

B I L A N

*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*

PAR

MIREILLE BOUFFARD

LYSANE GRÉGOIRE

FÉVRIER 1998

UNE INITIATIVE DU

GR**O U P E**
m a m a n

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

TABLE DES MATIÈRES

1	REMERCIEMENTS	PAGE 3
2	AVIS AUX LECTRICES ET AUX LECTEURS	PAGE 5
3	MISE EN CONTEXTE	PAGE 6
4	MÉTHODOLOGIE	PAGE 7
5	LES DIMENSIONS DE L'APPROCHE SAGE-FEMME	
5.1	LES DIMENSIONS APPRÉCIÉES	
5.1.1	Les qualités humaines de la sage-femme.....	PAGE 10
5.1.2	Prise en charge de la femme par elle-même "l'empowerment".....	PAGE 11
5.1.3	L'implication du père et de la famille.....	PAGE 12
5.2	LES DÉFIS INHÉRENTS À L'APPROCHE	
5.2.1	La culture des sages-femmes et l'information.....	PAGE 13
5.2.2	Risque de chevauchement : besoins exprimés par la clientèle versus préservation de la pratique développée au Québec.....	PAGE 15
6	LA SÉCURITÉ	
6.1	LES FACTEURS DE SÉCURITÉ EXTRINSÈQUES	
6.1.1	...reliés à la sage-femme.....	PAGE 17
6.1.2	...reliés à l'environnement.....	PAGE 18
6.1.3	...reliés au milieu hospitalier.....	PAGE 19
6.2	LES FACTEURS DE SÉCURITÉ INTRINSÈQUES	PAGE 19
6.3	LES FACTEURS INSÉCURISANTS	
6.3.1	...reliés aux protocoles et règlements.....	PAGE 20
6.3.2	...reliés au transfert en milieu hospitalier.....	PAGE 21
6.3.3	...reliés au contrôle des médecins.....	PAGE 22
6.3.4	Autres facteurs insécurisants.....	PAGE 23
7	LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES	
7.1	LE SUIVI OFFERT	
7.1.1	Le nombre de sages-femmes impliquées dans un suivi.....	PAGE 24
7.1.2	Le rythme des rencontres.....	PAGE 24
7.1.3	L'assistante de la sage-femme lors de l'accouchement.....	PAGE 25
7.1.4	Le rôle de la sage-femme en cas de complications.....	PAGE 27
7.1.5	Le suivi conjoint médecin - sage-femme.....	PAGE 28

7.2	LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES	
7.2.1	Les compétences actuelles.....	PAGE 29
7.2.2	Les compétences ou habiletés particulières retenues.....	PAGE 29
7.2.3	L'autonomie professionnelle.....	PAGE 31
7.2.4	Ce qui n'est pas souhaitable chez une sage-femme.....	PAGE 31
7.3	LES LIEUX DE NAISSANCE	
7.3.1	Le centre hospitalier.....	PAGE 33
7.3.2	L'ouverture des maisons de naissance aux médecins.....	PAGE 33
7.3.3	La liberté de choix.....	PAGE 35
7.3.4	L'accouchement à domicile.....	PAGE 35
7.4	L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE ET LA FORMATION	
7.4.1	Valeurs importantes pour la formation.....	PAGE 36
7.4.2	Ordre professionnel autonome.....	PAGE 37
7.4.3	Craintes à l'égard du développement de la profession.....	PAGE 37
8	LES PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES AU LIEN PRIVILÉGIÉ	
8.1	LE DEUIL DE LA RELATION ENTRE LA FEMME ET SA SAGE-FEMME	PAGE 39
8.2	PROPOSITIONS POUR PALIER AU PHÉNOMÈNE DU DEUIL	PAGE 43
8.3	HYPOTHÈSE / RECOMMANDATIONS RELATIVEMENT À L'AMÉNAGEMENT DES MAISONS DE NAISSANCE	PAGE 44
8.4	LE PHÉNOMÈNE D'ÉLÉVATION DE LA SAGE-FEMME	PAGE 46
9	CONCLUSION	PAGE 49
	ANNEXE 1	
	GUIDE DE L'OPÉRATION-BILAN	PAGE 51
	ANNEXE 2	
	CANEVAS D'ANIMATION DES GROUPES DE DISCUSSION	PAGE 55
	ANNEXE 3	
	PROFIL DES PARTICIPANTES AUX GROUPES DE DISCUSSION	PAGE 57

Nous voulons souligner l'enthousiasme et le dynamisme de la centaine de femmes et d'hommes qui ont accepté de consacrer une de leurs soirées à partager leur expérience, leurs opinions et leurs propositions. Nous tenons à les remercier en tout premier lieu. Leur motivation face à ce projet de groupes de discussion a été contagieuse et a assuré la réussite du présent bilan.

Mille mercis à Danielle Durand, agente de recherche à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre pour ses judicieux commentaires nous permettant de saisir certaines subtilités de la recherche qualitative. Grâce à elle, nous avons pu conserver la rigueur nécessaire à la rédaction d'un bilan provincial tout en reflétant le plus possible les opinions exprimées par chaque participante et chaque participant.

Merci aux équipes des groupes de discussion de chacune des maisons de naissance qui se sont jointes à nous pour la réalisation de ce projet:

- Claudette Normand, Nathalie Labrie et Lison Sirois de la Maison de naissance Collette-Julien à Mont-Joli;
- Andrée Rivard, Annie Frazer, Annick Fortier et Pascale Racicot de la Maison de naissance Mimosa à St-Romuald;
- Annie Benoît, Caroline Côté et Sylvie Poissant du Centre de Maternité de L'Estrie à Sherbrooke;
- Anne-Michèle Fortman de la Maison de naissance Côte-des-Neiges;
- Manon Latendresse et Eleni Niflis de la Maison de naissance de Pointe-Claire.
- Maryse Courchesne, Patricia Rapold, Jean-Pierre Moisan, Denis Desharnais et Mitsi Cardinal de la Maison de naissance de L'Outaouais à Gatineau.

Merci à Lyse Cloutier du Centre de femmes "Écho des femmes de la Petite Patrie" pour son aide lors du pré-test et surtout pour ses observations justes et éclairantes.

Merci Monique Messier et à Andrée Rivard pour la révision linguistique et leurs commentaires fort judicieux ainsi qu'à Ginette Beauchesne, secrétaire à la Maison de naissance de Pointe-Claire, pour ses contributions efficaces.

Merci à Céline Lemay et Michèle Champagne, sages-femmes, qui ont initié, soutenu et apporté leur éclairage sur la démarche.

Merci aux coordonnatrices des maisons de naissance : Christiane Brunelle, Josée Briggs, Raymonde Gagnon, Sylvie Poissant, Johanne Gagnon et Michèle Champagne qui ont soutenu la démarche chacune dans leur région en offrant les facilités nécessaires à la réalisation des groupes de discussion.

Merci à Lucie Hamelin, présidente du Regroupement "Les sages-femmes du Québec", pour le soutien offert au projet ainsi qu'à Hélène Cornellier, conseillère au Regroupement, qui a facilité les aspects logistiques de la présentation du bilan aux sages-femmes.

À vous tous, nous exprimons notre reconnaissance d'avoir cru en cette démarche et jugé qu'elle valait la peine d'y consacrer vos efforts et votre appui; sans quoi, ce bilan n'aurait pu voir le jour.

Les rédactrices

Ce bilan fait état de l'expérience, de l'opinion et des commentaires de près de 100 couples ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance à travers le Québec. Bien que nous ayons eu l'occasion d'entendre des hommes et des femmes, notons que la participation des femmes a été nettement supérieure. Elles sont évidemment plus personnellement impliquées dans l'expérience de la maternité. Elles se sont aussi faites porte-parole de leur famille puisqu'aucun soutien de gardiennage n'a pu être offert pour permettre aux couples de participer ensemble (sauf au Mimosa, à Saint-Romuald).

Voilà pourquoi nous utiliserons généralement des formulations au féminin en considérant ici que le féminin inclut le masculin. De plus, les termes femmes, participantes, usagères représentent les participantes et participants aux groupes de discussion et ne doivent pas être considérés comme représentant l'ensemble des hommes et des femmes ayant obtenu des services en maisons de naissance.

Enfin, nous désirons porter à votre attention que l'utilisation dans le texte du "on" représente le point de vue des participantes aux groupes de discussion alors que le "nous" réfère au point de vue de la rédaction. Ajoutons toutefois que ces points de vue sont le fruit de l'ensemble de la démarche et ont été validés auprès des équipes responsables des groupes de discussion dans chacune des maisons de naissance.

L'expérimentation de la pratique des sages-femmes au Québec dans le cadre de projets-pilotes tire à sa fin. C'est au cours de l'année 1998 que la pratique devrait être reconnue légalement. De tous les coins du Québec, au-delà de 2000 couples ont vécu l'expérience d'un suivi avec une sage-femme en maisons de naissance.

À l'aube de la légalisation, les sages-femmes ont demandé aux usagères de se prononcer sur les services qu'elles avaient reçus dans les projets-pilotes. C'est donc afin d'éclairer leur réflexion, que nous avons entrepris ce projet de bilan des usagères. Par ailleurs, nous tenons également à exprimer aux décideurs ce qui nous apparaît essentiel de préserver dans la pratique des sages-femmes telle que nous l'avons connue en projet-pilote. Notre démarche a aussi permis de dégager des pistes de réflexion et certaines propositions de changement.

Aux sages-femmes plus particulièrement, nous vous invitons à lire ce bilan comme si vous étiez à bord d'un voilier. Nous vous annonçons d'entrée de jeu que les vents sont favorables mais, comme toute sortie en voilier, il y aura des surprises. Vous aurez des vents arrière qui vous forceront à garder un cap serré, quelques rafales qui vous feront gîter plus qu'à l'ordinaire, quelques hauts-fonds qu'il vous faudra contourner et enfin, vos clientes, ces équipières maintenant plus expérimentées et qui connaissent mieux leurs forces, qui sauront vous suggérer les petits détails qui font toute la différence dans ce merveilleux travail d'équipe. Un vieux dicton de marin s'applique ici : "Si nous ne pouvons changer la force du vent, nous pouvons toutefois constamment ajuster nos voiles".

Lecteurs et lectrices, nous vous invitons à nous faire part de vos réflexions suite à la lecture de ce bilan et ainsi, de participer à l'évolution de cette démarche.

L'objectif de l'opération est de dresser un bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant participé aux projets-pilotes. La méthodologie proposée et retenue par chacune des maisons de naissance fut la tenue de groupes de discussion (focus groups) : se sont réunies de 8 à parfois 15 usagères de projets-pilotes pour discuter ensemble de plusieurs aspects des services obtenus afin de dresser un bilan de leur expérience. Un canevas d'animation a été proposé à chacun des groupes afin d'assurer une certaine homogénéité et fidélité pour la compilation des résultats (annexe 2). Sauf exception, les discussions ont été enregistrées. En cas de besoin, les équipes de rédaction régionales et provinciale s'y sont référées afin de refléter fidèlement les propos discutés et les situer dans leur contexte.

Il s'agit d'une méthodologie qui s'intéresse au contenu des échanges; c'est le qualitatif plutôt que le quantitatif qui est considéré. Voilà la raison pour laquelle ce bilan fait ressortir la diversité des opinions sans se restreindre à les comptabiliser.

Nous avons aussi choisi cette méthodologie car nous nous intéressons aux fruits de la réflexion collective. Bien que chaque participante arrive avec des opinions personnelles, elle les exprime devant le groupe et participe ainsi à l'évolution de la réflexion collective. Ces soirées donnent lieu à l'émergence d'opinions convergentes, comme celle d'opinions divergentes. C'est à ce moment que le phénomène d'inter-influence survient et suscite chez les participantes l'approfondissement de leurs points de vue pour en tirer des opinions partagées que nous appellerons ici "tendances". De plus, nous avons pu dresser un portrait des propos portant à réflexion bien que non majoritaires ainsi que des points de vue plutôt isolés. En clair, aucun commentaire, même isolé, n'a été exclu de ce bilan. Nous sommes convaincues que même si une réflexion pouvait sembler marginale, elle ne représente pas moins celle de plus d'une usagère, entre autres à cause de la représentativité que nous avons cherché à atteindre.

Notons que ce projet provincial a été initié puis réalisé à l'intérieur de cinq semaines, ce qui en a fait une véritable course contre la montre. Les travaux de

synthèse et d'analyse des onze groupes de discussion furent à eux seuls effectués à l'intérieur d'une semaine, ce qui explique que cette démarche demeure en évolution. Les étapes de ce projet furent : la première version du guide de l'opération-bilan (annexe 1); les consultations entourant le canevas d'animation proposé (annexe 2); la réalisation d'un pré-test, la mise à jour et la diffusion de ces deux documents; les discussions entre les régions avant et après chaque rencontre; les compilations régionales des groupes de discussion; la soirée d'échanges entre les animatrices et secrétaires de la plupart des groupes; la réflexion entourant les points chauds ressortant des groupes; la rencontre avec Mme Danielle Durand, agente de recherche à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; les deux présentations du bilan lors des journées de réflexion des sages-femmes; la rédaction du bilan et, enfin, la validation du contenu auprès des équipes régionales.

Les limites de notre méthodologie reposent sur le fait que les participantes ayant accepté l'invitation sont d'emblée (nous le présumons) intéressées par les discussions en groupe et ne sont pas réfractaires aux déplacements à l'extérieur de leur domicile. Nous avons généralement affaire à des personnes qui se sentent en mesure d'exprimer leurs idées et opinions. Les groupes de discussion ne sont donc pas l'endroit où se présenteront les usagères plus timides et moins à l'aise de discuter à l'intérieur d'un groupe.

Les participantes ont, pour la plupart, vécu une expérience déterminante dans leur maternité. Pour elles, les projets-pilotes ne sont pas un sujet banal. Malgré nos efforts pour inviter des participantes ayant exprimé des insatisfactions face aux services obtenus, il nous a été difficile de les compter en nombre suffisant dans les groupes pour assumer que ces clientes ont suffisamment influencé le déroulement des discussions. Notons que même si plusieurs participantes se présentent comme des clientes satisfaites, elles avaient néanmoins plusieurs propositions à formuler afin d'améliorer les services des sages-femmes. Le profil des participantes est présenté à l'annexe 3.

La force des groupes de discussion réside surtout dans le travail d'équipe exceptionnel qui s'est développé au sein de chaque équipe régionale, puis dans les échanges entre ces mêmes équipes et la rédaction. Bien qu'un

canevas de discussion pour l'animation des groupes ait été suggéré, chaque groupe a été piloté localement et l'appropriation du projet a été complète. Ce sont des usagères qui recrutent les participantes, qui animent les groupes et qui colligeaient les informations obtenues. Elles ont également dressé le bilan de leur région et l'ont acheminé aux rédactrices. Ce projet a été un moment fort pour mobiliser les femmes autour du devenir des services des sages-femmes dans chaque région.

