

GR O U P E

m a m a n

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*

Lieux de naissance et enjeux liés au développement de la pratique des sages-femmes Point de vue du Groupe MAMAN, 10 ans après sa création

Préambule

Le cœur de la mission du Groupe MAMAN consiste à agir sur la culture entourant la maternité afin que les femmes puissent donner naissance naturellement et vivre leur maternité de la manière qui leur ressemble, en étant la première responsable des décisions. Cette mission se situe dans un contexte culturel où la prise en charge de l'accouchement est fortement médicalisée et où les structures sociales sont peu accueillantes pour les bébés et leurs parents. La démarche du Groupe MAMAN en est une de réappropriation d'un événement intime et familial, ainsi que de valorisation de la maternité et des activités liées à la reproduction, dont l'allaitement.

La mission du Groupe MAMAN s'accorde avec les recommandations mondiales en matière de santé maternelle et infantile (OMS). Son approche s'harmonise avec les concepts mis de l'avant par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹. Le Groupe MAMAN partage la philosophie propre à la profession des sages-femmes du Québec² de même que les valeurs et les convictions adoptées par le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ³.

La pratique des sages-femmes

Pour le Groupe MAMAN, la pratique des sages-femmes n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen privilégié pour soutenir les femmes et leurs familles afin qu'elles puissent mettre leur enfant au monde dans le respect de leur autonomie et des processus physiologiques, malgré un contexte où l'exercice de ces droits est compromis par un système de soins trop interventionniste.

Au Québec, la pratique des sages-femmes dans sa forme légale est encore jeune et ne dénombre que bien peu de professionnelles, ce qui rend la pratique fragile, d'autant plus qu'elle s'inscrit à contre courant d'une culture dominante puissante. Il est essentiel de surveiller avec grande vigilance les moyens mis en œuvre pour développer cette pratique.

En 1997, le Groupe MAMAN a mené une série de groupes de discussion dans toutes les maisons de naissance du Québec. En conclusion de ce *Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance*⁴, on pouvait lire que **« les parents ont formulé plusieurs recommandations afin de soutenir une pratique des sages-femmes qui soit toujours étroitement liée aux besoins des femmes et des familles tout en assurant la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse et de l'accouchement »**.

C'est là un point important qui a été souligné et qui apporte un bémol à la formule consacrée soutenant que « la pratique des sages-femmes se développe en fonction des besoins exprimés par les femmes ». En effet, parmi la nouvelle clientèle des sages-femmes, il s'en trouvait quelques rares qui auraient aimé voir la péridurale faire son entrée à la maison de naissance, ou qui souhaitaient que des médecins puissent également y pratiquer, voire même

y rendre possible les césariennes. Cette vision a été rejetée en bloc par la grande majorité des participantes qui souhaite que la maison de naissance demeure aussi familière et non médicalisée que le domicile. Les parents ont été formels dans leurs attentes vis-à-vis des sages-femmes. Elles sont clairement considérées comme des gardiennes d'une approche de la naissance dont l'essence est respectée, un rempart face à la culture médicale entourant la maternité, une force et un soutien pour se protéger d'un système trop invasif.

Le Groupe MAMAN souhaite que le développement de la pratique des sages-femmes se poursuive d'une façon qui privilégie la promotion et la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.

Les lieux de naissance

Le choix du lieu de naissance, quel qu'il soit, revient aux parents. Le Groupe MAMAN considère cependant que, pour protéger et promouvoir l'accouchement naturel, le développement de la pratique des sages-femmes doit favoriser le domicile et ne pas encourager l'hôpital pour les accouchements normaux.

Le domicile - Il est maintenant légalement possible d'obtenir l'assistance d'une sage-femme à domicile, cependant, ce service est peu accessible. Pour y avoir droit, il faut habiter à l'intérieur d'un rayon donné de la maison de naissance, base de la pratique des sages-femmes. Par ailleurs, une naissance prévue à domicile peut s'avérer compromise si une autre femme est en travail à la maison de naissance au même moment. En effet, compte tenu de la présence obligatoire de deux sages-femmes sur les lieux d'un accouchement et vus les effectifs réduits, les deux parturientes pourraient devoir accoucher à la maison de naissance.

