La grossesse et l'accouchement comportent plusieurs risques et nécessitent toujours l'assistance d'un médecin.
- b) La grossesse et l'accouchement font partie de la vie normale d'une femme et ne nécessitent pas l'assistance d'un médecin à moins de circonstances particulières.

6. Est-ce que des rencontres prénatales sont disponibles dans votre communauté?

- a) Oui
- b) Non

7. Existe-t-il d'autres ressources privées qui offrent des rencontres prénatales dans votre communauté?

- a) Oui
- b) Non
- c) Je ne sais pas

8. Dans votre communauté, offre-t-on des rencontres prénatales visant une clientèle particulière?

- a) Oui
- b) Non

9. Si oui, laquelle ou lesquelles?

- a) Adolescentes
 - b) Primipares
 - c) Multipares
 - d) Monoparentales
 - e) Groupes ethniques
 - f) Autre (précisez)
- _____

10. Si vous offrez des rencontres prénatales en tant qu'intervenantes, quel type de clientèle desservez-vous?

(possibilité de plusieurs réponses)

- a) Adolescentes
 - b) Primipares
 - c) Multipares
 - d) Monoparentales
 - e) Groupes ethniques
 - f) Variée
 - g) Autre (précisez)
- _____

11. Une session de rencontres prénatales totalise combien de soirée/recontre?

- a) 2
 - b) 3
 - c) 4
 - d) 5
 - e) Plus de 5 (précisez)
- _____

12. Celles-ci sont données à quel rythme?

- a) 1x chaque 2 semaines
 - b) 1x semaine
 - c) Autre (précisez)
- _____

13. Les rencontres prénatales offertes dans votre communauté sont-elles gratuites?

- a) Oui
- b) Non

14. Si non, quel est le coût approximatif d'une session complète de rencontres prénatales pour un couple?

Suite →

15. Existe-t-il des ressources (matériel, formations, etc.) pour les intervenantes offrant des rencontres prénatales dans votre communauté?

- a) Oui
- b) Non
- c) Je ne sais pas

16. Si oui, lesquelles?

17. Avez-vous accès à internet?

- a) Maison
- b) Travail
- c) Autre (précisez)

18. Quelles sont les sources d'informations que vous utilisez dans la préparation des rencontres prénatales?

- a) Livres
- b) Internet
- c) Vidéos
- d) Documents gouvernementaux
- e) Documents maisons
- f) Autre (précisez)

19. En tant qu'intervenante offrant des rencontres prénatales, vous sentez-vous suffisamment outillée?

- a) Oui
- b) Non

Faites-nous part de vos commentaires.

20. Avez-vous du temps de préparation pour les rencontres prénatales?

- a) Oui
- b) Non

21. Si non, le souhaiteriez-vous?

- a) Oui
- b) Non

22. Si oui, est-il suffisant?

- a) Oui
- b) Non

23. Êtes-vous rémunérée pour le temps consacré à la préparation des rencontres prénatales?

- a) Oui
- b) Non

24. Sentez-vous un souci d'harmonisation du contenu des rencontres prénatales dans votre région (ex : programme commun)?

- a) Oui
- b) Non
- c) Je ne sais pas

25. Croyez-vous qu'un tel souci d'harmonisation du contenu des rencontres soit avantageux ou désavantageux?

- a) Avantageux
- b) Désavantageux
- c) Je ne sais pas

26. Seriez-vous intéressée par une structure gouvernementale qui encadrerait l'ensemble des programmes de rencontres prénatales offerts dans toutes les régions du Québec?

- a) Oui
- b) Non

Dites pourquoi.

27. Croyez-vous qu'il existe suffisamment de ressources pour les intervenantes qui offrent les rencontres prénatales?

- a) Oui
- b) Non

Élaborez S.V.P.

28. Croyez-vous qu'il serait utile de créer un réseau pour les intervenantes qui offrent des rencontres prénatales (soutien, réflexion, etc.)?

- a) Oui
- b) Non

29. Pour ce faire, seriez-vous intéressée par la création d'un réseau servant de ressource et de renouvellement d'informations, de lieu d'échanges et de réflexion pour les intervenantes qui offrent des rencontres prénatales et par quels moyens? (possibilité de plusieurs réponses)

- a) 2 journées d'études par année pour les intervenantes
- b) un bulletin de liaison
- c) une banque de données sur les contenus
- d) un site internet
- e) autre

30. Seriez-vous intéressée à contribuer à la création ou au fonctionnement d'un tel réseau?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, veuillez nous indiquer un numéro de téléphone pour vous contacter. _____

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE À CE SONDAGE!

Sondage population

Depuis un certain temps, L'ASPQ se préoccupe de la situation en ce qui a trait aux rencontres prénatales offertes sur le territoire québécois.