Nous le constatons, il s'agit d'une méthodologie qui va bien au-delà d'un point de vue individuel qui aurait pu être recueilli par un questionnaire. Nous avons assisté à des soirées dynamiques, hautes en discussions, lesquelles étaient généralement très riches en diversité et en profondeur. Voilà pourquoi les groupes de discussion ont permis de dresser des pistes de réflexion et des propositions qui, nous l'espérons, pourront s'insérer dans le processus continu d'amélioration des services des sages-femmes.

5 LES DIMENSIONS DE L'APPROCHE SAGE-FEMME

5.1 LES DIMENSIONS APPRÉCIÉES

Lorsqu'on demande aux femmes les raisons qu'elles invoqueraient pour référer leur sage-femme à une amie, elles ne sont pas embêtées. Ce qui ressort avec le plus de force, ce sont les qualités humaines attribuées aux sages-femmes et le fait qu'elles favorisent la prise en charge des femmes par elles-mêmes. L'implication de la famille est également un facteur considéré important. La prise en charge vient cependant avec certains défis particuliers reliés à la responsabilisation de la femme et au processus de prise de décision.

5.1.1 Les qualités humaines de la sage-femme

Les femmes ont souligné de façon unanime les qualités suivantes qui se rapportent à l'approche des sages-femmes. On reconnaît que la sage-femme :

- est respectueuse de la grossesse et de la naissance en tant que processus normaux de la vie;
- est respectueuse de la femme dans sa globalité avec ses dimensions physique, psychologique et sociale; on considère la femme au-delà de sa fonction de mère et chaque cliente se sent unique;

"On est plus qu'un utérus avec une sage-femme."

"On est pas juste un cas!"

- développe une relation amicale, les femmes apprécient sentir que la sage-femme est concernée par ce qu'elles vivent, on sent un attachement mutuel, ce qui est favorisé par la continuité des services offerts;
- est généreuse de son temps, fait preuve d'empathie dans son écoute tout en étant compréhensive;

"Plus qu'une visite chez le médecin, ce n'est pas un service en série, la sage-femme met tout le temps nécessaire."

- est disponible 24 h. sur 24, le télé-avertisseur est apprécié.

"Y a pas de prix pour ça!"

En conclusion, il appert que les qualités humaines attribuées aux sages-femmes et à leur approche sont considérées comme indissociables de leurs compétences. Il ne s'agit pas là d'un simple bonus, une sage-femme qui n'aurait pas ces

qualités ou qui ne serait pas suffisamment préoccupée par l'aspect humain, ne serait pas reconnue comme compétente aux yeux des participantes. Il s'agit donc de caractéristiques à préserver absolument.

5.2 Prise en charge de la femme par elle-même "l'empowerment"

Une autre caractéristique de base jugée essentielle dans la pratique des sages-femmes, est le fait de stimuler la prise en charge de la femme par elle-même. La sage-femme :

- reconnaît à la femme sa compétence d'accoucher et de mater;

"C'est notre accouchement!"

"Ma sage-femme m'a mise en confiance, cela m'a permis de vaincre ma peur d'accoucher."

"Avec moi, elles ont fait un miracle!"

- établit une relation caractérisée par une confiance mutuelle dans une perspective égalitaire;
- fait confiance au jugement de la femme et en ses capacités de prendre des décisions à titre de première responsable d'elle-même;

"Les sages-femmes sont neutres et oeuvrent selon nos décisions sans essayer de nous contrôler."

- concrétise cet aspect de la relation en transmettant les informations pertinentes à la condition spécifique de chaque femme et a le souci de répondre à toutes les questions soulevées par la femme. La sage-femme devient la partenaire de sa cliente;
- incite la femme à entrer en contact avec son propre corps et avec celui de son bébé. Cela se manifeste tant lors du suivi de grossesse qu'au moment de l'accouchement. Elle implique la femme lors des manipulations visant à suivre l'évolution de la croissance du bébé tout comme le progrès du travail et de la naissance.

"Ma sage-femme m'a fait toucher la tête de mon bébé encore à l'intérieur de moi, ça m'a donné l'énergie de pousser pour le délivrer de là."

En conclusion, cette dimension de l'approche est souvent mise en relief en comparaison avec l'approche médicale qui a été expérimentée par plusieurs participantes. Au fil de leur grossesse et lors de leur accouchement, les femmes veulent se prendre en charge et savoir ce qui leur arrive plutôt que d'être prises en charge par ceux qui détiennent le savoir.

5.13 L'implication du père et de la famille

Les participantes apprécient que la sage-femme considère la venue d'un nouvel enfant comme un événement familial appartenant au couple. Bien que le suivi clinique concerne la femme, la sage-femme intègre le père dans toutes les dimensions du suivi. La grossesse gagne ainsi en réalité pour les hommes qui, autrement, vivent souvent cet événement de façon plus abstraite.

"L'approche est différente, plus humaine, c'est plus responsabilisant pour le couple, le père est plus impliqué."

La sage-femme permet à l'homme d'appivoiser une expérience dont il aurait pu initialement se sentir exclu. Les participantes ont témoigné de l'appui ressenti par leur conjoint de la part de la sage-femme. Les visites à domicile constituent des moments privilégiés qui favorisent cette intégration du père au processus de la grossesse et des premiers jours comme parent. Lors de l'accouchement, certains hommes ont senti qu'ils faisaient équipe avec la sage-femme dans le soutien à la femme en travail.

Les sages-femmes se préoccupent aussi d'intégrer les autres enfants de la famille à la démarche et de les préparer à la venue au monde du bébé. Si tel est le choix des parents, lorsqu'on planifie la présence des enfants à l'accouchement, la sage-femme offre tout le soutien nécessaire à la préparation des enfants et fournit différents moyens de leur permettre de bien comprendre ce dont ils seront témoins.

"Ma fille de cinq ans était rendue une spécialiste de l'effacement et de la dilatation du col!"

"Après l'accouchement, mon fils de six ans, a appelé son meilleur ami en lui disant : "Alexandre, ON a accouché!"

Cette description des différents volets de l'implication de la famille correspond encore une fois à une dimension indissociable des compétences des sages-femmes, telles que souhaitées par les participantes.

52 LES DÉFIS INHÉRENTS À L'APPROCHE

52.1 La culture des sages-femmes et l'information

Les commentaires des participantes nous ont permis de dégager des particularités quant à la culture des sages-femmes. Ces particularités sont, la plupart du temps, considérées comme des atouts importants, mais, elles peuvent parfois être source d'insatisfaction chez certaines clientes.

Les particularités appréciées de la culture des sages-femmes sont principalement reliées à leur approche non invasive, c'est-à-dire au traitement des inconforts associés à la grossesse par des méthodes alternatives douces. Cette appréciation est une tendance générale, plusieurs se sont même dites étonnées des connaissances approfondies des sages-femmes en la matière.

“Elles ont des connaissances en homéopathie, naturopathie, ostéopathie. Elles sont plus ouvertes d'esprit quant aux médecines alternatives.”

Cependant, certaines ont considéré que cette culture pouvait parfois entraver leur liberté de choix. Les cas qui seront présentés ici sont des commentaires isolés, ils mettent toutefois en lumière certains défis que vivent les sages-femmes dans la pratique de leur profession.

Citons en exemple l'administration de la vitamine K au nouveau-né : une femme mentionne avoir clairement ressenti l'inconfort de la sage-femme devant son choix de l'administrer à son enfant. Par ailleurs, notre réflexion nous porte à croire que certaines femmes taisent leur véritable choix en acquiesçant poliment aux suggestions alternatives de la sage-femme pour ensuite traiter leur petit problème en utilisant un moyen qu'elles connaissent ou en suivant une approche plus compatible avec la culture générale ayant cours au Québec. Un peu comme si parfois la culture véhiculée par plusieurs sages-femmes serait plus difficile à accepter pour la clientèle non initiée... Nous pensons que les sages-femmes devraient être attentives aux connaissances de leur clientes concernant les thérapies alternatives et adapter leur intervention en conséquence.

Certains commentaires ont mis en relief un malaise quant à la quantité d'information reçue. Par exemple, une femme se dit fâchée de ne jamais avoir entendu parler de l'acide folique alors qu'à son avis son utilisation semble généralisée chez les femmes suivies par un médecin.

À cet égard, nous nous questionnons sur la pertinence de s'attendre à ce qu'une professionnelle nous informe systématiquement des pratiques d'un autre professionnel qui ne partage pas la même approche. Cela met tout de même en lumière le fait que, même si elles sont généralement favorables aux orientations de cette pratique, les clientes des sages-femmes sont régulièrement confrontées au vécu des femmes suivies par les médecins et peuvent parfois s'en trouver insécurisées.

Pour certaines femmes, être marginales et vivre leur suivi de grossesse à contre-courant (par rapport à la grande majorité des Québécoises qui sont suivies en cabinet médical) n'est pas toujours facile à assumer.

“Il y a une image granola dont il est difficile de se défaire... Pourtant on est du monde ordinaire... Accoucher dans l'eau, pas de péridurale et en plus avec une sage-femme, on me disait que j'étais folle...”

“Ma famille me trouvait bizarre.”

“Ma belle-mère avait décidé de ne pas le dire dans son entourage...”

Paradoxalement, les femmes peuvent parfois se sentir désemparées devant certains choix qu'elles doivent faire et apprécieraient une prise de position plus ferme de leur sage-femme. Par exemple, cette femme mal à l'aise devant quelques articles remis par sa sage-femme concernant le streptocoque B. Elle aurait apprécié que la sage-femme lui fasse part de son propre choix si elle se retrouvait dans une telle situation, avis que cette dernière aurait refusé de lui divulguer.

Cette situation a suscité la controverse puisqu'elle, touche le principe de responsabilisation de la femme. On veut bien être responsable de ses choix, mais en même temps, on peut ressentir le besoin de conseils de la part d'une professionnelle en qui on a confiance. **Il faut certes à la sage-femme un discernement aiguisé pour ajuster son tir et reconnaître la nuance entre le désir des femmes d'être stimulées dans le processus de leur prise en charge et celui d'être guidées et conseillées lorsque la démarche du libre-choix devient trop lourde.**

Signalons qu'à la Maison de naissance de l'Outaouais, on considère avoir été très bien informé pour faire des choix éclairés; on parle de “grande satisfaction” à propos de l'information reçue.

Quelques commentaires ont également été émis à l'effet que certaines sages-femmes semblent ne pas vouloir inquiéter inutilement leur cliente et, de ce fait, ne leur communiqueraient pas toujours certaines informations pouvant s'avérer pertinentes. Par exemple, les différentes conditions qui pourraient mener à un transfert vers l'hôpital. Certaines femmes ayant dû être transférées durant leur travail affirment ne pas y avoir été préparées adéquatement.

Encore une fois, cette question suscite des interrogations. D'un côté, tout le monde s'entend pour aborder la grossesse et l'accouchement comme des processus normaux qui ne nécessitent pas un suivi axé principalement sur la détection des facteurs de risque. De l'autre côté, on désire être bien informées et préparées aux différents scénarios possibles. Voilà un autre aspect du suivi qui fait appel au discernement de la sage-femme.

5.22 Risque de chevauchement : besoins exprimés par la clientèle versus préservation de la pratique développée au Québec

S'adapter aux besoins exprimés par la clientèle : OUI, mais tout en préservant la pratique des sages-femmes telle que nous la connaissons maintenant au Québec.

Certains commentaires, quoiqu'isolés, nous ont permis d'avancer une piste de réflexion et ainsi mettre en lumière un écueil possible à la pratique des sages-femmes prochainement légalisée. Cet écueil est issu de la rencontre de deux caractéristiques de la pratique des sages-femmes qui pourraient ne pas toujours s'harmoniser.

Certaines femmes ont exprimé le désir de pouvoir recevoir une péridurale à la maison de naissance ou que la maison de naissance soit davantage équipée afin de réduire le nombre de transferts vers l'hôpital.

En parallèle, il y a les changements observés chez la clientèle depuis le début des projets-pilotes. Les premières clientes des sages-femmes étaient surtout des femmes ayant déjà accouché à domicile ou ayant côtoyé cette réalité dans leur entourage. Ces femmes étaient davantage prêtes à assumer la prise en charge de leur accouchement et à vivre une démarche considérée non sécuritaire par la majorité de la population.

Avec le bouche-à-oreille, les sages-femmes et les maisons de naissance gagnent de plus en plus d'adeptes dans la population en général. La clientèle change et, sachant que la majorité des Québécoises désirent recourir à une péridurale, on peut facilement extrapoler que, dans un avenir proche, de plus en plus de clientes frapperont aux portes des maisons de naissance et exprimeront des demandes en ce sens.

Sachant que les sages-femmes ont pour principe d'adapter leur pratique aux besoins de leurs clientes, nous craignons qu'on en vienne à envisager offrir une péridurale ou d'autres interventions médicales à la maison de naissance. Nous croyons que ce serait là ouvrir la porte à un changement d'orientation majeur dans la pratique des sages-femmes.

La pratique des sages-femmes, telle que nous la connaissons ici au Québec, fait la promotion de l'accouchement naturel et se base sur le modèle de l'accouchement à domicile. Ce principe est prioritaire et doit être préservé à tout prix. **Nous considérons que le recours généralisé à une péridurale, sans motifs sérieux, compromet l'essence même de la réappropriation de l'accouchement par les femmes.**

Nous verrons plus loin que les femmes partagent aussi une grande crainte que la pratique des sages-femmes soit diluée ou médicalisée.

6 LA SÉCURITÉ

6.1 LES FACTEURS DE SÉCURITÉ EXTRINSÈQUES

La plupart des facteurs de sécurité évoqués par les participantes sont de nature extrinsèque et se divisent en trois volets : les facteurs relatifs à la sage-femme; les facteurs relatifs à l'environnement et enfin, la comparaison entre l'accouchement en maison de naissance et celui en milieu hospitalier.

Une faible proportion de femmes ont cité des facteurs plus intrinsèques, nous y reviendrons plus loin. Voyons tout d'abord les facteurs extrinsèques.

6.1.1 ...reliés à la sage-femme

Une première série d'éléments sécurisants se rapportent aux particularités de l'approche de la sage-femme. Tout d'abord, le fait de bien connaître cette approche donne confiance aux femmes.

"Nous savons où nous allons car nous sommes mises au courant de chaque étape et de chaque action lors du suivi."