De plus, certains témoignages ont fait état du malaise de certaines sages-femmes lors d'accouchements à domicile. En outre, les longues années d'attente pour que ce lieu de pratique soit légalisé, réglementé, puis couvert par des assurances pour les professionnelles, ont eu pour conséquence de ne pas permettre aux étudiantes sages-femmes d'avoir accès au domicile comme lieu de stage ; il est essentiel que les étudiantes y soient exposées.

Cette situation est fort préoccupante et nécessiterait d'être clarifiée. Une chose est certaine, c'est qu'entre l'époque où la pratique des sages-femmes n'était pas légalisée et aujourd'hui, le domicile est passé du statut de principal lieu de pratique pour les sages-femmes et endroit de prédilection pour les parents qui voulaient voir naître leur enfant de façon naturelle, à celui de lieu complètement occulté des prévisions de la prochaine politique de périnatalité :

« Assurer l'accès aux suivis avec une sage-femme et à l'accouchement en milieu hospitalier et en maison de naissance. L'objectif poursuivi est l'accès à 21 maisons de naissance associées à autant de partenaires hospitaliers et à un ratio de 50% des naissances dans chacun de ces milieux. » (Document de travail du MSSS, 2006)

La résistance à l'accouchement à domicile est forte et répandue. Plusieurs associations de gynécologues-obstétriciens, au Canada comme ailleurs dans le monde, s'opposent à l'accouchement à domicile en ne tenant pas compte de la vaste littérature scientifique l'appuyant pourtant. À titre d'exemple, tout près de nous, en octobre dernier, le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues émettait un communiqué s'opposant catégoriquement à l'accouchement à l'extérieur de l'hôpital. On y soulignait la nécessité d'une surveillance continue de la mère et du fœtus en raison des sérieuses complications qui pourraient survenir sans préavis, même pour une grossesse à faible risque. Le communiqué

ajoute que les études comparant la sécurité des accouchements à l'hôpital et celle des accouchements hors centres hospitaliers sont limitées et sans rigueur scientifique.⁵

Dans le processus de légalisation, le statut dont a hérité le domicile comme lieu d'accouchement nous apparaît comme le symptôme d'une atteinte importante à l'approche des sages-femmes telle qu'elle a motivé les mouvements militants d'il y a 10 à 20 ans. En règle générale, le domicile est le lieu le plus propice à l'exercice de l'autonomie, le plus favorable au respect de l'instinct de la femme qui accouche, le lieu où elle se sentira le plus à son aise et, de par sa nature, un espace peu propice au recours à la technologie médicale.

Nous reprenons ici les paroles de la sage-femme Isabelle Brabant qui a bien su exprimer les sentiments de celles qui choisissent d'accoucher à leur domicile⁶.

« Elles accouchent chez elles justement pour faire les choses à leur manière ! Ce sont nous, les sages-femmes, qui sommes sur leur territoire. Par exemple, comment pourrions-nous interdire à quelqu'un de manger dans sa propre cuisine ? Ou lui dire qui inviter chez elle, et à quelle heure ? Dans la chambre même où le bébé a été conçu, les sons, les odeurs, les objets familiers rappellent à chaque instant à cette femme qui cherche une position, un souffle, un appui sur son chum, que cet accouchement fait bien partie de sa vie à elle. Elle ne se déplacera pas, ni pendant le travail, ni quelques heures après, avec un petit bébé tout neuf : ce sont les sages-femmes qui viendront la retrouver dans le nid qu'elle s'est fait pour accoucher.

Mais accoucher chez soi n'est pas qu'une question de confort : c'est aussi et surtout une vision différente de la responsabilité et de la sécurité. Il n'y a pas d'institution présente qui crée cette illusion "qu'on s'occupe" de ce qui doit être fait. La responsabilité est celle des parents, d'abord et avant tout. »

Dans le cadre d'une démarche de réappropriation et de promotion de l'autonomie, le Groupe MAMAN met l'accent sur la promotion du domicile comme lieu d'accouchement privilégié et souhaite que le développement de la pratique des sages-femmes s'organise de sorte que le domicile soit desservi en priorité. Ce parti pris en faveur du domicile respecte l'esprit des revendications des premières militantes, qui accouchaient à domicile, et des sages-femmes qui les accompagnaient.

