

**DEPUIS
QUE LE MONDE
EST MONDE**

618.4
Nai



1981
1er ex.

DOSSIER D'ACCOMPAGNEMENT

\$2.00

DOSSIER

Produit par Naissance Renaissance

DEPUIS

QUE LE MONDE

EST MONDE

**Coordination et
administration**
Hélène Cornellier

Recherches et textes
Camille Larose
Hélène Pichette
Dhyane Iezzi
Hélène Cornellier
Wm. Melvin Weigel, avocat

Illustrations, photos
Marguerite Deschamps
Diane Duclos
Lorraine Paradis
Pierre Crépô
Serge Giguère (photo de
la couverture)

Maquette et révision
Louise Pilon

Conception graphique et montage
Marie Cornellier

Imprimé par Nap-Art

Nous remercions Hélène
Laforce de nous avoir permis
d'utiliser son projet de thèse sur
l'histoire des sages-femmes au
Québec

Ce document a été produit
avec l'aide du Secrétariat d'État,
promotion de la condition
féminine

Distribution
Naissance Renaissance Inc.
C.P. 249, Station E
Montréal, P.Q.
H2T 3A7

© Naissance-Renaissance 1981
Dépôt légal Bibliothèque
Nationale.

GÉNÉRIQUE DU FILM

Produit par Les Films d'Aventures Sociales du Québec Inc.

Distribué par Les Films du Crépuscule Inc.

16 mm Couleur et noir et blanc

Durée: 64 minutes

Réalisation et montage

Sylvie Van Brabant
Serge Giguère
Louise Dugal

Caméra

Serge Giguère
assisté de Claude Maisonneuve

Son

Thierry Morlaas
Claude Beaugrand

Musique

Abbittibbi
Josianne Roy
Serge Boisvert
Martine Leclercq
Voix "La Jaserie"
Abbittibbi
Congas: Louise Matte
Francine Ducharme
Mireille Crépeau

Mixage

Jean-Pierre Joutel

Recherches

Sylvie Van Brabant
Serge Giguère
Danielle Henri
Hélène Cornellier

Autres Techniciens

Noel Almy
Suzanne Bouilly
Monique Crouillière
Marcel Fraser
Robert Tremblay

Producteur

Sylvie Van Brabant

Participation financière

L'Institut Québécois du Cinéma
L'Office National du Film - production française
Le Conseil des Arts du Canada
Naissance-Renaissance
Ose-Arts

SOMMAIRE

Médicalisation de la naissance:.....page 4

Démarche des couples:.....page 14

Chambres de naissance:.....page 15

Accouchement à la maison:.....page 18

**La sage-femme: à propos
d'Aurore Bégin**.....page 24

Les sages-femmes:.....page 25

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est l'expression très simple de la vie dans sa totalité. C'est un moment qui nous ramène à une conscience renouvelée de ce que nous sommes. La naissance d'un enfant est un passage, un maillon à caractère sacré de ce processus qu'on appelle l'existence et dont nous pouvons tous témoigner. Un moment chargé du sens de la vie et de ses enseignements. Une attitude de respect et de vénération face à la venue de ce moment confère une dignité à la formation de la famille. Les leçons qui émanent de ce mouvement de la naissance sont grandes à qui choisit de les recevoir.

002-11-001

RELAIS FEMMES
618.4 No.
20,859



PRÉFACE



Le film "Depuis que le monde est monde" et cette brochure qui l'accompagne viennent au bon moment. Il faut leur souhaiter la plus large diffusion possible. Voilà plusieurs années que des parents, des infirmières et même quelques médecins manifestent leur insatisfaction face aux accouchements en milieu hospitalier. Ils veulent vivre autrement la grossesse et la naissance, changer les pratiques hospitalières, voire remettre l'accouchement à domicile à l'ordre du jour.

Ainsi s'ébauchent des alternatives à la médicalisation dépersonnalisante. Pour que ce mouvement croisse et marque des points, nous avons besoin d'information et même de contre-information. Car les parents d'abord, mais aussi le personnel de la santé en ont un pressant besoin. Notre travail au sein des Presses de la Santé, de même que nos expériences personnelles, nous en ont persuadés.

L'une d'entre nous, ancien professeur de cours prénatals, s'est heurtée de front à ce problème. Les questions des futurs parents, leur inquiétude, l'ont incitée à démystifier, par des informations concrètes, ce que l'hôpital a fait de la naissance. La naissance est un processus naturel, la femme enceinte et son entourage peuvent et doivent se mettre en harmonie avec la nature. Le résultat? Une position de force réelle, tant de la femme au moment de son accouchement, que du couple. Cependant, l'hôpital essaie de se réapproprier l'événement par sa technologie, par l'autorité médicale utilisée à tort et à travers, il déresponsabilise les parents et leur enlève tout contrôle.

Une autre parmi nous est médecin et se démène, dans son milieu de travail, pour essayer de redonner ce contrôle à ses patients, notamment aux femmes enceintes. Cela est souvent possible dans un cabinet médical, mais dans le cadre hospitalier tout est annulé. L'institution renvoie médecin et "malade" dans leurs rôles traditionnels. Si, par bonheur, la femme accouche "comme elle veut", ce n'est pas parce qu'elle le veut, mais parce que son médecin est d'accord et qu'il l'a dit officiellement.

Autre problème de beaucoup de jeunes et moins jeunes médecins: leur propre manque de formation en matière obstétricale normale. Trop bien informés des "cas à risques", trop peu des "méthodes naturelles", ils souffrent d'une peur égale devant toutes les grossesses et tous les accouchements. Ne sortant jamais des sentiers battus, leur crainte reste entière car ils sont privés d'expériences alternatives. Sans compter la pression du corps médical, véritable épée de Damoclès, prête à tomber sur la tête de celui ou de celle qui oserait "essayer" autre chose.

Nous sommes aussi des mères, et nous avons la responsabilité de mettre au monde et d'élever des enfants sains de corps et d'esprit. Mais qu'est-ce qu'une responsabilité sans choix? et sans informations? Pourquoi décourage-t-on celles qui décident de vivre une alternative à la naissance médicalisée? Pourquoi fait-on si peu de choses pour briser l'isolement des femmes enceintes et des nouvelles mères?

Pourquoi la maternité n'entre-t-elle dans notre vie qu'au moment où nous nous y engageons? Notre monde actuel est divisé à outrance en catégories de toutes sortes: chacun d'entre nous s'enferme dans la sienne, ignorant tous des autres. Fini le temps — du moins dans les pays occidentaux — où les "moments forts" de la vie (la mort, la maladie, la naissance, etc.) se côtoyaient et faisaient partie d'un ensemble cohérent.

Le monde médical moderne, avec ses institutions hospitalières énormes, sa technologie sophistiquée et ses multiples spécialités fermées sur elles-mêmes, entre de plein pied dans cette tendance générale de notre société.

Pour nous, c'est aller à l'encontre de besoins humains fondamentaux. Tous les moments de la vie doivent nous revenir avec l'aide bien sûr, s'il la faut, de la médecine moderne. Ils doivent reprendre leur place dans nos communautés de vie, nos familles et nos personnes.

Pour cela, nous devons revivre ces expériences, en parler, les filmer, les écrire et les chanter, les diffuser par tous les moyens mis à notre disposition. Le meilleur remède à la crainte ce n'est pas l'ignorance, mais bien plutôt l'éducation et l'expérience.

C'est pourquoi nous trouvons primordial que des textes et des films tels que ceux-ci se fassent et se fassent connaître. C'est un des premiers moyens vers la reprise en main de nos vies.

LES MEMBRES DES PRESSES DE LA SANTÉ DE MONTRÉAL
DONNA CHERNIAK
SHIRLEY GARDINER
MARILYN BICHER
JANET TORGE
MICHÈLE LEFEBVRE
ÉLAINE CÔTÉ

MÉDICALISATION DE LA NAISSANCE

“Par médicalisation, j’entends ce processus qui fait que les gens ne se sentent plus capables d’affronter seuls des situations auxquelles ils faisaient précédemment face sans aide et pour lesquelles ils doivent maintenant avoir recours aux services de l’appareil médical. La médicalisation, c’est finalement un type de domination: celui qui sait par rapport à celui qui ignore.”

SERGE MONGEAU

“Dictionnaire Pratique des
Médecines Douces”, p.8

Donner naissance à un enfant un événement si proche de nous et qui est pourtant devenu lointain, inconnu, ignoré, tellement mystifié que nous sommes devenues des témoins alors que nous en sommes les principales protagonistes. Malgré les changements radicaux intervenus tant dans les modes de vie que dans les modes de production, les femmes, de tout temps, ont donné naissance à leur(s) enfant(s) de la même manière, mais avec des rituels différents selon les époques, les peuplades et les croyances.

Dans “Immaculate Deception” (1), Suzanne Arms nous rappelle les grandes étapes de l’évolution de l’accouchement depuis l’âge primitif à l’ère moderne. Donner naissance à un enfant dans la société primitive constituait un geste courant qui s’intégrait au cycle naissance-vie-mort, si familier aux gens de cette époque. Pour la femme, la naissance était partie intime et naturelle de son vécu. Elle vivait une étape normale de son évolution. Pourquoi donc l’accouchement est-il devenu si dangereux que toutes les femmes doivent être protégées de ces dangers par une routine hospitalière rigide et déshumanisante?

Montée de la médecine

La peur qui s’est incrustée chez les femmes au cours des siècles correspond à certaines des grandes étapes du développement de l’obstétrique. Avec les interventions d’abord symboliques des hommes primitifs, puis celles de plus en plus technologiques des médecins, les hommes ont peu à peu pris en charge tous les aspects de la naissance. Ainsi, au fil des ans et des transformations sociales et économiques de nos sociétés, les femmes ont-elles à la fois perdu et abdiqué leur contrôle sur l’accouchement.

Au nom de Dieu, on les a condamnées à “enfanter dans la douleur”, puis au nom de la science, on les a contraintes à abandonner le savoir instinctif de leur corps au profit du savoir omniprésent de la médecine. À partir du moment où l’homme décide d’intervenir sans motif valable dans le processus de la naissance, en vue du mieux-être de la mère et de son enfant, la femme cède lentement son autonomie. De “naturel” qu’il était chez la femme primitive, ce phénomène devient dangereux, étranger.

La sage-femme, qui a toujours été le soutien de la femme au moment de l’accouchement, perd peu à peu son rôle. Avec l’hospitalisation des femmes au Moyen-Âge¹, la découverte des forceps², puis de l’anesthésie³, elle s’efface de plus en plus pour faire place au médecin. Dès le 18^e siècle les témoignages disponibles remettent en question la “supériorité” de la pratique médicale par rapport à celle de la sage-femme.



“Il n’y a pas d’information suffisante pour faire des comparaisons entre la pratique des sages-femmes et des médecins, au point de vue sécurité. Cependant, il y a suffisamment d’indices pour permettre de remettre en question la “supériorité” de la pratique médicale. Dans “Treatise on the Management of Pregnant and Lying-In Women”, le docteur Charles White, lui-même

¹ “Les femmes avaient tellement peur de la maladie qu’elles étaient prêtes à affronter n’importe quel risque plutôt que d’accoucher à l’hôpital. Mais les pauvres n’avaient souvent pas le choix. Des médecins de toute sorte — étudiants, barbiers, bouchers et dans certaines régions des bergers — se pratiquaient sur des femmes au cours de leurs études médicales.”

SUZANNE ARMS
Immaculate Deception, p. 17

² Les forceps ont été inventés par Peter Chamberlan en 1585 et le secret en a été gardé dans la famille pendant trois générations.

³ En 1847, Sir James Young Simpson d’Edinburgh a découvert les propriétés anesthésiantes du chloroforme. Il convainquit la reine Victoria d’utiliser cette technique en 1853 pour la naissance d’un enfant d’où le nom “Anesthésie à la reine”.

“Renversez la question. Je suis bien déçu de la façon dont les obstétriciens usurpent la fonction des sages-femmes. Les docteurs sont entraînés à chercher la maladie et non à faciliter l'état normal des choses. Le soin continu qu'une sage-femme pourvoit est une chose dont le médecin est incapable.”

“Les médecins devraient savoir garder leurs mains dans leurs poches!”

**Murray W. Enkin, obstétricien
américain
Medical Post, Nov. 4th, 1980.**

homme/sage-femme a souligné que même si les femmes pauvres étaient mal alimentées, malades et bénéficiaient souvent seulement de soins offerts par des sages-femmes ignorantes, leur taux de mortalité maternelle étaient moins élevés que celui des patientes qui accouchaient à l'hôpital ou que celui des femmes plus riches qui étaient assistées par des hommes” (2)

JEAN DONNISON

Un médecin américain, Robert Mendelsohn, soutient quant à lui que “Lorsque les obstétriciens ont pris en main le travail des sages-femmes, une des conséquences immédiates a été l'augmentation du taux de mortalité maternelle car ils ne se lavaient pas les mains. Des années après la découverte de cette erreur, des années après qu'on eût mené à l'asile l'homme qui avait osé la mettre en évidence, les médecins ont finalement commencé à se laver les mains avant les accouchements. Le taux de mortalité a aussitôt baissé. Les médecins s'en sont alors félicités” (3)

L'hôpital

Plus récemment et plus près de nous, des études menées aux États-Unis révèlent les “nouveaux risques” inhérents à la routine hospitalière

“Un estimé conservateur sur les maladies iatrogéniques¹ qui se développent après l'admission à l'hôpital est de l'ordre de 25%. Ce chiffre n'est pas une moyenne et n'est nullement représentatif des admissions dans le domaine de l'obstétrique. Le taux des maladies iatrogéniques chez les femmes qui accouchent serait plutôt de 200%. Commencez le processus avec une femme en santé et s'ils survivent à l'expérience, vous finirez souvent avec une mère et un enfant malades” (4)

DAVID A BIRNBAUM

EXEMPLES D'INTERVENTIONS DE ROUTINE UTILISÉES SEULEMENT, À L'ORIGINE, POUR LES CAS D'EXCEPTION

Exception	Règle	Risque
1 Attention particulière pour prise de poids des femmes présentant des dangers.	Restriction sévère pour prise de poids de toutes les femmes.	Incidence accrue de toxémie et de prématurité.
2 Première phase du travail prolongée nécessitant une sédation.	Sédation pour la majorité des femmes en travail.	Bébé potentiellement drogué qui présente des risques sérieux de problèmes respiratoires et de complications neurologiques.
3 Soluté permettant d'avoir une veine ouverte s'il est nécessaire de recourir à l'anesthésie en cas d'intervention chirurgicale.	Soluté pour toutes les femmes.	Bébé drogué qui présente des risques sérieux de complications respiratoires et neurologiques, contamination par le liquide.
4 Rupture artificielle des membranes pour raccourcir la deuxième phase d'un travail qui se prolonge.	Rupture prématurée des membranes pendant première phase de façon routinière.	Compression crânienne, hypertension crânienne, traumatisme cérébral (et séquelles neurologiques).
5 Utilisation d'oxytocin synthétique pour induction élective ou pour stimuler un utérus atonique.	Oxytocin synthétique pour provoquer ou uniformiser les contractions pour la majorité des femmes.	Compression crânienne, hypertension crânienne, traumatisme cérébral (et séquelles neurologiques), cas d'ischémie cérébrale avec dépression du système nerveux central.
6 Incompétence vaginale nécessitant une épisiotomie.	Épisiotomie prophylactique de routine.	Augmentation des infections et des traumatismes, plus de pertes sanguines, complications chez le fœtus par suite de l'anesthésie locale.
7 Bas forceps à cause d'un arrêt du travail en deuxième phase après utilisation d'hormones ou d'analgésie.	Forceps dans presque tous les accouchements.	Accident céphalique fœtal avec séquelles neurologiques subséquentes, dislocations osseuses iatrogéniques et subluxations.
8 Confinement au lit d'hôpital dès le début du travail et pendant la première phase pour les cardiaques et les femmes qui présentent des problèmes respiratoires.	Pour toutes les femmes.	Circulation utérine compromise, hypotension due à la position, faiblesse des muscles et contractions utérines moins efficaces.

¹ Iatrogénique : qui est provoqué par le médecin

La femme qui arrive aujourd'hui à l'hôpital pour un accouchement doit se soumettre à toute une série d'interventions de routine que ce soit le rasage ou le lavement, le soluté ou le monitoring foetal, la rupture des membranes, la position de lithotomie, l'extraction du placenta et la revision utérine sans compter les analgésiques et les anesthésies. Elle se retrouve en plus dans un milieu où les microbes sont étrangers à son organisme. Il lui est donc difficile de les combattre à un moment où son corps doit fournir un travail intense. On constate alors souvent des infections dues à ce changement de milieu.

Toutes ces interventions (certaines utilisées depuis le 16^e siècle mais la plupart depuis le début de notre siècle) étaient destinées à aider "certaines" femmes dans "certaines" circonstances, mais elles sont peu à peu devenues routine hospitalière, une médecine de "au cas où" on profite de l'ignorance de la femme que l'hermétisme du vocabulaire scientifique maintient dans cet état.

Chez nous

Le taux de natalité a grandement diminué au Québec de 1965 à 1974, le nombre de naissances passant de 21 7 pour mille à 14 6 soit une diminution de 33%. Malgré cela, "entre 1971 et 1977, le nombre de naissances par césariennes a doublé. L'usage de l'anesthésie épidurale a été multiplié par 18 et l'utilisation du moniteur foetal s'est multiplié par 36" (5).

Dès son arrivée à l'hôpital, la future mère est séparée du père ou de la personne qui l'accompagne, car il faut remplir les formules d'admission. Pendant ce temps, elle doit se soumettre au rasage du périnée, quelquefois du pubis en entier. Il n'est pas prouvé que ce rasage diminue les risques d'infections, mais il facilite certainement le travail du médecin qui doit recoudre le périnée d'une femme ayant subi une épisiotomie. Le lavement, pour sa part, évite au personnel hospitalier de se préoccuper des "saletés" que pourrait produire la femme au moment des poussées.

Soluté

Aussitôt que ces formalités sont complétées, on installe un soluté qui servira à alimenter la mère au cours du travail et de l'accouchement, puisqu'on ne lui permet pas de manger même légèrement, ni de boire "au cas où" il serait nécessaire de recourir à une anesthésie générale. Le soluté est également le véhicule qui servira à acheminer les analgésiques, stimulants ocytotiques, etc. Il permet aussi, selon le personnel hospitalier, d'avoir une veine ouverte dans "le cas où" une transfusion s'avérerait nécessaire. De pair avec l'usage du moniteur foetal, cette routine contraint la femme à l'immobilité au cours du travail et la force à adopter une position couchée. Pourtant on constate que dans la plupart des pays d'Europe, on encourage plutôt la femme à bouger pendant le travail ce qui augmente l'efficacité des contractions pendant la dilation (6) et permet d'alléger les inconforts du travail.

Moniteur foetal: "The Chef Boyardee syndrome"

Quant au moniteur foetal, aucune étude n'a prouvé que son utilisation a permis de réduire la mortalité périnatale, mais on a constaté une augmentation du taux de césariennes. Pourtant, les risques de mortalité maternelle se multiplient par dix lors d'un tel accouchement (7). De son côté, un obstétricien américain, le docteur Robert Fitzgerald, soutient que ce n'est pas à cause du moniteur lui-même que le taux de césariennes a augmenté mais à cause de la mauvaise interprétation du moniteur (8). Et l'inventeur de cet appareil affirme:

"Heureusement 90% de toutes les détresses foetales sont causées par la compression du cordon ombilical. Une fois détectée, elle peut généralement être éliminée en changeant tout simplement la position de la mère" (2)

EDWARD HON

Que dire du moniteur portatif, récente innovation, dont on soutiendra qu'il est si léger que la femme ne le sent pas et qu'elle peut aller et venir à son gré sans en altérer la lecture, sinon que c'est un appareil de plus autour d'un phénomène normal, naturel et qu'il est aussi très dispendieux. Le Département des Aliments et Drogues des États-Unis (F D A) a récemment annoncé, lors d'une audition du Sénat, que personne ne connaît encore les effets à long terme sur le développement du nouveau-né des ultra-sons produits par le moniteur foetal, utilisé pour fins de diagnostics en obstétrique.