Dans ce volet, les femmes se réfèrent beaucoup aux éléments qu'elles apprécient dans l'approche des sages-femmes. Elles précisent que leurs choix de même que leurs limites seront respectés. L'écoute, la qualité du temps passé avec la sage-femme, sa philosophie, le lien de confiance établi par le rapport égalitaire sont d'autres éléments sécurisants. Le suivi global incluant le soutien psychologique qui favorise une connaissance approfondie de la femme qui accouche, la tradition qui met l'accent sur les personnes, la vision de l'accouchement comme processus normal, la présence continue tout au long de l'accouchement sont également cités.

La deuxième série de facteurs sécurisants sont liés à l'expérience pratique et à la formation des sages-femmes. Les femmes font confiance au jugement clinique des sages-femmes et en leur vigilance tout au long du suivi de grossesse et de l'accouchement. Les femmes sont assurées qu'elles respecteront les limites de leur champ de compétences :

"Les sages-femmes ne prétendent pas tout connaître, elles utilisent plusieurs ressources autour d'elles, elles ne jouent pas aux héros."

L'assurance que la sage-femme détient une formation spécifique en réanimation néonatale en sécurise plusieurs. Leurs compétences, leurs vastes connaissances, leur professionnalisme, le suivi postnatal à domicile de même que leur souci d'être à jour dans leur domaine (formation continue) sont d'autres facteurs de sécurité pour les participantes. Les hommes sont généralement plus près de ces facteurs de sécurité car ils ont tendance à accorder davantage d'importance aux aspects reliés à la compétence.

*"Je ne me sentirais pas en sécurité avec n'importe quelle sage-femme; la notion médicale ne doit pas être trop loin."
(un homme)*

"On est rassurés quand les sages-femmes sont cohérentes dans leurs réponses", "...quand elles sont structurées." (un homme)

Enfin, dans les différents groupes, on ajoute l'intuition des sages-femmes; on mentionne l'existence du métier depuis très longtemps et, dans certains cas, on précise que la sage-femme a été recommandée par des amis.

6.1.2 ...reliés à l'environnement

Le cadre physique de la maison de naissance qui ressemble à un domicile, la présence d'équipement pertinent de même que la situation géographique (près d'un centre hospitalier) sont d'autres facteurs favorisant un sentiment de sécurité. La visite des lieux est également considérée importante de même que la possibilité d'avoir directement accès à une sage-femme lors de la soirée d'information.

Notons que les participantes de Mont-Joli soulignent que pour un premier enfant elles ont préféré venir à la maison de naissance car elles ignoraient si elles auraient la force psychologique pour accoucher à domicile. L'accouchement à la maison de naissance les sécurise car elles se sentent encadrées dans un lieu conçu pour mettre des enfants au monde. Ces propos suggèrent, selon nous, que plusieurs participantes ont l'impression que la maison de naissance est plus équipée en matériel médical qu'elle ne l'est en réalité.

D'autre part, l'accréditation des sages-femmes additionnée à leur pratique en projet-pilote sont des gages de compétence pour plusieurs femmes. Certaines participantes considèrent même le processus d'accréditation comme très sévère et ont le sentiment qu'il n'évalue pas toutes les compétences

spécifiques aux sages-femmes (ex.: approche personnalisée, habiletés techniques qui ne sont pas exigées dans le cadre des projets-pilotes, etc.).

"Elles ont été passées au peigne fin."

La présence d'un protocole de transfert comprenant la possibilité pour la sage-femme d'accompagner la femme à l'hôpital contribue au sentiment de sécurité. De plus, la présence d'une deuxième sage-femme lors de l'accouchement rassure. Dans quelques cas, la collaboration développée avec les médecins est qualifiée de sécurisante.

6.1.3 ...reliés au milieu hospitalier

Avec une sage-femme, les femmes savent qu'elles ne subiront pas d'interventions inutiles. Contrairement à l'hôpital, elles se considèrent protégées de l'escalade des gestes interventionnistes. Elles sentent qu'elles ont le contrôle de leur accouchement. Elles sont soulagées de ne pas avoir à négocier ou à se protéger des propos ou des gestes qui seraient incompatibles avec leurs besoins ou attentes. Un groupe a discuté de la sécurité de leur enfant qui ne se retrouve pas dans une pouponnière, comme ce fut l'expérience de plusieurs en milieu hospitalier, où une infirmière doit s'occuper de plusieurs bébés et où les microbes peuvent être présents.

6.2 LES FACTEURS DE SÉCURITÉ INTRINSÈQUES

En abordant la question de la sécurité, nous comptons aller chercher tant les facteurs intrinsèques qu'extrinsèques sur lesquels les femmes appuient leur sentiment de sécurité. Cependant, les facteurs intrinsèques ne sont pas ressortis avec la vigueur à laquelle nous nous attendions. En effet, le contexte actuel des projets-pilotes donne un ton bien précis à la notion de sécurité qui est associée directement aux situations d'urgence. On comprend alors que les participantes référaient d'abord aux personnes, au matériel et aux mécanismes mis en place pour réagir en cas de problème, pour justifier leur sentiment de sécurité.

Malgré ce contexte, les discussions ont tout de même permis aux femmes d'évoquer leur confiance en elles-mêmes comme source de sécurité. Tout au long de la discussion, les femmes y ont fait référence.

"Ma sage-femme m'amène à avoir confiance en moi, je me sens en sécurité, je me sens en contrôle."

Notons que lors de la discussion sur cet aspect avec les sages-femmes, l'une d'entre elles a ajouté que le sentiment de sécurité est long à développer, c'est un processus qui s'échelonne dans le temps. Une belle expérience ne peut généralement pas suffire à elle seule pour permettre une réelle appropriation et responsabilisation de sa santé et par le fait même du sentiment de sécurité qui en découle.

Enfin, les participantes du groupe de Mont-Joli mentionnent que le consentement éclairé est un facteur de sécurité.

"C'est nous les responsables, nous ne sommes pas prises en charge."

6.3 LES FACTEURS INSÉCURISANTS

Le sentiment d'insécurité des femmes, voire même dans certains cas les peurs des femmes, se situe surtout au niveau du cadre des projets-pilotes dans lequel s'exerce la pratique des sages-femmes. On y retrouve quelques éléments de protocole et certains règlements de même que le manque de collaboration des médecins. Enfin, d'autres aspects tels que le contrôle des médecins et certains facteurs intrinsèques insécurisent également quelques participantes.

6.3.1 ...reliés aux protocoles et règlements

La crainte généralisée se concentre au niveau des règlements en vigueur dans les projets-pilotes. On a peur d'être injustement exclues des projets-pilotes à cause de règlements jugés trop stricts et qui ne permettent pas à la sage-femme d'exercer son jugement clinique. On soupçonne un excès de vigilance. Par exemple, l'accouchement ne peut se dérouler en maison de naissance si :

- la grossesse n'a pas atteint 37 semaines ou si elle dépasse 42 semaines;
- il ne se déroule pas à l'intérieur d'un délai strict de 24 heures suivant la rupture des membranes;
- le bébé se présente par le siège ou s'il s'agit de jumeaux;
- si le poids estimé du bébé est supérieur à 10 livres.

Les propos de certaines femmes en disent long sur l'insécurité et le stress engendrés par certains volets des règlements :

"Moi, j'ai arrêté de manger à la fin de ma grossesse car j'ai eu trop peur que mon bébé soit trop gros et dépasse le poids autorisé pour naître à la maison de naissance."

"J'étais assez soulagée lorsque j'ai franchie le cap de 37 semaines."

"À la fin de la 42ème semaine, j'avais assez peur d'accoucher trop tard, j'ai pris de l'huile de ricin, c'est plate."

"Mon principal stress était de ne pas cadrer dans les règles."

D'autre part, certaines femmes disent manquer d'informations sur le bien-fondé dudit règlement.

Recommandation :

Les femmes recommandent que la sage-femme puisse exercer son jugement clinique en jouissant d'une plus grande autonomie professionnelle. On souhaite que le règlement sur les risques obstétricaux et néonataux soit plus souple et permette aux sages-femmes qui en ont la compétence de pratiquer des accouchements présentant un défi particulier (siège, jumeaux...). Suivant son approche personnalisée, la sage-femme devrait pouvoir juger de chaque situation qui est unique en soi.

6.3.2 ...reliés au transfert en milieu hospitalier

Certaines femmes craignent d'être transférées à l'hôpital. Elles ont peur d'un accueil et d'un milieu hostile, d'un éventuel manque de professionnalisme de la part du personnel médical, du refus de collaboration de la part d'un médecin et de la "prise d'otage" qui pourrait s'en suivre. On mentionne aussi un manque de "complicité" entre les médecins et les sages-femmes et même, dans certains cas, de l'animosité du médecin envers la sage-femme. D'autres peurs y sont associées telle celle de ne pouvoir continuer à bénéficier du suivi de sa sage-femme. On n'apprécie pas du tout que la sage-femme soit reléguée au second plan.

Le groupe d'hommes a été le seul à mentionner sa crainte face aux balises légales et à la nouveauté des projets-pilotes.

Notons que les participantes du groupe de Québec qui ont vécu un transfert en milieu hospitalier ont mentionné avoir été traitées de façon adéquate. Du côté de Mont-Joli, les participantes soulignent que les limites pour le protocole de transfert sont assez claires; les raisons sont établies et bien expliquées. De plus, la sage-femme accompagne toujours la cliente transférée. Par ailleurs, quelques participantes ont parlé de leurs insatisfactions à ne pouvoir choisir l'hôpital de transfert.

6.3.3 ...reliés au contrôle des médecins

Les participantes d'un groupe ont discuté de leur peur de perdre les facteurs sécurisants qu'elles avaient préalablement exposés à cause des dangers d'un éventuel contrôle de la profession des sages-femmes par les médecins. D'autres craignent l'augmentation de l'utilisation d'équipements médicaux en maison de naissance.

6.3.4 Autres facteurs insécurisants

Le groupe de Mont-Joli n'a pas discuté des protocoles et du règlement des projets-pilotes comme facteurs insécurisants. La discussion a surtout porté sur des éléments intrinsèques à la femme. On mentionne que la responsabilisation qui incombe à la femme est parfois insécurisante. Des femmes disent être habituées, en milieu hospitalier, à se faire dire quoi faire et quoi ne pas faire.

"Au début, c'est insécurisant d'être libre d'agir et de prendre les positions qu'on veut."

Certaines ont peur de ne pas savoir comment accoucher. Au-delà du premier accouchement, il peut exister la peur de revivre certaines complications ou certains désagréments. Quelques femmes nous ont confié avoir eu peur de ne pas avoir assez peur; elles craignaient d'être trop confiantes en la normalité du cours de leur grossesse.

Enfin, soulignons quelques commentaires isolés. Une femme a mentionné sa peur de ne pas avoir le temps de se rendre à la maison de naissance lors de l'accouchement à cause de la distance à parcourir; une autre s'est inquiétée de l'absence de péridurale à la maison de naissance au cas où la douleur deviendrait trop intense; puis une s'est sentie insécure de ne pas avoir eu le numéro de téléphone de sa sage-femme plus tôt lors du suivi. Pour une autre, ce sont les propos d'une

femme relatant sa mauvaise expérience avec sa sage-femme lors d'une situation d'urgence qui l'ont insécurisée. Enfin, une femme se serait sentie plus en sécurité si sa sage-femme lui avait davantage parlé des risques pouvant survenir lors de sa grossesse.

Certaines participantes de Mont-Joli ont souligné que lors de la période des vacances elles étaient inquiètes et se demandaient qui allait les aider à accoucher. Ce point n'était pas assez clarifié selon elles lors du suivi de grossesse.

Les participantes au groupe de Québec ont convenu qu'il n'y avait rien d'insécurisant dans ce qu'elles ont connu dans les projets-pilotes.

7.1 LE SUIVI OFFERT

7.1.1 Le nombre de sages-femmes impliquées dans un suivi

En majorité, les femmes considèrent suffisant d'établir une relation avec deux sages-femmes: une principale et une remplaçante. Un groupe est même d'avis que ce nombre est un maximum. Nous avons toutefois noté une diversité dans les opinions exprimées par les participantes, ce qui se traduit par une variété de formules possibles. Certaines auraient aimé rencontrer plus souvent, d'autres moins souvent la deuxième sage-femme, alors que d'autres encore auraient souhaité bénéficier de la "sagesse" de plusieurs sages-femmes en rencontrant, lors du suivi et dans la mesure du possible, toutes les membres de l'équipe des sages-femmes. D'ailleurs, un groupe a mentionné qu'il a beaucoup apprécié rencontrer toutes les sages-femmes lors des rencontres prénatales collectives, alors qu'un autre groupe aurait souhaité rencontrer l'équipe complète de la maison de naissance, incluant les aides-natales. Enfin, quelques femmes auraient aimé que la rencontre avec la deuxième sage-femme soit optionnelle.

7.1.2 Le rythme des rencontres

Le suivi prénatal et durant la première semaine suivant l'accouchement est à conserver tel quel. La durée des rencontres est satisfaisante et les participantes d'un groupe ont mentionné que pour la période du travail et de l'accouchement, l'encadrement était excellent. Un seul groupe suggère d'augmenter la fréquence à deux rencontres par mois pour le dernier trimestre. Encore ici, certaines femmes ont suggéré plus de flexibilité en répartissant selon leurs besoins le nombre total de rencontres entre le pré et le postnatal ou encore en diminuant le nombre de rencontres prénatales puisque la sage-femme est disponible sur appel en cas de besoin. Quelques participantes ont mentionné que leur sages-femme ne disposaient pas de suffisamment de temps lors des visites à domicile.

*"On sent un certain essoufflement chez les sages-femmes.
On le comprend."*

Une forte majorité de participantes ont proposé de poursuivre le suivi au-delà de six semaines. On souhaite davantage de rencontres postnatales avec la sage-femme. Par ailleurs, le groupe de Mont-Joli suggère que le suivi postnatal couvre les trois mois suivant la naissance. Ces mêmes participantes ont également exprimé la proposition suivante : **"Que la sage-femme téléphone aux nouvelles mamans une fois par semaine en plus des visites qu'elle effectue durant le postnatal."**

En exprimant cette recommandation, les femmes ont précisé qu'elles n'osaient pas téléphoner à leur sage-femme sans motif sérieux et qu'elles apprécieraient ce contact téléphonique en complément aux rencontres postnatales.

D'autres groupes ont exprimé le souhait d'augmenter le suivi postnatal : l'un avance l'idée sans suggérer de modalités précises, un autre propose d'ajouter une ou deux rencontres de plus avec la sage-femme en postnatal et enfin un groupe suggère des rencontres jusqu'au premier anniversaire de l'enfant, sans toutefois en préciser la forme.

"Il devrait y avoir un service de base de prévu, par exemple trois visites à domicile de base et d'autres au besoin pour le reste."

Des participantes ont souligné le soutien essentiel des aides-natales.