C'est à cet effet, que nous vous soumettons un sondage afin de cibler vos attentes lors de ces rencontres. Ceci dans le but de développer un outil qui permettra aux intervenantes qui offrent des rencontres prénatales de créer un réseau, d'alimenter le contenu des rencontres et de stimuler l'échange d'informations.

Les résultats du sondage seront disponibles sur le site internet de l'ASPQ au www.aspq.org dans les mois à venir.

1. De quelle région êtes-vous?

2. Quel âge avez-vous?

- a) 14-18
- b) 18-25
- c) 25-35
- d) 35-40
- e) 40 et plus

3. Avez-vous des enfants?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) Autre (précisez)

4. Êtes-vous enceinte en ce moment?

- a) Oui
- b) Non (passez à la question 10)

5. S'agit-il de votre première grossesse?

- a) Oui
- b) Non

6. Par qui êtes-vous suivie?

- a) Médecin généraliste
- b) Sage-femme
- c) Obstétricien
- d) Aucun suivi
- e) Autre (précisez)

7. Connaissez-vous les ressources de votre milieu qui offrent de l'aide et/ou du support aux femmes enceintes?

- a) Oui
- b) Non

8. Prévoyez-vous assister à des rencontres prénatales au cours de cette grossesse-ci?

- a) Oui
- b) Non

9. Si non, dites pourquoi.

10. Si vous n'êtes pas enceinte, dans l'éventualité d'une grossesse, prévoyez-vous assister à des rencontres prénatales?

- a) Oui
- b) Non

11. Si non, dites pourquoi.

12. Qu'attendriez-vous de ces rencontres prénatales?

(possibilité de plusieurs réponses)

- a) Information de base (grossesse, accouchement, allaitement, soin au nouveau-né etc.)
- b) Moments d'échange avec d'autres couples
- c) Être rassurée
- d) Information sur les procédures médicales (médication, interventions obstétricales)
- e) Temps de réflexion sur la grossesse et le rôle de parent
- f) Autre (élaborez)

LA SUITE DU SONDAGE S'ADRESSE À DES FEMMES AYANT DÉJÀ ASSISTÉ À DES RENCONTRES PRÉNATALES.

Merci à celles qui ont répondu à la première partie du sondage.

13. Avez-vous déjà participé à des rencontres prénatales?

- a) Oui
- b) Non

14. Ces rencontres ont-elles répondues à vos attentes/besoins?

- a) Oui
- b) Non

Suite →

15. Si non, dites pourquoi.

16. Avez-vous déjà participé à des rencontres prénatales puis cessé celles-ci avant la fin de la série?

- a) Oui
- b) Non

17. Si oui, dites pourquoi.

18. Lors des rencontres prénatales, vous a-t-on expliqué clairement les pratiques obstétricales, leurs avantages et leurs conséquences possibles (épidurale, épisiotomie, médication, forceps, ventouse, césarienne etc.)?

- a) Oui
- b) Non

19. Si non, l'auriez-vous souhaité? Dites pourquoi.

- a) Oui
- b) Non

20. Sentez-vous que ces rencontres vous ont aidé à vous préparer à l'expérience de mettre au monde un enfant?

- a) Oui
- b) non

21. Selon vous, les rencontres prénatales vous ont-elles aidé à vous préparer à l'expérience d'être parent?

- a) Oui
- b) Non

22. Avez-vous des suggestions quant au contenu des rencontres prénatales dans l'objectif d'aider d'autres parents?

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE À CE SONDAGE



ALLAITEMENT

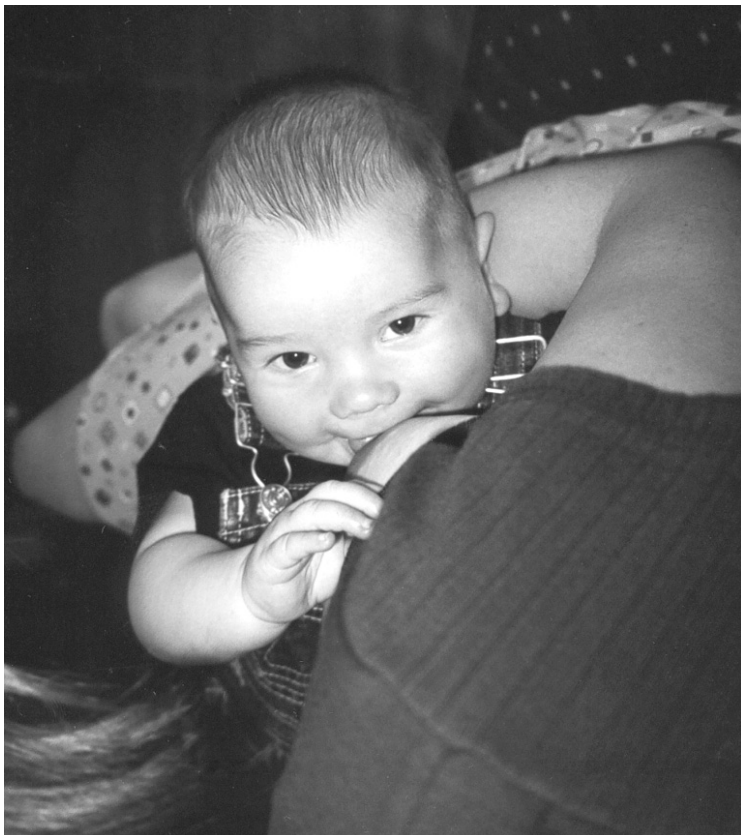
Allégorie sur le thème du Petit Chaperon rouge