Accoucher ailleurs que sur son propre territoire peut favoriser la remise d'une partie de sa confiance et de sa responsabilité en d'autres mains. Citons Isabelle Brabant :

« Je suis toujours désolée d'entendre des parents me dire qu'ils sont contents d'accoucher à la maison de naissance parce qu'ils ne se seraient jamais senti en sécurité chez eux. Je leur signale alors que la seule pièce d'équipement que je ne transporterai pas dans ma valise... c'est la lampe chauffante! Tout le reste fait partie de l'équipement qu'on apporte à la maison. Mais le fait qu'on puisse voir les armoires rangées, qu'on se déplace dans un lieu appelé "maison de naissance"... je ne sais pas ce qui crée ce sentiment que là, ce n'est pas pareil. Parce qu'il n'en est rien : nous sommes toujours en dehors d'un hôpital, et il faut prévoir un transfert si une complication s'annonce...dans les deux cas. Ce qui fait que l'accouchement sera sécuritaire dépend d'un ensemble d'autres facteurs que les quatre murs de la maison de naissance. »

Dans l'histoire de maternité d'une femme, la maison de naissance représente souvent une étape de transition fort positive. Accoucher avec une sage-femme à l'hôpital correspond également au désir d'un nombre très significatif de femmes et peut sans aucun doute s'avérer une expérience des plus positives. Ceci dit, il faut distinguer le respect du choix des femmes des stratégies de développement à privilégier pour protéger l'approche de la pratique des sages-femmes. On ne peut organiser une pratique en fonction du cheminement personnel des individus, surtout une pratique sur laquelle on compte pour transformer une culture.

Le Groupe MAMAN considère qu'il faut adopter une vision à long terme pour promouvoir et protéger le caractère foncièrement naturel de l'accouchement et atteindre des changements culturels au bénéfice de la collectivité. À ce titre, l'accouchement à domicile doit demeurer un phare qui guide le développement de la pratique des sages-femmes.

Ainsi, il convient d'explorer d'autres modes d'organisation de la pratique, outre celle gravitant autour des maisons de naissance. Les familles en régions rurales à faible densité de population ne pourront jamais justifier l'implantation d'une maison de naissance, pourtant, un accès aux services d'une sage-femme doit leur être rendu possible. La pratique des sages-femmes à domicile, telle qu'elle a existé aux Pays-Bas devrait être examinée afin d'identifier des modes d'organisation plus souples et adaptables aux besoins des femmes souhaitant accoucher chez elles. Le Groupe MAMAN appuie les démarches citoyennes réclamant l'accessibilité aux services des sages-femmes, particulièrement pour assister des accouchements à domicile.

Les maisons de naissance - Présentement, les maisons de naissance, espaces administrés par les CSSS, sont la seule base de travail possible pour les sages-femmes. Bien que la limite de la pratique des sages-femmes aux maisons de naissance soit issue d'un compromis lors de l'adoption de la Loi 4 encadrant l'expérimentation de la profession en projets-pilotes, ce lieu s'est avéré un espace communautaire apprécié de la clientèle, plus particulièrement dans les grands centres ; la dimension communautaire est en effet moins évidente dans les régions éloignées, en raison de l'étendue des territoires couverts. De plus, pour les sages-femmes, la maison de naissance constitue un espace privilégié pour les rencontres d'équipes et les consultations entre pairs. De nombreuses qualités en faveur des maisons de naissance ont été soulignées.

Physiquement, la majorité des maisons de naissance sont situées dans des immeubles distincts des CLSC et des centres hospitaliers. Or, la politique de périnatalité du ministère de la santé et des services sociaux du Québec préconise que l'implantation des nouvelles maisons de naissance se fasse dans les infrastructures existantes, par exemple à l'intérieur d'un CLSC (ou, pourquoi pas, dans l'aile d'un centre hospitalier...). Le *Bilan*⁷ de 1997 soulignait déjà l'impact de l'aménagement d'allure « maison » de la maison de naissance située au 3^e étage du CLSC Lac-Saint-Louis sur sa vie communautaire, mais, surtout, sur la possibilité pour les femmes de s'approprier les lieux. Le fait de se sentir sur son territoire est un facteur non négligeable pour la prise en charge de la femme par elle-même.