Bien que certaines participantes aient relevé l'existence d'autres ressources (CLSC par exemple), d'autres ont rétorqué que l'approche n'y est pas la même et qu'en ce sens, c'est peu utile ou du moins, rarement adapté à leurs attentes.

"Il y a un problème de continuité."

"Ailleurs, ce n'est pas pareil."

Dans un souci de continuité, des participantes en Estrie proposent, dans les cas où le suivi postnatal ne peut être offert par la sage-femme principale, que ces rencontres soient offertes par une autre sage-femme, mais que ce soit toujours la même.

Par ailleurs, chacun des groupes a permis de dégager un problème de fond autour de cette question. La fin du suivi est trop rapide et survient pour certaines à un moment où elles en ont le plus besoin (ex. : adaptation à la vie avec un nouveau-né et autres changements familiaux, récupération physique, allaitement, etc.). Un ajustement du suivi postnatal nous apparaît nécessaire, ce sur quoi nous reviendrons plus loin.

7.1.3 L'assistante de la sage-femme lors de l'accouchement

De cet aspect du suivi se dégagent deux tendances.

D'une part, on souhaite que l'assistante soit une personne en qui la sage-femme principale a confiance; une personne qui sera sa complice et fera montre de discrétion. Les tenants de cette tendance considèrent que l'assistante choisie devra nécessairement cumuler suffisamment de compétences pour faire face aux complications possibles.

"L'assistante doit être une personne compétente, habituée à travailler en équipe car la complicité entre les deux est importante et rassurante."

"Elle n'est pas obligée d'être sage-femme mais elle doit avoir l'approche et la philosophie des sages-femmes."

"Moi, j'ai confiance en ma sage-femme. Si elle juge son assistante apte à la seconder, c'est correct comme ça."

L'autre tendance, moins marquée toutefois, concerne la sécurité. On préfère accoucher en présence de deux sages-femmes qui pourront se consulter au besoin. On souhaite deux collègues qui seront en mesure de faire face aux situations urgentes, notamment lors de la décision d'un transfert, lorsque le bébé a besoin d'être réanimé ou que l'état de la mère requiert une attention immédiate.

"Je veux être sûre que l'assistante sera capable d'intervenir en situation d'urgence."

"Je me sentais en sécurité car les deux sages-femmes faisaient équipe et se sont consultées avant de me proposer un transfert."

"Lorsque j'ai eu une complication après la naissance du bébé, les deux sages-femmes n'étaient pas de trop."

Par ailleurs, l'assistante ne devrait pas être une inconnue, la plupart des femmes préfèrent l'avoir déjà rencontrée. Toutefois, quelques participantes ne s'objecteraient pas à la présence d'une inconnue en autant qu'elle ait les qualifications et la philosophie adéquates. Certaines participantes mentionnent qu'elles auraient apprécié pouvoir choisir l'assistante qui serait présente à leur accouchement.

"Ça ne peut pas être une inconnue mais le titre n'est pas vraiment important."

"La coéquipière n'était pas celle prévue mais c'était au moins un visage connu."

"Lors de mon accouchement, j'étais en lien avec ma sage-femme, je ne me rappelle pas vraiment de l'assistante."

"Elle doit être une sage-femme et être connue, c'est une question de sécurité."

7.1.4 Le rôle de la sage-femme en cas de complications

Si des complications surviennent, les femmes souhaitent que leur sage-femme demeure le plus longtemps possible responsable du processus, sans pour autant compromettre leur santé ni celle de leur enfant. À cette question, les femmes ne répondent pas toutes selon la même définition de ce qu'est une complication. Les complications sont considérées : soit telles qu'énoncées dans le règlement encadrant les projets-pilotes (ex. : transferts préventifs, accouchement de jumeaux ou présentation de siège), soit comme des situations d'urgence.

Dans le premier cas, on souhaite que la sage-femme soit responsable du suivi et de l'accouchement à l'hôpital. Au besoin, elle consultera le spécialiste approprié au même titre qu'un omnipraticien le fait pour bénéficier d'une expertise particulière. On souhaite que le spécialiste n'intervienne qu'en cas d'urgence. Bref, même si l'accouchement se déroule à l'hôpital, on désire une sage-femme pleinement autonome ayant la possibilité d'exercer son jugement clinique.

Toutefois, on reconnaît que si une situation d'urgence requiert des services spécialisés (ex. : césarienne), il pourrait y avoir un transfert de responsabilités tout en poursuivant le suivi avec la sage-femme en collaboration avec le spécialiste. Plusieurs femmes soulignent même l'importance lors de ces situations de pouvoir bénéficier plus que jamais du soutien de leur sage-femme. On souhaite une continuité dans le suivi, spécifiquement pour que le soutien psychologique demeure continu.

Le lien entre ces propos et les facteurs de sécurité liés à la sage-femme est très étroit, car elle rassure et procure un sentiment de sécurité. Elle est un guide apprécié des femmes lorsqu'il s'agit de prendre une décision rapidement ou de comprendre les rouages et façons de faire du milieu hospitalier. On lui attribue également un rôle de porte-parole pour soutenir la femme lors de situations stressantes.

"Nous voulons qu'elle continue à nous voir avant la naissance, qu'elle soit présente à l'accouchement et qu'elle fasse les visites postnatales parce que c'est elle qui est la meilleure pour ça."

"La sage-femme sait qu'elle va mettre au monde un être humain, le médecin opère de façon clinique, il n'a pas le temps. Tout le personnel hospitalier devant s'occuper de l'accouchement est trop occupé."

"À mon réveil d'une césarienne, ma sage-femme m'a beaucoup manqué. J'y pense encore après deux ans."

"Quand on vit une complication, ce serait absurde qu'elle ne soit plus là."

Notons qu'un groupe de l'Outaouais mentionne que les sages-femmes ont la compétence pour faire face à tous les aspects d'un suivi, complications ou non. On y considère également que si la sage-femme et la cliente se sentent à l'aise pour continuer sans recourir à un médecin, cette décision doit être respectée.

En effet, les participantes de ce groupe considèrent que les sages-femmes ont les compétences requises pour assister les accouchements présentant des défis particuliers (siéges, jumeaux, etc.). Elles craignent de voir les sages-femmes perdre leurs compétences si elles n'ont plus le droit ni l'occasion de les mettre en pratique.

7.15 Le suivi conjoint médecin - sage-femme

Peu de groupes ont abordé cette question comme telle puisque la mise en situation précédente l'abordait. Or en Estrie, où deux rencontres avec un médecin font partie intégrante du protocole, on a ajouté la question suivante : "Le suivi conjoint avec le médecin a-t-il été apprécié?"

Pour certaines, la ou les rencontres avec le médecin est inutile et signifie la remise en question des compétences des sages-femmes. D'autres ont apprécié avoir un second avis ou ont vu là une façon de soutenir les sages-femmes en les aidant à établir des liens de collaboration avec les médecins impliqués. Une participante a d'ailleurs mentionné que c'était un moyen de favoriser les ententes suite à la légalisation.

La région de Mont-Joli suggère que la porte d'entrée lors d'une grossesse soit d'emblée la sage-femme et que le suivi conjoint soit disponible à toutes les femmes qui rencontrent une complication. D'autres participantes souhaitent une collaboration positive sans la prise de contrôle par le médecin, la sage-femme demeurant le donneur de soins responsable.

7.2 LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

7.2.1 Les compétences actuelles

Toutes les participantes considèrent que les compétences actuelles des sages-femmes sont suffisantes et adéquates; certaines femmes précisent qu'elles sont pleinement qualifiées.

"Leur compétence leur permettrait de faire beaucoup plus que ce qu'elles font maintenant en allant au-delà des accouchements dits sans risque."

"Elles sont même surqualifiées; les sages-femmes ont passé des tests que certains omnipraticiens auraient échoués."

Plusieurs apprécient l'ouverture des sages-femmes quant aux médecines alternatives. On cite le processus continu d'apprentissage comme partie intégrante de la pratique des sages-femmes.

Plusieurs participantes s'appuient sur le processus d'accréditation auquel les sages-femmes ont été soumises et considèrent que leurs compétences ont été bien évaluées.

"C'est un gage de confiance."

De plus, le contexte même des projets-pilotes amène certaines femmes à se sentir en sécurité.

"Elles ne prendront pas de chances, c'est une expérimentation de leur métier."

Des insatisfactions sont relevées par certaines participantes au niveau des compétences relatives à l'allaitement. On parle même de lacunes dans ce domaine. La référence à la Ligue La Leche semble parfois facile et rapide. On aimerait que les sages-femmes aient les compétences requises pour soutenir la femme au moment où les problèmes surviennent au lieu de donner le numéro de téléphone de la Ligue. Une femme a été contrariée par la remise en question par sa sage-femme de son choix de poursuivre l'allaitement alors qu'elle était de nouveau enceinte.

7.2.2 Les compétences ou habiletés particulières retenues

Cette question cherchait à amener les participantes à réfléchir sur d'autres aspects de la pratique des sages-femmes que celui de leur approche humaine. Nous avons eu de la difficulté à amener et à conserver les femmes sur ce terrain.

Cette difficulté est le reflet de la globalité de l'approche des sages-femmes qui permet difficilement de subdiviser les contributions des sages-femmes. Plusieurs participantes se sont même obstinées en insistant sur l'approche humaine comme partie intégrante de la compétence des sages-femmes.

"Je veux une sage-femme globale, ça fait partie de sa compétence, je ne la veux pas autrement."

"Son soutien psychologique, ça fait partie de ma santé, c'est très important."

Plusieurs éléments sont tout de même ressortis sur le plan des habiletés plus techniques, éléments reconnus comme faisant partie des standards de compétence des sages-femmes pour leur caractère essentiel ou spécifique à la pratique. Ont été citées les connaissances relatives :

- à la réanimation néonatale;
- aux différentes positions de poussée et à leur influence sur le travail;
- à la détente du périnée et à sa préservation;
- à la palpation manuelle du bébé.

D'autres aspects de la pratique professionnelle ont également été relevés tels que le soutien offert aux couples et à la famille, la polyvalence de la sage-femme, ses connaissances des ressources alternatives à l'induction du travail et au traitement de la douleur, son souci de pousser ses recherches lors de situations particulières, la qualité des rencontres prénatales. Certaines participantes ont également mentionné les connaissances des sages-femmes en matière d'allaitement.

De plus, des qualités personnelles sont évoquées comme relevant de ce qui est recherché chez une sage-femme : le calme, la simplicité, la douceur, l'implication personnelle, l'intuition, la patience, la maturité, le sens des responsabilités et enfin, la mise à contribution de son vécu personnel.

"Elles ont déjà eu des enfants et ça paraît."

"Elles travaillent en équipe et partagent leurs connaissances."

"Elles nous communiquent leurs connaissances... et s'assurent que nous comprenions bien ce qui se passe. Elles sont à l'écoute."

Sa vision du processus de la grossesse et de l'accouchement comme étant naturel, le temps qu'elle accorde à la femme, sa capacité de lui donner le sentiment qu'elle est capable de passer au travers sont également soulevés.

"Ma sage-femme m'a tout appris...elle a su démystifier mes appréhensions."

"Elles savent de quoi elles parlent" "... elles sont une mine d'or d'expériences."

"Elles sont capables d'évaluer."

À la lumière des propos tenus par les participantes, nous constatons que bien que les femmes ne connaissent pas spécifiquement toutes les compétences des sages-femmes, elles en ont toutefois la conviction, en bonne partie grâce au lien de confiance et à certains paramètres comme le processus d'accréditation.

723 L'autonomie professionnelle

Les parents reconnaissent l'importance que la sage-femme soit considérée comme une professionnelle de la santé autonome. On souhaite que l'autonomie des sages-femmes se vive également en milieu hospitalier. On ne ressent pas le besoin de supervision médicale. De plus, des femmes suggèrent que la sage-femme ait le droit de prescrire des retraits préventifs et des congés de maternité ou de maladie. On considère également que l'examen du nouveau-né par la sage-femme est adéquat et que l'obligation de le faire voir par un médecin au cours de sa première semaine de vie est un dédoublement.

724 Ce qui n'est pas souhaitable chez une sage-femme

Spontanément, les participantes répondent ne pas vouloir d'un homme comme sage-femme. Toutefois, après réflexion et discussion, le caractère discriminatoire de la réponse faisait surface et les propos se nuançaient. Mais il demeure une réticence des femmes à accepter qu'une sage-femme puisse être un homme.

Les femmes ne veulent pas retrouver chez une sage-femme certains éléments qu'elles reprochent au milieu médical c'est-à-dire une attitude directive, pressée, parfois peu empathique, une approche non globale et axée sur les soins techniques.

Assez rapidement, les participantes en viennent à parler de l'âge comme indice de maturité et souhaitent une sage-

femme ayant de l'expérience de vie et n'étant "pas trop jeune". L'âge minimal de 21 ans pour débiter une formation est jugé adéquat si la candidate est "mature".

Un autre point soulevé concerne le besoin des femmes d'être accompagnées par une sage-femme qui a déjà eu un ou des enfants. Bien qu'impossible à exiger, c'est une expérience très appréciée.

Les femmes ne veulent surtout pas d'une sage-femme froide, nerveuse, bornée, stressante, interventionniste, ayant peu d'instinct, peu d'écoute ou qui serait "encarcannée" dans le protocole. Des commentaires isolés précisent que la sage-femme ne doit pas être trop "naturaliste", qu'elle doit avoir "des connaissances médicales" et une participante mentionne qu'elle n'aimerait pas être la première cliente d'une sage-femme.

Pour la majorité des participantes, le choix d'une sage-femme demeure très personnel. Les caractéristiques telles que l'âge ou le fait de n'avoir pas d'enfant n'ont pas la même importance pour chacune. Par exemple, certaines désirent échanger avec une sage-femme plus âgée et profiter de son expérience, d'autres préfèrent entrer en relation avec une sage-femme d'un âge semblable au leur et à laquelle elles peuvent plus facilement s'identifier.

"C'est une question de chimie, de personnalité."

Notons que les participantes d'un groupe de l'Outaouais n'ont abordé que cet aspect de la question, à savoir que le choix d'une sage-femme est très personnel.

73 LES LIEUX DE NAISSANCE

73.1 Le centre hospitalier

À l'unanimité, toutes les participantes considèrent que la sage-femme devrait avoir le privilège d'aider une femme à accoucher à l'hôpital si c'est le choix de sa cliente ou si son cas le nécessite.

73.2 L'ouverture des maisons de naissance aux médecins

La question inverse donne lieu à une controverse. Les médecins devraient-ils avoir accès à la maison de naissance si leur patiente souhaite y accoucher? Il nous a semblé que ce sujet indisposait les participantes et que, de façon générale, elles auraient préféré ne pas avoir à y répondre. Du moins, il était ardu pour plusieurs de se positionner; l'hésitation dominait la discussion.