Catherine Chouinard et Lysane Grégoire, ASPQ

Laïsser nous vous raconter... l'histoire de Mère-grand Culture d'allaitement et de sa petite-fille : le Petit Chaperon rouge.

Une allégorie sur l'allaitement maternel mettant en vedette :

- La culture de l'allaitement, dans le rôle de Mère-grand
- La jeune femme moderne, dans le rôle du Petit Chaperon rouge
- L'industrie des substituts du lait maternel, dans le rôle du gros méchant Loup
- Les enjeux économiques d'une telle industrie, dans le rôle du Petit pot de beurre
- Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, dans le rôle du Garde-chasse



Mathis est heureux

Il était une fois, une Mère-grand qui vivait dans une belle forêt. Avec les années, le progrès gagna cette forêt et Mère-grand se retrouva perdue au cœur d'une inextricable jungle technologique.

Mère-grand avait une charmante petite-fille, que tous nommaient le Petit Chaperon rouge. Elle ne la voyait malheureusement pratiquement jamais.

Or, un jour, la mère du Petit Chaperon rouge l'envoya chez Mère-grand pour venir quérir auprès d'elle un peu de sa sagesse et de son expérience.

Mais, oh ciel! Oh malheur! Le Petit Chaperon rouge s'égara en chemin car la forêt décrite par sa mère ne ressemblait en rien à l'endroit où elle se trouvait! Elle se sentait seule, sans personne pour la soutenir dans ce moment difficile. Désespérée, elle eut envie de tout abandonner!

Soudain, le Petit Chaperon rouge entendit une voix derrière elle. C'était le Loup qui l'observait tout sourire :

« Que se passe-t-il, ma petite? Pourquoi pleures-tu ainsi? »

« C'est que je dois me rendre chez Mère-grand afin de quérir auprès d'elle un peu de sa grande sagesse et je ne reconnais en rien les indications que ma mère m'a laissées. »

« Ta grand-mère, n'est-ce pas celle qui a eu cette grande famille de solides gaillards? »

« Oui, exactement! »

« Mais je peux t'indiquer le chemin moi! Alors voici, tu continues tout droit... »

Le Petit Chaperon rouge, revigorée par cette belle rencontre, reprit sa route en suivant le chemin indiqué par le Loup. Elle pensa : « Tout de même, Monsieur le Loup, quelle gentillesse! Et quel empressement à répondre aux jeunes femmes en détresse! ». Cependant, chemin faisant, le Petit Chaperon rouge constata que dans cette forêt il se produisait des choses étranges. Par exemple, elle vit une petite chenille qui pleurnichait avec son antenne inflammée; et cette autre qui se tortillait en se tenant le ventre de ses petites pattes.* Et puis, les habitants avaient de bien curieuses habitudes. « Voilà ce papillon qui aspire goulûment le nectar d'une marguerite avec une pipette de verre! Et sa jolie trompe? Elle est brisée? Se demande le Petit Chaperon rouge. Oh! Que diable! Mais cette



ALLAITEMENT

marguerite n'a pas de nectar!» Devant l'air ébahi du Petit Chaperon rouge, la marguerite ne se fait pas prier pour lui expliquer fièrement : « Regarde, le grand gentil Loup m'a offert du nectar en poudre contre un petit pot de beurre, c'est le nec plus ultra des nectars! Le Loup m'a assurée que c'était la formule la mieux équilibrée en sucres et en huiles essentielles pour que les papillons soient les plus merveilleux, tu n'as qu'à regarder la photo sur la boîte, vois comme elles sont jolies, les ailes du papillon!» Le Petit Chaperon rouge ne put réprimer un grand « Oh! » admiratif.

Pendant ce temps, le Loup emprunta un raccourci et pressa le pas vers la maison de la Mère-grand. Dans sa grande ruse, il avait depuis longtemps fait disparaître la sage dame, alors vite, vite, il prit sa place dans son lit avant que la jeune femme n'arrive à destination.