Induction du travail

Le recours à l'induction du travail, nécessaire dans un certain nombre de cas (diabète instable, pré-éclampsie sévère, certaines conditions cardiaques) constitue une intervention lourde de conséquences pour la femme qui accouche. Le travail se déroule généralement de façon plus rapide et plus intense, les contractions s'avèrent beaucoup plus difficiles à assumer et à contrôler, l'administration d'analgésie ou d'anesthésie locale s'ensuit alors de façon presque systématique, de concert avec épisiotomie et souvent forceps. Les risques pour le bébé sont également plus élevés. Un travail précipité ne permet pas au foetus

"...une femme qui accouche chez elle, a fait pas de fièvre. Non parce que c'est son élément, elle est chez elle, c'est ses affaires: puis si y'a des bibittes... n'importe quel microbe, ben y sont faites à ça."

Aurore Bégin, sage-femme

L'accouchement survivra-t-il à la technologie?

"...Aujourd'hui, les facultés de médecine n'enseignent même plus l'accouchement naturel. De nos jours, un résident en obstétrique est avant tout un magicien en électronique... En effet, au fur et à mesure que s'accumule l'expérience en faveur de la pratique naturelle, une nouvelle technologie menace de s'emparer du commerce de la naissance... L'insécurité, les craintes d'être poursuivis pour négligence et d'habiles techniques de mise en marché de la part des firmes spécialisées sont autant de forces qui régissent et généralisent son utilisation. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'une coïncidence que les ventes des moniteurs foetaux augmentent après qu'une équipe d'experts aussi habiles en marketing que ceux d'American Home Product qui dirige la compagnie qui fabrique les produits Chef Boyardee et le nettoyeur à toilette Sani-Flush, se soit aussi assurée le contrôle d'une compagnie de fabrication de moniteurs foetaux."

Dr. Don Sloan, obstétricien,
Hôpital de Lenox Hill.

de recevoir l'apport d'oxygène dont il bénéficierait au cours d'un travail "normal", d'où le danger d'ischémie (arrêt ou insuffisance de la circulation du sang dans un tissu ou un organe), et donc possibilité de séquelles neurologiques. De plus, l'induction nécessite la plupart du temps une autre intervention, l'échographie¹, afin de déterminer si possible l'âge du fœtus. On dit qu'elle est sans danger mais nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour en évaluer les conséquences. Depuis environ deux ans, dans certains hôpitaux, on utilise des prostaglandines pour déclencher le travail au lieu du pitocyn qui se rajoute habituellement au soluté. Ce sont des comprimés prescrits par le médecin au rythme de 1 à 2 toutes les heures pour un maximum de 15 ou 20 heures ou jusqu'à ce que le travail soit déclenché de façon régulière. Le peu de recul par rapport à son utilisation et le manque de recherche sur les effets secondaires n'ont pas empêché de faire les observations : beaucoup de vomissements chez la femme qui est à jeûn, plus de stress chez l'enfant à la naissance, une moins bonne succion au moment de l'allaitement et peut-être un taux de jaunisse plus élevé. On connaît aussi la méthode utilisée pour déclencher le travail chez une patiente à terme. Elle consiste à dilater le col avec les doigts au moment de l'examen vaginal de routine et à décoller les membranes autour du col : cela engendre généralement un début de travail. Cette pratique en vigueur depuis longtemps dans les bureaux de médecins se fait souvent à l'insu de la femme qui croit à un examen plus approfondi en fin de grossesse. De plus, il semble que dans certains cas, on verse sur le gant d'examen une ampoule de pitocyn qui agira par capillarité au niveau du col, ce qui déclenchera le travail au bout d'un certain laps de temps.

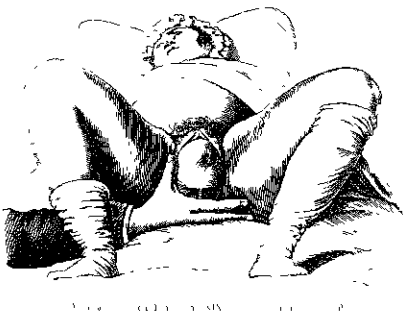
La rupture artificielle des membranes constitue également une intervention routinière. On la pratique pour accélérer le travail ou pour placer un moniteur interne (électrode sur la tête du bébé). Si la rupture est provoquée pendant la première phase du travail, les conséquences peuvent pourtant être de taille : compression de la tête fœtale ou même prolapsus du cordon (cordon qui passe avant la tête du bébé lorsqu'il n'est pas engagé).

Forceps et prolongation du travail

L'usage des forceps augmente avec le nombre d'épidurales pratiquées dans les hôpitaux. En effet, la femme qui a reçu une épidurale se révèle généralement incapable de pousser son bébé parce qu'elle n'a aucune sensation et qu'elle ne ressent pas l'envie de pousser (sauf lorsqu'on utilise la marcaïne²). On utilise également les forceps lorsque la deuxième phase du travail semble se prolonger indûment. Pourtant, Mehl (10) rapporte certaines études faites aux États-Unis et en Grande-Bretagne qui contredisent cette façon de penser. Butler (1970) a étudié les cas de 17 000 enfants nés en Grande-Bretagne, au cours d'une même semaine, et qu'on a par la suite observés pendant sept ans. La prolongation de la deuxième phase de travail, dans certains cas jusqu'à deux heures et demie, n'a pas augmenté l'incidence de détérioration neurologique chez les bébés à terme qui ne présentaient pas de signe de détresse fœtale. Reid (1972) a remarqué que la mortalité périnatale associée à un travail prolongé était attribuable au diagnostic et au traitement choisi plutôt qu'à la prolongation du travail en lui-même.

Lithotomie³ et Louis XIV

La position couchée, peu recommandée au moment du travail, n'améliore en rien le processus de l'accouchement et de la poussée. Selon le docteur Roberto Caldeyro-Barcia, à moins de suspendre une femme par les pieds, tête en bas, on ne peut imaginer plus mauvaise position pour le travail et l'expulsion que sur le dos (11). Une des théories au sujet de la position de lithotomie (12) est qu'elle a été exigée par le roi Louis XIV qui désirait voir accoucher ses maîtresses. Le médecin de la Cour ne tarda pas à découvrir qu'il avait ainsi grandement amélioré son confort. Cette position fut reprise de façon plus répandue vers la fin du 19^e siècle. La position de lithotomie a facilité les interventions médicales et les a même multipliées en concentrant l'attention du médecin sur les organes reproducteurs plutôt que sur les émotions visibles sur le visage de la femme.



"Durant l'accouchement, la femme est corporellement et psychologiquement déstructurée. Cet état de désorganisation du corps/esprit de la femme permet à l'obstétricien de "passer aux commandes" (13)

NICOLE COQUATRIX

¹ ÉCHOGRAPHIE : plusieurs chercheurs suspectent que cette intervention pourrait causer des dommages aux ovaires au moment de leur formation, des problèmes de surdité, etc. Leurs recherches ne sont pas encore concluantes. Toutefois, leurs soupçons sont assez forts pour qu'ils recommandent de ne passer ces ultra-sons qu'en fin de grossesse, du moins après le 4^{ème} mois, sauf en cas d'indication sérieuse.

² Marcaïne : médicament utilisé pour l'anesthésie épidurale et qui permet à la mère de sentir les poussées sans ressentir de douleur.

³ Lithotomie : position couchée sur le dos pour l'accouchement.

Doris Haire résume les conséquences physiques qui s'ensuivent pour la mère. La position de lithotomie

1. agit de façon négative sur la pression de la mère en comprimant la veine cave.
2. décroît l'intensité normale des contractions.
3. gêne les efforts volontaires de la mère pour expulser son bébé spontanément.
4. augmente le besoin d'utilisation des forceps
5. empêche l'expulsion spontanée du placenta, donc nécessite une intervention et augmente de fait l'incidence des hémorragies foeto-maternelles
6. augmente le besoin pour une épisiotomie à cause de la tension accrue sur le plancher pelvien et le tissu périnéal. La distance normale entre les pieds pour une expulsion naturelle est de 15 à 16 pouces ce qui est beaucoup moins que l'espace habituel entre les étriers d'une table d'accouchement traditionnelle. (14)

L'épisiotomie

Depuis que le monde est monde, les femmes, intuitivement, ont accouché selon le principe de la gravité. En tenant compte de ce principe, elles ont pris des positions (semi-assise, accroupie, à genoux) qui étaient celles de la vie de tous les jours, celles que leur dictait leur corps. Elle s'aidaient en s'accrochant à une autre femme, en s'appuyant sur leur mari, en utilisant une couche inclinée (45°) conçue pour cet événement, etc.

Ces positions évitent la compression sur le périnée et favorise le contact entre la femme et ses aides (qu'ils soient médecins ou sage-femme, selon les époques) puisqu'ils la supportent directement.

L'obstétrique moderne ignore pourtant ces données en faisant accoucher les femmes en position de lithotomie ce qui crée le besoin d'une série d'interventions dont l'épisiotomie.

Rappelons que l'épisiotomie est une coupure franche du périnée. Elle est pratiquée sur 80% des femmes du Québec et dans les grands centres urbains, sur 95% d'entre elles.

Ses principales justifications sont de réduire le risque de déchirure, de diminuer la tension sur la tête de l'enfant, d'éviter les risques de prolapsus (descente d'organes) ultérieur et d'améliorer les relations sexuelles post-partum. Pourtant aucune étude sérieuse n'a prouvé ces dires.

Malgré la pratique presque systématique de l'épisiotomie pour empêcher les déchirures du périnée, celles-ci demeurent la cause la plus fréquente de complication au moment de l'accouchement (33,1% d'après les statistiques du MAS). Quant à la pression exercée sur la tête du fœtus, lorsque le cœur foetal reste stable, il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour quelques contractions supplémentaires. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la grande majorité des femmes ont aujourd'hui peu d'enfants, ce qui réduit le risque de prolapsus vésical vaginal ou utérin (l'hystérectomie, généreusement pratiquée au Québec, en est plus souvent responsable).

Pour ce qui est d'améliorer les relations sexuelles post-partum, on peut se demander à qui profite l'épisiotomie? (surtout quand on recoud plus serré).

De nombreuses femmes qui ont eu une épisiotomie et une déchirure, sont unanimes à dire que les déchirures guérissent plus rapidement, avec moins d'inconfort et permettent la reprise des relations sexuelles plus facilement. Il faut bien voir que le périnée est un muscle qui comme tout muscle du corps, peut se contracter et/ou se détendre. Il peut donc s'assouplir, s'élastifier avant et pendant l'accouchement par un massage progressif¹, puis reprendre son tonus après, grâce aux exercices de contractions/relaxations de Kegel, enseignés dans les cours pré-nataux et qui, pratiqués avant l'accouchement, durcissent les muscles périnéaux et amènent plus sûrement le besoin d'une épisiotomie.

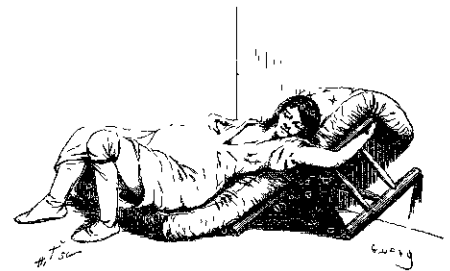
Les médicaments

Trop de médicaments ou même de vitamines sont prescrits pendant la grossesse et l'accouchement sans que des recherches aient "vraiment" démontré leur efficacité et leur nécessité.

Le docteur F.O. Kelsey, directeur du bureau de la recherche scientifique au département d'état américain des aliments et drogues, estime que 80% des anomalies congénitales sont attribuables à l'usage de médicaments et que ceux-ci sont responsables d'un nombre encore plus grand de fausses-couches et de morts-nés (15). Personne n'a oublié les victimes de la Thalidomide, médicament déclaré tératogène² en 1960. Ce médicament fut mis sur le marché par une compagnie pharmaceutique, Richardson-Merrell Incorporated.

"... la position qu'elle avait, couchée, à peu près à 15°, les patientes trouvent qu'elles sont confortables comme ça."

Dr Gagnon, obstétricien



Position favorite de la Canadienne-française

¹ Voir Appendice 1

² Une drogue qui cause des défauts ou des malformations congénitales dans un fœtus humain ou animal



Take It Off The Shelf

The only responsible move for Richardson-Merrell is to immediately suspend sale of Bendectin. You can apply some direct pressure by writing a letter to company president John Scott (handwrite the envelope and mark it "personal"). The address is: Richardson-Merrell Inc., 10 Westport Road, Wilton, Connecticut 08697.

Or you can apply indirect pressure by refusing to buy Richardson-Merrell products until Bendectin is removed from the market. A partial list of the company's domestically marketed products include: Vicks VapoRub

Vicks Formula 44

Vicks cough syrup

Vicks NyQuil

Vicks decongestant inhaler

Vicks DayCare

Vicks Sinex

Vicks Va-tro-nol

Vicks Vectors cough drops

Vicks Oracin throat lozenges

Lavoris

Clearasil

Benzodent denture ointment

Kleenite denture cleaner

Fasteeth denture adhesive

Fixodent

Oil of Olay

Night of Olay

Demure deodorant douche

Topex acne cleanser

Complete denture cleanser

If you have a child in your family who has deformities that you believe were caused by Bendectin, write to: Betty Mekdeci, president, Association of Bendectin Children, 3101 East Crystal Lake Avenue, Orlando, Florida 32806.

Another thing you can do is spread the word with reprints of this article. Reprints are available at the following prices: Two copies (minimum order) \$1 + 35¢ postage/handling; additional copies, 50¢ each; bulk rates on request. California residents add six percent tax. Allow four to six weeks for delivery. Order from: Mother Jones Reprint Service, 625 third Street, San Francisco, California 94107.

"Aujourd'hui, en 1980, il y a une drogue appelée Bendectin, vendue sur le marché depuis 23 ans. Les médecins la prescrivent pour traiter les nausées et les vomissements durant la grossesse. Une filiale de Richardson-Merrell la fabrique. Bien que 30 millions de femmes l'aient utilisé à travers le monde, le Bendectin n'a jamais été adéquatement analysé pour son efficacité ou ses effets secondaires" (16)

BENDECTIN COVER-UP (MOTHER JONES)

Depuis quelques mois, plusieurs informations démontrant que le Bendectin serait lui aussi tératogène, font surface. On parle de membres manquants, de difformités osseuses, de malformations cardiaques et de cerveaux formés à l'extérieur du crâne. L'article paru dans Mother Jones (novembre 1980) nous permet de constater le lobbying effectué par la compagnie pour obtenir le qualificatif d'efficace qui lui permet de rester sur le marché.

Mentionnons rapidement la découverte d'un certain nombre de cas de cancer du vagin chez des adolescentes et des jeunes femmes dont les mères avaient pris du diethylstilbestrol (DES) au cours de leur grossesse pour contrer une menace d'avortement. Cet anti-avortif, découvert en 1938, a été utilisé pendant de nombreuses années. En 1971, le département américain des aliments et drogues mettait en garde la population contre l'usage de ce médicament. En 1978, un comité est formé par le "Département de la Santé, Éducation et Bien-Être" pour étudier les effets du DES sur les mères, leurs filles et leurs fils. En août 1978, à New-York, on décrète une première loi autorisant un programme subventionné par l'état pour trouver de l'information et renseigner la population et, le 30 juillet 1979, la cour fédérale reçoit une action de plusieurs millions de dollars contre les manufacturiers du DES (17).

Il faut bien voir que la santé des enfants peut être mise en danger avant même leur naissance. Que peut-on faire? Remettre en question les interventions¹ et les médicaments prescrits. Utiliser le plus possible des médecines douces en cas de problèmes (la nutrition doit être surveillée attentivement, des suppléments pris au besoin, certaines tisanes et de la détente en amélioreront ou en régleront plusieurs).

Tom Brewer, un médecin californien, a étudié de façon exhaustive les effets de l'alimentation pendant la grossesse et particulièrement ses conséquences sur le poids du bébé et sur les toxémies de grossesse. Selon lui, l'élimination de médicaments et diurétiques pendant la grossesse, coïncidant avec une prise de poids d'au moins 25 livres, résultat d'une bonne alimentation, permettrait de réduire les toxémies de grossesse et le nombre de bébés de petit poids (18). Ce problème en est un très réel. Au Québec, en 1976, le pourcentage de nouveaux-nés de poids inférieur à 2500g était encore de 7% par rapport à 4% pour la Suède (19). Ce phénomène est étroitement relié à la mortalité mais aussi à la morbidité périnatale et plus particulièrement aux pathologies neurologiques dont la fréquence s'accroît avec la réduction de poids à la naissance.

Dans "L'infirmière canadienne", Denyse T-Rousselet affirme que la grossesse n'est pas le moment pour perdre du poids, de là l'importance de bien renseigner les femmes enceintes en matière de nutrition. Il est important, durant cette période critique du développement de l'être humain, de ne pas le priver des aliments essentiels à son bien-être (20). On doit, dans l'évaluation du poids, tenir compte de la morphologie et du type de vie différents dans tous les pays. Dans les pays scandinaves, par exemple, le poids moyen à la naissance s'approche de huit livres et la prise de poids de la femme enceinte peut varier de 30 à 50 livres (21). Une excellente alimentation, de l'exercice, de la détente et la lutte contre le tabagisme devraient devenir nos premières préoccupations en matière de soins prénatals. On éviterait ainsi d'utiliser nombre de médicaments inutiles, souvent douteux pour la mère et nocifs pour l'enfant.

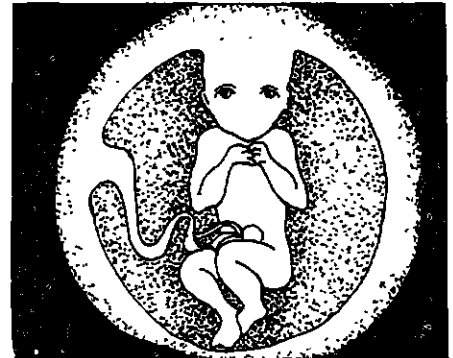
N'est-il pas moins coûteux de favoriser un travail de prévention et d'éducation basé sur la connaissance du corps, du processus de la grossesse, de la nutrition, que de supporter socialement et monétairement les soins nécessaires aux enfants handicapés par une mauvaise alimentation, des médicaments nocifs, le tabagisme. N'y sauverions-nous pas sur tous les points? Des coûts moindres en soins et des enfants en meilleure santé au départ. Des gens plus responsables de leur santé et non pas consommateurs de soins et de pilules.

¹ Voir Appendice 2

L'anesthésie

L'anesthésie générale a été presque complètement éliminée de la pratique obstétricale au Québec depuis quelques années et remplacée par l'anesthésie locale ou régionale. Même si le recours à l'anesthésie n'est pas sans danger, les médecins et le personnel hospitalier sollicitent fortement les femmes pour qu'elles s'en remettent à cette technologie plutôt que d'apporter un support moral et psychologique actif à la femme qui accouche.

"Tous les agents anesthésiques peuvent affecter le bébé soit directement, soit indirectement. Même si on ne remarque pas de dépression foetale cliniquement, il peut exister des changements de comportement plus subtils"
(22) **ROBERT BACHAND**



Différentes études ont révélé que les anesthésies telles épidurale ou bloc honteux se retrouvent en concentration importante dans le circuit sanguin de la mère et du fœtus. Ses conséquences peuvent varier de la détresse foetale, aux séquelles neurologiques chez l'enfant ou même provoquer sa mort (23). De plus, l'usage d'anesthésie épidurale entraîne d'autres interventions telles le stimulant oxytocique à cause de l'inertie de l'utérus, l'épisiotomie pour permettre l'utilisation des forceps nécessaire parce que la mère ne peut plus pousser adéquatement.