Les tenantes du non le sont davantage par crainte de voir se transformer un lieu de naissance si durement gagné. Elles s'appuient sur le fait que les maisons de naissance sont un lieu privilégié qui ne se prête pas à l'approche médicale de l'accouchement. L'argumentation développée gravite autour du désir de conserver intacte l'atmosphère de la maison. Elles ne veulent pas prendre la chance de voir les maisons de naissance utilisées par des praticiens et des couples qui n'en saisiraient pas les réels avantages ni la philosophie. De plus, elles ont très peur de la menace de l'invasion médicale, des rapports de pouvoir et, conséquemment, de la prise de contrôle de la profession des sages-femmes par les médecins.

"Une maison, c'est un lieu où on vit, un médecin et sa cliente qui viendraient seulement accoucher ici ne pourraient cadrer dans la philosophie."

"J'ai trop peur que ça change l'ambiance, que ça laisse place aux jeux de pouvoir ; ça ne serait plus pareil."

"Les sages-femmes vont perdre leur autonomie, j'ai peur de l'invasion des médecins; elles sont 40, ils sont beaucoup plus nombreux."

"Les maisons de naissance sont le fruit de longues années de représentations de la part des femmes qui exigeaient un autre lieu de naissance que l'hôpital et qui militaient pour l'accouchement naturel et la reconnaissance des sages-femmes. Je comprends que des femmes ressentent le besoin d'accoucher ailleurs qu'à l'hôpital avec leur

médecin, cela signifie qu'à leur tour, elles devront militer pour développer un autre lieu de naissance."

"Les maisons de naissance sont des lieux pour la pratique des sages-femmes."

"C'est pour ça qu'il y a des chambres de naissance à l'hôpital."

D'autres participantes voient la question d'un autre oeil et s'appuient sur le principe de la liberté de choix. Elles ne voient pas comment on pourrait demander des privilèges hospitaliers pour les sages-femmes et interdire aux médecins l'accès aux maisons de naissance. Ces femmes suggèrent plutôt de baliser très clairement les équipements autorisés en maison de naissance et supposent que le cadre de pratique y ayant cours limitera la venue de médecins plus interventionnistes. Les adeptes de cette position sont davantage préoccupées par le respect de la philosophie de la pratique des sages-femmes que par la crainte d'une invasion médicale ou par d'éventuels rapports de pouvoir.

"Si on limite l'équipement en maison de naissance au strict minimum, je ne crois pas que les médecins seront nombreux à vouloir y pratiquer."

"Ce ne serait pas correct d'empêcher une femme de venir accoucher ici si c'est son choix. Le choix, c'est le choix. Nous avons le droit de faire ce que nous voulons."

"Peut-être, à condition que le médecin adhère aux règles et aux guides en vigueur à la maison de naissance et qu'il prône la même philosophie."

"L'important, c'est le désir et les besoins de la femme."

"L'ouverture devrait se faire dans les deux sens."

"Les médecins pourraient en apprendre quelque chose."

Les participantes de l'Estrie ont été les seules à s'entendre sur cette question en acceptant l'ouverture des maisons de naissance aux médecins, à condition toutefois qu'ils pratiquent selon l'approche des sages-femmes et suivent la même philosophie. Elles ajoutent mi-sceptiques, mi-amusées : "Est-ce que cela existe???"

7.3.3 La liberté de choix

À l'unanimité, les participantes ont entériné la déclaration suivante :

"Les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement doivent avoir la liberté d'accoucher dans le lieu de leur choix et avec qui elles le désirent, y compris à domicile."

Par ailleurs, certaines femmes ont souligné l'accessibilité très réduite de l'accouchement à domicile vu le nombre restreint de sages-femmes qui acceptent d'en pratiquer depuis l'introduction des projets-pilotes. Une femme déplore le manque de soutien du Regroupement Les sages-femmes du Québec à cet égard.

7.3.4 L'accouchement à domicile

Lors de la discussion à propos du désir des couples de voir leur enfant naître à domicile dans un contexte où la sage-femme aurait accès aux mêmes mesures d'urgence qu'en maison de naissance, nous avons été témoins d'une évolution de la réflexion chez plusieurs participantes. À prime abord, la majeure partie des femmes opteraient pour l'accouchement en maison de naissance. Toutefois, au fil des discussions, à l'écoute des témoignages de femmes ayant vécu un accouchement à domicile et à la lumière d'informations complémentaires relatives à l'équipement transporté à domicile versus celui présent en maison de naissance (souvent perçu comme plus élaboré qu'il ne l'est en réalité), plusieurs femmes en sont venues à considérer cette alternative pour leur prochain accouchement. Dans d'autres cas, les participantes sont ambivalentes; elles expriment le besoin d'obtenir davantage d'informations sur la manière dont cela se déroulerait ainsi que sur l'aspect sécuritaire d'une telle démarche. Pour plusieurs, c'était la première fois qu'elles réfléchissaient à cette question et ne se sentaient pas encore prêtes à se prononcer; c'est une décision qui se mûrit et qui doit être discutée avec le conjoint, a-t-on précisé.

Certaines femmes soulignent le côté pratique d'accoucher ailleurs que chez elles. Le groupe d'hommes a mentionné apprécier le côté douillet des maisons de naissance, ce qui est sécurisant et pratique à leurs yeux.

7.4 L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE ET LA FORMATION

7.4.1 Valeurs importantes pour la formation

L'acquisition d'habiletés techniques n'est pas considérée suffisante; les participantes insistent sur les caractéristiques humaines de l'approche des sages-femmes. Nous ne les répéterons pas, ces caractéristiques ont été décrites au point 5.1 du présent rapport. Pour en donner quelques illustrations, citons la qualité relationnelle, le feu sacré, l'autonomie, le jugement, la patience. Les participantes du groupe de l'Estrie précisent qu'elles exigent le respect intégral de la philosophie.

On souhaite que la formation prépare les sages-femmes à l'accouchement à domicile. D'autre part, certaines femmes soulignent l'importance de démontrer aux aspirantes sages-femmes le caractère essentiel de la conciliation et de la collaboration avec le milieu médical.

Quelques participantes mettent en relief les atouts d'une bonne connaissance de l'histoire des sages-femmes au Québec, notamment pour être au courant des besoins exprimés par les usagères d'antan, besoins qui ont façonné la pratique actuelle, et afin de situer les aspects traditionnels du métier.

Les participantes de la majorité des groupes considèrent que l'apprentissage par tutorat est une forme d'enseignement à sauvegarder. De plus, quelques participantes suggèrent même une formation par tutorat uniquement sans cours universitaire.

"On ne veut pas d'une formation décollée du terrain."

Les participantes du groupe de Mont-Joli suggèrent que les candidates à la formation de sage-femme subissent des tests d'aptitudes afin de mesurer leurs dispositions à satisfaire aux exigences de l'approche humaine.

À Gatineau, les discussions soulèvent l'importance pour une sage-femme d'avoir du sang-froid et la capacité de remettre en question les décisions des médecins.

L'ouverture à la formation continue de même que l'importance de faire confiance aux femmes et de se faire confiance en tant que sage-femme sont soulignées.

7.42 Ordre professionnel autonome

À l'unanimité, les participantes de tous les groupes considèrent que la profession des sages-femmes ne devrait pas être sous l'autorité de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec ni sous celle du Collège des Médecins du Québec. On recommande d'emblée un ordre professionnel autonome.

Bien que cela puisse sembler hors contexte, c'est au moment de ce volet de la discussion que les participantes de l'Estrée suggèrent des stages en maisons de naissance pour les infirmières en obstétrique. Ce serait selon elles une bonne façon de favoriser l'humanisation des naissances dans les hôpitaux.

7.43 Craintes à l'égard du développement de la profession

Sachant que la profession devrait bientôt se développer en toute légalité au Québec, les participantes ont exprimé diverses inquiétudes.

Tout d'abord, on retrouve les craintes reliées à la dilution de l'approche actuelle des sages-femmes, en partie à cause d'une éventuelle institutionnalisation de la profession. On s'inquiète de la bureaucratie : "...l'input du gouvernement", "...les décisions prises de l'extérieur". On craint également que certaines aspirantes ne possèdent pas la "vocation" et aient choisi cette profession pour des raisons pécuniaires. Certaines participantes ont peur que les futures sages-femmes n'aient pas la même passion ou le même dévouement.

En second lieu, on appréhende la médicalisation de la profession, notamment à cause de l'emprise anticipée des médecins. Cette médicalisation entraînerait la perte de l'autonomie des sages-femmes et conséquemment, l'effritement de leur philosophie et de leur approche. On craint également que la créativité soit étouffée.

De plus, certaines femmes craignent l'augmentation de la charge de travail de la sage-femme et, par ricochet, son impact sur le temps dévolu au couple et à l'établissement d'une relation approfondie avec les clients.

Les participantes d'un groupe de l'Outaouais craignent que leurs sages-femmes décident d'aller pratiquer en Ontario attirées par de meilleures conditions de travail. Du côté de Mont-Joli, on souligne la problématique de la pénurie de main-d'oeuvre dans leur région et par conséquent, de la menace de fermeture de leur maison de naissance. De plus,

elles déplorent que la contribution des sages-femmes soit si peu connue auprès de la population locale.

Par ailleurs, certaines participantes disent craindre la venue de sages-femmes d'autres pays qui ne partageraient pas nécessairement l'approche spécifique au Québec.

"Elles ne devraient pas être majoritaires en nombre."

Enfin, mentionnons quelques craintes exprimées de façon isolée. Une participante ayant toujours accouché à domicile appréhende que "la profession soit étranglée" suite à l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé. Elle ajoute que selon elle, les attitudes des sages-femmes ont déjà changé.

"Le métier est fragile."

Un participant mentionne sa crainte que les maisons de naissance soient perçues comme un service de luxe et que cela en menace la survie. À l'inverse, certaines participantes soulèvent les économies réalisées par un tel modèle.

Enfin, une femme s'inquiète des "petits changements dans la pratique qui peuvent devenir grands"; elle explique que les changements d'orientation sont parfois assez subtils mais qu'avec le temps un changement de cap majeur et non souhaitable pourrait survenir.

"Ça prend du temps pour se rendre compte que c'est plus pareil."

En résumé, les femmes sont inquiètes de l'issue de la profession une fois légalisée. Puisque les sages-femmes pratiquant dans les projets-pilotes ont pour plusieurs connu la pratique clandestine au Québec avant le passage de la loi 4, on réalise qu'elles devaient croire très fort en leur métier et être convaincues de répondre à des besoins essentiels. L'ouverture de la profession à de nouvelles candidates et son évolution dans un contexte légal se réalisera avec des impacts et des variations probablement non négligeables et c'est bien ce qui inquiète le plus. Toutefois, on sent un vent de confiance envers les sages-femmes actuelles et en leur implication afin de préserver la spécificité de leur métier.

8.1 LE DEUIL DE LA RELATION ENTRE LA FEMME ET SA SAGE-FEMME

Les participantes au groupe pré-test ont beaucoup discuté de la difficulté, voire même de la perte et du deuil ressentis par plusieurs au moment de la fin du suivi avec leur sage-femme. Ce sujet n'était pas prévu, il a été abordé spontanément par les participantes. La problématique nous est apparue suffisamment importante pour que nous ajoutions ce thème au canevas d'animation des groupes de discussion. Nous avons donc demandé aux participantes des groupes subséquents si elles avaient ressenti le même phénomène et, si oui, comment elles l'expliquaient.

La grande majorité des participantes ont affirmé d'emblée qu'elles avaient vécu la fin du suivi avec leur sage-femme comme une coupure, une perte difficile à assumer et les propos de certaines étaient empreints d'émotion. Ce n'est qu'en de rares occasions qu'une femme a mentionné ne pas avoir vécu ce phénomène.

"J'ai vécu cela comme un arrachement".

"C'est tout un deuil".

"On se sent vraiment en deuil".

"Mon cordon n'est pas encore coupé".

"Ça m'a fait beaucoup de peine".

"C'était triste, j'ai pleuré".

"Je me sentais très seule après".

"Il faudrait trouver un moyen pour que la coupure se fasse plus en douceur".

"C'est comme un cerf-volant dont la corde casse".

Pour toutes sortes de raisons, les participantes considèrent ce phénomène normal. On l'associe à la profondeur, à la "force" de la relation ainsi qu'à l'attachement qui en découle. À l'instar d'une amie ou d'une confidente, la sage-femme devient pour plusieurs une personne significative. Les femmes aiment beaucoup leur sage-femme, certaines précisent qu'elle est comme un membre de leur famille. La complicité, la confiance, le respect de même que l'accueil sans jugement de la sage-femme constituent les composantes de la relation, composantes qui expliquent bien la force et la profondeur du lien entre la femme et sa sage-femme.

“J’ai eu l’impression de perdre un membre de ma famille”.

“Je m’ennuie beaucoup”.

“Je me suis mise à nu devant cette femme”.

“Elle a été ma complice dans un grand événement et lors d’une belle période de ma vie”.

“Elle m’a aidée à traverser quelque chose de très dur”.

Les participantes soulignent que la grossesse a représenté une belle période dans leur vie. L’attente était très exaltante et la naissance y a mis fin. Cette fin en soi est un deuil. De plus, elle coïncide avec la fin d’une relation enrichissante et sécurisante avec la sage-femme, relation que la femme et le couple appréciaient grandement.

La naissance marque une transition, un passage entre la vie de femme enceinte, avec les avantages que cela peut comporter, et celle d’être mère, ou à nouveau mère, avec les défis et le processus d’adaptation que cela implique. La sage-femme est un témoin privilégié de cette transition; elle assiste non seulement à la naissance d’un enfant, mais aussi à la naissance d’une mère. Cette position est unique en soi car la sage-femme peut alors être perçue comme étant reliée à ces changements, une personne pivot. En fait, il n’est pas rare, a-t-on appris de la bouche des sages-femmes, que les personnes présentes lors d’un accouchement gagnent un statut particulier aux yeux de la mère, simplement parce qu’elles ont pris part à cet événement si intense. Il n’est donc pas étonnant que plusieurs femmes ressentent ce sentiment de perte et de deuil ainsi que le besoin de se référer à la sage-femme pour être accompagnées au début de la période postnatale qui comporte presque toujours des volets difficiles.

Par ailleurs, certaines participantes précisent que cette sensation est normale et que c’est “une bonne chose”.

“Les choses comme cela ne devraient pas être sans émotion”.

Au groupe de Mont-Joli, on précise que le deuil porte sur l’expérience complète : attente / naissance / suivi / maison et personnel accueillants.