« Tire la chevillette et la bobinette cherra! »

« Oh! Mais Mère-grand! Comme vous avez de grandes oreilles! »

« C'est pour mieux écouter les lois du marché, mon enfant! »

« Oh! Mais Mère-grand, comme vous avez de grands yeux! »

« C'est pour mieux voir à ton éducation, mon enfant! »

« Oh! Mais Mère-grand! Comme vous avez de grandes dents! »

« Je dirais plutôt que j'ai la dent longue et qu'ainsi j'arrive à m'immiscer jusque dans l'intimité de tous jusqu'aux plus petites bestioles de cette forêt. »

« Oh! Mais Mère-grand, comme vous maniez bien le langage! »

« Effectivement mon enfant, c'est pour mieux t'embarlificoter. C'est si profitable de travailler à TE simplifier la vie!, hin hin hin... Mais n'est-ce pas un petit pot de beurre que j'aperçois dans ton panier? Donne-le moi, je te donnerai en échange les secrets du progrès!!! »

Le Petit Chaperon rouge sentait bien que cette grand-mère ressemblait peu à celle dont elle avait entendu parler jadis. Mais plus la discussion avançait, plus le souvenir de sa vraie Mère-grand s'estompait et plus elle était séduite par le discours du Loup beau-parleur.

Heureusement, dans cette jungle technologique, vivait aussi un Garde-chasse qui connaissait bien toutes les manigances du gros méchant Loup et qui vouait sa vie à déjouer ses stratégies. C'était aussi le gardien d'une certaine sagesse que les habitants de cette contrée avaient perdue depuis trop longtemps.

Après une valeureuse épopée, il retrouva une Mère-grand toute flétrie, triste et blessée. Il la ramena chez-elle, la soigna et l'aïda à retrouver toute son assurance et son aplomb. Ce qui aida beaucoup la Mère-grand, c'est que le Garde-chasse soumit le gros méchant Loup à son sévère code de conduite. Il avait bien mis en lumière les magouilles et les grenouillages du Loup qui avait si habilement fait disparaître Mère-grand avec toute sa sagesse et sa culture.

Le Petit Chaperon rouge put enfin bénéficier des savoirs ancestraux de son aïeule chérie. Elle et ses enfants vécurent heureux jusqu'à la fin des temps.

Quant aux papillons, les marguerites s'étant remis à sécréter leur propre nectar en toute confiance, ils purent virevolter avec leur progéniture dans cette forêt qui redevint un oasis de bonheur.

FIN

Cette allégorie imaginée par Monik St-Pierre et Marie-Josée Santerre, du Comité régional en allaitement de Québec, nous permet d'identifier l'impact des stratégies de marketing de l'industrie des préparations commerciales pour nourrissons sur la culture de l'allaitement, ainsi que les effets néfastes de l'alimentation artificielle sur la santé. De plus, ce conte sert à sensibiliser les intervenants à l'Initiative Amis des bébés et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

* L'allaitement maternel est reconnu comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les enfants. Il existe un consensus sans équivoque de la communauté scientifique à l'effet que le lait humain diminue le risque et la gravité des épisodes de diarrhée, de certaines infections des voies respiratoires inférieures, des otites moyennes, des méningites bactériennes, des infections urinaires et ce, même dans les pays industrialisés. Plusieurs études suggèrent que l'allaitement protège du diabète insulino-dépendant, de la maladie de Crohn, de la leucémie infantile aiguë, des allergies et du syndrome de mort subite du nouveau-né. ♦

Références fournies sur demande à l'ASPQ



NOUVELLES DES RÉGIONS

Journée thématique sur l'accouchement à domicile à Sherbrooke

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité ASPQ

Depuis quelques années, le groupe sages-familles de Sherbrooke, organise une journée thématique sur les familles. Cette année, le thème central de la journée sera l'accouchement à domicile car on veut porter une réflexion sur l'aspect familial de l'accouchement.

En plus de servir à recueillir des témoignages et de recenser les besoins des femmes et des familles en matière d'accouchement à domicile, la journée sert aussi à ramasser des fonds pour le Centre de maternité Estrie, par le passé cette collecte a, entre autres, permis l'achat d'un bain pour les accouchements à la maison de naissance. Cette année, les

membres du groupe conseil des familles pour l'accouchement à domicile pensent à produire et diffuser une vidéocassette sur l'accouchement à domicile qui pourrait servir lors de rencontres prénatales dans le but de permettre aux femmes et à leur famille de faire un choix éclairé quand au lieu où elles désirent accoucher.

La journée aura lieu au Musée de la nature et des sciences de Sherbrooke, sur la rue Frontenac le 17 avril prochain entre 9 h 00 et 17 h 00. Au programme : animation pour les petits et les grands, kiosques, musique et une table ronde sur l'accouchement à domicile. ♦

Une maison de naissance sur le Plateau Mont-Royal

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité ASPQ

Au cours des dernières années on peut constater qu'il y a une demande de plus en plus grande pour des services sage-femme dans la région montréalaise. En effet, d'après la sage-femme Catherine Gerbelli, entre 550 et 600 femmes de la région peuvent avoir accès aux services des sages-femmes pendant que 900 autres demeurent sur des listes d'attente. Il y a donc un besoin grandissant pour une multiplication des maisons de naissance sur l'île de Montréal.