Le recours aux analgésiques et anesthésies amène aussi d'autres sortes de conséquences. D'une part, la mère peut se révéler moins empressée de recevoir immédiatement son enfant et d'établir avec lui un contact physique et affectif tandis que l'enfant, lui aussi affecté par ces médicaments, n'aura pas le réflexe de téter immédiatement.

En général, dans les hôpitaux, il est de plus en plus difficile pour le personnel infirmier d'apporter une aide valable aux patients puisque le ratio infirmières-patients est souvent très élevé. Le nouveau système PRN¹ est d'ailleurs dénoncé dans plusieurs hôpitaux car il oblige le personnel à un travail à la chaîne, dépersonnalisé.

Comment la femme qui accouche peut-elle obtenir dans un tel système l'attention et le support nécessaires pour son travail? Il est donc opportun qu'il lui soit permis d'avoir des aides bien préparés et disponibles pour elle et son mari, un(e) parent(e), un(e) ami(e), ou simplement une personne compétente qui connaît bien le processus du travail et qui peut l'y aider.

Lien précoce et allaitement

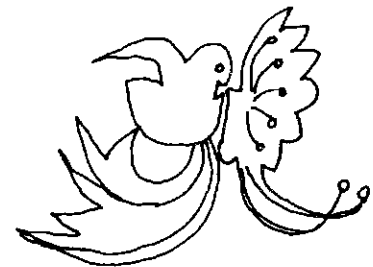
De nombreuses études ont démontré l'importance des premières heures de vie dans l'établissement du lien précoce (bonding) mère/enfant. Le processus est en marche même avant la conception. Selon Klaus et Kennell (1970), on remarque sept étapes importantes qui vont influencer cette relation:

- 1) la planification de la grossesse
- 2) la confirmation de la grossesse
- 3) la perception des premiers mouvements du fœtus
- 4) la naissance
- 5) la vue du bébé
- 6) le toucher de l'enfant
- 7) les soins apportés à l'enfant (24)

Si l'une de ces étapes est sous-estimée, le risque de perturber le déroulement harmonieux de la relation mère/enfant ou père/enfant s'accroît. Quel endroit plus rassurant pour un bébé que les bras de sa mère et de son père qui sont heureux de l'accueillir?

Si une mère animal est séparée de ses petits pendant les quatre premières heures qui suivent la naissance, il arrive presque toujours qu'elle les rejette lorsqu'on les lui remet. Mais si on lui permet d'établir un lien avec les petits, qu'on lui enlève ensuite pendant un certain temps puis qu'on les lui ramène, on n'observe plus ce phénomène de rejet.

Dès sa naissance et même avant, l'enfant a besoin de stimuli physiques tels le toucher, le contact avec le corps de sa mère, etc. Mais l'hôpital ne favorise pas ces contacts. On s'empresse plutôt de prendre le bébé pour le peser, le mettre sous une lumière chauffante alors que le corps de la mère après l'accouchement dégage beaucoup de chaleur. Klaus et Kennell ont remarqué que des bébés nus qui avaient eu un contact de 45 minutes avec le corps et la peau de leur mère, dès les premières minutes de vie, souffraient moins d'infections pendant leurs



¹ P R N : projet de recherche en nursing. Il s'agit d'un "système d'information pour la gestion des soins infirmiers", afin de minuter la durée moyenne de chaque acte infirmier auprès d'un(e) patient(e) moyen(ne), de déterminer le nombre total de minutes de soins nécessaires aux patients d'une unité et de diviser ensuite ce total par le nombre de minutes-infirmières par quart de travail et on obtient le minimum d'infirmières nécessaires à la tâche à condition qu'il ne se produise aucun imprévu pendant le quart de travail et que les infirmières donnent un rendement à 100% tout le temps.

premières années de vie, gagnaient du poids plus rapidement et qu'ils étaient généralement allaités plus longtemps (25)

Il devient pratiquement impossible pour un prématuré ou un très petit bébé de bénéficier de contacts physiques avec sa mère. Les progrès accomplis par la science passe par une technologie complexe faite de verre et de métal. Et ces progrès indéniables s'accompagnent de problèmes d'un autre ordre: le prématuré reçoit beaucoup moins de stimulations que l'enfant à terme et bien portant. Pourtant, ses besoins sont d'autant plus forts qu'il n'a pas bénéficié de la même période de croissance intra-utérine. C'est le développement neurophysiologique de l'enfant qui en souffre mais aussi la relation mère/enfant, père/enfant qu'ils n'ont pas eu la possibilité d'établir. Il est évident qu'à cause de la nature des soins que doit recevoir un prématuré, il est nécessaire de le garder sous surveillance constante mais il faudrait aussi permettre l'accès à la pouponnière à la mère et au père, de façon systématique, afin que l'enfant reçoive non seulement les soins médicaux que requiert son état mais aussi tout le soutien affectif dont il a besoin pour se développer harmonieusement. De la même manière, les parents doivent bénéficier de ce contact continu pour assurer l'harmonie de leur relation future avec l'enfant. Selon des études effectuées par Ambuel et Harris (1963), Gregg et Elmer (1969) et Stern (1973), un grand nombre d'enfants maltraités sont des prématurés. La séparation immédiate qu'ont connue la mère et le père de l'enfant à la naissance est une des causes importantes de ce problème (26).

L'importance de l'allaitement maternel pour tous les enfants et particulièrement les prématurés n'est pas suffisamment mise en valeur dans l'information que reçoivent les futures mères. Les enfants nourris au sein souffrent moins d'allergies, d'infections de toutes sortes au cours de leurs premières années de vie et seraient moins portés à l'obésité.

Il semble en effet que les enfants nourris au biberon produiraient, dès les premiers mois, un nombre excessif de cellules graisseuses dont il est pratiquement impossible de se débarrasser. Des études menées auprès d'enfants obèses ont révélé que la plupart d'entre eux souffraient de ce problème depuis leur petite enfance (27). Mais au-delà de tous les avantages inhérents à l'allaitement maternel, pour l'enfant, on oublie souvent de mentionner les avantages que peut en retirer la mère. Le docteur Gene Anderson de l'Université de l'Illinois estime que le nouveau-né devient en quelque sorte le gardien de sa mère. Lorsque l'enfant tète après la naissance, la succion favorise la sécrétion d'une hormone, l'oxytocine, qui provoque des contractions de l'utérus et qui lui permet de reprendre sa forme tout en réduisant les risques d'hémorragie. De plus, la succion favorise la sécrétion de la prolactine qui permet de mettre en branle le processus de lactation et qui favorise un état d'équilibre physiologique chez la mère (28). On voit donc l'importance particulière de l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant, non seulement au point de vue physique mais aussi psychologique.

Recommandations pour promouvoir l'allaitement maternel

Le Comité de Nutrition de la Société Canadienne de Pédiatrie publiait, l'an dernier, un Livre Blanc reconnaissant les bienfaits de l'allaitement maternel. En 1978, le Comité de Nutrition de l'Académie Américaine de Pédiatrie publiait également un document semblable. Voici les neuf recommandations de la Société Canadienne:

- 1 Tous les nouveaux-nés à terme devraient être nourris au sein, à l'exception des quelques cas où il y a des contre-indications spécifiques
- 2 On devrait fournir des renseignements sur l'allaitement naturel dans les écoles et par le truchement des mass média. La nutrition infantile devrait occuper la place qui lui revient dans le curriculum des étudiants en médecine, des médecins et des infirmières
- 3 On devrait changer les attitudes et les procédés employés dans les cliniques prénatales, les maternités et les pouponnières afin de favoriser l'allaitement naturel. Notamment:
 - a) l'utilisation de fortes quantités de sédatifs ou d'anesthésiques durant le travail et l'accouchement qui affaiblissent nettement la succion chez le bébé
 - b) la séparation de la mère et de l'enfant pendant les 24 premières heures suivant la naissance
 - c) un horaire rigide de tétée toutes les quatre heures et la pratique des biberons supplémentaires
- 4 Dans les cliniques prénatales et durant la période postnatale, on devrait mettre à la disposition des mères un personnel bien informé et compétent en matière d'allaitement naturel
- 5 Il faudrait restreindre les activités publicitaires des fabricants d'aliments pour bébés pouvant exercer une influence nuisible sur l'allaitement naturel. La publicité concernant les formules d'aliments pour bébés devrait être surveillée par les organismes gouvernementaux du secteur de la santé
- 6 Il faudrait intensifier la consultation entre les maternités et les organismes qui travaillent à la promotion de l'allaitement naturel
- 7 Un congé de maternité d'une durée de 12 semaines après la naissance devrait être accordée à toutes les employées par les lois tant fédérales que provinciales
- 8 On devrait créer des pouponnières à proximité des lieux de travail, de sorte que les mères puissent s'absenter commodément et légalement du travail pendant le temps nécessaire pour allaiter
- 9 Tous les services d'obstétrique devraient conserver des données statistiques exactes permettant d'établir le pourcentage des femmes qui, au moment de la sortie de l'hôpital, nourrissent leur enfant au sein. Il y aurait lieu de consulter l'Association canadienne des hôpitaux pour le recueil de ces données comme moyen complémentaire de contrôle de la qualité des soins et pour comparer l'efficacité des programmes de promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux

Obstétrix: art de l'accouchement

L'encadrement médical traditionnel qui entoure la grossesse, le travail et l'accouchement suscite différentes réactions. Les interventions routinières sont de plus en plus remises en question. On les accuse d'être inutiles voire même plus risquées que les maux qu'elles veulent prévenir. Le docteur Delee, un éminent obstétricien, fondateur du Chicago Maternity Center en 1895, celui-là même qui a répandu l'usage des forceps et de l'épisiotomie, au début du siècle, affirmait à la veille de sa mort que si sa vie était à refaire, il se consacrerait uniquement aux accouchements à domicile, craignant que son oeuvre ne devienne source de maux plutôt que de bienfaits (29).

De plus en plus de gens, particulièrement des femmes, affirment que l'hôpital n'est pas l'endroit le plus sûr pour accoucher.

"L'histoire de l'obstétrique regorge d'exemples où l'interférence médicale a été plus dangereuse que son absence. La fièvre puerpérale en est un exemple classique (l'hôpital est encore un lieu privilégié pour attraper une infection) mais on pourrait allonger la liste: l'utilisation des forceps moyens ou hauts, l'usage de médicaments durant la grossesse (la thalidomide, le DES) et une forte sédation pendant le travail. Comment alors s'étonner que les femmes se méfient de cette technique dont les médecins sont si fiers." (30)

DONNA CHERNIAK

Plutôt que de remettre en question certaines pratiques, les autorités médicales centralisent les accouchements les rendant de plus en plus technologiques. Ainsi, au Québec, on élimine graduellement tous les départements d'obstétrique qui reçoivent moins de 500 patientes par année, sous prétexte qu'ils n'offrent pas la même sécurité que les grands centres.

Et les médecins continuent d'affirmer que la réduction considérable du taux de mortalité infantile et maternelle depuis l'avènement de la technologie médicale justifient ces interventions et le transfert de l'accouchement de la maison vers l'hôpital. Il est incontestable que les statistiques de mortalité périnatale ont considérablement diminué depuis les 40 dernières années. Mais pourquoi?

Plusieurs facteurs ont contribué à ces améliorations. En tout premier lieu, il faut souligner l'avènement de la contraception. Les femmes ont peu de grossesse(s) non-désirée(s). Elles peuvent généralement être mieux préparées à la venue d'un enfant qu'elles désirent. D'autre part, les femmes qui présentent des risques sérieux peuvent bénéficier d'un meilleur suivi pré-natal et d'une surveillance plus adéquate au moment de l'accouchement. Enfin, comme la majorité des femmes québécoises accouchent maintenant entre 26 et 29 ans et qu'elles ont en moyenne 2 enfants, les risques inhérents aux grossesses multiples (plus de 5) et à l'âge (première ou cinquième grossesse après 35 ans) ont beaucoup diminué. L'accessibilité générale aux soins médicaux avec l'avènement de l'assurance-maladie a aussi très largement contribué à la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Jusqu'à ce moment, la majorité des femmes n'avaient aucun suivi pré-natal. Cela a permis de déceler les grossesses à risques élevés et aussi des problèmes moins aigus qui peuvent s'accroître. Par exemple, le fait de diagnostiquer une anémie en début de grossesse et d'y remédier diminue les risques en cas d'hémorragie au moment de l'accouchement.

Et pourtant...

Et pourtant le nombre d'accouchements dystociques¹ n'a cessé d'augmenter au Québec entre 1975 et 1977, passant de 28,7% à 33,5% (31). Dans une étude statistique effectuée pour le ministère des Affaires Sociales, Jean-Marie Bernard arrive à la conclusion que 34% de la baisse de la mortalité périnatale intervenue au Québec entre 1965 et 1974 s'explique par des gains réalisés au niveau de deux facteurs de nature démographique: l'âge des femmes quand elles ont leurs enfants, d'une part, et le nombre d'enfants que les femmes ont d'une autre part (32). Comment donc expliquer l'augmentation du nombre de complications et donc d'interventions alors que le nombre de femmes à risques a considérablement diminué?

Selon une étude effectuée sur les césariennes dans les cas de sièges par un obstétricien de l'hôpital Victoria, le docteur Paul Smith, le recours à la césarienne n'a pas permis de diminuer les risques pour l'enfant. Elle demeure toutefois populaire parce que la plupart des jeunes médecins n'ont que peu d'expérience de l'accouchement par voie naturelle dans le cas de siège.

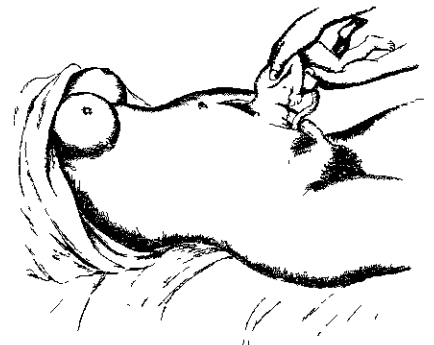
Et puisque toutes les femmes québécoises bénéficient maintenant d'une surveillance constante pendant leur grossesse — 8 visites chez le médecin en moyenne — comment donc expliquer que le taux de prématurés et de bébés de poids insuffisant représentent encore plus de 7% des naissances et comptent pour 75% du taux de la mortalité infantile? Ne devrait-on orienter les efforts vers la

"On ne parle plus maintenant de grossesse normale, mais de grossesse à risque minime ou à risque élevé."

**Denis Lazure
Le Devoir, mardi, 4 nov. 80**

"J'sais que tout est bien, tout est correct, puis que ça va être un bébé standard comme n'importe qui et qu'il va peser entre 7 livres et 7-1/2 livres, mais c'est pas ça que j'veux savoir..."

Lucie (en sortant d'une visite avec son obstétricien)



¹ Accouchement difficile quelque soit l'origine de la difficulté

prévention de même que la préparation à la grossesse et à l'accouchement? Un suivi prénatal efficace ne permettrait-il pas à la majorité des femmes de mener à terme leur grossesse, de donner naissance à des bébés de poids suffisant et peut-être d'éviter l'engrenage de la routine hospitalière bon gré mal gré? Dans les 12 pays où le taux de mortalité néonatale est inférieure à celui du Canada, le comité conjoint de la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie a constaté les faits suivants

- les soins prénatals sont donnés dans des cliniques spéciales et non pas dans les cabinets de médecins. Il en est de même pour les soins préventifs aux jeunes enfants
- les accouchements sont généralement faits par des sages-femmes
- la plupart des soins entourant la naissance sont dispensés par du personnel non-médical sous direction médicale (33)

Conclusion

Ces remarques méritent d'attirer notre attention et notre réflexion. Le battage de chiffres et de statistiques dont on nous afflige ne sert qu'à masquer l'une des issues du problème : notre prise en charge comme femme, notre confiance en nous-mêmes et en notre capacité de reproduire.

Nous avons été coupées de tout le processus de la reproduction, du cycle naissance-vie-mort. Nous avons oublié que la naissance est un événement normal et naturel lié à notre évolution et non pas un événement isolé, surtout pas une maladie.

Lorsqu'une femme donne naissance à son premier enfant, elle entre en contact avec la totalité de cet événement (physique, émotionnel, familial, social, sexuel, etc.) par une connaissance consciente du processus de l'accouchement. Elle n'en a jamais vu. Elle n'a jamais pu sentir la force et la puissance de ce moment. Elle ne peut donc que les vivre avant de pouvoir les assumer.

L'atmosphère du cadre hospitalier au moment de l'accouchement empêche de sentir l'évolution normale du travail, d'intégrer les vibrations que dégage le corps, de participer pleinement.

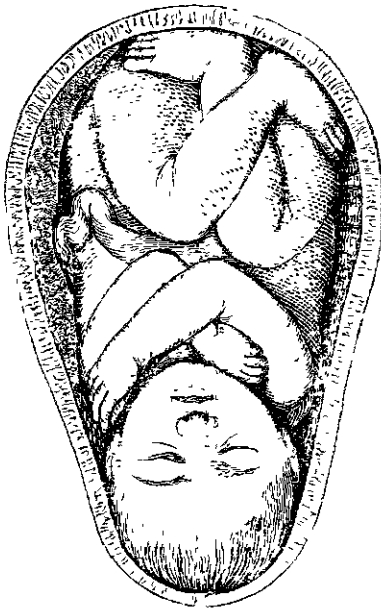
Le développement technique de l'obstétrique nous a dépouillé de la connaissance instinctive de notre corps, nous fait craindre ce qui va se dérouler, nous force donc à nous abandonner entre les mains des médecins qui deviennent alors les "héros" qui nous ont "sauvées" des dangers certains que représente la naissance d'un enfant.

Les découvertes importantes de la médecine, nécessaires dans certains cas, ont servi à subjuguer la majorité des femmes soumises à la routine hospitalière.

Est-ce que le médecin seul connaît, comprend le phénomène de la naissance ou la naissance n'est-elle pas la co-naissance de l'enfant, de la mère et du père à la réalité même de la vie?

La naissance n'est pas seulement l'arrivée d'un nouvel enfant mais aussi le début de ses relations avec le monde ambiant. "L'éducation en vue d'une nouvelle société doit commencer avant la naissance, la recherche de la sécurité absolue au moment de la naissance est une dangereuse illusion, le recours à des méthodes violentes à ce moment n'engendrera pas une société pacifique. L'acte de la naissance ne représente pas seulement la naissance d'un enfant mais aussi de toute une famille" (34).

Privées de pouvoir, les femmes jusqu'à maintenant ont dû se contenter des services que leur offraient les institutions en place. Mais un nombre grandissant d'entre elles refusent les "gadgets" qu'on leur propose à titre de réponse à leurs revendications et se prennent en main prêtes à assumer les conséquences de leurs choix.



Pelotonnement du fœtus.

DÉMARCHE DES COUPLES



Approche basée sur la famille

"Jean-Marie est là, il prend la relève du massage. Il est mon chêne, ma force. Il est là, solide C'est mon arbre de vie, ma terre ferme qui maintient ses mains dans mon dos"

"La naissance, l'accouchement est un acte communautaire d'amour"

CARMEN L.

"Une journée bien ordinaire certes dans le faire, l'extérieur, mais en dedans de ma petite famille, en dedans de moi, une journée bouleversante Ce n'est pas tous les jours qu'on accepte pendant un moment de rencontrer cet infini qui se manifeste, qui te coïncide tout près de tes limites et te propulse dans l'euphorie alors que tu es encore tout tremblant."