Certaines participantes ont même vécu un double deuil. Il s’agit de celles qui ont vécu un transfert, elles font le deuil de leur sage-femme et celui d’un accouchement idéal qui aurait dû, normalement, se dérouler à la maison de naissance.

“j’ai eu à faire le deuil d’un rêve qui s’écroule”.

Bien que nous considérions cette sensation de deuil normale, notre réflexion nous amène à mettre en lumière certaines conséquences possibles et non souhaitables. Certaines femmes frôlent, inconsciemment ou non, un rapport de dépendance alors que l'approche sage-femme vise le contraire. Il semblerait parfois qu'une femme attribue davantage de considération ou de mérite à sa sage-femme qu'à elle-même, un peu comme si elle lui devait son cheminement plutôt que de s'en considérer la source.

L'accouchement est un moment magique tout comme les premières journées avec le bébé sont uniques. Ce sont des moments privilégiés et exceptionnels qui ont un aspect euphorisant. Cependant, suivant l'idée selon laquelle les personnes présentes à l'accouchement gagnent un statut particulier, il peut arriver que la femme considère sa sage-femme comme la créatrice de cet état euphorique et qu'elle se sente en sevrage à la fin du suivi. Un peu comme si la sage-femme était la nourricière des contributions de la naissance et des gains qu'offre l'accouchement naturel alors que la première responsable est la mère puis sa famille. Avant que la femme puisse vraiment s'approprier tous ces bénéfiques, cela exige un minimum de temps.

Toutefois, le phénomène du deuil n'est pas ressenti avec la même intensité par toutes les femmes et certaines conditions semblent le prédisposer. Être entourée d'un réseau social faible, traverser un accouchement présentant certaines complications, vivre une situation familiale délicate ou avoir un bébé plus exigeant en sont quelques exemples.

Ces femmes en particulier se sentent abandonnées, mais elles le sont davantage par l'absence d'un réseau de soutien et d'entraide dans leur environnement que par une coupure du suivi avec leur sage-femme. La sage-femme en vient parfois à remplacer la mère ou la soeur trop occupées dans leur vie quotidienne. C'est un reflet de notre solitude, conséquence des moeurs de notre société individualiste.

Les sages-femmes offrent un suivi traditionnel basé sur une approche communautaire, et ce, dans une société où le tissu communautaire s'est grandement effrité. Dans un contexte où la communauté joue un rôle prépondérant, la femme a d'autres sources de soutien et elle a plusieurs occasions de revoir sa sage-femme car celle-ci fait partie de son environnement; au Québec, les clientes habitent souvent à plusieurs kilomètres de leur maison de naissance. Pour plusieurs donc, la fin du suivi signifie en théorie, et malheureusement en pratique aussi, la fin du contact. C'est une coupure franche. Or, il est contre-nature de mettre fin à

une relation aussi profonde à une date précise, soit six semaines après l'accouchement. De plus, l'intensité du lien se poursuit souvent après l'accouchement, ce qui laisse peu de temps pour le vivre; six semaines, c'est vite passé.

Lors de la période postnatale, certaines femmes ont particulièrement besoin d'être soutenues, voire même maternées. Comme la fin de la relation avec la sage-femme est souvent combinée à d'autres deuils et comme la femme n'a pas nécessairement conscience de cette multiplicité de deuils, il est possible que les émotions reliées aux différentes pertes soient attribuées au seul deuil de la relation avec la sage-femme.

D'autre part, rares sont les occasions de vivre une relation d'une aussi grande qualité. Plusieurs femmes aimeraient pouvoir en profiter davantage, surtout lorsque l'énergie unique "d'après l'accouchement" s'estompe et que la réalité ressurgit, c'est une période bien exigeante pour la femme.

"Lorsqu'une femme nourrit un enfant, n'a-t-elle pas aussi besoin d'être nourrie?"

Dans notre culture où règne l'anonymat, on ne fait pas facilement confiance aux gens qui nous entourent. Toutefois, lorsqu'on accorde notre confiance, c'est très précieux et c'est souvent ce qui se produit dans la relation avec une sage-femme. De plus, le fait qu'en parallèle la femme soit appelée à augmenter sa confiance en elle, lui fait vivre une expérience très enrichissante. Aussi, si les sages-femmes deviennent souvent si précieuses pour les femmes, c'est que celles-ci se sentent aimées et c'est, jusqu'à un certain point, tout à l'honneur des sages-femmes, car c'est le reflet de la qualité de leur travail et de la profondeur qu'elles y mettent.

Il faut ajouter que les sages-femmes oeuvrant dans les projets-pilotes ont pour la plupart des expériences très riches. On pourrait en qualifier plusieurs de passionnées de la naissance! De plus, elles ont à coeur de transmettre quelque chose de particulier à chacune de leurs clientes.

Le défi pour les sages-femmes est de poursuivre la qualité de leur accompagnement en soutenant la femme jusqu'à la fin du suivi et de la préparer à la fin de leur relation. La femme devrait se sentir apte à faire face à ce "deuil" et à réellement l'assumer, de sorte qu'il devienne positif et générateur d'énergie pour la femme, son bébé et sa famille.

8.2 PROPOSITIONS POUR PALIER AU PHÉNOMÈNE DU DEUIL

Bien que plusieurs participantes aient exprimé le besoin d'augmenter le suivi postnatal, nous croyons que d'autres solutions peuvent également être envisagées.

Tout d'abord, nous croyons préférable de parler de ce phénomène lors du suivi puisque les groupes de discussion ont démontré qu'il est ressenti par la très grande majorité des femmes. D'autre part, lorsqu'il se vit, il nous semble important de le reconnaître car plusieurs femmes sont conscientes qu'elles s'approchent d'une relation de dépendance et elles n'osent pas en parler. De plus, c'est un sujet assez émotif qui est parfois mal assumé par la femme.

Il pourrait s'avérer utile de soulager le deuil en offrant une rencontre supplémentaire pour inciter la femme à revenir à la maison de naissance ne serait-ce que pour y passer un petit moment seule avec son bébé. Certaines femmes ressentent le besoin de retourner dans la chambre où elles ont donné naissance pour reprendre contact avec l'énergie particulière qu'elles y ont ressentie. Beaucoup d'émotions se vivent lors de l'accouchement et la femme revit, en quelque sorte, ces émotions en se retrouvant là où elle les a éprouvées. Il est très important qu'elle se sente à l'aise de revenir tant qu'elle en ressent le besoin et sans que ce soit nécessairement pour revoir sa sage-femme.

Par ailleurs, de l'avis de certaines sages-femmes, la fin du suivi à six semaines ne correspond pas à un bon moment dans le postnatal. Selon leur expérience, environs dix à douze semaines après la naissance, la femme est généralement plus sereine face à ce passage.

Notons que certaines participantes ont suggéré des rencontres postnatales en groupe avec la sage-femme principale et d'autres couples ayant bénéficié de son suivi.

"Ça permettrait de boucler la boucle."

Lorsque des rencontres entre parents sont prévues, elles sont très appréciées (ex. : les mercredis aux Maisons de naissance de Côtes-des-Neiges et de l'Outaouais) et permettent, selon l'avis des participantes, de faire le deuil plus en douceur.

La région de l'Outaouais propose d'élargir les services offerts en maison de naissance et même de transférer certains services donnés en CLSC vers la maison de naissance. La poursuite d'une activité sociale de groupe (ex. : pique-nique)

est recommandée ; certaines désirent même qu'elle ne soit pas limitée aux clients de l'année. Un journal, de même qu'un comité d'usagers actif sont d'autres moyens appréciés. La référence à des groupes communautaires est également suggérée.

Nous ajoutons également la proposition d'intégrer dans le cadre du suivi et des cours prénatals un thème plus spécifique au besoin de soutien en postnatal. L'objectif serait d'habiliter les couples à formuler davantage leurs besoins afin d'obtenir l'aide de leur entourage. Trop de femmes se sentent gênées de demander, ne voulant pas déranger, et certaines ont un réflexe d'indépendance peu compatible avec leurs besoins de "relevailles".

Enfin, il faut reconnaître que ce phénomène n'est peut-être pas unilatéral, la sage-femme pouvant aussi développer un attachement avec sa cliente. Il nous apparaît donc très sain de créer l'espace nécessaire pour en parler.

83 HYPOTHÈSE / RECOMMANDATIONS RELATIVEMENT À L'AMÉNAGEMENT DES MAISONS DE NAISSANCE

Lors de la rencontre où les bilans régionaux ont été mis en commun, une observation concernant l'aménagement de la Maison de naissance du CLSC Lac St-Louis nous a amené à réfléchir un peu plus sur ses impacts possibles. Comme le phénomène du deuil a été vécu de façon plus intense chez les participantes de cette maison et comme on y a souligné l'absence de rencontres postnatales pour les femmes, nous avons investigué davantage la question de l'aménagement des lieux. Situons d'entrée de jeu que l'hypothèse formulée n'a pas été vérifiée auprès de toutes les maisons de naissance, mais en comparaison avec celles de l'Outaouais, le Mimosa et Côte-des-Neiges.

Nous croyons possible que l'aménagement d'une maison de naissance dans un établissement tel qu'un CLSC puisse nuire au modèle de l'accouchement à domicile que l'on cherche à y transposer. Il semble plus difficile de recréer l'ambiance du domicile dans une institution que dans un bâtiment qui est déjà une maison, justement parce qu'il faut créer de toutes pièces un environnement qui n'y a pas naturellement sa place. Les maisons de naissance précitées pour fins de comparaison ont été établies dans des presbytaires et les pièces se prêtaient à l'avance à l'aménagement des chambres, d'un salon, d'une cuisine. C'était à priori un milieu où l'on vit.

Au troisième étage du CLSC Lac St-Louis, on a dû créer un univers factice qui imite en partie seulement un domicile.

La femme qui arrive fait face dès son arrivée au secrétariat après avoir franchi l'entrée principale du CLSC, une première réception et l'ascenseur. Une salle d'attente avec aire de jeux pour les enfants jouxte le secrétariat. La mère d'un enfant turbulent pourrait sentir qu'elle dérange.

De plus, la section "maison" de la maison de naissance est séparée par une porte souvent close, il y a une séparation entre l'aire administrative et la section "maison". On accède à cette dernière qu'en de rares occasions, pour la visiter, et ultimement pour y accoucher. Ce n'est pas que son accès soit interdit, mais, sans motif, les femmes n'ont pas l'occasion d'y aller. La cuisine n'est pas celle où les sages-femmes dînent, le salon n'est pas un lieu de séjour, ces pièces sont utilisées lors des accouchements seulement.

Nous en déduisons qu'il est difficile pour les femmes de s'approprier un espace non intégré où elles n'ont pas accès comme bon leur semble. En postnatal, nous avons même senti clairement que les femmes ne se sentaient pas à l'aise de retourner sur les lieux, elles avaient besoin d'un motif valable pour y retourner. Elles ne s'y sentent pas sur leur territoire, mais sur celui de celles qui y travaillent. Le fait qu'il n'y ait pas d'occasions comme des rencontres postnatales contribue à cette sensation.

Afin d'illustrer l'importance que revêt pour nous cette question de territoire qui touche le contrôle des femmes sur l'environnement où elles verront naître leur enfant, nous croyons à propos de présenter ici l'extrait d'un article qui a alimenté notre réflexion. Cet article a été écrit par la sage-femme Isabelle Brabant qui a elle-même accouché à son domicile. Elle s'adresse ici aux membres du Groupe MAMAN :

"...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.

(...)

...la maison de naissance est 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.

Je ne sais plus combien de fois je me suis fait demander, dans mes années de pratique à la maison, par des gens dans le système médical: "Comment

places-tu les femmes pour la poussée?" Les femmes qui choisissent d'accoucher chez elles riraient bien d'une telle question. 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?..."

En conclusion, nous croyons qu'idéalement et que dans la mesure du possible une maison de naissance devrait être une maison. Si c'est impossible, des efforts particuliers devraient être déployés afin que les femmes puissent s'y sentir à l'aise comme chez elles. L'ouverture à des rencontres postnatales nous apparaît comme un premier pas très approprié puisque cela contribuerait aussi à adoucir le phénomène du deuil. L'idée générale serait pour les sages-femmes de faire montre d'une volonté farouche d'inviter les femmes à occuper les lieux, à s'y sentir à l'aise, à y allaiter leur bébé, à venir consulter les livres et autres références mises à leur disposition... bref, mettre sur pied un programme postnatal structuré et soutenir les usagères intéressées à s'impliquer.

Un programme postnatal n'est évidemment pas suffisant, il faut que les femmes s'approprient les lieux avant l'accouchement. Déjà, si lors du suivi, elles ont l'habitude de voir des femmes sur place avec leur bébé, c'est un geste dans la bonne direction. Mais il faudrait faire davantage et la démarche du présent bilan ne nous a pas permis jusqu'à maintenant de formuler d'autres propositions.

Cette question nous est apparue importante car, en bout de ligne, lorsque la femme accouche, le fait de se sentir sur son territoire est un facteur non négligeable dans la prise en charge de la femme par elle-même. Par ailleurs, nous sommes conscientes que cet élément n'a pas la même importance pour toutes les femmes. Si l'une peut se sentir à l'aise et en contrôle même dans une salle de césarienne, il en faudra bien peu pour intimider ou ébranler la confiance d'une autre.

8.4 LE PHÉNOMÈNE D'ÉLÉVATION DE LA SAGE-FEMME

On assiste en général à une quasi-absence de sens critique des femmes vis-à-vis des sages-femmes. Certaines femmes tendent d'emblée à donner raison aux sages-femmes et tort aux médecins. La sage-femme est parfois perçue comme frisant la perfection.

Le langage utilisé pour les décrire est parfois excessif.

"Elles sont parfaitement qualifiées."

"Elles sont formées pour intervenir dans toutes les situations."

"Elles savent de quoi elles parlent, on dirait qu'elles sont plus compétentes que les gynécologues."

Sur un plan plus individuel, certaines femmes semblent presque en admiration devant leur sage-femme; leurs yeux brillent lorsqu'elles en parlent. La sage-femme semble au-dessus de tout soupçon, on est parfois prête à lui faire une confiance aveugle. On en parle en des termes élogieux.

"C'est ma sage-femme qui a fait toute la différence... c'était cinq étoiles!"

Ce phénomène a été remarqué partout, mais de façon encore plus nette chez les usagères de la Maison de naissance de l'Outaouais.

"Nos sages-femmes elles sont parfaites!"

"Elles sont même surqualifiées. Les sages-femmes ont passé des tests plus difficiles que les obstétriciens. Elles ont des connaissances supérieures aux obstétriciens."

Nous proposons ici quelques avenues afin d'expliquer le phénomène. À première vue, on est tenté de l'attribuer au fameux lien privilégié. De plus, dans le contexte où les femmes n'ont pas de modèle solide auquel se référer lors d'une grossesse, la sage-femme peut devenir la personne toute désignée pour personnifier ce modèle.