Qui plus est, le développement de deux nouvelles maisons de naissance sur l'île est inscrit dans le plan de développement de l'ex-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, tandis que des budgets pour le développement de la pratique sage-femme sont disponibles au ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans cette veine le

CLSC du Plateau Mont-Royal a non seulement des locaux disponibles pour l'implantation d'une maison de naissance, mais il a de plus déposé en avril 2003 à la Régie Régionale et de nouveau en janvier 2004 à la nouvelle agence de développement un projet d'intégration de services de sages-femmes pour les CLSC de la région Centre-Est de l'île de Montréal.

À la fin mars un groupe de militantes et de résidentes du quartier s'est réuni pour soutenir le projet et faire valoir leurs opinions afin que le développement de cette maison de naissance se fasse en fonction des valeurs et principes des femmes.

Pour obtenir des informations, vous pouvez écrire à mdenplateau@hotmail.com ♦

Développement d'une autre maison de naissance dans la région de Québec

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité ASPQ

Depuis deux mois la Maison de naissance Mimosa de St-Romuald a prêté une de ses sages-femmes, Gertrude Lavoie, au CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier pour qu'elle travaille à mi-temps sur le développement d'une maison de naissance pour la Rive-Nord de la capitale.

En ce moment, ils en sont rendus à monter un projet détaillé pour que celui-ci puisse être déposé au ministère de la

Santé et des Services sociaux. D'ici là, Gertrude Lavoie et les personnes impliquées dans le projet au CLSC sont à la recherche de locaux adéquats pour l'installation de la future maison de naissance. Quelque chose de facilement accessible puisque la population locale se déplace généralement à pied ou encore par les transports en commun et que le projet vise à desservir en premier lieu les habitantes de ces quartiers. ♦



Quoi de neuf dans les Laurentides?

Carole Pitre-Savard
Présidente du Conseil d'administration de la
Maison de naissance des Laurentides

Le 18 décembre dernier, le député de Groulx, Monsieur Pierre Descoteaux, a déposé à l'Assemblée nationale une pétition de 4612 signatures demandant au ministre de la Santé et des Services sociaux de financer la création d'une maison de naissance dans la région des Laurentides.

Le CLSC Arthur Buies, qui s'est vu confier le mandat régional de l'organisation des services sages-femmes sur le territoire des Laurentides, a embauché en janvier 2004 deux sages-femmes, Mesdames Lucie Hamelin et Marie-Paule Lanthier, comme chargées de projet. Celles-ci travaillent à définir d'ici septembre prochain l'organisation des services et un échéancier d'implantation de la pratique des sages-femmes pour toute la région des Laurentides.

De leur côté, les membres du Conseil d'administration de la Maison de naissance des Laurentides, dont la présidente Madame Carole Pitre-Savard, ont multiplié les représentations auprès des élus et des différents responsables du réseau de la santé. Des progrès fort intéressants ont été réalisés dans ce dossier au cours des derniers mois : une collaboration étroite a été établie avec des partenaires du milieu communautaire et des élus, tant au niveau provincial que municipal, s'intéressent activement au projet. L'organisme à but non-lucratif continue son travail de sensibilisation et de mobilisation auprès de la population, souhaitant inaugurer enfin en 2004 une première maison de naissance sur le territoire des Laurentides.

Il faut rappeler qu'il y a près de 14 ans que les familles de cette région réclament les services de sages-femmes et l'implantation d'une maison de naissance sur leur territoire. Au cours de toutes ces années, cinq projets différents ont été présentés, le dernier datant de décembre 2001. Aucun n'a encore vu le jour et les femmes des Laurentides, une région où le taux de natalité est un des plus élevés au Québec, ne peuvent toujours pas accoucher avec une sage-femme!

Pour obtenir de plus amples informations sur la Maison de naissance des Laurentides, nous vous invitons à composer sans frais le 1-866-MNL-7775 ou à visiter leur site internet au <http://pages.infinit.net/mnl>. ♦



Il faut rappeler qu'il y a près de 14 ans que les familles de cette région réclament les services de sages-femmes et l'implantation d'une maison de naissance sur leur territoire.



Lucie, Antoine et Anne-Camille



Le Groupe MAMAN

MOUVEMENT POUR L'AUTONOMIE DANS LA MATERNITÉ ET POUR L'ACCOUCHEMENT NATUREL

NDLR : L'ASPQ entretient un partenariat avec le Groupe MAMAN pour encourager l'initiative de femmes qui par leurs témoignages et leurs activités, font la promotion de la santé et du bien-être des familles. De plus, l'action de ce mouvement est un bel exemple de la capacité et de la volonté des citoyens à se prendre en charge. Les membres du Groupe MAMAN proviennent des différentes régions du Québec et plus particulièrement de celles où se trouvent les maisons de naissance.