"Je crois que ce que l'on vit à l'accouchement est relié à ce qu'on a vécu comme couple, quand on a fait le bébé, durant la grossesse. Tu n'es pas différent, c'est un bout de l'histoire d'une femme et d'un homme et le début d'une autre histoire"

PIERRE

Face à la peur, face à la mort

"J'ai peur de l'accouchement. J'ai peur de mourir J'ai peur de souffrir J'ai peur que mon enfant meure J'ai peur. Et je me sens seule. Je me sens face à face avec la mort. Face à face avec une souffrance inévitable. Cette peur qui m'habite, rien ne peut l'enlever. Elle peut être endormie, refoulée Mais pas enlevée Elle fait partie du mystère de l'accouchement Il y a de la souffrance et de la mort dans un accouchement. L'hôpital offre une fausse sécurité. Ce n'est pas en ignorant la peur, la souffrance et la mort qui font partie intégrante du processus de vie qu'est une naissance, qu'on les élimine. On les anesthésie. On les refoule Ils deviennent des monstres encore plus inquiétants"

"Un dernier, un immense effort et je me dis intérieurement: Voilà le seuil de la vie et de la mort Il est mince et fragile, mais en ce moment, j'appelle la Vie, je t'appelle, toi, la Vie, de toutes mes forces"

CARMEN LAPCHUCK

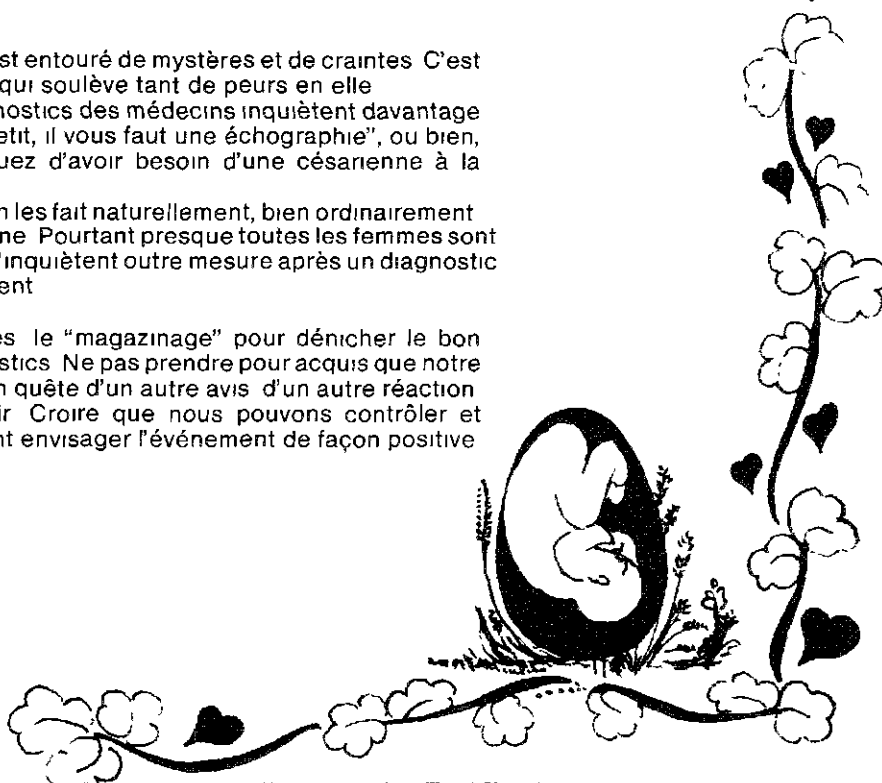
Pour une femme, l'accouchement est entouré de mystères et de craintes C'est cette confrontation avec l'inconnu qui soulève tant de peurs en elle

Mais encore plus souvent, les diagnostics des médecins inquiètent davantage les femmes: "votre bébé est trop petit, il vous faut une échographie", ou bien, après une pelvimétrie "vous risquez d'avoir besoin d'une césarienne à la dernière minute"

Toutes ces observations, le médecin les fait naturellement, bien ordinairement Pour lui, c'est une question de routine Pourtant presque toutes les femmes sont influencées par ces rencontres et s'inquiètent outre mesure après un diagnostic émis souvent un peu trop rapidement

Mais que faire alors?

Une solution à la portée de toutes le "magasinage" pour dénicher le bon médecin, pour comparer les diagnostics Ne pas prendre pour acquis que notre cas est pathologique, mais partir en quête d'un autre avis d'un autre réaction Et surtout croire en notre pouvoir Croire que nous pouvons contrôler et maîtriser nos corps, pour finalement envisager l'événement de façon positive



LES CHAMBRES DE NAISSANCE

Une alternative à l'accouchement à l'hôpital s'est développée depuis quelques années aux États-Unis. La demande croissante pour des accouchements plus naturels, sans interventions, combinée avec la vague de popularité des accouchements à domicile, a incité les hôpitaux américains à mettre sur pied des chambres de naissance.

De par sa conception, la chambre de naissance est une chambre qui tente de recréer en milieu hospitalier une atmosphère familiale propice à la participation du couple et à celle des enfants.

Le décor, donc, y est différent. Il y a un minimum d'équipement médical, généralement peu visible. L'accent est mis sur la couleur et l'ambiance: peinture des murs, draps colorés, coussins confortables, meubles pour ranger les effets personnels, photos au mur, éclairage indirect, berceuse à l'occasion. Il s'agit de mettre le couple à l'aise.

On y encourage la participation active du père et/ou d'une personne-soutien, l'absence totale de médicaments à la mère pendant le travail et l'expulsion, le libre choix quant à la position, la patience pour la sortie du placenta et l'allaitement du nouveau-né aussitôt que possible.

On retrouve maintenant quelques chambres de naissance au Québec: à St-Joseph de Beauceville, à Amos, à Maniwaki et dans des hôpitaux montréalais où elles y sont surtout à titre expérimental. Nous verrons donc comment chaque centre hospitalier fit, dans son contexte, une démarche différente pour implanter sa chambre de naissance.

BEAUCEVILLE

L'hôpital St-Joseph-de-Beauce est un petit centre en plein cœur de la Beauce desservant une quinzaine de localités de type rural et doté d'un service de maternité pouvant accueillir 35 femmes. On y assiste environ 400 accouchements par année (moins que le minimum requis en vertu des politiques de périnatalité du MAS qui est de 500).

L'hôpital St-Joseph-de-Beauce était déjà impliqué depuis près de six ans dans un processus d'évolution, tant des mentalités que des procédures obstétricales et néonatales.

Ce sont les pressions des femmes et des couples qui furent le moteur principal de ces changements. Les pétitions, les lettres envoyées à l'administration, les demandes pressantes auprès des médecins ont fortement stimulé le personnel à faire les premiers pas.

On a d'abord permis la présence du père en salle d'accouchement, puis la cohabitation mère-enfant, enfin la cohabitation père-mère-enfant jusqu'à 24 heures.

On a entrepris des recherches pour mettre à jour les connaissances nouvelles sur l'asepsie, l'allaitement et l'alimentation du nouveau-né.

Peu après, la révélation de la naissance sans violence de Leboyer révolutionna tout le personnel; un médecin tenta l'expérience et l'émerveillement gagna tout le monde.

En dernier lieu, c'est la détermination de Francine et Jean (que nous voyons dans le film) à obtenir ce qu'ils demandaient qui fut à l'origine de la création de la chambre de naissance:

"Pendant ma visite chez le médecin, je me suis fait dire que jamais personne ne lui avait demandé cela, d'accoucher dans une position différente que couchée et attachée.

Je ne voulais rien: pas d'intervention, pas de rasage, pas de lavement, pas d'épisiotomie, pas d'affaire de piquage, rien du tout.

Un accouchement normal, t'as pas besoin qu'on te rase, qu'on te couche, qu'on te fouille, non, non, non...

En tout cas, j'ai investi énormément d'énergie dans ces démarches; même si j'étais déterminée, ça m'a demandé beaucoup."

Ils apportèrent à leur médecin traitant un article de Châtelaine sur la maternité de Pithiviers (France) qui leur servit de point de départ à l'installation de la chambre. Celle-ci a été aménagée avec les moyens du bord et a nécessité un investissement de moins de \$100. Un menuisier de l'hôpital a construit la charpente du lit, on a profité des ventes pour l'achat des draps, les infirmières ont gracieusement offert une radio et se sont amusées à décorer à l'aide de photos. L'investissement financier a été réduit au minimum et les résultats ont pourtant été très satisfaisants.

Francine voulait accoucher en position accroupie et sa décision fut respectée. Les accouchements, en chambre de naissance, varient pour chaque femme ou couple et aucune procédure ne les régleme. On laisse généralement le couple seul avec une personne amie ou une infirmière, si désirée. Le médecin ne se présente qu'en cas de besoin durant le travail et reçoit le bébé après avoir



Déesse mexicaine dans la position accroupie

dirige la poussée. Si une complication se présente, la femme est transportée dans la salle d'accouchement traditionnelle.
Le médecin est là pour superviser et non pour intervenir.

"C'est une question de confiance. Faire confiance au monde plutôt qu'à la technique et aux choses qu'il a appris." JEAN
"J'ai été chanceuse de trouver un médecin pour m'écouter. Un médecin qui écoute, c'est la perle rare." FRANCINE

"C'est bien plus simple comme ça: quand ce sont des grossesses normales et qu'il n'y a pas de complication... il faut pas en créer. Ici, on pratique la vertu de patience." Omnipraticien, Beauceville

Plusieurs facteurs ont donc permis l'installation de cette chambre en Beauce: les pressions des femmes, la compréhension des médecins et le désir de changement du nursing.

Mais l'essentiel de cette entreprise n'est-il pas l'esprit dans lequel elle se vit? Par ailleurs, si l'on veut éviter de reproduire un autre "pattern" d'accouchement auquel tout le monde devra se conformer, il ne faudrait pas introduire, de routine, des interventions telles que le soluté comme c'est le cas depuis peu en Beauce où il est devenu quasi obligatoire.

Ce serait laisser la porte ouverte à des options non compatibles avec une chambre de naissance.

HÔPITAL JEWISH GENERAL DE MONTRÉAL

À cet endroit, on pratique 3000 accouchements par année, incluant une bonne part de risques élevés.

Après plusieurs tentatives auprès d'autres hôpitaux, Valmaï Elkins, une infirmière spécialisée en périnatalité, a réussi à convaincre la direction du Jewish d'implanter une chambre de naissance à l'intention des couples qui, autrement, choisiraient d'accoucher à domicile.

Cette chambre fut mise sur pied à l'hiver '80. Elle devint opérationnelle au mois de mars mais ce n'est qu'en juillet que la recherche débuta réellement. Quoiqu'elle doit en principe se terminer vers la fin de l'été '81, on ne peut exactement en préciser le moment puisque cette recherche est basée sur un certain nombre de couples et non sur un laps de temps. Il y a toutefois pour les couples participants un nombre de règles à suivre lors de l'accouchement, on espère ainsi faire le procès des avantages et des désavantages de la chambre de naissance et offrir un guide utile aux autres hôpitaux qui manifesteraient le désir d'offrir une telle chambre aux femmes enceintes.

Les conditions pour faire partie de la recherche sont les suivantes:

- une grossesse évaluée à peu de risques
- la présence du père durant tout le travail et l'accouchement
- la participation du couple au cours pré-natal
- l'acceptation des conditions de la recherche (impliquant réponses à des questionnaires, une chance sur deux d'accoucher dans la chambre)
- visites post-natales en vue d'établir l'influence de l'accouchement sur l'évolution familiale.

Pour les fins de recherche, les couples choisis pour le projet ne sont donc pas certains d'accoucher dans la chambre puisque 1 couple sur 2 peut en bénéficier. Les autres sont dirigés vers la salle d'accouchement traditionnelle où ils sont traités, précise-t-on, le plus "naturellement" possible, le personnel étant informé de leur participation à une recherche spéciale.

On a donc pas atteint la clientèle visée puisque l'on voulait au départ offrir une alternative aux couples qui se préparent à accoucher à la maison.

La façon dont est menée cette recherche semble témoigner d'une confiance fort mitigée en son succès et l'on tombe encore dans le penchant habituel de vouloir tout prouver.

HÔPITAL STE-JUSTINE

Ste-Justine est un centre hospitalier universitaire où l'on procède à plus de 4000 accouchements par année.

On y forme des centaines d'étudiants et d'étudiantes en techniques infirmières dans diverses branches de la médecine et des soins de la santé. On doit donc accepter d'avance la possibilité de fréquentes visites d'internes et d'étudiants, et ce même auprès des femmes sur le point d'accoucher.

S'il fut l'un des premiers hôpitaux à humaniser les soins en accueillant les pères en salle d'accouchement, en permettant la cohabitation, en facilitant l'allaitement sur demande et en acceptant la visite des autres enfants, Ste-Justine semble réfractaire à l'idée d'une chambre de naissance.

Un an après sa formation, le comité qui étudie la possibilité d'y implanter une chambre de naissance n'est pas encore arrivé à un consensus. La présence de nombreux étudiants en formation et la centralisation des techniques et des techniciens pour cas à risques élevés empêchent la réalisation d'un tel projet. Pourtant, ne serait-ce pas là un moyen idéal de faire encore mieux participer les apprenties-infirmières et d'introduire, avec cette nouvelle génération d'étudiant(es), une meilleure façon de vivre l'accouchement?

EN CONCLUSION

À prime abord, la chambre de naissance est une alternative séduisante. Elle comporte effectivement de nombreux avantages pour les gens qui cherchent à vivre leurs accouchements dans l'intimité mais aussi dans la sécurité. Mais comme il n'y a pas de conception claire et unanime derrière cette nouvelle formule, il sera difficile d'y vivre et d'y découvrir une expérience vraiment satisfaisante.

Parce que, d'une part, la chambre de naissance risque de devenir un outil de récupération pour les médecins et les hôpitaux plutôt qu'une solution réellement valable pour les femmes.

Parce que, d'autre part, si cette chambre de naissance est uniquement conçue en terme de décor, elle s'éloigne du but fixé soit le changement de mentalité et le respect de l'élément sacré de la naissance.

D'ailleurs, qu'importe le lit ou la chaise, la couleur des murs et la texture des draps, cette nouvelle alternative ne reste souvent qu'une halte au milieu du monde hospitalier, la chambre n'étant disponible que pour le moment de l'accouchement.

En conclusion, la chambre de naissance ne s'avère donc pas la solution parfaite mais pourrait être une transition vers une alternative plus valable, plus globale, la "maison de naissance" ¹



Les maisons de naissance sont vues comme une solution mitoyenne entre l'accouchement à l'hôpital et l'accouchement à domicile. Le plus important, c'est de sortir les accouchements du milieu hospitalier pathogène et de rendre à la femme son droit à un atmosphère simple et sécuritaire. Il semble qu'une telle éventualité soit possible, souhaitable et économique.

ACCOUCHEMENT À LA MAISON

*"Pour moi, un accouchement est une expérience unique de vie
Expérience longuement mûrie avant même la conception, puis
tout au long de la grossesse. Expérience qui est l'aboutissement
d'une démarche voulue, choisie, aimée à chaque étape
Expérience de vie qui clôt un processus de vie et en ouvre un
autre*

*Je veux vivre mon accouchement, donner naissance réellement,
jusqu'au bout, à cet enfant que je désire
Le goût d'être au centre de mon corps m'habite Le goût de
laisser vivre à mon enfant son passage d'une vie à une autre
Passage douloureux et glorieux à la fois.
Le goût de lui offrir ce cadeau d'une naissance non violente où
des mains douces et chaleureuses l'accueillent, le prennent, le
supportent, le touchent, le baignent."*

MICHÈLE RINFRET

De tels témoignages nous situent bien dans le contexte de la dimension où se placent les femmes et les couples qui décident d'accoucher chez eux, dans leur lit, sans tambours ni trompettes, comme cela, au cœur de leur vie même. Au Québec, l'un des 91 pays sur les 210 inscrits à l'Organisation Mondiale de la Santé à ne pas reconnaître le métier de sage-femme, l'accouchement à la maison n'est pas encouragé et il est souvent mal compris, controversé.

On en fait souvent une question de débat, à savoir s'il est meilleur ou moins sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital. On le croit une démarche marginale entreprise par des gens à part et prêts à tout. On le dit aussi un retour en arrière. Pourtant, là n'est pas la réalité.

Que l'on se fie aux études, comme celle de Lester D. Hazell, anthropologue, "A study of 300 elective Home Births"², sur les couples qui accouchent à la maison, ou que l'on se fie tout simplement et sûrement aux témoignages des gens qui le vivent, nous voyons surtout que l'accouchement à domicile, c'est une question de choix.

Du choix de la naissance de nos enfants

Du choix conscient et libre de faire de la naissance une expérience joyeuse, avec la compréhension qu'elle est un processus physique et spirituel qui a des effets à longue échéance sur nos vies et celles à venir.

Un choix fait par des couples intelligents, responsables et confiants en eux parce que bien informés et bien préparés.

Un choix face à l'approche technologique réservée aux grossesses à hauts risques détectables à travers le suivi pré-natal.

Un désir d'assumer la responsabilité de nos corps, de nos vies, de nos expériences de naissance -versus- la dépendance sur les experts d'hôpitaux.

Un choix, dans tous les cas, fait en connaissance de cause et basé sur le mieux-être de la mère et du bébé.

À la maison, les conditions peuvent être plus favorables à certains niveaux

- **Il y a moins de chance d'infection, le milieu étant familial**
- **Le bébé naît sans être drogué et sans être ébloui par une lumière choisie à volonté**
- **Il entre immédiatement en communication avec sa mère et son père, ses créateurs**
- **Il peut téter aussitôt et est traité en individu que l'on respecte**
- **Il est donc plus sûr.**

À la maison, on mise sur la qualité. L'attention totale de la personne qui assiste et de tous ceux qui sont présents est orientée sur le bien-être de la future mère. La préoccupation première est le déroulement harmonieux de l'accouchement en cours.

Toute personne qui a déjà assisté à un accouchement sait pour l'avoir vécu, combien la confiance est nécessaire au succès de l'événement.

En plus d'avoir confiance en son mari et aux aides qui l'assisteront dans son travail, la femme qui accouche doit d'abord avoir confiance en elle-même. Confiance dans la possibilité de sentir, de transformer, de travailler son corps afin qu'à l'accouchement il puisse fournir l'effort désiré.

Les exercices de respiration et de relaxation, d'assouplissement et de détente, le massage du périnée³ de même que toute la compréhension du processus de la grossesse et de la physiologie du travail l'aide à établir cette confiance.

*"... c'est que 'chose que j'veux qui
m'appartienne et qui me r'vienne à
moi"*

Renée, dans le film

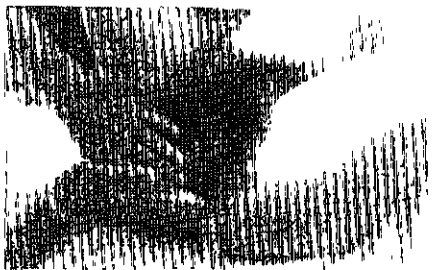
*"Je me dis que toi, tu n'es pas dé-
ploquée de ton corps, puis de ta tête...
et c'est dans ta force que réside
le succès de l'accouchement, pas
juste dans la sage-femme en ques-
tion, ni dans l'équipement techni-
que."*

Sage-femme dans le film

¹ Les 8 autres pays sont : Vénézuéla, Panama, Nouvelles Hébrides, Honduras, El Salvador, la République Dominicaine, Colombie, Burundi.