Dans le même ordre d'idées, si la femme n'a pas résolu le deuil de sa relation avec sa sage-femme, le phénomène peut s'amplifier. Effectivement, quand on perd quelque chose que l'on a beaucoup apprécié, on l'aime encore plus, on en chérit le souvenir. Dans le processus du deuil, il survient l'étape où on ne se rappelle que des beaux côtés.

Mais, au-delà des facteurs reliés au lien privilégié, nous attribuons ce phénomène d'idéalisation de la sage-femme à une réaction suite à un abus. La très grande majorité des clientes des sages-femmes ont soit déjà connu elles-mêmes l'expérience de l'accouchement à l'hôpital, soit en ont entendu parler par une amie, une soeur... La très grande majorité des femmes s'accordent à considérer que l'approche médicale peut entacher le processus de la naissance, en ne respectant pas les femmes comme des individus à part entière, responsables d'elles et de leur bébé. On sent une certaine rancœur, une amertume, ces femmes

en veulent à cette approche qui s'approprie un événement si important de leur vie. La sage-femme arrive en quelque sorte comme la salvatrice de la maternité. Elle rend à Cléopâtre ce qui appartient à Cléopâtre en stimulant les femmes à se réapproprier l'événement de la naissance.

“La sage-femme sait qu'elle va mettre au monde un être humain, le médecin opère de façon clinique, il n'a pas le temps.”

“On craint que la pratique des sages-femmes soit chapeauté, voire même détruite, par les médecins s'ils viennent en maison de naissance.”

Et si jamais on se voit dans l'obligation de faire affaire avec le système médical lors de l'accouchement, certaines femmes voient en leur sage-femme un rôle de défenderesse et même de protectrice.

“Nous voyons son rôle comme un guide, elle nous rassure, elle connaît le système et pourrait mieux nous guider et nous protéger.”

Les femmes ne réagissent pas nécessairement à un abus envers elles-mêmes personnellement, mais elle sont plutôt, croyons-nous, en réaction de façon générale à un système qui détient un pouvoir qui devrait leur appartenir. Tout semble en place dans ce système pour que les femmes perdent le contrôle de leur accouchement, avec toutes les carences implicites à cette façon de faire. Par carences, nous songeons entre autres à la perte de gains tels que la hausse de l'estime de soi, la valorisation des personnes et du processus de la naissance ainsi que son caractère initiatique; tous des éléments que l'on peut associer à un accouchement naturel où la femme est en contrôle.

Il serait certes opportun pour les sages-femmes d'être sensibles à cette tendance observée chez plusieurs participantes, cette propension à généraliser que tout ce qui provient du système médical est négatif. Dans certain cas, c'est un point qu'il pourrait s'avérer pertinent de traiter lors du suivi.

Le bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes est, somme toute, fort positif. Les participantes et participants des onze groupes de discussion ont abordé en profondeur plusieurs thèmes nous permettant de dégager des pistes de réflexion ainsi que certaines recommandations. Ces femmes et ces hommes, vu leurs profils variés, ont émis des opinions et formulé des propositions qui représentent de façon assez juste, croyons-nous, les points de vue de la majorité des clientes et clients des maisons de naissance.

La production de ce bilan, nous l'espérons, met en lumière plusieurs impacts de la pratique des sages-femmes en maisons de naissance sur l'approche qui a été développée ici même au Québec avant l'adoption de la loi 4.

La participation enthousiaste, solidaire et, disons-le, étonnante des parents, dénote la réelle appréciation des services reçus. De l'avis de tous, les maisons de naissance au Québec sont un succès et devraient par leur simple existence faire évoluer les soins en obstétrique dans tout le réseau de la santé.

"Avant que les sages-femmes ne soient reconnues, le système de la santé était déficient. La pratique des sages-femmes en tant que profession a non seulement rempli un vide, mais va améliorer les professions déjà existantes dans les secteurs de l'accouchement et des soins aux familles."

Le bilan a en outre fourni l'occasion aux usagères et usagers de réaffirmer leur désir de voir l'événement de la naissance leur appartenir de plein droit et c'est dans cette optique que nous avons pu entériner un principe fondamental en adoptant à l'unanimité la déclaration suivante :

"Les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement doivent absolument avoir le libre-choix d'accoucher où et avec qui elles le désirent, y compris à domicile."

Nonobstant la satisfaction élevée de ces femmes et de ces hommes, il n'en demeure pas moins que des recommandations ont été formulées. Notamment, les parents recommandent plus de flexibilité dans les règlements et protocoles qui encadrent les projets-pilotes. Ils sont convaincus des compétences rigoureuses des sages-femmes accréditées et invitent le gouvernement à légiférer de sorte

que le jugement clinique des sages-femmes soit davantage mis à contribution.

Les parents souhaitent également que les sages-femmes jouissent d'une plus grande autonomie professionnelle, et ce, par la création d'un ordre professionnel autonome. Cette autonomie leur permettra de rendre des services encore plus personnalisés.

Par ailleurs, les parents désirent un suivi postnatal plus élaboré, d'une part, afin de les aider à s'adapter à leur nouvelle vie et, d'autre part, pour que le lien avec la sage-femme se termine de façon plus progressive. Cette proposition nous apparaît fort sage et gage d'une intervention encore plus bénéfique et plus "collée" aux besoins et à la réalité des familles. En termes de prévention, la contribution d'un suivi postnatal en continuité avec le suivi prénatal n'est plus à démontrer, non plus que son efficacité à réduire diverses problématiques découlant d'un déficit du lien parent-enfant.

L'approche particulière des sages-femmes et son apport exceptionnel pour une famille lors d'une naissance est à préserver à tout prix. Elle comporte en outre des défis particuliers et 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**. On se préoccupe notamment de préserver la pratique actuelle des sages-femmes en limitant l'équipement médical à l'intérieur des maisons de naissance.

Enfin, ils souhaitent que les nombreuses contributions des sages-femmes soient mieux connues du grand public et qu'ainsi, moins vulnérables aux divers événements souvent présentés hors contexte par les médias, elles puissent rendre leurs services à une clientèle mieux informée et toujours grandissante.

L'image magique et unique de l'enfant qui naît et voit ses parents pour la première fois dans un contexte de respect et d'accueil, ce que la présence d'une sage-femme favorise, demeure une expérience déterminante dans la vie d'un couple. Plusieurs parents ont eu la générosité de la partager avec nous, à nous d'en profiter!

JE SUIS FEMME ET PARCE QU'ON EST FEMMES ON VEUT PRÉSERVER CES MOMENTS PRIVILÉGIÉS

**PROPOSITION D'UN BILAN POUR LES FEMMES ET LES HOMMES AYANT BÉNÉFICIÉ
DES SERVICES DES SAGES-FEMMES DANS LE CADRE DES PROJETS-PILOTES
EN MAISON DE NAISSANCE**

Préparé par Mireille Bouffard & Lysane Grégoire

7 octobre 1997

L'OPÉRATION-BILAN: SA RAISON D'ÊTRE

Les projets-pilotes des accouchements pratiqués par les sages-femmes en maison de naissance arrivent bientôt à échéance. Au-delà de 2000 femmes ont vécu l'expérience à travers le Québec. L'heure est maintenant aux bilans.

Bien sûr, plusieurs bilans seront présentés au Ministre de la Santé et des Services sociaux en vue de guider sa réflexion. Différents groupes d'intérêts concernés par la question prépareront longuement leurs recommandations.

Les sages-femmes sont à préparer le leur. Afin de s'assurer que les besoins des femmes soient au coeur de leur réflexion, elles ont exprimé le désir que les usagères des projets-pilotes puissent également faire leur propre bilan.

C'est d'abord pour répondre à l'invitation des sages-femmes et ainsi pour soutenir leur travail que l'actuel projet de bilan a vu le jour. Très rapidement toutefois, ce projet a pris la forme d'un bilan où les femmes voulaient d'abord et avant tout prendre la parole pour partager ensemble leurs réflexions et recommandations quant à l'avenir de la pratique des sages-femmes au Québec et par le fait même sur leurs attentes en matière de périnatalité.

Ce bilan est d'autant plus pertinent qu'il s'inscrit dans le cadre d'une année charnière pour la pratique de la profession des sages-femmes au Québec. Il s'agit effectivement de l'année où le Gouvernement du Québec dictera le cadre de cette pratique. De plus, il s'agit également d'un moment historique où pour la première fois au Québec, on compte développer un programme de formation des sages-femmes avec les institutions universitaires.

Comme les couples et leurs enfants sont au coeur du sujet, nous comptons par ce bilan faire le tour des questions nous apparaissant essentielles pour à notre tour influencer les décideurs. Comme le dit l'expression « vaut mieux s'organiser que se faire organiser », ce bilan vise donc à faire connaître l'opinion des femmes et des couples sur leurs besoins et leurs désirs par rapport à la pratique des sages-femmes au Québec. Pour ce faire, nous comptons :

- tout d'abord, discuter ensemble, dégager les grandes tendances et si possible formuler des recommandations,
- présenter et discuter cette réflexion avec le Regroupement Les Sages-femmes du Québec,
- promouvoir nos recommandations auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, du ministre responsable de l'application des lois professionnelles et autres instances s'il y a lieu (ex : médias).

L'OPÉRATION-BILAN; COMMENT LA RÉALISER

1- Donner la parole aux femmes

La tenue de groupes de discussion nous semble une méthode appropriée car cette formule permet d'approfondir des réflexions personnelles en vue de dégager des orientations communes. Il s'agit de réunir 8 à 10 femmes (bien sûr, les papas sont les bienvenus) représentatives des femmes qui ont accouché avec une sage-femme dans le cadre des projets-pilotes en maison de naissance. Grâce au soutien d'une animatrice, les participantes discutent ensemble de thèmes présélectionnés. L'animation est basée sur un canevas de questions regroupées par thème. L'animation sert principalement à stimuler la discussion, à voir à son bon fonctionnement et à faire ressortir les idées unificatrices. Les propos sont recueillis, (généralement par vidéo, magnétophone ou par une simple prise de notes avec plusieurs secrétaires) et ce Verbatim servira à synthétiser les idées, à dégager des tendances voire même des recommandations. De plus, on les utilise pour citations dans le rapport final.

Pour les fins du présent bilan, les groupes se tiendront dans les différentes maisons de naissance à travers le Québec. Nous visons un minimum d'au moins un groupe par projet-pilote. Pour ce faire, chaque région désigne une personne responsable qui se chargera, avec le soutien de l'équipe à la maison de naissance et du comité des usagères de recruter les participantes, de tenir le ou les groupes de discussion, de colliger le Verbatim et les recommandations selon la grille préparée à cet effet. De plus, il serait intéressant d'effectuer une synthèse des idées lorsque ce sera possible de le faire. Enfin, un minimum d'outils communs d'une région à l'autre devra être utilisé afin d'assurer une certaine homogénéité dans le regroupement des idées en vue de réaliser la production d'un rapport final. L'annexe 2 vous en suggère quelques uns.

2-Poser les bonnes questions

Les sujets sont regroupés en sept thèmes. Bien que pouvant s'entrecroiser, les thèmes cherchent à bien cerner la question et à éviter qu'aucun élément ne soit oublié. Les thèmes sont présentés en entonnoir (du général au plus spécifique). Deux à quatre questions préparées à l'avance aideront l'animatrice à stimuler la discussion pour chacun des thèmes. Se référer à l'annexe 1 pour le contenu des thèmes et des questions.

3-S'organiser

Les thèmes et les questions ont été testés avec un groupe de 12 femmes le 1er octobre. Le tout fut un succès. L'annexe 1 comprend la liste des thèmes et des questions abordés lors de la soirée. Notons toutefois que le thème sur les types d'accouchements n'a pas été abordé faute de temps.

En vue de regrouper les idées unificatrices ou les recommandations des participantes, nous vous suggérons de les répartir selon trois catégories.

L'annexe 3 présente une grille à cet effet.

La première catégorie regroupe les conditions essentielles, c'est-à-dire des éléments dans la pratique des sages-femmes qui nous apparaissent intouchables. Il s'agit des aspects que nous voulons protéger à tout prix, que nous désirons absolument préserver en vue d'assurer un service de qualité.

La deuxième catégorie présente quant à elle des éléments de la pratique des sages-femmes qui pourraient être discutés avec les décideurs et pour lesquels des compromis pourraient être effectués. Ces compromis, disons-le, visent surtout à guider les sages-femmes dans leur future intégration avec le réseau de la santé.

La dernière catégorie concerne davantage ce que nous ne voulons pas. Il s'agit donc de donner un message clair sur les formes de pratique qui nous déplairaient et nuiraient incontestablement au type de suivi et d'accouchement auquel nous aspirons.

4- Être prête à temps

Pour que cette opération porte fruit, elle doit faire partie intégrante des négociations qui auront cours les mois prochains. Ces négociations comportent plusieurs enjeux de taille, voilà pourquoi il faudra parfois se presser au détriment d'une consultation plus large. Il s'agit donc d'une première expérience de groupes de discussion qui présente un contenu de base qui pourrait très bien être repris ou adapté à une plus grande échelle.

Les échéanciers que nous tentons de respecter sont;

- envois et premières consultations du document de travail auprès du Groupe MAMAN (Lysane Grégoire) et des sages-femmes (Céline Lemay, Michèle Champagne) le 23 septembre;

- corrections et dépôt du document de travail pour discussions lors de la rencontre des coordonnatrices de maisons de naissance du 25 septembre;
- invitation aux femmes à participer à la démarche par la bulle flottante du Groupe Maman posté le 29 septembre;
- choix d'une personne responsable par maison de naissance et première prise d'information auprès de Mireille (514-689-8470 sur semaine et 418-486-7881 sur fins de semaine) au plus tard le 6 octobre
- recrutement et pré-test d'un groupe de discussion dans la région de Montréal au plus tard le 6 octobre
- relance téléphonique dans les maisons de naissance et envoi d'une mise à jour à chaque animatrice ou maison de naissance au plus tard le 7 octobre,
- tenue des groupes de discussion au cours des semaines du 13 et du 20 octobre
- envoi du Verbatim et de la synthèse des groupes de discussion accompagnés des grilles et d'autres informations que vous jugerez pertinentes à la Maison de naissance du CLSC Lac St-Louis au plus tard le 31 octobre (fax : 514-697-1616) ou par E-mail à l'adresse de Lysane Grégoire : gregau@total.net. S'il vous est possible de le faire, vous pouvez participer à une rencontre de mise en commun des groupes de discussion avec les animatrices et secrétaires qui est prévu pour le 3 novembre, probablement à Montréal ou Laval. Si vous avez d'autres idées à nous suggérer, svp appelez Mireille.
- rédaction du rapport des consensus, validations et consultations pertinentes pour le 7 novembre
- présentation du bilan lors des journées de réflexion des sages-femmes entre le 10 et le 22 novembre ,
- promotion du bilan auprès des instances concernées selon la stratégie discutée au Groupe Maman en collaboration avec le comité "après loi 4» mis sur pied par Naissance-Renaissance.
- si le temps nous le permet, nous désirons interpellier le groupe « Naître chez soi » ainsi que d'autres groupes pertinents pour les inviter à s'associer à notre démarche.