La philosophie

Les valeurs promues par les membres du Groupe MAMAN se fondent sur la reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme **processus naturels** et comme **expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles**.

Lorsque la femme est maîtresse d'œuvre de son accouchement, qu'elle est soutenue et encouragée plutôt que prise en charge, elle se découvre des compétences et une force insoupçonnées tout en se donnant la meilleure initiation qui soit à son rôle de mère.

L'accouchement est une expérience déterminante; une occasion de grandir, une expression de la puissance des femmes, un geste de création et d'accueil à la vie.

La suite naturelle, c'est le lien physique qui se poursuit dans l'intimité de la relation d'allaitement. Bien plus qu'un mode d'alimentation, l'allaitement favorise l'attachement et offre sécurité, chaleur et... une savoureuse dose d'amour!

Les Intentions

Parce que la femme vivant une grossesse normale est la mieux placée pour déterminer le contexte le plus adéquat pour son accouchement :

- **Défendre et promouvoir le droit des femmes de donner naissance à leur enfant dans l'environnement de leur choix (domicile, maison de naissance ou hôpital);**

Parce que les femmes ont droit à toute l'information leur permettant de faire des choix éclairés :

- **Informer et sensibiliser la population, et les femmes en particulier, afin de les amener à être pleinement autonomes en regard du vécu pré, per et postnatal;**

Parce que l'approche des sages-femmes est basée sur le respect des besoins des femmes :

- **Promouvoir la pratique et le recours aux services sages-femmes au Québec;**

Pour préserver l'intégrité physique et psychologique des mères et des bébés :

- **Promouvoir l'accouchement naturel;**

Pour que les besoins affectifs, nutritifs et immunitaires des bébés soient comblés :

- **Promouvoir l'allaitement maternel;**

Pour que les désirs et exigences des femmes relativement à la maternité soient entendus :

- **Être le porte-parole de ses membres.**

Une liste de discussion

La **MAMANLISTE** est un forum électronique (liste de discussion et de diffusion d'informations) dédié à la périnatalité et tout ce qui s'y rapporte. Le forum s'adresse à celles et ceux qui envisagent et promeuvent la périnatalité dans l'optique de la normalité et considèrent l'ensemble des phénomènes de la procréation comme des processus naturels et des expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles. Que ce soit pour de l'échange d'idées, des débats, de la concertation d'actions ou des nouvelles de tous les horizons périnatals, la MAMANLISTE est le lieu virtuel tout désigné!

Pour vous abonner, il suffit de soumettre à LISTSERV@LISTES.ULVAL.CA la commande suivante (à inscrire dans le corps du message) : « SUBSCRIBE MAMANLISTE VotrePrenom VotreNom » (en omettant les accents et les traits d'union). Rien ne doit être inscrit à la ligne objet (« subject »). Si vous avez un problème ou des questions concernant cette liste, veuillez contacter l'administratrice : Stéphanie St-Amant à l'adresse courriel suivante : MAMANliste-request@listes.ulaval.ca

Pour devenir membre du Groupe MAMAN ou pour plus d'information, contactez Bernadette Thibodeau, présidente, 514-738-4154 ou écrivez à gмам@videotron.ca

Site Internet : <http://pages.infinet.net/matilda/maman> ♦





EN BREF

Naître en couleur

Naissance en couleur est un réseau de personnes issues des communautés culturelles, de sages-femmes, d'accompagnantes à la naissance et d'alliées qui cherchent à promouvoir une discussion sur l'accouchement naturel et son accessibilité ainsi que l'éducation « alternative » des enfants au sein des communautés culturelles. Ce réseau permettra aux militants d'échanger stratégies et idées sur les initiatives à développer au sein de leurs communautés. Le réseau Naître en couleur est soutenu par le GRIPQ de l'Université Concordia à Montréal.

Les activités prévues pour l'année à venir :

- présentation d'une lettre à l'Association canadienne des sages-femmes sur la faible présence de femmes immigrantes ou des communautés culturelles au sein de la pratique sage-femme.

- la publication d'un bulletin contenant nouvelles, opinions et art sur l'accouchement naturel et l'éducation « alternative » des enfants au sein des communautés culturelles (février 2004, mai 2004).