² Voir Appendice 3

³ Massage du périnée voir Appendice 1



Critères de sélection

Dans tous les pays industrialisés où se pratiquent l'accouchement à la maison il existe des critères de sélection plus ou moins sévères auxquels doivent se soumettre les femmes

en Angleterre

Les critères d'admissibilité nous y paraissent assez stricts. On y a établi une norme rationnelle basée sur des analyses en profondeur des causes de mortalité maternelle et infantile durant les dix dernières années

Cette norme distingue

- 1 l'âge de la mère (un risque supplémentaire au-dessous de 16 ans et au-dessus de 35 ans)
- 2 La parité, i.e. le nombre d'enfants (un risque à partir du quatrième)
- 3 la classe sociale (les femmes à faible revenu risquant plus que les autres)
- 4 la grandeur et le poids (les femmes de moins de 1m52 et les obèses)
- 5 les conditions telles le diabète, conditions cardiaques, etc
- 6 les opérations antérieures de l'utérus
- 7 les mauvaises histoires obstétricales (ex. naissance prématurée ou césarienne lors d'accouchements précédents)

Les risques identifiables lors du suivi pré-natal

- 1 l'état de santé général de la mère, incluant sa santé psychologique. Il est important de faire parler les femmes sur leurs peurs devant la grossesse et l'accouchement
 - 2 la prise de poids de 9 à 14 kilos (20 à 30 livres) est considérée normale
 - 3 la pression artérielle. une hausse soudaine de la pression étant un signe de toxémie pré-éclampsique
 - 4 l'examen de l'urine
 - 5 l'estimation de l'hémoglobine pour préciser les risques d'anémie
 - 6 la hauteur de l'utérus, l'activité foetale et le volume du liquide amniotique
- Notons qu'en Angleterre, les cliniques pré-natales sont nombreuses et plusieurs femmes (parfois trop) y sont suivies. Elles sont d'abord vues par des sages-femmes et des infirmières qui les réfèrent aux médecins en cas de complications. Il y a de 80 à 150 femmes pour 2 ou 3 médecins. Celles-ci se plaignent toutefois du manque de contact personnel vu la trop grande charge du personnel.

Les risques imprévisibles

Les risques imprévisibles pouvant survenir pendant le travail et l'accouchement (présentation du cordon, hémorragie, détresse foetale, asphyxie du bébé, etc) sont minimisés par la présence des unités mobiles, les 'flying squads', pouvant se rendre rapidement au chevet de la mère. Un gynécologue, un anesthésiste et un spécialiste en néonatalogie y sont attachés et bénéficient de tout l'équipement nécessaire aux transfusions et à la réanimation.

Il est toutefois fort difficile de savoir jusqu'à quel point ce service est efficace et réalisable puisqu'il n'est déjà pas facile d'avoir sur place une telle équipe, dès que survient le besoin, même en milieu hospitalier.

en Californie

Les études de Lewis E. Mehl, sur six groupes californiens pratiquant des accouchements à domicile, nous font voir qu'il est possible d'obtenir de bons résultats avec des critères plus souples que ceux pratiqués en Angleterre.

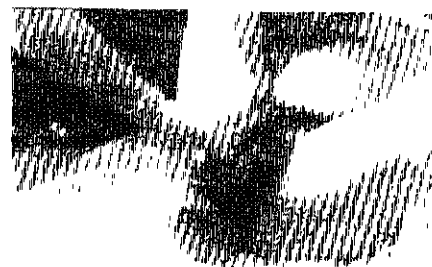
Les accouchements étudiés sont assistés par des médecins ou par des sages-femmes, infirmières et/ou autodidactes, en milieu rural et en milieu urbain.

Ces groupes, pourtant non reliés entre eux, ont la même façon de voir la vie et une même attitude concernant l'analyse des risques qui diffèrent totalement des pratiques médicales courantes, britanniques ou autres.

Le suivi pré-natal est systématique et en accord avec celui recommandé par le Collège américain des Obstétriciens et Gynécologues. Les visites pré-natales sont toutefois plus longues, donnant le temps aux femmes et aux médecins de se connaître plus intimement.

Chaque cas est étudié individuellement. Règle générale, une femme est transférée à l'hôpital seulement lorsque survient une complication grave.

- 1 L'âge n'est pas considéré comme un facteur obligeant l'hospitalisation, on choisit plutôt de suivre de plus près le travail de celles qui ont moins de 17 ans et plus de 40 ans.
- 2 La parité. Les femmes attendant leur premier enfant ont plus besoin que les autres d'accoucher à la maison, justement parce que le travail est généralement plus long et plus difficile et qu'il nécessite l'attention et la chaleur de la famille et des amis.
- 3 Les mauvaises histoires obstétricales sont analysées au mérite. Elles sont parfois dues à un suivi pré-natal inadéquat, par exemple on a prescrit des diurétiques, on a limité la prise de poids, on n'a pas donné de conseil sur l'alimentation, etc. ce qui favorise les naissances prématurées ou les bébés de faible poids. D'autres complications surviennent aussi à cause d'un trop grand nombre d'interventions (détresse foetale suite aux anesthésiants) ou interventions intempestives (tirer sur le cordon provoque des hémorragies).



- 4 À cause du taux grandissant de césariennes en milieu hospitalier, les six groupes ont finalement consenti à accepter plusieurs cas de sièges, de jumeaux, de césariennes antérieures, après une étude sérieuse de chaque cas et en prenant des précautions supplémentaires
- 5 On encourage une prise de poids de 11 à 16 kilos (25 à 35 livres) et l'on accouche à domicile des femmes ayant pris jusqu'à 23-27 kilos (50 à 60 livres)
- 6 Le massage du périnée est enseigné aux parents et pratiqué quotidiennement huit semaines avant la date prévue de l'accouchement afin de prévenir les déchirures et d'éviter les épisiotomies
- 7 La rupture des eaux ne nécessite une hospitalisation qu'après 24 à 48 heures sans contraction
- 8 Le travail (première et deuxième phase) peut se prolonger longtemps avant que l'on juge nécessaire une intervention ou une hospitalisation (application des critères de Friedman¹ ou diagnostic d'inertie utérine). On tolère généralement une deuxième phase plus longue (2-3 heures) nécessitant moins d'efforts de poussée. Aucune utilisation d'oxytociques, d'analgésiques ou d'anesthésiants. Pas de forceps
- 9 Le bébé est immédiatement donné à sa mère. On coupe le cordon lorsqu'il a cessé de battre (sauf pour les mères au facteur Rhésus négatif). L'allaitement se fait sur demande

Les taux de complications des accouchements assistés à la maison par ces divers groupes n'ont pas semblé significatifs.

De même, l'étude de 287 accouchements du groupe du comté de Santa Cruz (1971-73), opéré par des sages-femmes autodidactes et desservant une population de classe socio-économique inférieure, démontre des résultats favorables avec une mortalité périnatale de 3,5 pour 1000 et une mortalité néonatale de 0 pour 1000. Vu l'absence de formation académique des sages-femmes et la présence de nombreux cas à risques élevés, on se serait attendu à plus de complications dans ce groupe que dans les autres. Cela ne s'est pas vérifié. Au contraire, on a enregistré moins de complications que ce qui est normalement rapporté dans la littérature des accouchements hospitaliers.

Une étude comparative

En 1977, Lewis E. Mehl fit aussi une étude comparative de 1046 naissances à la maison et 1046 à l'hôpital².

Il jumela sa population selon l'âge, la gestation, la parité, les facteurs de risques, l'éducation et le statut socio-économique, la race, la présentation du bébé et les facteurs de risques individuels.

Il observa, dans les accouchements survenus à l'hôpital :

- 2 fois plus d'utilisation d'oxytocin
- administration plus généreuse d'analgésie et d'anesthésie
- 9 fois plus d'épisiotomie
- 20 fois plus d'utilisation de forceps
- des déchirures plus sévères
- 3 fois plus de césariennes
- 5 fois plus de haute pression chez la mère
- 3 fois plus d'hémorragies post-partum
- 6 fois plus d'enfants en détresse
- 3,5 fois plus de traces de méconium³
- 8 fois plus de dystocie de l'épaule
- 4 fois plus d'infection chez le bébé
- 3 fois plus de bébés qui ont besoin d'aide pour respirer
- 30 cas d'accidents (fractures du crâne, paralysies faciales, céphalohématomas).
- mort infantile: égal
- mort maternelle: nil

Ces données parlent d'elles-mêmes.

On remarque que pour arriver aux mêmes résultats (i.e. un pourcentage de mortalité infantile égal et pas de mortalité maternelle), on intervient beaucoup plus à l'hôpital.

On réalise que ces interventions sont pratiquées justement parce que l'on y a accès et que trop souvent on le fait avec abus.

¹ Critères de Friedman : courbe graphique enregistrant les points saillants d'un accouchement : action de l'utérus, progrès de la descente du bébé et de la dilation du col.

² Home Birth Versus Hospital Birth: Comparison of Outcomes of Matched Populations. Lewis E. Mehl.

³ Meconium : les premières selles du nouveau-né, l'expulsion du méconium avant la naissance peut indiquer une souffrance fœtale.

The Farm, Tennessee

Au début des années '70, environ 800 jeunes américains quittent leur emploi ou leurs études pour vivre en communauté. Ils mettent leurs ressources et leur argent en commun et achètent plusieurs acres de terre sur lesquels ils organisent peu à peu leur nouvelle vie.

Plusieurs femmes sont enceintes. Il devient évident que la communauté ne peut assumer les coûts d'hospitalisation pour chacune. Il en coûte près de \$1000 à l'époque pour accoucher à l'hôpital.

Par la force des choses, certaines femmes deviennent sages-femmes et les premiers accouchements se déroulent normalement.

Elles recherchent activement le support médical qui leur manque (back up) et elles étudient le sujet sur toutes ses facettes (maternité, obstétrique, nutrition, pédiatrie, etc.). Au fil des années, quelques médecins consentent à leur venir en aide.

L'organisation des soins de la santé sur "The Farm" deviendra un modèle du genre : les accouchements sont sous la responsabilité de 12 sages-femmes, elles-mêmes appuyées par un médecin, 6 infirmières, 25 assistantes-apprenties et 40 techniciens pour les urgences.

"The Farm" dispose aujourd'hui de 2 ambulances, un laboratoire médical, une infirmerie, une pharmacie, une pouponnière pour soins intensifs et une clinique externe. Le personnel est recruté parmi les membres de la communauté et est entraîné sur place.

"The Farm" publie également une revue "The Practicing Midwife" où sont régulièrement compilées les statistiques des accouchements.

En 1980, on en comptait 1200 dont voici les données :

STATISTIQUES 1980 — THE FARM

Total des naissances	1200	
Accouchement à domicile	1096	
Total des naissances	1200	
Accouchement à domicile	1096	(91.3%)
à la clinique	49	(4.1%)
à l'hôpital	55	(4.6%)
Présentation normale	1108	(92.3%)
siège	42	(3.5%)
face	16	(1.3%)
front	3	
transversale	2	
pied	9	
Césarienne	22	(1.8%)
Forceps	5	(.3%)
Accouchements déclenchés	21	(1.7%)
Complications maternelles	66	(5.5%)
traitées à la maison	49	
traitées à la clinique	4	
traitées à l'hôpital	13	
Ni épisiotomie, ni déchirure	597	(49.8%)
Épisiotomie - 1° 120, 2° 70, 3° 9	337	(28.0%)
Déchirure - 1° 166, 2° 94, 3° 4	334	(27.8%)
Mère allaitant		(99.0%)
Dépression post-partum	17	
Mère la plus âgée	42 ans	
Mère la plus jeune	16 ans	

Selon Ina May Gaskin, la première sage-femme de "The Farm", ces bonnes statistiques s'expliquent par la conception particulière que l'équipe a des soins qu'il faut donner à la mère : une alimentation végétarienne stricte avec suppléments vitaminiques, aucun alcool, aucune drogue, ni médicament, ni tabac tout au long de la grossesse, un suivi pré-natal régulier.

L'accouchement se veut davantage un événement joyeux. Les femmes accouchent le sourire aux lèvres.

Étant habitués de vivre en groupe, ils aiment voir l'accouchement se dérouler dans une atmosphère de chaleur humaine et de simplicité où des qualités comme l'attention, la patience, la lenteur, l'immobilité, la communication, le silence et la paix sont aussi nécessaires que les considérations d'ordre technique.

Selon Ina May, il existe une énergie particulière entourant un accouchement. Lors du travail, les sages-femmes exploitent leur capacité de transformer cette énergie de façon à aider la femme.

"Être plus humain ne veut pas dire mater une femme. Il faut parfois être énergique, ne plus écouter les plaintes."

Sage-femme de Montréal

Au moment du travail et de l'accouchement, le père tient un rôle de premier plan. Il est encouragé à caresser sa femme, à l'embrasser pendant les contractions, à lui parler, ce qui facilite et accélère souvent le travail, puisqu'il détend la femme. Les techniques de respiration sont utilisées pendant l'accouchement plutôt que pratiquées longtemps d'avance. Presque toutes les mères allaitent et s'occupent immédiatement et complètement du nouveau-né avec l'aide des assistantes si elles se sentent démunies et inexpérimentées.

Politique d'accouchement à domicile en Hollande

Dans ce pays où le taux de mortalité infantile est considéré l'un des plus bas au monde (en 1977: 9,5/1000 inférieur comparé au Canada et aux États-Unis), l'emphasis est mise sur l'accouchement à la maison, assisté par des sages-femmes.

Les hôpitaux sont réservés pour les accouchements à hauts risques.

D'ailleurs, l'assurance-maladie ne couvre que les femmes hospitalisées pour une complication. Par ailleurs, ces dernières années, le taux d'accouchement à l'hôpital a augmenté à cause de la formule du EE "out patient delivery" qui consiste en un court séjour à l'hôpital couvrant le temps nécessaire à l'accouchement comme tel et le post-partum immédiat.

Malheureusement, la sage-femme qui jusqu'à aujourd'hui assistait la majorité des accouchements à domicile semble être peu à peu détrônée par l'omnipraticien ou l'obstétricien qui gagnent de plus en plus de popularité.

Nous constatons d'ailleurs qu'en Hollande, où le taux de natalité est à la baisse comme dans la plupart des pays industrialisés, il y a une prolifération de professionnels ce qui contribue à faire augmenter le taux des naissances à l'hôpital (1961: 30% — 1978: 62%).

En fait, depuis quelques années, le taux d'accouchement à la maison baisse régulièrement. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène:

- les gens sont de plus en plus attirés par la technologie
- les gens peuvent s'offrir l'hôpital aux frais de l'état ou la formule du "out patient deliveries".
- les sages-femmes commencent à travailler dans les hôpitaux pour stabiliser leurs revenus
- les médecins ont su promouvoir leur produit: l'hôpital

La survie de l'accouchement à domicile dépendra donc des quelques couples intéressés qui continueront à se battre pour cette option.

Quoi qu'il en soit, nous constatons qu'en Hollande l'aspect économique influence énormément le déroulement des événements à propos des accouchements à la maison et qu'il est un facteur déterminant de l'évolution du mouvement à travers le monde.

La situation au Québec

On constate qu'il se fait de plus en plus d'accouchements à la maison au Québec. Les femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de notre recherche étaient bien renseignées, prêtes à assumer la responsabilité entière de leurs actes et conscientes de la préparation particulière qu'un accouchement à domicile exigeait d'elles.

Toutes se faisaient suivre par un médecin et la plupart étaient entourées d'une assistance compétente, médicale ou autre, au moment opportun.

L'important, pour ces femmes, est de s'assurer un accouchement à la fois agréable et sécuritaire, de permettre à leurs enfants de naître dans des conditions optimales et de faire en sorte que leur liberté de choix soit respectée ainsi que leur droit de décider elles-mêmes du lieu et du genre d'accouchement qui leur convient.

Malheureusement, celles qui entreprennent cette démarche ne se sentent pas soutenues comme elles le devraient et expriment le besoin de recevoir un suivi pré-natal mieux adapté à l'expérience qu'elles veulent vivre.

Elles sentent que la norme d'évaluation de leur état de grossesse est mal définie et varie trop selon les médecins, ce qui les empêche de vraiment savoir à quoi s'en tenir. En ce sens, elles constatent que, par exemple, la prescription de médicaments pendant la grossesse, les bénéfices d'une saine alimentation et les gains de poids ne sont pas perçus de la même façon par les différents spécialistes et que, de l'un à l'autre, les opinions sont si différentes qu'elles ne se sentent plus sécurisées par leurs diagnostics.

Elles déplorent que la formation des médecins soit axée de plus en plus sur le côté technique de l'accouchement et de ses risques, ce qui ne peut se dissocier de l'hôpital.

Malgré tout, les médecins sont convaincus que les accouchements à l'hôpital sont nettement plus sécuritaires que ceux à domicile et refusent souvent même de fournir un suivi pré-natal à celles qui envisagent d'accoucher à la maison.

Étant donné qu'à l'hôpital, ils disposent de tout le matériel nécessaire pour intervenir en cas de problème, ils jugent donc "naturel" que tous les accouchements s'y déroulent d'autant plus qu'ils attribuent la baisse du taux de mortalité

"J'avais beaucoup de peurs face à mon accouchement durant ma grossesse. Puis ça n'allait pas bien avec mon médecin. Alors j'ai décidé d'aller voir les sages-femmes pour voir qu'est-ce qui se passait là. Je me suis sentie vraiment bien à ce premier contact. Il y avait le contact spirituel, la confiance. Je sentais qu'elles me respectaient et que je pouvais leur dire mes peurs. Puis elles ne tremblaient pas comme les médecins avaient fait en répondant à mes questions."

Linda, femme qui accouche dans le film

"La semaine passée, j'ai eu une femme qui voulait accoucher à domicile parce qu'elle était contre le fait qu'on attache les jambes des femmes en salle d'accouchement. Elle trouvait que c'était pas humain, que c'était pas digne, elle ne voulait pas être considérée comme du bétail. Alors elle a accouché à la maison puis elle est arrivée ici en choc, avec une hémoglobine à 8 et puis des déchirures importantes qu'on a passé 2 heures de temps à réparer. C'est le risque. Ça peut très bien aller mais c'est un risque que j'prendrais pas. J'suis médecin et puis j'accoucherais pas ma femme à la maison."

Médecin dans le film

"Mais ça leur enlevait cet argent là, puis j'chargeais rien que 15 piastres."

Aurore Bégin, sage-femme

maternelle et infantile au fait d'y accoucher. Mais ce ne sont pas les seules raisons¹

Ce que nous trouvons ici essentiel d'y saisir, c'est que l'accouchement à la maison s'inscrit dans un mouvement d'auto-santé toujours grandissant. Que ce soit à travers la contraception, l'avortement, ou l'accouchement, la femme reprend doucement possession de son corps, de sa santé et par le fait même celle de toute sa famille et de la société en général.

Le refus des médecins s'explique-t-il?

Malgré une demande accrue des femmes, des couples et de certains réseaux d'entraide et de soins, les médecins persistent à s'opposer catégoriquement à la pratique des accouchements à domicile pour des raisons aussi variées que la crainte de poursuite légale, la peur de représailles, l'aspect financier ou la crainte de perdre statut et pratique. Si certains médecins, plus humains, acceptent de passer outre aux recommandations du Collège des Médecins, ils doivent alors faire face à la réprobation et au harcèlement. Un médecin, qui a préféré garder l'anonymat nous a déclaré qu'il devenait de plus en plus difficile d'être payé pour les accouchements à la maison par la Régie de l'Assurance-Maladie.

S'il n'est pas l'unique cause, l'enjeu financier semble l'un des facteurs qui influence cette prise de position et l'inflexibilité de la majorité des médecins. C'est du moins l'avis de David Stewart, directeur exécutif de la NAPSAC, organisme américain prônant les accouchements à domicile.

"Les accouchements à domicile sont une menace pour le système. Chaque accouchement à domicile représente une perte de \$1000. 10% d'accouchements à domicile aux États-Unis représente une perte de 4 millions de dollars par année."

Si les médecins ont nettement amélioré leurs conditions de travail en éliminant la pratique à domicile et en centralisant leurs équipements en milieu hospitalier, ne pourraient-ils pas aussi admettre que l'accouchement à domicile ne leur plaît pas à cause des déplacements, qu'ils se sentent plus à l'aise en milieu hospitalier, que leur formation est axée sur la pratique hospitalière plutôt que d'empêcher ceux et celles de leurs collègues qui désirent tenter l'expérience?