Par ailleurs, les maisons de naissance demeurent des institutions liées à des modes de gestion complexes, tributaires d'un cadre légal et des rouages inhérents au système de santé. La participation significative des usagères peut s'avérer un âpre combat où les rapports de force sont nettement déséquilibrés. Pourtant, l'implication soutenue des parents, à qui le système de soins confère des moyens réels et adaptés à leur réalité pour s'investir de manière significative, est le fondement même du caractère communautaire d'une maison de naissance (Cf. la Charte d'Ottawa⁸). De plus, qui, mieux que les parents, peut donner une juste évaluation et s'assurer que les services sont conformes à leurs attentes, qui sont celles de services démedicalisés ?

C'est un défi de préserver, à travers une organisation institutionnelle, la place qui doit revenir aux familles ; il s'agit pourtant de leur propre expérience de transformation de couple en famille ou en famille qui s'élargit. Le principe qui reconnaît que la naissance appartient aux femmes et aux familles doit demeurer central. Citons de nouveau Isabelle Brabant :

« Et tous les soins en périnatalité doivent découler de ce fait. Sinon, c'est impossible d'empêcher les institutions de reprendre les rênes, lentement mais sûrement, de dicter les façons de faire, subtilement ou non, de décider, encore une fois, de ce qui est bon pour nous, de s'approprier l'événement de la naissance de nos enfants et de détourner à leur avantage, selon leurs intérêts, le sens même de son déroulement. Et je serai très claire: quand je dis "institution", ça inclut aussi les maisons de naissance. Parce que c'est dans la nature même des institutions d'être plus imposantes que les individus. Parce que quand vous venez accoucher à la maison de naissance, c'est la sage-femme qui est sur son territoire à elle, pas vous. Et ça finit par compter. »

Isabelle Brabant insiste clairement sur l'importance de l'accouchement à domicile, même pour celles qui ne désirent pas y accoucher. La vision liée à l'accouchement à domicile doit transcender toute l'organisation de la pratique des sages-femmes et son développement :

« (...) la plupart d'entre vous avez connu la pratique des sages-femmes dans une maison de naissance, un lieu d'accouchement qui vous est probablement apparu comme une alternative attrayante à ce que l'hôpital peut offrir. Il y a une très bonne raison à cela : c'est que les services des maisons de naissance ont été conçus par des sages-femmes qui avaient une longue expérience de l'accouchement à la maison. En fait, nous y avons transposé, le plus fidèlement possible, notre pratique à la maison. Pourquoi ? Parce que c'est celle qui vient directement des femmes et de leurs conjoints. »

Ces propos, que tenait Isabelle Brabant en 1997, suscitent aujourd'hui plusieurs questions. La pratique actuelle dans ces mêmes maisons de naissance est-elle toujours une aussi fidèle transposition de la pratique que les sages-femmes avaient à domicile ? Les nouvelles maisons de naissance que l'on veut voir s'ériger sur le territoire québécois seront-elles mises en place par des sages-femmes qui ont une longue expérience de l'accouchement à la maison ? Soutenues par des familles qui accouchent à la maison ? Quel sera le pouvoir des familles dans le processus d'implantation d'une maison de naissance ? Quel pouvoir d'influence accordera-t-on à leur participation citoyenne par la suite ? Jusqu'où ira le pouvoir des administrateurs ? Le fossé qui a commencé à se former entre la pratique à domicile pré-légalisation et celle en maison de naissance ne fera-t-il que se creuser ? Ces questions sont également justifiées par les difficultés majeures que connaissent certains groupes d'usagères pour se faire reconnaître et exercer leur rôle dans leur maison de naissance.

Dans la mesure où un cadre de référence reconnu par les instances concernées est respecté, dans la mesure où les parents sont impliqués au premier plan dans l'orientation, l'organisation et l'évaluation des services et des activités et, enfin, dans la mesure où ils sont soutenus par les administrateurs et les équipes de sages-femmes dans l'exercice de leur rôle complémentaire indispensable, le Groupe MAMAN est favorable à l'implantation de maisons de naissance et appuie les démarches citoyennes en ce sens. Idéalement, un projet de maison de naissance devrait se réaliser dans une maison plutôt qu'entre les murs d'un CLSC ; quant au centre hospitalier, il ne doit pas être considéré pour accueillir une maison de naissance. Dans tous les cas, des mesures soutenues doivent être déployées pour que les femmes se sentent à l'aise d'investir les lieux et d'y faire leur territoire.