5-Éviter quelques pièges

Lors des groupes de discussion, nous discuterons de la pratique des sages-femmes à partir de notre expérience personnelle sans pour autant la raconter. En ce sens, l'animatrice cherche à conserver une discussion d'ensemble plutôt qu'une série de témoignages d'expériences personnelles.

Il est fort probable que certaines questions soient partagées et qu'aucune tendance ne puissent ainsi être dégagée. Il serait très intéressant de noter les dissensions et si possible les arguments discutés.

Certaines questions peuvent rester sans réponse. Ce qui est important, c'est de noter les thèmes et questions qui n'ont pas été abordés soient par manque de temps ou par désintérêt des participantes afin que le rapport en tienne compte.

Le premier thème concerne l'approche des sages-femmes. Nous le savons, leur approche se distingue et elle est très appréciée des femmes. Nous aimons en parler et nous risquons même de passer trop de temps sur ce sujet. Comme il s'agit également d'un sujet assez reconnu, il serait intéressant d'approfondir d'autres thèmes : ex : leur compétence car beaucoup de gens reconnaissent que les sages-femmes sont fines, mais que sait-on de leurs compétences ?.

6-Recruter des femmes ayant des expériences différentes

Parmi les huit à dix femmes, il serait intéressant de viser une répartition semblable à :

- 2 à 3 femmes qui ont eu leur premier enfant,
- 2 à 3 femmes qui avaient déjà eu d'autres enfants à l'hôpital,
- 2 à 3 femmes qui ont du être transférée en cours de suivi (avant, pendant ou après l'accouchement),
- 1 à 2 femmes qui avaient semblé moins satisfaites des services rendus à la maison de naissance ou par sa sage-femme,
- 1 à 2 femmes provenant de communautés culturelles autres que québécoises, bien sûr lorsque possible.
- 1 à 2 femmes ayant commencé leur suivi à la maison de naissance mais qui ont préféré en cours de route accoucher à domicile,

Note : une répartition d'âge des participantes devrait se faire naturellement. Toutefois, restons vigilantes afin d'avoir le maximum de groupes d'âge représentés.(surtout des femmes de moins de trente ans et d'autres ayant vécu un transfert).

Enfin, afin d'avoir un aperçu du profil des répondantes, un petit questionnaire recueillant l'âge, la région, le rang de l'enfant, le lieu de naissance et quelques autres paramètres jugés utiles devrait être complété pour chaque participante (voir l'annexe 4). Notons enfin qu'un groupe de discussion se déroulera en anglais à la Maison de naissance de Pointe-Claire le 23 octobre prochain et qu'un groupe d'hommes est prévu dans la région de l'Outaouais.

7-Accueillir et écouter les femmes

Les groupes de discussion pourraient avoir lieu aux maisons de naissance, lieu unissant à la base toutes les participantes. Le pré-test a duré 90 minutes mais comme il avait débuté en retard et que certaines participantes étaient sur place avec leur bébé depuis plus de 2 heures, nous avons volontairement décidé de ne pas aborder un thème. Plusieurs femmes étaient venues avec leurs enfants, certaines ont du quitter en cours de discussions. Toutefois, le groupe a continué de discuter sans que les départs n'entravent le bon fonctionnement. L'ambiance était sympathique, nous discutons presque comme des amies de longue date.

8-Quelques nouvelles du pré-test

L'expérience a été très stimulante. Bien que les participantes aient beaucoup de choses à dire, la majorité des questions ont permis de dégager des opinions communes et parfois même des recommandations. Un nouveau thème a fait surface. SVP téléphoner Mireille à ce sujet car à l'heure actuelle, il nous manque quelques informations pour formuler les questions correspondantes.

Voici en résumé quelques trucs d'animation ou d'autres éléments qui ont soutenu l'animation du pré-test (désolé pour la formulation directives, il est tard et je vais au plus court ; ce ne sont que des suggestions):

1-Se présenter en mentionnant avec quelle sage-femme nous avons accouché et expliquer rapidement le contexte des groupes de discussion

2-Aller chercher le soutien du groupe en mentionnant que l'animation n'est pas votre métier mais qu'avec leur aide, vous tenterez d'assurer le bon fonctionnement de la discussion. Par exemple, vous surveillerez le temps, les inviterai parfois à être brèves, etc.

3-Faire un tour de table pour se présenter.

4-Annoncer à l'avance les thèmes qui seront abordés en invitant les participantes à y regrouper leurs idées afin d'avoir le temps de tout couvrir. Vous pouvez également mentionner que les questions pour chaque thème sont regroupées selon un plan de match. Une première série de questions (voir questions précédées d'un A à l'annexe 1) qui selon le pré-test ont été bien suffisantes. Toutefois, si ces questions ne permettent pas de lancer la discussion, vous allez utiliser votre plan B soit une autre série de questions (bien sûr précédées d'un B dans l'annexe 1).

Note importante : SI LE PLAN A EST EFFICACE, CE QUE NOUS PRÉVOYONS SUITE AU PRÉ-TEST, NE LANCEZ PAS LES QUESTIONS DU PLAN B. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE POSER TOUTES LES QUESTIONS.

5-Lorsque une question est lancée et que 2 à 4 participantes sont intervenues, permettez-vous de reformuler ce qui a été dit(ceci aidera la secrétaire) et vérifier si les autres sont d'accords. Demander s'il y en a qui pensent différemment et pourquoi. Nous avons observé que les opinions sont relativement claires. Peu de compromis ont été énoncés dans le pré-test.

6-Lorsque la moitié du temps sera passé, dites-le en mentionnant le nombre de thèmes qu'il reste à aborder. Profitez-en pour les encourager, les féliciter et ainsi aller chercher leur appui pour terminer la soirée. Lors du pré-test, nous avons décidé à ce moment de poursuivre sans prendre de pause et de prendre la collation tout en poursuivant. À ce moment, le groupe était devenu véritablement complice.

7-À la fin, nous avons invité les participantes à nous faire part de leurs idées pour la diffusion du rapport et pris en note les femmes qui désiraient continuer à s'impliquer.

8-S'assurer avant le départ des participantes qu'elles aient laissé une photo de leur bébé né dans le cadre des projets pilotes(photo à n'importe quel âge). Nous prévoyons faire un montage pour remettre au Ministre de la Santé en guise de témoignage de la part des enfants. SVP poster les photos chez Mireille Bouffard au 42, Pariseau, Île Pariseau, Laval, H7Y 1J5 . Enfin, n'oubliez pas de compléter le questionnaire avec chaque participante

Pour de plus amples informations ou pour tout commentaires ou suggestions, s.v.p. contactez Mireille Bouffard ou Lysane Grégoire.

ANNEXE 2

CANEVAS D'ANIMATION DES GROUPES DE DISCUSSION

LISTE DES THÈMES ET DES QUESTIONS

PREMIER THÈME : L'APPROCHE DES SAGES-FEMMES

A-1 Si vous référeriez votre sage-femme à une amie et qu'elle vous demandait de lui donner seulement deux raisons pourquoi vous le faites, que diriez-vous ?

A-2 Est-ce qu'il y a des aspects dans l'approche des sages-femmes qui ne vous ont pas plu ?

DEUXIÈME THÈME : LA NATURE DU SUIVI

A-1 Mise en situation : Vous avez choisi un suivi avec une sage-femme. En cours de suivi, une complication clinique se présente(ex : jumeaux, accouchement par le siège, etc.). Quel rôle voyez-vous à la sage-femme dans la poursuite de votre suivi (pré, per, postnatal) ?

A-2 Avec combien de sages-femmes souhaiteriez-vous établir une relation ?

A-3 Lors de l'accouchement, est-ce que l'assistante à votre sage-femme pourrait ne pas être une sage-femme(infirmière ou aide-natale) ?

Pourrait-elle être une inconnue ?

A-4 A quel rythme devrait avoir lieu les rencontres avec votre sage-femme(en cours de grossesse, à l'accouchement, après l'accouchement) ? Y a-t-il un moment où vous auriez aimé obtenir quelque chose de plus ?

A-5 Qui devrait avoir droit à un suivi conjoint (md-s.femme) lors d'une complication ?

B-3 Qui devrait avoir droit à un suivi conjoint (md-s.femme) lors d'une complication

TROISIÈME THÈME : LE LIEN PRIVILIGIÉ AVEC VOTRE SAGE-FEMME

À la lumière de l'expérience du pré-test, nous ajoutons ce nouveau thème

"Lors du pré-test, nous avons beaucoup discuté de la difficulté voire même de la perte et du deuil ressenti par des femmes au moment de la fin du suivi avec leur sage-femme."

A-1. Avez-vous ressenti le même phénomène?

A-2. Si oui, comment expliquez-vous ce phénomène?

A-3. Auriez-vous des suggestions à proposer aux sages-femmes pour remédier à cette problématique?

QUATRIÈME THÈME : VOTRE SÉCURITÉ

Dans le cadre de la pratique actuelle :

A-1 Qu'est-ce qui vous procure le sentiment d'être en sécurité ?

A-2 Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous insécurise ?

A-3 Est-ce que vous avez l'impression que le protocole actuel concernant les transferts est suffisamment sécuritaire ?

CINQUIÈME THÈME : LES LIEUX DE NAISSANCE

A-1 Est-ce que vous considérez que votre sage-femme, devrait avoir le privilège de vous aider à accoucher à l'hôpital si c'est votre choix ou si votre cas le nécessite ?

A-2 A l'inverse, accepteriez-vous que les médecins dont les clientes le désirent puissent avoir le privilège de pratiquer en maison de naissance ?

A-3 Est-ce que vous désireriez accoucher à votre domicile avec votre sage-femme si c'est votre choix ?

A-4 Le droit à l'accouchement à domicile vous apparaît-il essentiel ?

A-5 Êtes-vous en accord ou en désaccord avec l'affirmation suivante :

“Les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement doivent absolument avoir le libre-choix d'accoucher où et avec qui elles le désirent, y compris à domicile.”

Désirez-vous reformuler cette affirmation ?

A-6 Si votre sage-femme pouvait vous aider à accoucher à domicile avec les mêmes mesures d'urgence qu'elle a à la maison de naissance, préféreriez-vous accoucher à votre domicile ?

SIXIÈME THÈME : LES TYPES D'ACCOUchemENTS

(ce thème a rarement été abordé, faute de temps)

A-1 Croyez-vous que les services en maison de naissance devraient donner priorité aux femmes qui planifient accoucher en maison de naissance (autrement dit, que faire avec les usagères qui veulent obtenir un suivi avec sage-femme mais avec un accouchement à l'hôpital avec ou sans le recours à une péridurale) ?

A-2 La sage-femme devrait-elle être présente à l'hôpital lorsque sa cliente décide d'aller accoucher à l'hôpital avec son médecin?

P.S. CECI EST LE THÈME LE MOINS PRIORITAIRE, nous vous suggérons de le laisser tomber.

SEPTIÈME THÈME : LA COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES

A-1 Pensez-vous que les compétences actuelles des sages-femmes soient suffisantes et adéquates ?

A-2 Au-delà de la qualité de l'approche humaine des sages-femmes, quelle compétence ou habileté particulière retenir de votre sage-femme?

A-3 Trouvez-vous important que votre sage-femme ait une complète autonomie dans son travail ? (ex : examen du nouveau-né)

A-4 Quel genre de sage-femme vous n'aimeriez pas avoir(ex : âge, maturité, formation) ?

HUITIÈME THÈME : L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DES SAGES-FEMMES

A-1 Pour les futures sages-femmes du Québec, quelles seraient les valeurs importantes à transmettre au cours de leur formation et qu'elles ne devraient pas oublier dans leur pratique? (Bref, quels messages devrions-nous dire à leur professeur ?)

A-2 Est-ce que vous trouvez essentiel que la sage-femme puisse pratiquer là où le désire sa cliente ?

A-3 Trouveriez-vous acceptable que la profession des sages-femmes soit sous la responsabilité de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec ou sous le collège des médecins du Québec ? Devraient-elles avoir leur propre ordre professionnel autonome ?

A-4 Cette profession devrait se développer en toute légalité au Québec, qu'est-ce que vous avez le plus peur de perdre avec ce développement ? Avez-vous des inquiétudes pour le futur de la profession?

ANNEXE 3

PROFIL DES PARTICIPANTES AUX GROUPES DE DISCUSSION

L'échantillon souhaité visait à représenter les profils suivants :

Femmes...

- ...ayant vécu leur première expérience de la naissance (premier bébé);
- ...ayant vécu une ou des expériences de naissance en milieu hospitalier;
- ...ayant du être transférée en milieu hospitalier en cours de suivi pré, per ou postnatal;
- ...ayant exprimé des insatisfactions en regard des services obtenus dans les projet-pilotes;
- ...s'affichant comme provenant d'une autre communauté culturelle;
- ...ayant déjà vécu l'expérience d'un accouchement à domicile.

- 93 participantes(s) ont collaboré à un total de 11 groupes de discussion réalisés dans les 6 maisons de naissance du Québec. Un minimum d'un groupe a été tenu dans chaque maison de naissance sauf dans l'Outaouais où il y a eu trois groupes dont un groupe spécifique pour les pères. A Pointe-Claire où il y a eu 4 groupes dont le pré-test qui regroupait des usagères des deux maisons de naissance de la région de Montréal, 2 groupes réguliers et enfin un petit groupe anglophone. La région de Montréal totalise 5 des 11 groupes.
- 85 participantes ont complété un court questionnaire sur leur profil(le groupe d'hommes ne l'a pas fait). Ceci nous permet d'évaluer que la moyenne d'âge est de 31 ans. Ces femmes ont donné naissance à 96 enfants dans le cadre des projets-pilotes mais elles ont un total de 157 enfants. La répartition plus précise est la suivante :
 - • 43 participantes ont eu leur premier enfant dans les projets-pilotes;
 - • 33 participantes avaient déjà eu un ou des enfants en milieu hospitalier;
 - • 5 participantes ont eu un ou des enfants à leur domicile.

Parmi les 85 participantes :

- 22 participantes ont due être transférées en cours de suivi;
- 3 participantes se sont déclarées peu satisfaites des services obtenus;
- 4 ont précisées qu'elles provenaient de communautés culturelles.