Certes, les médecins ont le droit de refuser de faire des accouchements à domicile, peu importe la raison, mais ils ne peuvent s'objecter systématiquement à une approche différente. Ils ne peuvent pas non plus refuser leurs conseils et leurs soins à ces futures mères qui, en pleine connaissance de cause, ont décidé et choisi une option plus humaine, moins technologique.

LA SAGE-FEMME

Qu'on l'appelle "la femme qui aide", l'accoucheuse, la guérisseuse ou simplement "la femme" (la femme qui marche aux malades), comme on la surnommait à St-Hilarion, ou bien encore la sorcière, comme on la qualifiait à certaines époques, les notions que nous avons au sujet des sages-femmes sont parfois floues, empreintes de préjugés et souvent mythiques.

Elle prend parfois l'image de cette voisine compatissante qui tenait la main de nos grand-mères lors de leurs trop nombreux accouchements. Elle appartient à une époque où aider une femme à accoucher représentait un "simple geste de solidarité humaine pour aider à ce passage entre l'utérus et le sein".

À propos d'Aurore Bégin

Aurore Bégin, 82 ans, a consacré sa vie à aider ceux qui en avaient besoin. Que ce soit à travers les nombreux accouchements auxquels elle a assisté ou à travers ses collectes régulières de vêtements recyclables, elle témoigne d'une époque où l'entraide était une valeur essentielle dans la vie des gens, puisque nécessaire à la survie.

Elle eut son premier contact avec la médecine à l'âge de 14 ans, lorsqu'elle dû donner une injection.

Au moment où elle était servante aux États-Unis, elle eut la possibilité de travailler dans un hôpital comme technicienne. En 1928, quand elle revint au Québec, elle gradua comme infirmière à Sherbrooke.

À partir de 1932, à l'époque dite des colonies, elle commença à travailler en Abitibi où l'on manquait à peu près de tout, notamment de médecins et d'hôpitaux. Aussitôt qu'une nouvelle colonie s'ouvrait, elle allait s'y installer, toujours de plus en plus loin dans les bois.

Comme beaucoup d'infirmières de sa génération, comme les institutrices de rang et de nombreuses religieuses également, elle faisait partie de ces femmes dévouées dont la société tolérait qu'elles aient une vie différente des autres femmes à condition qu'elles consentent à travailler en des endroits isolés et dans des conditions difficiles. C'était la dure époque des femmes "à vocation".

Les années marquantes de sa carrière furent celles où elle établit une petite clinique à Noranda.

Aidée d'une jeune fille de 14 ans, elle était presque la seule à soigner les malades et à assister les accouchements, pour lesquels elle ne chargeait que \$15 comparé au montant de \$65, exigé par les médecins.

En 1941, elle reçut, du Collège des Médecins, un diplôme de sage-femme, après avoir passé un examen oral devant quatre médecins.

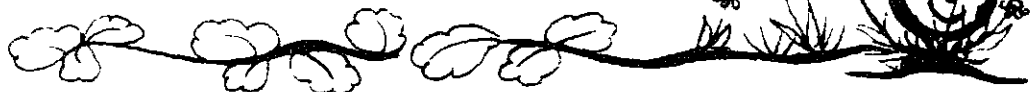
Elle a pratiqué des centaines d'accouchements et n'y a perdu aucune mère. Par ailleurs, deux bébés moururent, mais avant même son arrivée auprès des femmes.

Aurore Bégin possédait une dextérité, une compétence et une conscience de son métier qui la rendent particulièrement attachante pour les femmes qui questionnent aujourd'hui le bien-fondé de la médecine obstétricale. Elle n'avait pas recours à la technologie moderne, mais elle était équipée avec le nécessaire. Elle assistait des accouchements par le siège et de jumeaux (qui aujourd'hui sont des raisons de césariennes). Elle pénétrait dans l'utérus pour corriger une présentation, pour remonter un cordon. Pour elle, l'obstétrique était un art manuel exercé avec patience, ce qui est pratiquement oublié de nos jours.

Pourtant, en 1942, les médecins n'ont plus voulu signer pour sa clinique comme ils devaient le faire à chaque année. Elle l'explique par le fait qu'elle assistait plus d'accouchements qu'eux, ce qu'ils n'appréciaient probablement pas.

Lorsqu'elle dû cesser ses activités, elle ne put évidemment pas avoir d'une pension de vieillesse, comme c'est le cas pour les médecins retraités.

L'art de la "sage-femmerie", tel que représenté par Aurore Bégin, somme des connaissances anciennes et modernes, a pour nous beaucoup de valeur et nous trouvons regrettable qu'il ait été mis au rancart depuis si longtemps déjà.



HISTORIQUE DES SAGES-FEMMES

HISTORIQUE DES SAGES-FEMMES

Mais il y avait plus encore. Choisie pour ses qualités de tact et de discrétion, insérée au cœur des intrigues familiales, on la retrouvait marraine plus souvent qu'à son tour, privilège impliquant plus de responsabilités à cette époque qu'à la nôtre. De plus, l'État lui confiait la charge de placer les enfants trouvés et le choix des nourrices. On l'appelait également lors d'expertises médicales dans les cas de viol, recels de grossesse, reconnaissance de paternité. Elle était active dans les confréries, passait les collectes, savait généralement écrire et allait jusqu'à défendre les citoyens lors de procès. Elle s'engageait à

Aurore Bégin, sage-femme

Gamma murena

Je (Vomen), promets à Dieu, le Créateur tout-puissant et à vous Monsieur (qui êtes mon Pasteur de vivre et mourir en la Foi Catholique, Apostolique & Romaine & que je acquiescerai avec le plus de fidélité et de diligence qu'il me sera possible de la charge que j'entreprends d'assister de nuit et de jour dans les couches les femmes pauvres & riches que j'apporterai tous mes soins pour empêcher qu'il n'arrive aucun accident à la mère ni à l'enfant et que si je vois quelque danger, j'appellerai des Médecins ou des Chirurgiens ou des femmes expérimentées en cette fonction pour ne rien faire que par leur avis & avec leur secours Je promets que je ne révélerai point les secrets des familles ni des personnes que j'assisterai que je n'en serai point de supérieurs ni d'aucun moment illicite soit par paroles soit par signes ni de quelque autre manière que ce soit que j'empêcherai de tout mon pouvoir qu'on en use, et que je ne ferai rien par vengeance ou par mauvaise affection que je ne consensirai jamais à ce qui pourrait faire peir le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature mais que comme une femme de bien vray Chrétienne et Catholique je procurerai en tout et par tout le salut corporel et spirituel l'un de la mère que de l'enfant ainsi Dieu me soit en aide

Subjunctet Parochus
Ius in iure et promittit eius?

Vous le jurez et prouvez
Responsable Obstétric

Oui Monsieur je le jure

In inde L. angelinum dicitur: Engel & c.

Actus quinque praeest ibi et juramenti describit Pastor in nega-
tione libelli nonnulli ibi et ipsique à Pastore dabitur si voluerit
libelli et juramenti ab eis praeest

Le serment du Rituel de Rouen (France)

transmettre ses connaissances, à instruire et à former d'autres sages-femmes. Ainsi, à St-Antoine-de-Tilly, quatre générations d'une même famille se sont ainsi transmises des connaissances relatives aux accouchements. Comme ces activités dépassaient largement les cadres de la sage-femmerie, on suppose aussi qu'elle prenait sous sa protection les filles-mères en les cachant chez elle. Peut-être aussi faisait-elle des avortements? Plus elle se rapprochait des villes, plus la sage-femme cumulait des charges. Elle arrivait parfois même à une certaine aisance financière.

Tout porte à croire en tout cas qu'elle était respectée et qu'elle jouissait de la considération publique. En 1720, l'intendant de l'époque, l'évêque et le médecin réussirent à faire suffisamment de pression sur Paris pour qu'on consente à envoyer en Nouvelle-France une sage-femme diplômée de l'Hôtel-Dieu de Paris, hôpital réputé à l'époque. La colonie comptait alors environ 40,000 personnes. Ainsi, en 1740, trois sages-femmes diplômées oeuvraient à Montréal, Québec et Louisbourg, délégation que l'on qualifie d'imposante pour plusieurs raisons. D'abord, parce que cet hôpital n'octroyait que 12 diplômes par année, ensuite, parce que le manque de sages-femmes compétentes entraînait des polémiques en France sur l'avenir de la nation, enfin, parce que cet hôpital parisien avait une réputation d'excellence qui dépassait largement ses frontières, notamment en obstétrique où s'y développaient les premières théories rationnelles sur le déroulement de l'accouchement.

Ces sages-femmes qui arrivaient étaient de bonnes bourgeoises. Elles avaient peu d'enfants et étaient retribuées par l'État, comme quoi l'éducation paie déjà bien à cette époque. L'élite s'en remet d'ailleurs à elles pour l'accouchement. En 1756, ces dames tenteront d'établir une école de sages-femmes dans la colonie mais la conquête (1760) bouleversera quelque peu leur projet. Toutefois les conquérants anglais reprendront l'idée en la personne du docteur James Fisher, lequel conseille d'établir une école de "midwifery" (rapport à lord Dorchester, en 1784).

En France et en Angleterre, l'évolution est similaire. On tend là aussi vers une organisation de connaissances accumulées au profit d'un enseignement visant la formation de sages-femmes compétentes.

Dès 1790, on accordait les premiers certificats de qualifications aux sages-femmes. Ces certificats étaient émis sous des modalités différentes jusqu'à récemment. Nous sommes alors déjà loin, avec ces sages-femmes certifiées, des "graffigneuses" et des "baboches" que l'on rencontrait dans l'arrière-pays et qui perpétuaient oralement les vieilles traditions issues du bon sens populaire. On voyait déjà poindre, dans ces termes peu flatteurs, les premiers indices du préjugé populaire contre les sages-femmes. Visant d'abord les vieilles femmes intuitives des campagnes isolées, il atteindra finalement toutes les sages-femmes, même celles qui ont tenté, souvent en vain, de recevoir une formation adéquate pour développer leurs connaissances.

Le 19^e siècle

Que s'est-il donc passé? Plusieurs choses. Notons que la formation du médecin à cette époque était analogue à celle de la majorité des sages-femmes. Il acquerrait ses connaissances par l'intermédiaire de son père ou en apprentissage chez son patron. Il n'y avait aucun examen et aucune législation n'en réglait la pratique. Vers 1840, les médecins s'organisent en corporation. Peu à peu, ils s'accaparent le fantastique monopole de la santé: ce sont eux qui contrôleront les permis, qui superviseront la transmission des connaissances, qui régleront tous les actes médicaux. Le Québec suit en cela le courant européen du corporatisme au cours duquel les professionnels se liguèrent ensemble pour mieux se doter d'instruments visant à promouvoir leurs intérêts.

Les sages-femmes auraient pu, auraient dû s'incorporer à ce moment comme celles d'Europe où elles ont d'ailleurs conservé leurs titres et fonctions.

C'est aussi tout au long de ce bouillant 19^e siècle que se tiendront les ridicules controverses amenant l'exclusion des femmes des universités¹. Or donc la femme déclare-t-on alors, de par sa nature même, ne dispose pas d'un cerveau l'habilitant aux études supérieures. De plus, la pudeur et la délicatesse qui lui sont naturelles l'obligent à se tenir éloignée de certains sujets trop crus. On ne peut exiger d'elle qu'elle se promène dans les rues la nuit pour assister à un accouchement. De robuste et fière pionnière qu'elle était, ne voilà-t-il pas qu'on lui découvre un corps fragile qu'il faut protéger et soigner, ce qui flatte les nouvelles bourgeoises cultivées en mal de se différencier des rustres paysannes.

"Y avait pas de raisons. Y voulait pas qu'une femme arrive comme un homme, c'est tout."

Aurore Bégin, sage-femme

¹ C'est au 13^e siècle, un an avant que ne débute la chasse aux sorcières, que la médecine s'est clairement définie en tant que science et profession. Déjà à cette époque, la profession médicale s'employait activement à éliminer les guérisseuses, par exemple en leur fermant les portes des universités.

"Sorcières, sages-femmes et infirmières",
Ehrenreich, English, Remue-Ménage 1976, p 26-27

C'est aussi l'époque des premiers vrais succès de la science, des grandes découvertes médicales, des premières heures de gloire de la médecine qui auréole les médecins d'un prestige inégalé jusque là. Ce sont eux en effet qui utilisent les forceps et les premiers anesthésiants, accélérant et soulageant le travail de l'accouchement, ce qui les rend populaires auprès de nombreuses dames.

Tous ces facteurs influenceront l'évolution des sages-femmes d'ici. Comme aux États-Unis, on exclura les sages-femmes des premières maternités où est dispensé l'enseignement en obstétrique. Somme toute, la sage-femme québécoise n'est qu'un pion d'une partie qui se joue à l'échelle mondiale et qui consacre l'emprise de la médecine dite rationnelle sur le soi-disant empirisme symbolique d'antan.

Fait à noter, typiquement québécois, ce sont les prêtres, l'Église, qui se font les défenseurs acharnés des sages-femmes. Hélas, pour de bien curieuses raisons. On invoque évidemment les questions habituelles de moralité et de pudeur interdisant aux hommes l'accès au corps féminin, mais aussi le fait qu'il est défendu de soulager une femme en couches ce qui transgresse la loi biblique proclamant qu'elle enfantera dans la douleur. D'ailleurs le code canonique décrit encore en 1939 le serment que la sage-femme doit prononcer au clergé.

Le 20^e siècle

Dès le début du 20^e siècle, les sages-femmes ne pratiquent plus que dans les régions isolées, les plus reculées, là où les médecins refusent de se rendre. Elles y travaillent dans des conditions difficiles. Aussi est-il important de sortir de l'oubli cette partie de notre histoire. Plus près de nous, la plupart de nos grand-mères ont accouché à domicile autant des mains de sages-femmes que des mains des médecins, ceux-ci devenant de plus en plus interventionnistes au fur et à mesure que se développaient les connaissances en obstétrique. Il se donne bien quelques permis de pratique jusqu'en 1940 environ, mais ce sont des cas séparés pour des femmes, souvent de formation infirmière, qui parcourent de vastes régions. C'est le cas d'Aurore Bégin que nous retrouvons dans le film mais c'est le cas aussi de bien d'autres qui ressortent peu à peu du silence recommandant à reparler de leurs expériences.

Lentement, l'accouchement devient une maladie comme en témoigne l'ouverture des ailes d'obstétrique dans les hôpitaux québécois en 1940. Déjà, on mentionne l'illégalité des sages-femmes. Pourtant, jusqu'en 1960, elle pratiquent encore un peu partout quoique moins régulièrement dans les centres urbains. Souvent elles travaillent en collaboration avec le médecin de la région. Avec l'établissement du système d'Assurance-Maladie et la création des centres hospitaliers dans toutes les régions du Québec, les sages-femmes ont subi des pressions de toutes sortes. On leur a conseillé, quelquefois sous peine d'amende, de se retirer de la pratique. Ce qu'elles firent, puisque travaillant déjà pour presque rien, elles ne pouvaient se permettre les coûts élevés d'une amende. À partir de ce moment, le silence se fit sur leur existence. En ce sens, on peut dire que les femmes ont été dépossédées de leur tradition d'entraide au moment de la reproduction.

Au même moment (1962), on crée sous la direction de l'Entraide Missionnaire un cours de spécialisation sage-femme pour des infirmières, religieuses puis laïques, destinées à travailler en mission. Ce cours a été mis sur pied grâce à la collaboration de l'Université Laval et de l'hôpital St-Sacrement de Québec. C'était un cours de 9 mois et elles devaient être responsables de 45 accouchements. Ce cours les préparait à être en charge de maternités à l'étranger. Elles n'avaient, par ailleurs, aucun droit de pratique au Québec à moins que ce soit dans des régions éloignées, comme la Côte Nord. Le cours s'est donné de 1962 à 1972. Déjà, vers 1968, on en prévoit la fin puisqu'avec la venue des Cégeps, le cours d'infirmière ne relève plus de la juridiction des universités. En 1972, le cours est arrêté un an pour révision. Il ne fut jamais repris sous prétexte de manque de fonds pour payer les professeurs. Il y a eu, pendant ces 10 ans, 103 diplômées de "spécialisation sage-femme" décernés à Québec.

Par ailleurs, certaines femmes, qui ne sont pas nécessairement infirmières, contribuent à garder vivante la tradition des sages-femmes au Québec. Suite aux demandes des femmes en général pour le retour de la sage-femme, suite aux recommandations du livre "Égalité et Indépendance" du Conseil du Statut de la Femme, le Ministère de l'Éducation a fait à l'automne '80 une étude des rôles et des fonctions qu'elle devrait remplir. On en est maintenant à étudier quel type de formation lui serait nécessaire.

Dans un article paru dans La Presse, le 13 novembre 1980, le syndicat professionnel des infirmières demandent la reconnaissance d'une nouvelle profession, l'infirmière sage-femme. Le SPIQ recommande que le Ministère de l'Éducation crée un programme de formation de sage-femme pour les infirmières qui les prépareraient à :

- suivre les femmes à grossesse normale
 - effectuer les accouchements
 - éduquer, conseiller, informer les femmes, la famille, la communauté.
- Le syndicat conseille que cette formation soit réservée exclusivement aux infirmières.

"D'la misère, les médecins m'en ont faite autant qu'ils ont pu en faire, mais seulement la plus grosse misère qu'ils ont pu faire, c'est de pas signer si j'avais besoin d'un médecin."

Aurore Bégin, sage-femme

"Mais j'me souviens que les médecins à c'moment là, y commençaient à craindre, oui. On établit ce cours de sage-femme pour les missions mais un jour ça viendra et ce sera pour le Québec..."

*Soeur Pierrette, M.I.C.
sage-femme certifiée*

Dans les années '70, des femmes se sont remises à accoucher à la maison, très souvent sans aide compétente. Afin d'assurer la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, des femmes se donnent une formation pour assister les couples dans l'événement intime et sacré de la naissance.

Cependant, il ne faudrait pas négliger le fait que le métier d'infirmière est d'ordre médical et qu'il nécessite une formation médicale; il s'y rattache un langage propre, des attitudes et un encadrement technique important. Or, l'accouchement est un acte naturel, et les femmes réclament davantage d'être accompagnées dans cet événement que prises en main par une "spécialiste".

Rappelons une fois de plus que l'objectif le plus important des mouvements de santé des femmes est que chacune puisse se prendre en charge et contrôler elle-même sa vie: l'accouchement dans ce sens là, doit être vu comme une occasion privilégiée de se faire confiance, de reconnaître ses propres capacités à s'assumer. Il ne faudra donc pas faire de la maternité un territoire contrôlé par une profession, mais bien par les femmes elles-mêmes. Ceci implique un cheminement différent de ce que les cours d'infirmière offrent et je crois que nous ne devons pas l'oublier."

CLAIRE BONENFANT

"La sagesse des Femmes"

*Conférence donnée à l'assemblée
annuelle de l'Association des
Infirmières et Infirmiers du
Canada, Ottawa, 2 avril 1981.*



Déesse de la Sagesse



"Puis j'avais peur, oh mon Dieu donc! Y sont venus quatre, et puis quand un avait fini de me questionner, l'autre commençait. J'avais pas l'temps de r'prendre mes sens. Puis dans tel cas, qu'est-ce que vous feriez?"

Aurore Bégin, sage-femme

DOSSIER LÉGAL

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS PAR LES SAGES-FEMMES EST-ELLE ILLÉGALE?

C'est ce que croient beaucoup de personnes, médecins, sages-femmes et fonctionnaires aux Ministères gouvernementaux concernés

Pourtant, le statut juridique de la pratique des sages-femmes est en fait beaucoup plus nuancé. Au début du siècle, la situation était ainsi. L'article 3987 des règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec disait

Le bureau provincial de médecine a le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements dans cette province, et il fixe le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualités exigées d'elles...