L'hôpital - Bientôt, toutes les maisons de naissance auront signé des ententes avec des centres hospitaliers afin que les sages-femmes puissent y accompagner celles de leurs clientes qui désirent y accoucher. Bien que, en toute logique, les clientes des sages-femmes recevant une information appropriée sur les lieux de naissance risquent fort de ne pas privilégier l'hôpital comme lieu d'accouchement, les prévisions ministérielles y voient tout de même se dérouler 50% des accouchements assistés par des sages-femmes dans 10 ans. De plus, considérant l'opposition notoire du corps médical, notamment des spécialistes, à voir les sages-femmes pratiquer hors centres hospitaliers, une pression ou une influence de leur part à la faveur de l'hôpital est à prévoir.

Selon les données actuelles, nous pouvons affirmer qu'il est préférable d'accoucher à l'extérieur de l'hôpital, sauf dans les cas de grossesses présentant des risques particuliers. Ce milieu institutionnel présente des risques d'infections nosocomiales et ne favorise pas l'intimité que requiert l'accouchement, pas plus que l'exercice de l'autonomie. En effet, assumer le niveau du risque à prendre par les soignants appartient au patient; or, il apparaît clairement que ce droit est trop souvent nié dans les services d'obstétrique des hôpitaux : refus d'AVAC, refus d'assister un accouchement en présentation d'un siège, etc. De même, plusieurs études démontrent que les services des sages-femmes ne présentent pas les mêmes bénéfices en matière de réduction d'interventions lorsqu'ils sont dispensés en centres hospitaliers, simplement en raison de l'accès à l'arsenal technologique facilité par sa proximité.

« Il apparaît dans les résultats que fournissent ces études que les taux d'accouchements assistés (forceps) et des césariennes sont plus élevés chez la clientèle des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier. Il apparaît également que les interventions obstétricales (monitorage fœtal électronique, stimulation du travail, analgésie) sont plus courantes en milieu hospitalier. »

Analyse critique d'études sur les lieux de naissance et de pratique des sages-femmes, présentée au Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, N. Rozon, 1997

Comme « c'est dans la nature même des institutions d'être plus imposantes que les individus », l'intégration des sages-femmes au milieu hospitalier nous pousse à appréhender une hausse, dans leur pratique, de différentes interventions et protocoles de routine portant atteinte au respect de la physiologie. Par ailleurs, avec le temps, plus les services des sages-femmes seront assimilés au système de soins conventionnel, là où s'exprime et se vit la culture médicalisée de la naissance, plus les risques que leur pratique soit compromise augmenteront. Toujours dans l'analyse critique de Rozon :

« Il est toutefois important de noter que les taux en ce qui a trait aux interventions obstétricales et à la morbidité maternelle sont plus élevés dans les modèles de pratique hospitalière de sages-femmes britanniques. Or il faut tenir compte du fait qu'au Royaume-Uni les sages-femmes ont longtemps été assimilées au système de services et de soins conventionnels et que ce fait a grandement influencé leurs habitudes de pratiques. »

Le Groupe MAMAN considère que l'accouchement normal doit sortir de l'hôpital. Idéalement, les sages-femmes ne devraient y travailler que pour accompagner la cliente dont la condition nécessite une attention médicale. À l'instar de la cliente qui choisit d'accoucher à domicile, celle qui choisit l'hôpital devrait recevoir une information appropriée et signer un « Consentement aux services d'une sage-femme pour un accouchement à l'hôpital ». Ce consentement confirmera que la cliente reconnaît avoir été informée, notamment, des « particularités de l'hôpital comme lieu de naissance et des risques qui y sont afférents ».

Le Groupe MAMAN soutient la diffusion d'informations permettant aux femmes de mieux comprendre la physiologie et le caractère multidimensionnel de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Les sages-femmes peuvent et devraient jouer un rôle de premier plan dans cette diffusion.