- à l'occasion de la Journée de la Libération de l'Afrique (25 mai 2004), la diffusion du film de Rhonda L. Haynes's « Bringin' in da Spirit », un documentaire relatant les efforts des sages-femmes afro-américaines pour préserver ce qui est plus qu'une profession, mais une manière de vivre.♦

Nadine Mondestin
Brown Birthing Network/Naître en couleur
bbn@mamasaid.org
514-481-9915

Devenir parents... allaiter bébé

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité à l'ASPQ

Le Comité de concertation des groupes d'entraide en allaitement de Québec est fier de présenter la vidéo-cassette *Devenir parents... Allaiter bébé*, disponible depuis février 2004. Celle-ci est accompagnée d'un guide d'animation et présente une capsule théâtrale sur les premiers jours de bébé à la maison.

Cette vidéocassette veut démontrer ce qu'est en réalité devenir parents d'un bébé allaité, démystifier l'allaitement et

mieux préparer les parents et démontrer l'importance du soutien pour la réussite de l'allaitement. Le Comité de concertation des groupes d'entraide en allaitement de Québec souhaite que cette vidéo soit utilisée dans tous les champs d'action en périnatalité destinés aux parents. C'est un outil très intéressant et pertinent pour faire la promotion de l'allaitement maternel.

Pour des questions, commentaires ou pour commander la vidéocassette, téléphonez au 418-666-7000.♦

Il t'était une fois... Journal de la Fédération Québécoise Nourri-Source

Mathilde Cazalais
Agente de projet en périnatalité à l'ASPQ

Bien que cela fasse déjà 10 ans que la Fédération Québécoise Nourri-Source publie le journal *Il t'était une fois...* Ce n'est que depuis le numéro de janvier 2004 qu'il est disponible à grande échelle puisqu'il est désormais diffusé en dehors du cercle des membres de la fédération et publié sur le site de la Fédération.

La Fédération Québécoise Nourri-Source est un organisme qui fait la promotion de l'allaitement maternel œuvrant un peu partout dans la province. Que ce soit par le biais de portraits de mairaines d'allaitement, d'articles de fond fouillés ou encore simplement par des revues de presse exhaustives, ce journal nous présente les bienfaits de l'allaitement maternel.

En somme c'est un journal informatif engagé et enjoué qui dénote l'importance que prend, pour les mairaines et les membres de la Fédération, l'allaitement maternel. Vous êtes invités à prendre plus amples informations sur la Fédération et son journal à :

Fédération Québécoise Nourri-Source
6006, rue de Bordeaux, Montréal H2G 2R1
Tél : 514-948-5160
Nsource@cam.org www.nourri-source.org♦



À propos du sevrage... quand l'allaitement se termine



Mylène Schryburt
Adjointe au département des agents de liaison auprès des professionnels de la santé
Ligue La Leche

Lors de son symposium de l'automne dernier, la **Ligue La Leche** nous a présenté la version française du livre *How Weaning Happens* de Diane Bengson paru en 1999 dans sa version originale anglaise. Ce livre, intitulé en français *À propos du sevrage... quand l'allaitement se termine*, a été écrit par une monitrice de la **Ligue La Leche** et est le premier livre en français qui traite exclusivement du sevrage de l'enfant. Il s'adresse tout autant aux mères et aux pères d'un enfant allaité qu'aux professionnels qui travaillent auprès de ces parents.

À une époque où le corps médical tente par toutes sortes de moyens de faire augmenter les taux d'allaitement, on a parfois tendance à oublier que la fin de la période d'allaitement est tout aussi importante que son commencement tant pour l'enfant que pour sa mère.

À une époque où le corps médical tente par toutes sortes de moyens de faire augmenter les taux d'allaitement, on a parfois tendance à oublier que la fin de la période d'allaitement est tout aussi importante que son commencement tant pour l'enfant que pour sa mère. *À propos du sevrage... quand l'allaitement se termine* aborde diverses facettes du

sevrage dont on entend peu parler en général. Diane Bengson décrit le sevrage dans sa dimension relationnelle et accorde une grande importance aux besoins de l'enfant qui se sevré ainsi qu'aux besoins de la mère qui allaite. Une grande place est faite aux divers récits de sevrage afin de bien faire comprendre au lecteur que chaque relation d'allaitement est unique tant dans son déroulement que dans sa conclusion.

L'auteure rappelle les avantages de l'allaitement prolongé et du sevrage naturel tout en laissant à chaque mère le soin de choisir le moment du sevrage de son enfant. Peu importe quand le sevrage aura lieu, le respect de l'enfant et de ses besoins demeure au centre de la démarche. La relation d'allaitement se doit d'être remplacée par une nouvelle relation mère-enfant où l'amour et la sécurité seront communiqués autrement.

Tout au long de son livre, Diane Bengson accorde une attention particulière aux sentiments que les mères et leur enfant éprouvent à l'égard du sevrage. Elle donne la parole aux mères, aux pères, aux enfants, aux professionnels de la santé et aux anthropologues. Elle s'attarde à décrire les pressions sociales et culturelles que subissent les mères pour sevrer leur enfant ainsi que les mythes entourant l'allaitement prolongé et le sevrage tardif.