Rien dans le présent article ou dans les règlements ne doit empêcher les femmes dans les campagnes de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements comme cela se fait souvent, sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles doivent obtenir un certificat d'un médecin dûment muni de licence constatant qu'elles ont les capacités suffisantes. 42-43 Victoria, c.37, t.17

Par la suite, il y a eu la **Loi Médicale du Québec**, telle que rédigée en 1909, 1925, 1941 et 1978. Tous sont d'accord pour définir que la pratique des accouchements fait partie de l'exercice de la médecine.

Aucune personne ne peut exercer la médecine, telle que définie, sans avoir obtenu une licence du Collège des Médecins (ou le Bureau Provincial de la Médecine)

Cependant, l'article 15 para 12 de la **Loi Médicale** de 1909 indique que le Bureau Provincial de la Médecine a autorité

Pour réglementer l'admission des femmes à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique, fixer la nature des connaissances requises, et fixer à un montant n'excédant pas vingt dollars l'honoraire exigible pour la licence les autorisant à exercer l'obstétrique, ainsi qu'une contribution annuelle ne dépassant pas la somme de deux dollars.

À l'article 52 para 3 il y a la mention que

Il est interdit également aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans le cas d'accouchements laborieux, elles devront appeler un médecin licencié sous la peine édictée par l'article 77.

Le texte de la **Loi Médicale du Québec**, S R Q 1925, c 213 prévoit le même cadre de délégation de pouvoir réglementaire au Bureau Provincial de la médecine ainsi que l'interdiction d'employer les instruments et le devoir d'appeler un médecin dans les cas des accouchements laborieux (Art 15 (12) et 52 (3))

Idem pour la loi de 1941

Qu'en est-il de la loi actuellement en vigueur, la **Loi Médicale**, R S Q 1978, c M-9? L'article 31 inclut la pratique des accouchements dans la définition de l'exercice de la médecine. L'article 43 stipule que, sauf les exceptions prévues, "nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin". Une de ces exceptions est décrite au para (c)

par les sages-femmes exerçant l'obstétrique conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe (a) du premier alinéa de l'article 19.

Alors, cet article 19 dit que

...le Bureau doit, par règlement: a) déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes.

Donc, la lecture des différents textes de la **Loi Médicale** du Québec au XX^{ème} siècle semblerait indiquer que la pratique des sages-femmes est non seulement légale, mais qu'elle a été reconnue maintes fois par le législateur. Bien sûr, cette existence qui est reconnue est également encadrée dans certaines limites, telle l'interdiction de se servir d'instruments. Finalement, les conditions d'admission à l'étude et à la pratique ont à être réglementées par le Bureau provincial de la Médecine, tout comme l'est d'ailleurs la pratique des médecins eux-mêmes.

Pourrait-on quand-même dire que la pratique des sages-femmes est interdite? Est-ce que le Bureau provincial de la médecine pourrait ordonner cette interdiction? La réponse semble très nette. Citons Mes Pépin et Quéllette dans leur oeuvre **Principes de Contentieux Administratif**:

Si réglementer une activité c'est en déterminer d'une manière normative les conditions d'exercice, l'Administration ne s'acquitte certes pas de ses responsabilités lorsqu'elle se contente de défendre tout simplement l'exercice de cette activité sous le couvert de la réglementation. Ainsi ce n'est pas réglementer l'usage des piscines dans une municipalité que de décréter que les piscines sont interdites sur ce territoire: (page 94)

En effet, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a un règlement sur les sages-femmes

art.33. L'admission des sages-femmes à la pratique de l'obstétrique a lieu à une date fixée par le président.

Toute femme qui désire se présenter devant le comité pour subir l'examen et obtenir le permis d'exercer l'obstétrique dans cette province, doit fournir au registraire:

- a. un certificat de présence à au moins cinquante leçons données par un professeur d'obstétrique d'une de nos quatre universités reconnues. Ce professeur doit être attaché à une maternité;
- b. un certificat de stage régulier pendant six mois dans une maternité affiliée à l'une de nos quatre universités;
- c. un certificat d'assistance à au moins cinquante cas d'accouchement;
- d. un certificat établissant qu'elle a suivi un cours d'études solides et possède un diplôme de sixième année.

Toute femme qui subit avec succès l'examen et se conforme à toutes les exigences des Règlements du Collège, a droit à une licence de sage-femme. Cette licence ne confère que le droit de faire des accouchements et non d'exercer la médecine. Dans les cas d'accouchements laborieux, elle doit appeler un médecin sous peine d'encourir les pénalités édictées par la loi. La cotisation annuelle d'une sage-femme est de deux dollars (\$2.00) et les honoraires pour l'obtention de la licence sont de vingt-cinq dollars (\$25.00).

La date de ce règlement est incertaine. Certains croient que cela vient de vers l'année 1930, quoique la portion se référant aux honoraires doit être postérieur à 1941, date où le maximum exigible était de \$20 00.

Qu'elle serait la possibilité pour une candidate à l'exercice de la pratique de sage-femme de rencontrer ces critères? Sans avoir fait de recherches précises, il semble que l'étudiante qui postulerait sa candidature à de telles études et un tel stage auprès de nos universités et hôpitaux universitaires se ferait vraisemblablement dire qu'il n'y a pas de structure pour la recevoir.

Il est ironique de noter qu'un règlement qui n'était pas lettre morte serait probablement beaucoup plus exigeant de nos jours quant aux points (a) et (d). En relation avec ce que nous avons dit quant au règlement prohibitif, on pourrait encore citer Mes Pépin et Ouellette.

Il convient de considérer le but et les effets du règlement et d'appliquer le vieux principe selon lequel on ne peut faire indirectement, de façon déguisée, ce qu'il est défendu de faire directement. (page 94)

Théoriquement, qui remplirait les préconditions pour subir l'examen et obtenir une licence de sage-femme? Possiblement, certaines infirmières ayant acquis une expérience particulière en obstétrique. Les sages-femmes ayant obtenu des diplômes ailleurs auraient certains problèmes, vu l'absence de critères d'équivalence. Dans le passé, cependant, beaucoup des sages-femmes pratiquantes au Québec avaient reçu leur formation à l'étranger. Finalement les diplômées de l'école de sages-femmes de l'hôpital St-Sacrement à Québec rempliraient sûrement les critères. Il y a la possibilité qu'elles aient pris un engagement de ne jamais exercer au Québec. Si cela était le cas, il resterait à voir la validité d'un tel engagement dix ans plus tard.

LES POURSUITES DES SAGES-FEMMES POUR L'EXERCICE ILLÉGALE DE LA MÉDECINE

Plusieurs sages-femmes ont été poursuivies par le Collège des Médecins au cours des années. Cependant, il s'agissait surtout ou de la pratique d'accouchements sans permis de sage-femme, ou de l'exercice de d'autres actes médicaux que l'accouchement.

Un cas exemplaire de la première tendance est survenu lors de la poursuite en 1920 de Madame Simon Brisson, Calice Villeneuve, et la veuve William Tremblay, Rosalie Dubé, deux sages-femmes de la Paroisse de Sacré-Coeur, comté de Saguenay. Une longue requête fut envoyée au Collège, signée par le Maire et tous les conseillers de la Paroisse, ainsi que par la majorité des citoyens. Cette requête alléguait la surcharge de travail du médecin qui avait initié la plainte, un certain Dr. Augers, qui était le seul médecin depuis Tadoussac jusqu'à Mingan, et qui faisait également du travail pour les compagnies d'assurance-vie, et qui était également coroner. La requête alléguait aussi la tolérance des sages-femmes dans les paroisses de Ste-Catherine, Escoumins, Port-Neuf, Sept-Iles et Pointe aux Esquimaux. Suite à des pourparlers, le médecin plaignant a adouci son opposition, et la cause fut réglée, chaque partie payant ses frais.

Un autre cas est celui de Mme Antonietta Zambon. En 1962 le Collège des Médecins reconnaissait encore le droit de cette femme vivant dans l'est de Montréal de pratiquer les accouchements.

Cependant, elle a été poursuivie en 1963 pour avoir pratiqué d'autres actes médicaux que les accouchements (diagnostique et traitement de maux divers) et pour avoir fait croire à ses clients qu'elle était médecin.

LÉGISLATION COMPARÉE

Le statut juridique des sages-femmes dans d'autres juridictions varie entre la plus claire légalité, témoignant l'appui du législateur et des organes administratifs, à la prohibition explicite.

En général, en Amérique du Nord, la situation est semblable au Québec — confuse et embrouillée dans une semi-légalité. Cependant, ailleurs comme ici, le

débat est actif

Un des cas les plus intéressants, et certainement le projet de loi le plus détaillé, est le bill projeté de l'état de l'Illinois "an Act in relation to the practice of midwifery", Bill 166 de 1979

Ce bill prévoit de façon exhaustive le ré-établissement de la pratique des sages-femmes. Cette pratique est définie comme incluant les soins pendant l'accouchement ainsi que durant les périodes prénatales et post-partum

Un comité d'examen serait formé, qui serait composé de six personnes, dont un médecin spécialisé dans l'accouchement à domicile, un médecin pédiatre, une sage-femme, une infirmière sage-femme, un éducateur qui participe à la formation de sages-femmes, et un membre du public

Les sages-femmes n'auront pas le droit d'employer des instruments ou des moyens mécaniques. Elles peuvent, cependant, administrer certaines médications et drogues, sur prescription d'un médecin consultant

En effet, toute sage-femme aurait le devoir de garder une relation permanente de consultation avec un médecin, et de lui référer sa cliente lors de tout symptôme anormal ou indice de complication. Autrement, la présence physique de ce médecin consulté n'est pas nécessaire

Le Bill prévoit quatre différentes voies d'accès au droit de pratique

1- **Formation académique:** 18 mois pour des infirmières ou 36 mois pour d'autres; responsabilité (partagée) pour 50 accouchements. Examen

2- **Apprentissage:** 18 à 60 mois pour des infirmières, 36 à 60 mois pour d'autres. Responsabilité limitée pour 50 accouchements. Examen préliminaire. Prise en charge (partielle) de 50 accouchements. Examen

3- **Équivalences:** Permis de sage-femme d'un autre état ou pays. Critères juridiques de l'état d'Illinois. Examen

4- **Expérience:** Personne ayant oeuvré comme sage-femme pour au moins deux ans, avec la prise en charge de 100 accouchements. Critères juridiques de l'état d'Illinois. Examen



SAGES-FEMMES AUJOURD'HUI

LA SAGE-FEMME DANS DIFFÉRENTS PAYS

Que ce soit en Belgique ou en France, en Écosse ou en Angleterre, à Dublin, en Hollande ou aux États-Unis, la sage-femme est partout présente dans le système médical

Il y a toutefois entre elles certaines différences de formation, de statut ou d'attitudes (philosophie) dont il faut prendre conscience

En France

Pour 800,000 naissances par année, il y a 8,000 sages-femmes qui assistent 80% des accouchements

La sage-femme française obtient un diplôme d'État après un cours de 3 ans (2 ans pour les infirmières) dans des écoles agréées par le Ministère de la Santé.

Sa profession est médicale, réglementée par des textes officiels comme le Code de la Santé Publique, l'Ordonnance Ministérielle et régie par le code de déontologie¹

Elle reçoit une formation pour travailler surtout dans les hôpitaux. Elle est familière avec les techniques de surveillance moderne comme l'échographie, le monitoring et l'amnioscopie, technique pour oxygéner les bébés quand ils ont de la difficulté à respirer. Elle sait interpréter le tracé électrocardiographique. Elle est entraînée à travailler en salle d'accouchement.

Elle suit le travail du début à la fin et peut pratiquer certains actes techniques comme l'épisiotomie. Elle peut également prescrire des médicaments.

Elle pratique sans le médecin mais, malgré tous ses droits, elle reste l'assistante du médecin accoucheur quand il est présent. De par sa formation, elle n'a pas d'orientation spirituelle étant plutôt une technicienne.²

En Angleterre

Il y a 3,000 sages-femmes pratiquantes qui assistent 40% des accouchements. En 1974, 95,6% travaillaient dans des institutions. Les naissances étant sous la juridiction du "National Health Service", toute femme qui désire devenir sage-femme doit remplir les conditions suivantes:

- a) Être âgée de 20 à 50 ans
- b) Suivre un cours de 12 mois pour les infirmières
- c) Suivre un cours de 24 mois pour les non infirmières
- d) Suivre un cours de 40 leçons
- e) Avoir donné des cours prénatals à 50 futures mères
- f) Avoir été témoin de 20 accouchements normaux
- g) Avoir assisté 50 femmes dans leur travail et avoir accouché 40 d'entre elles
- h) Avoir donné des soins à 20 femmes et enfants en post-partum
- i) Avoir administré une analgésie par inhalation à 10 patientes en travail.

Il existe en Angleterre 3 groupes d'humanisation face à l'accouchement:

- 1) National Childbirth Trust: on y met l'emphasis sur les droits des patientes à l'hôpital
- 2) Birth Center: plus radical, on y pousse les recherches sur l'accouchement à domicile
- 3) AIMS: Association for the improvement of maternity services

Même s'il est admis et permis que chaque femme anglaise exerce son droit d'accoucher à domicile avec un médecin ou une sage-femme, les cas restent isolés puisque les sages-femmes sont surtout attachées à des hôpitaux et à certains centres médicaux.

En Hollande

Comme nous l'avons vu précédemment, l'accouchement à domicile a toujours été fort répandu dans ce pays. Mais, pour les Hollandais, le facteur premier pour un accouchement réussi n'est pas l'accouchement à domicile versus l'accouchement à l'hôpital, c'est surtout la qualité des soins prodigués par la sage-femme. Cette dernière jouit donc d'un statut élevé.

Elle est reconnue par les compagnies d'assurance et travaille en étroite collaboration avec les physiothérapeutes, les diététiciens, les infirmières, les médecins de famille, les obstétriciens et les pédiatres.

Un éminent médecin hollandais, le Dr G J Kloosterman, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université d'Amsterdam a d'ailleurs louangé son action en ces termes:

"Le fait que notre nation occupe un si haut rang dans la surveillance obstétricale est dû à l'accouchement à domicile et non pas en dépit de l'accouchement à domicile et c'est la sage-femme qui s'occupe de cela"

"...est-ce qu'on peut entraîner une sage-femme à faire ça, possiblement... si elle faisait seulement ce travail-là... mais ça deviendrait presque une femme médecin."

Obstétricien dans le film

¹ Voir Appendice 5

² Voir Appendice 6

Quant à sa formation, la sage-femme hollandaise doit avoir terminé son cours au niveau secondaire et poursuivi 3 années d'études incluant stages et examens. Elle ne reçoit pas de formation d'infirmière parce que selon N F Lugtenberg, vice-résident de la N O V

"L'infirmière est formée pour suivre les ordres, la sage-femme pour les donner. Cette méthode de formation lui permet de prendre elle-même sa conduite médicale en main".

États-Unis

Depuis quelques années, la "sage-femmerie" américaine reconnaît deux tendances, soit l'infirmière-sage-femme appelée "nurse midwife" et la "Lay midwife" dont la seule traduction acceptable serait "sage-femme indépendante".

L'INFIRMIÈRE-SAGE-FEMME

Depuis 1920, la médecine américaine utilise les services de l'infirmière-sage-femme qui reçoit environ 2 ans d'entraînement en infirmerie et 2 ans en sage-femmerie.

24 écoles dispensent des cours aux infirmières-sages-femmes mais seulement 200 graduent chaque année.

Actuellement, 2000 d'entre elles pratiquent aux États-Unis, la majorité dans les hôpitaux et toutes sous la juridiction des médecins.

Aussi, semble-t-elle la solution parfaite au médecin trop occupé et aux mères ayant besoin de compagnie lors d'un long travail. Pour plusieurs, elle est une autre déception dans le processus de la naissance à l'hôpital.

"Les professions d'infirmières et de sage-femme sont opposées l'une est dévouée aux soins aux malades, aux blessés, aux mourants dans les hôpitaux, l'autre assume les soins aux femmes en bonne santé et à leurs bébés. La sage-femme et l'infirmière viennent à un accouchement avec des points de vue différents".

JOYCE L. HULL
Mothering, Vol. XIV, Hiver 80

LAY MIDWIFE

"Si c'était à refaire, je ferais la même chose, avec autant de cœur."

Aurore Bégin, sage-femme

"À travers le monde, il existe un groupe de femme qui se sentent appelées à aider les autres femmes en processus de donner la vie. À la fois maternelles et autonomes, sensibles aux besoins des mères tout en acceptant leurs pleines responsabilités en tant que leur guides, de telles femmes sont sages-femmes de par nature."

DR. G.J. KLOOSTERMAN

Nous la définissons ainsi parce que cette sage-femme va chercher d'elle-même sa formation académique, technique, psychologique. Elle a une foi profonde, renforcée par l'expérience, en la nature qui a conçu un processus parfait qu'elle ne peut pas améliorer.

Elle questionne toujours la nécessité d'une interférence même si elle accepte le jugement de spécialiste quand cela s'avère nécessaire.

Il est naturel pour elle de respecter le libre choix de la femme à la naissance et de ne pas limiter, selon ses préférences, la décision que la mère prendra à propos de "où, comment et avec qui" elle donnera la vie.

À PROPOS DE INA MAY GASKIN

Dans notre thème sur les accouchements à domicile, nous nous sommes arrêtés sur l'expérience vécue "The Farm". Nous jugeons maintenant aussi nécessaire de parler un peu plus longuement de Ina May Gaskin, l'âme des sages-femmes à "The Farm" et figure importante dans l'évolution de la mentalité au niveau des accouchements à domicile. Parler d'Ina May non en terme de personnalité idéalisée, mais surtout pour sa philosophie, pour l'attitude générale face à la vie qui soutient toute sa pratique. Ina May parle de "sage-femmerie spirituelle" rejoignant ainsi droit au cœur toute femme pour qui cette pratique représente beaucoup plus que le seul geste de recevoir un bébé à la naissance.

D'après elle, être sage-femme est une implication totale dans sa communauté. Sa relation avec les femmes qui accouchent est basée avant tout sur l'amour qu'elles ressentent l'une pour l'autre. Ina May est une femme chaleureuse qui croit aux sentiments, à l'intuition, à la collaboration. Elle croit en toutes les forces présentes lors d'un accouchement et redonne à chacune toute sa dimension. Pour elle, comme pour les autres membres de son groupe, la naissance est un sacrement qui appartient à la famille.

Ses occupations ne se limitent donc pas qu'aux gestes de l'accouchement mais se répercutent sur tout le contexte d'entraide déjà existant dans la communauté. Elle sent qu'elle doit elle-même être claire dans sa relation avec son mari puisqu'elle est souvent appelée à conseiller les couples. Lorsque le bébé naît, elle participe au moment de la reconnaissance parents-enfant et elle favorise aussitôt l'allaitement pour faciliter ce passage. Elle guide les femmes durant tout le processus d'apprivoisement de l'allaitement. En partageant avec elle son propre vécu avec ses enfants, elle les encourage et les réassure lorsqu'elles en ont besoin. De par sa responsabilité morale face à sa communauté, elle propage toute information concernant la santé, la nutrition, l'écologie, etc. Elle pourvoit aussi l'éducation sexuelle aux jeunes en les informant sur la contraception lorsque le temps est venu. Aux États-Unis, le problème de l'avortement chez les jeunes est sérieux. Si on laisse l'avortement devenir un autre moyen de contraception, il risque d'être complètement défendu. Pour elle, il est aussi important de parfaire continuellement sa formation et aussi de voir à entraîner d'autres sages-femmes qu'elle considère comme ses sœurs et avec lesquelles elle se sent plus forte. Pour elle, la sage-femme appartient au peuple. C'est une aventure collective. C'est en effet ce message qu'elle nous a lancé lors de sa visite à Montréal, le 15 avril 1981, où elle invitait les femmes présentes à joindre leurs efforts pour collaborer au retour des sages-femmes en faisant introduire dans le système actuel des écoles de sage-femme. Elle démontre l'importance d'établir une relation de coopération avec les médecins, à l'avantage de tous. Elle a aussi exprimé le désir d'entretenir des liens avec nous, les femmes du Québec et de publier dans "Practicing Midwife" les sujets de nos recherches.