Préoccupations et enjeux

Contexte - Afin de guider ses discussions pour établir ses priorités d'action, le Groupe MAMAN fait le bilan de ses préoccupations. La MAMANLISTE, forum de discussion sur la périnatalité envisagée dans une perspective de normalité, a été instaurée en décembre 1999. Près de sept ans d'échanges et de discussion ont permis de réfléchir aux enjeux liés à l'autonomie dans la maternité et à l'accouchement naturel, plus particulièrement en ce qui a trait à la pratique des sages-femmes au Québec. Le forum a vu défiler de très nombreux témoignages qui nous aident à ne pas perdre de vue ce que vivent les femmes et les familles au cours de la période périnatale. La clientèle des sages-femmes révèle de belles histoires touchantes de découvertes, d'éveil à soi, de renaissance... Mais elle nous dévoile aussi parfois des histoires de déceptions, d'amertume, de tensions. Tout en se réjouissant des acquis, il importe donc de se pencher sur les pertes possibles, sur les grains de sable qui peuvent se glisser dans l'engrenage. La vigilance face au développement de la pratique des sages-femmes est au cœur de la mission que s'est donnée le Groupe MAMAN.

La promotion et la protection de l'accouchement naturel par le recours aux services des sages-femmes a impliqué et implique toujours une multitude d'actions qui doivent concourir à l'amélioration constante des conditions dans lesquelles les femmes vivent leur grossesse, leur accouchement et la période post-natale. Comment ces actions se sont-elles déroulées depuis une dizaine d'années ? Par ailleurs, le cap est-il maintenu ?

La légalisation de la pratique des sages-femmes et la gratuité de leurs services supposent la gestion par l'État de l'argent des contribuables. Dans notre système politique, ceci implique que le gouvernement est responsable des dépenses encourues, qu'il doit assurer un service de qualité, rendu par des professionnelles dont on s'est assuré des compétences, et que ces dernières doivent s'intégrer au système de santé dans une relative harmonie avec les us et coutumes des professionnels déjà en place. L'intégration des sages-femmes dans le système de soins québécois a également entraîné la mise en place d'une formation universitaire, la création d'un ordre professionnel, l'adoption d'une loi et de règlements encadrant la pratique.

Toutes les décisions qui ont dû être prises en cours de route ont impliqué une foule d'acteurs, outre les groupes directement concernés, soit des acteurs puissants (dont le lobby médical) et le monde politique avec ses décideurs. Avons-nous parfaitement réussi à mettre en place une pratique idéale établie dans des conditions optimales ? Évidemment non ; il serait utopique d'espérer pouvoir répondre oui. Mais une telle entreprise exige de la patience et, surtout, de garder les yeux ouverts pour apprendre des erreurs et des manquements passés pour rajuster le tir en conséquence. Sinon, l'écart par rapport à la vision originelle que l'on constate déjà risque de devenir un fossé.

Dans cette optique, la réalisation d'un bilan actualisé de la pratique des sages-femmes depuis la légalisation et réalisé par les usagers, comme en 1997, apparaît plus que jamais nécessaire. L'approche qualitative par groupes de discussion avait permis d'approfondir les réflexions de façon très intéressante et profitable.

Écarts constatés - Les règlements sur les consultations et les transferts de responsabilité clinique portent atteinte à l'autonomie professionnelle de la sage-femme ainsi qu'à l'exercice de son jugement clinique. Certaines dispositions obligeant à un transfert ou à une consultation apparaissent trop strictes. Par exemple, l'établissement de balises précises sur le terme de la gestation nie la capacité de la sage-femme à exercer son jugement clinique afin de déceler une situation préoccupante. Pire, on assiste à l'émergence d'un nouveau syndrome propre aux clientes des sages-femmes : le stress induit par le risque de devoir accoucher à l'hôpital si la femme n'a pas dépassé le cap de 37 semaines suivi de la crainte de dépasser 42 semaines. Cette situation amène des femmes à avoir recours à certaines interventions pour provoquer l'accouchement à l'approche de l'échéance fatidique. On sait pourtant que bien d'autres signes permettent d'évaluer l'état du bébé, outre le nombre de semaines de gestation.