Loin d'être un mode d'emploi sur le « comment sevrer », *À propos du sevrage...quand l'allaitement se termine* décrit la relation d'allaitement et de sevrage dans tout ce qu'elle a de complexe et de profondément humain, dans l'ambivalence qu'elle provoque chez les femmes lorsqu'elle se termine et dans les joies et les défis qu'elle offre aux mères et à leur enfant. ♦

Pour obtenir plus de renseignements ou pour commander :

Ligue La Leche
514-990-8917
<http://www.allaitement.ca>
commande@allaitement.ca



Rina, allaitant ses deux amours, Michela et Samuel

819, Roy Est
Montréal (Qc) H2L 1E4
Tél. (514) 528-5811
Fax: (514) 528-5590
info@aspq.org

www.aspq.org

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Renald Bujold, président
DSP Montréal-centre

Benoît Sévigny, trésorier
CQRS

Hélène Cornellier
AFEAS

Natalia Gutiérrez
DSP Montréal-Centre

Robert Laliberté
CLSC - CHSLD des Pays-d'en-Haut

Céline Lemay
Regr. Les sages-femmes du
Québec

Julie Lévesque
RQVVS, INSPQ

Lyne Mongeau
INSPQ

Richard Paquin
DSP des Laurentides

Silvia Shardonofsky
DSP Montréal-centre

Martin St-Georges
DSP Montréal-Centre

Hélène Valentini
INSPQ

PERMANENCE

Lysane Grégoire
Directrice générale

Martine Deschênes
Adjointe administrative

Dossier périnatalité

Catherine Chouinard
Chargée de projet

**Groupe de travail provincial sur la
problématique du poids (GTPPP)**

Valérie Blain
Chargée de projet

Estelle Lehoux
Agente de projet

Alexandra Paré
Agente de projet

Véronique Sauriol
Agente de communication

Mireille Venne
Agente de recherche

**Coalition québécoise pour le
contrôle
du tabac (CQCT)**

Louis Gauvin
Coordonnateur

Heidi Rathjen
Directrice de campagne

Flory Doucas
Agente de projet

Adam Graham
Adjoint administratif

Colloque Québec 2004

Pierre Morasse
Chargé de projet

Nathalie Hautcoeur
Adjointe à la coordination

Devenez membre de l'ASPQ...

MEMBRE INDIVIDUEL

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél.: _____ Fax : _____

Courriel : _____

Organisme pour lequel vous travaillez : _____

Profession : _____

Champ(s) d'intérêt : _____

Renouvellement (X) _____ Nouveau membre (X) _____ Date : _____

Durée	Tarif régulier	Tarif réduit - Étudiant/retraité/bénévole (joindre une preuve de votre statut)
1 an	46,01\$ <input type="checkbox"/>	11,50\$ <input type="checkbox"/>
2 ans(-10%)	82,82\$ <input type="checkbox"/>	20,70\$ <input type="checkbox"/>
5 ans(-20%)	184,04\$ <input type="checkbox"/>	46,01\$ <input type="checkbox"/>

ADHÉSION CONJOINTE - Les individus peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et l'Association Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure d'inscription et pour une durée d'un an.

Coût d'adhésion régulier ASPQ: 46,01\$ + Coût d'adhésion régulier ACSP: 95,00\$ = 141,01\$

Coût d'adhésion réduit ASPQ: 11,50\$ + Coût d'adhésion réduit ACSP: 53,00\$ = 64,50\$

Cochez une seule case sur ce formulaire - Somme ci jointe : _____ \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Organisme : _____

Nom et prénom du contact : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél.: _____ Fax : _____

Courriel : _____

Fonction : _____

Champ(s) d'intérêt : _____

Renouvellement (X) _____ Nouveau membre (X) _____ Date : _____

Durée	Institution à vocation régionale sous-régionale ou provinciale	Institution à vocation locale	Organisme sans but lucratif
1 an	287,56\$ <input type="checkbox"/>	143,78\$ <input type="checkbox"/>	57,51\$ <input type="checkbox"/>
2 ans(-10%)	517,61\$ <input type="checkbox"/>	258,81\$ <input type="checkbox"/>	103,52\$ <input type="checkbox"/>
5 ans(-20%)	1150,25\$ <input type="checkbox"/>	575,13\$ <input type="checkbox"/>	230,05\$ <input type="checkbox"/>

Cochez une seule case sur ce formulaire - Somme ci jointe : _____ \$

La tarification est aussi valable pour les membres actuels qui renouvèlent leur adhésion.

Les tarifs incluent la TPS et la TVQ. - TPS 106733280 / TVQ 1006182166

La cotisation est renouvelable à la date anniversaire de l'adhésion.

Chèque à l'ordre de l'ASPQ - POSTEZ au **819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4.**

Merci!

...et prenez une part active pour la santé et le bien-être