On constate également une perte déplorable de certaines des habiletés développées par les sages-femmes et qu'elles n'ont plus le droit d'exercer. Lors d'une présentation autre que vertex par exemple, certains gestes plus respectueux de la physiologie ne peuvent plus être posés, sinon lors de situations ironiques où la sage-femme conseille le médecin à qui elle a dû transférer sa responsabilité clinique. De plus, trop de situations excluent les femmes et les couples de l'accès aux services des sages-femmes comme le fait d'attendre des jumeaux.

Le principe de continuité de la pratique sage-femme est compromis dans les situations où il serait particulièrement important de le préserver. L'approche des sages-femmes est globale et s'intéresse au couple, à la famille, aux aspects physiques, mais aussi aux aspects psychologiques liés au fait de devenir parents. Une femme qui a établi une bonne relation avec sa sage-femme et qui vit une déviation de la norme en cours de grossesse doit être transférée à la responsabilité d'un médecin. Alors que c'est sans doute précisément à ce moment qu'elle aurait eu le plus besoin de poursuivre cette relation, le système se désiste et n'assume pas la poursuite d'un suivi global avec la sage-femme en laissant au médecin le suivi médical qu'une situation potentiellement pathologique nécessite.

Concernant la formation, le programme de l'UQTR est certes un acquis très intéressant. Mais qu'advient-il des femmes qui préféreraient un parcours plus personnel ? Des expériences d'apprentissage de leur choix ? Un rythme d'apprentissage plus respectueux des autres sphères de leur vie, de leur propre famille par exemple ? Pourtant, plusieurs de nos sages-femmes d'excellente réputation ont été autodidactes, cumulant souvent des parcours de vie riches où l'apprentissage s'est échelonné sur des années, et parfois sur plusieurs continents. Si de tels parcours ne sont plus reconnus, ni possibles, on se prive probablement de sages-femmes intéressantes et inspirantes.

La politique de périnatalité qui prévoit que d'ici 10 ans, 50 % des accouchements assistés par une sage-femme se feront en milieu hospitalier et 50 % en maisons de naissance a aussi de quoi inquiéter : les décideurs semblent délibérément ignorer le domicile. De plus, la politique stipule que la clientèle « vulnérable » soit ciblée en priorité et qu'il faut éviter que la clientèle des sages-femmes se retrouve essentiellement parmi les femmes plus favorisées et plus scolarisées. Est-ce le début d'une discrimination à l'endroit de certaines femmes qui seront considérées trop riches ou trop instruites pour avoir accès à des services favorisant l'accouchement naturel ?

Le développement de la pratique inquiète également quant à l'approche des sages-femmes en elle-même. On entend malheureusement certains témoignages d'expériences vécues dans les maisons de naissance, des histoires tristes, qui détonnent avec la philosophie des sages-femmes, laquelle implique un rapport égalitaire.

L'établissement des priorités d'action du Groupe MAMAN doit tenir compte de ces préoccupations.

Pistes pour l'établissement de priorités d'action

L'accessibilité aux services des sages-femmes est la revendication première du mouvement militant. Mais il convient ici de reprendre le titre de l'éditorial de Bernadette Thibau deau : « *L'accessibilité aux sages-femmes, pas à n'importe quel prix* » (Mamazine, juin 2006). Considérant les préoccupations énumérées plus haut, il paraît essentiel de prendre un certain recul pour jeter un regard plus éclairé sur l'état de la situation de la pratique des sages-femmes. La concertation entre femmes et sages-femmes est aussi essentielle pour combler le fossé qui tend si facilement à se creuser si on laisse les ratés et les témoignages d'insatisfaction nourrir la déception et fausser les perceptions.

- ~ Prendre le pouls de la clientèle par le biais d'une vaste consultation dans les maisons de naissance ; consulter également les femmes qui tiennent à accoucher à domicile même s'il leur faut payer pour obtenir le soutien qui leur convient, ainsi que celles qui veulent des services de sages-femmes sans y avoir accès.
- ~ Se rapprocher des comités d'usagères des maisons de naissance et autres groupes revendiquant l'accès aux services de sages-femmes dans leur région afin de les soutenir dans leur action citoyenne.
- ~ Saisir diverses opportunités pour stimuler la communication avec les sages-femmes afin que nous comprenions mieux nos réalités respectives et que la recherche de solutions pour faire progresser l'accouchement naturel soit plus adaptée et partagée.
- ~ Soigner nos représentations auprès des fonctionnaires et des décideurs afin d'occuper les espaces de débats et d'optimiser notre pouvoir d'influence.
- ~ Mener des investigations sur les autres expériences, au plan international, pour nourrir la réflexion sur les modes de développement et d'implantation de la pratique sage-femme et nous aider à identifier les solutions qui nous conviennent le mieux.
- ~ Avoir recours à la littérature scientifique pour appuyer nos revendications ; démontrer que nos assertions sont rigoureuses ; souligner l'absence de rigueur scientifique lorsqu'on la rencontre (par exemple, dans les discours contre l'accouchement à domicile).
- ~ Sensibiliser et informer la population, par nos témoignages et par d'autres moyens, sur la physiologie et le caractère foncièrement naturel et multidimensionnel de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.

¹ Parmi les concepts promus par la Charte d'Ottawa qui inspirent l'action du Groupe MAMAN, mentionnons :

- **Conférer des moyens**, concept communément appelé « **empowerment** » : réappropriation des pouvoirs par les citoyens dans un milieu apportant soutien, information et aptitudes pour réaliser son plein potentiel de santé, ainsi que pour prendre en charge les éléments déterminant leur état de santé, tout en ayant la possibilité de faire des choix sains.
- **Renforcer l'action communautaire** : La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

-
- **Acquérir des aptitudes individuelles** : La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à en affronter les diverses étapes. Cette démarche relève de tous les secteurs de la société.

La Charte d'Ottawa, 1987 : <http://www.aspq.org/DL/charte.pdf>

² **Philosophie de la profession des sages-femmes du Québec**

- La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.
- Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnelles de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir, en sécurité et dans la dignité.
- Les sages-femmes respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté attribuent à la grossesse, à la naissance, et à l'expérience de nouveau parent.
- La pratique des sages-femmes s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.
- Les sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnelles de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.
- Les sages-femmes respectent le droit des femmes de choisir leur professionnelle de la santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.
- Les sages-femmes considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de la maternité. Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.
- Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles. Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer les soins sur la mère.
- Les sages-femmes encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyens privilégiés de faciliter l'adaptation des nouvelles familles.

http://www.osfq.org/lsfq/index_philosophie.html

³ Des représentantes du Groupe MAMAN ont participé aux travaux menant à l'adoption de la vision et des valeurs du Comité national de l'ASPQ. Pour une meilleure compréhension du présent document, citons :

- La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques normaux.
- L'accouchement physiologique doit être le point de référence des pratiques obstétricales.
- La maternité est une expérience singulière et multidimensionnelle et un processus de transformation.
- La mère et son enfant forment une unité biologique et sociale indissociable tout en étant des personnes distinctes.
- La famille est le premier milieu de vie et d'épanouissement de l'enfant; ses membres sont interdépendants. La famille doit être reconnue et soutenue.

-
- L'autonomie des femmes et des familles dans les prises de décisions les concernant est un préalable à une relation non hiérarchique de réciprocité pour toutes les parties concernées.

La Vision du comité national, 2006 : http://www.aspq.org/view_page.php?type=theme&id=52&article=921

⁴ « *Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maisons de naissance* », Février 1998, Mireille Bouffard et Lysane Grégoire, Groupe MAMAN.

⁵ Le communiqué : <http://homebirthtalk.com/?p=88>

L'Alliance francophone pour l'accouchement respecté tient une base de données répertoriant des articles de la presse scientifique incluant à ce jour 34 articles sur l'accouchement à domicile et 16 concernant les maisons de naissance : www.afar.info

⁶ Les extraits d'Isabelle Brabant cités dans ce texte proviennent de son article : « *Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel... ...pour celles qui ne veulent pas y accoucher !* », La Bulle flottante, bulletin d'information du Groupe MAMAN, septembre 1997, <http://www.groupemaman.org/bulle/v01n03.html>

⁷ Idem note 4

⁸ Idem note 1

Adopté par le Conseil d'administration du Groupe MAMAN le 19 janvier 2007.

www.groupemaman.org