"Like the civil right movement, the anti-war movement and the anti-nuclear movement, the midwifery movement is a consciousness-raising effort"

INA MAY

Nous nommons ici **Ina May**, mais nous tenons aussi à reconnaître quelques autres femmes très actives aux États-Unis **Rahima Baldwin, Linda Bennet, Tonya Brooks, Shary Daniels, Raven Lang, Nancy Mills.**

AU CANADA

La pratique de l'obstétrique est exclusivement réservée aux membres enregistrés au Collège des Médecins et des Chirurgiens, sauf dans des circonstances particulières (mission dans le Grand Nord par exemple) où l'on délèguera des pouvoirs. On remarque depuis quelques années la formation d'associations dans le but de promouvoir le métier de sage-femme.

En Ontario

Il existe une association de sages-femmes "Ontario Nurse Midwives Association" qui groupe 70 membres dont la plupart viennent des autres pays du marché commun où elles y ont suivi un entraînement et obtenu leur diplôme.

Ne pouvant officiellement pratiquer leur métier, la majorité d'entre elles travaillent en obstétrique dans les hôpitaux.

Il existe aussi un groupe de sages-femmes indépendantes qui commencent tout juste à s'associer de façon plus formelle.

En effet, le besoin de sages-femmes actives se fait sentir puisqu'en 1977, un couple ontarien a payé \$450 pour obtenir les services d'une sage-femme à domicile.

En Colombie-Britannique

"Midwifery is a labour of love" — "La sage-femme est un travail d'amour"

C'est en effet sous ce thème que s'effectuent les activités et les projets du Midwifery Task Force qui comprend des groupes tels que "The Maternal Health Society" et C.A.L.M. (campaign association for the legalization of midwifery) basés sur la philosophie que chaque individu a la responsabilité et le droit de participer activement à ses soins de santé.

Leurs options sont

Que ce soit à l'hôpital, dans des centres de naissance ou à domicile, toute alternative de naissance

- 1. doit être sécuritaire et supportée par le système de santé.**
- 2. doit respecter la liberté de la femme et le besoin de contrôler les conditions de l'accouchement.**
- 3. doit reconnaître et les sages-femmes et les professions médicales comme ressources aux parents et non comme des "preneurs de décision autocratiques".**

Ces mouvements supportent l'avènement d'un système de sages-femmes bien entraînées, responsables et cliniquement compétentes comme un élément essentiel des soins en maternité

Elles ont déjà étudié et proposé les "Standard of Practice for Midwifery" ainsi qu'une conception d'un modèle pour la législation de la sage-femme

Elles en viennent finalement à se dire que ce qu'elles cherchent surtout n'est pas spécifiquement la légalisation de la sage-femme, ou de l'infirmière, ni la décriminalisation de la sage-femmerie, mais surtout l'expansion de leurs options énumérées plus haut

Au Québec

Comme il n'y a pas d'informations sur les sages-femmes au Québec, qu'il n'existe pas encore de formation, nous avons voulu parler plutôt de la vision qu'ont les sages-femmes d'ici de leur travail

Être sage-femme signifie un mode d'être, une façon de vivre. Cela implique l'attitude de qui s'incline devant le sacré et qui reconnaît la présence de l'innommable. Car si la naissance d'un enfant ne peut se ramener à n'être qu'un simple fait isolé, de même l'activité de la sage-femme rejoint la vie dans sa totalité. Cette activité qu'elle exerce lui est moyen de mieux se comprendre elle-même et de mieux comprendre aussi sa relation avec les autres. Elle y exprime son être profond et cela doit se refléter dans sa façon d'être quotidienne avec les autres. Elle doit constamment exiger d'elle-même intégrité et rigueur vis-à-vis de son habileté technique et de sa capacité émotive, savoir demeurer ouverte, flexible et capable de compassion. C'est l'apprentissage de toute une vie.

L'activité de la sage-femme doit refléter une attitude générale qui ne se préoccupe pas seulement de la préservation de la vie, mais qui s'attache à une compréhension plus profonde du sens de la vie et qui tente de considérer vie et mort comme un tout indissociable.

Les parents qui considèrent la naissance de leur enfant sous cet aspect, acceptent consciemment d'entrer dans le processus intime d'intégrer l'expérience de la naissance dans leur vie. En ce sens, le travail commence dès la conception de l'enfant. La première étape consiste à s'aider mutuellement dans l'identification des peurs et des limites de chacun. Ils doivent devenir conscients des risques impliqués et travailler à devenir capables d'y faire face. Ils devront rassembler toutes les ressources émotives et techniques susceptibles de leur fournir l'environnement sûr qui permettra à la naissance de se dérouler comme une autre étape essentielle dans l'évolution de leur relation.

Toute cette préparation implique une sorte de purification tant de chacun des parents que de leur relation, de façon à pouvoir accueillir leur enfant dans une atmosphère claire et sereine. Cette sorte de soins et d'attentions pour l'enfant à naître comporte la possibilité de découvrir un mode de rencontre homme/femme qui va au-delà des rôles communément assignés à l'un et l'autre sexe. L'homme, afin de découvrir comment il peut apporter le meilleur soutien à sa femme, doit d'abord et surtout entrer en contact avec le principe féminin en lui, cette part de lui-même qui reconnaît l'importance d'être totalement présent doit devenir la pierre de touche qui déterminera sa façon d'être. La femme, afin de compléter l'homme et de le rapprocher de l'expérience de la naissance, doit acquérir une meilleure connaissance de ses faiblesses et de ses forces. Ceci dépasse de beaucoup le simple concept de féminisme. Son travail est de retrouver en elle-même l'authentique principe féminin, de telle sorte qu'elle puisse ensuite l'offrir comme ce à travers quoi s'accomplira le passage de la naissance. C'est au sein de cet esprit et par cet effort que la venue de l'enfant pourra être reconnue selon le caractère sacré qui lui est propre.

La sage-femme est la gardienne des conditions entourant la naissance. Dans la même mesure où elle reçoit du couple le privilège de participer à la naissance et de l'aider à sa préparation, elle accepte également la responsabilité de maintenir une atmosphère de confiance. Ceci implique qu'elle travaille avec le couple durant la grossesse et qu'elle maintienne une vision claire des choses durant cette période.

La sage-femme approche le phénomène de la maternité à travers tous les aspects qu'elle prend dans le vécu de chaque femme: son expérience de sa grossesse, sa vision d'elle-même comme femme, amante, mère, travailleuse, sa relation avec le père de l'enfant et l'entente qu'ils ont (ou n'ont pas) au sujet de l'enfant qui vient. En devenant sensible à ce que la femme sent, la sage-femme l'accompagne, la guide et la soutient dans tous les aspects de sa grossesse¹. C'est une approche qui englobe tous les phénomènes, physique, sexuel, psychologique, familial et social. C'est un suivi pré-natal complet qu'elle vise. À cet effet, il est basé sur la prévention et le dépistage qui y est fait, sert à diriger la femme vers son lieu d'accouchement, à régler les problèmes immédiats de tout ordre ainsi que d'assister la femme dans une prise en charge de son corps. Avoir confiance en son corps, pour une femme, est primordial au succès de sa démarche. Mais celle-ci doit être faite dans une optique réaliste. Elle doit en être responsa-



¹ Afin de mieux répondre aux besoins des femmes la sage-femme pourrait aussi bien assister les femmes pendant tout le cycle de la reproduction (menstruations, contraception, fausse-couche, ménopause)

assumer les conditions telles la bonne alimentation, la respiration consciente, la détente. Cette confiance vient nécessairement de l'expérience des réalités de son corps. À travers le suivi prénatal, la sage-femme l'aide à en prendre conscience car elle

- **touche, regarde, écoute, reçoit ces réalités du corps des femmes et les partage avec elles**
- **démystifie le corps, le vagin, l'utérus et aide à recréer le contact parfois perdu entre ces différentes parties (par l'auto-examen des seins, du vagin, du col ainsi que la palpation du bébé pour en reconnaître la position, etc.)**
- **redonne toute leur valeur aux intuitions, aux rêves des femmes, à leurs peurs, à l'inexplicable. Non pas qu'elle néglige aucune des mesures techniques du bien-être d'une mère ou de son bébé (cœur foetal, pression sanguine, etc), mais elle fait, en plus, une large place à tous les signaux non-mesurables envoyés par la mère ou le bébé.**

Le déroulement d'une grossesse est important dans toutes ses manifestations. La sage-femme porte attention à ces diverses facettes de la vie de la femme mais c'est la femme enceinte qui en est la seule responsable. Il n'y a d'ailleurs pas de modèle de succès, chaque accouchement étant unique. La valeur de cette démarche réside dans l'apprentissage et la croissance de chacun. Le soutien qu'elle apporte aux parents au moment où ils vivent cette expérience doit se fonder sur l'amour et se guider sur le bon sens. Elle doit allier la compétence technique à l'intuition et à une fine perception des choses.

Tout en faisant confiance au processus naturel, la sage-femme va chercher la formation qu'il lui faut. Cette formation dépasse largement le savoir technique qu'on attend d'elle. Aucun certificat ou école ne peut garantir la qualité d'une sage-femme. Un cours peut lui donner les connaissances techniques nécessaires mais une expérience de vie, une maturité non mesurable lui sont essentielles. Elle doit être consciente des liens subtils existant entre l'esprit et le corps. Elle doit enfin connaître aussi bien ses limites que ses capacités. Il est aussi de son devoir de s'assurer, pour le bien-être de la mère et de l'enfant, d'une continuité de soins entre elle, le médecin et l'hôpital advenant le cas où elle doit les référer à plus compétent qu'elle. Son rôle de gardienne du caractère sacré de l'accouchement doit s'étendre peu importe l'endroit et les circonstances en créant vraiment une collaboration entre les différents services offerts aux femmes. Ainsi, elle veillera à ce que la naissance se déroule comme il se doit. Et c'est à l'intérieur d'un tel contexte que la perception s'affine et devient sensible au don subtil de la croissance et de la transformation. Grossesse et naissance deviennent ainsi un apport enrichissant à l'expérience de la relation avec l'autre et à celle de la condition humaine.

"Ça sera ta méthode, ça sera une innovation complète, le premier accouchement de Linda, la nouvelle méthode Linda et son coach René..."

Sage-femme dans le film

"Y va falloir parler de nos limites comme de nos limites d'équipement ou de nos limites d'interventions ou de nos limites du normal... jusqu'où on va... avec quoi on veut travailler."

Sage-femme dans le film



Enseignes de sages-femmes au XIX^e Siècle

CONCLUSION

Allons-nous vers une démedicalisation de la naissance? Aurons-nous le choix d'accoucher à notre goût à l'intérieur et/ou à l'extérieur d'institutions? Ce sont des questions fondamentales qui font partie de nos revendications pour une meilleure vie pour nous, nos hommes et nos enfants. La maternité constitue un lieu privilégié pour se réapproprier nos corps et pour mettre en valeur nos connaissances et nos capacités. Il ne faut pas seulement favoriser l'humanisation des soins mais surtout le développement de l'autonomie par rapport à cet événement qui nous est propre et unique.

Lorsque nous accoucherons en pleine possession de nos moyens, dans la joie et non dans la "douleur", nous aurons fait un pas de plus, en tant que collectivité, vers une meilleure vie.



RÉFÉRENCES DE "MÉDICALISATION DE LA NAISSANCE"

- 1 Suzanne Arms, *Immaculate Deception*, San Francisco Book Company/Houghton Mifflin Book, San Francisco, p 303
- 2 Jean Donnison, *Midwives and Professional Man, A history of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*, Shocken Books, New York, p 35
- 3 Robert Mendelsohn, professeur associé de médecine préventive, Univ de l'Illinois, pédiatre et médecin de famille, cité dans *Maternal Health News*, Vancouver 1979
- 4 David A Birnbaum, *The Iatrogenesis of Damaged Mothers and Newborns*, dans *21st Century Obstetrics Now*, Vol 1, Napsac Inc, Marble Hill, MO, 2e éd Février 1978, p 106
- 5 Données informatisées de la Régie de l'assurance maladie du Québec, 1979, dans *Anthropologie et Sociétés* 1980, Vol 4, No 2 145-159
- 6 Doris Haire, *The cultural warping of childbirth*, ICEA News Special Report, ICEA Supply Center, Seattle Wa 1972, dans *21st Obstetrics Now*, Vol 1, op cit p 185
- 7 Murray Enkin dans *Medical Post*, 4 nov 1980, p 36-37
- 8 Robert Fitzgerald dans *Maternal Health and Childbirth Resource Guide* no 4, National Women's Health Network Washington, p 18
- 9 Edward Hon dans Danièle Starenkyj *Les 5 dimensions de la sexualité féminine* Orion, Montréal
- 10 Lewis Mehl, *Research on Alternatives in Childbirth What can it Tell us about Hospital Practice* dans *21st Century Obstetrics Now*, p 183
- 11 Caldeyro-Barcia R et al, *Control of the human fetal heart rate during labor The heart and circulation in the newborn and infant*, Cassels, D E (ed), New York Grune & Stratton, 1966, dans *21st Obstetrics Now*, Vol 1, op cit, p 149
- 12 Suzanne Arms, op cit, p 20
- 13 Nicole Coquatrix, *Interpréter la littérature obstétricale contemporaine*, dans *Anthropologie et Sociétés* 1980, Vol 4, No 2, p 155
- 14 Doris Haire, *Safe alternatives in Childbirth*, op cit, p 48
- 15 Kelsey, F O, "Drugs in Pregnancy and their Effects on Pre-and Post-Natal Development", *Research Publications Associations for Research in Nervous and Mental Disease* 51 233-243, 1973, dans *Safe Alternatives in Childbirth*, op cit, p 43
- 16 Mother Jones, *Bendectin Cover-up*, Mark Donie et Carolyn Marshall, nov 80 p 47
- 17 National Women's Health Network, Parklane Building, 2025 1 st, NW, Suite 105, Washington, D C 20006, Ressource-guide 6
- 18 Brewer Tom, "Consequences of Malnutrition in Human Pregnancy", *Perinatal Medicine, Ciba Review*, 1975, dans *Safe Alternatives in Childbirth*, op cit, p 41
- 19 Carrefour des Affaires Sociales, vol 2, Septembre 1980, p 13
- 20 Denyse T-Rousselet dans *L'Infirmière canadienne*, Décembre 1979, p 20
- 21 Mayer Eisenstein, *Homebirths and the Physician* dans *Safe Alternatives in Childbirth*, op cit, p 68
- 22 Robert Bachand, *L'Union médicale du Canada*, Mai 1980, p 673
- 23 Newton, M, *National Study of Maternity Care Survey of Obstetric Practice and Associated Services in Hospitals in the U S A Report of the Committee on Maternal Health*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Chicago 1970, et Sinclair, J C, H A Fox and J F Lentz, "Intoxication of the Fetus by a Local Anesthetic", *New Engl J Med* 273 1173, 1965, dans *Safe Alternatives in Childbirth*, op cit, p 42
- 24 Klauz, M, and Kennell, J *Mothers separated from their newborn infants*, *Ped Clinics of N Am* 17 1015-1037, 1970, dans *21st Century Obstetrics Now*, Vol 2, NAPSAC, Inc, Chapel Hill, NC, 2e éd Février 1978, p 373
- 25 *Ibid*, p 376
- 26 Ambuel J, and Harris B, *Failure to thrive A Study of failure to grow in height or weight*, *Oh Med J* 59 997, 1963 Gregg G and Elmer E, *Infant injuries accident or abuse*, *Ped* 44 434-440, 1969
- 27 Stern L, *Prematurity as a factor in child abuse*, *Hospital Practice*, 117-123, Mai 1973
- 28 dans *21st Century Obstetrics Now*, Vol 2, op cit, p 382
- 27 Frederic M Ettner, *Comparative Study of Obstetrics with Data & Details of a Working Physician's Home OB Service*, dans *Safe Alternatives in Childbirth*, op cit, p 52
- 28 Anderson G, *The mother and her newborn Mutual caregivers*, paper presented at N Am Soc, Psychosomatic OB/Gyn, U of Chicago, April 10, 1976, dans *21st Century Obstetrics Now*, Vol 2, p 378
- 29 Mayer Eisenstein, op cit, p 69
- 30 Donna Cherniak, *Accoucher, se faire accoucher ou se faire avoir?*, dans *La vie en rose*, Mars, Avril, Mai 1981, Montreal, p 49
- 31 M A S, *actes codifiés 650 à 662* 1975, 1976, 1977, dans *Accoucher ou se faire accoucher*, op cit, p 77
- 32 Jean-Marie Bernard, *Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1974*, MAS Service des Etudes épidémiologiques, Septembre 1978
- 33 Joint Committee of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada and the Canadian Pediatric Society, *Report on the regional approach to Reproductive Care*, Toronto 1971, document non publié, dans *La Périnatalité, une politique du Ministère des Affaires Sociales*, 1973, p 15
- 34 Murray Enkin, *The family in Labor, Birth and the Family* J 2 133-136, 1975 dans *21st Century Obstetrics Now*, Vol 1, p 177

TABEAU 1
Safe Alternatives in Childbirth, 3e édition, Napsac Inc, Chapel Hill, NC, "Comparative Study of Obstetrics with Data & Details of a Working Physician's Home OB Service" Frederic M Ettner, MD, ACHO, p 40

TABEAU 2
La Voie Lactée, janv, fév, mars 1981, Vol 4, No 1, "les médecins concluent que les bébés devraient être allaités", p 6-7

APPENDICES

No.1 LE MASSAGE PÉRINAL

Ce massage doit être effectué quotidiennement, pendant au moins 5 minutes, à compter d'environ 6 semaines avant la date prévue de l'accouchement

Vous pouvez exécuter le massage vous-même ou le faire exécuter par votre mari, partenaire ou ami(e)

Certains préconisent l'utilisation de l'huile de germe de blé disponible dans les boutiques d'aliments naturels pour sa forte concentration en vitamine E, régénératrice du tissu. Cependant, on peut remplacer celle-ci par une huile végétale quelconque ou un lubrifiant (genre K-Y) vendu en pharmacie

Avant de procéder au massage, mettez-vous à l'aise en vous allongeant à demi appuyée contre des oreillers. Pour mieux vous guider lors des premiers massages, regardez votre périnée dans un miroir. Les doigts imbibés d'huile, frottez la périnée et la paroi vaginale inférieure. Voici comment procéder

Pour faciliter l'exécution de ce massage, on conseille d'utiliser les pouces quoique votre partenaire pourra se servir de ses index. Faites pénétrer vos doigts trois pouces à l'intérieur du vagin pour ensuite exercer une pression vers le bas (en direction du rectum). En pressant constamment, faites glisser vos doigts vers le haut des parois vaginales au moyen d'un mouvement rythmé en U ou de type "sling" (fronde). Ce mouvement étirera la membrane vaginale (muqueuse), les muscles constricteurs du vagin et la peau du périnée. Au début, vous sentirez une contraction, mais le temps et la pratique entraîneront un relâchement des tissus. Veillez attentivement à relaxer vos muscles à mesure que vous exercez une pression par une concentration sur le mouvement du massage et une détente aidée d'une respiration profonde. À mesure que le massage devient plus facile, exercez une pression suffisante jusqu'à ce que vous commenciez à éprouver une sensation de picotement au périnée. Vous saurez plus tard reconnaître cette sensation de picotement ou de brûlure au moment où le périnée s'étendra autour de la tête du bébé naissant. Cette sensation de brûlure sera le symptôme de l'étirement des tissus mais n'est pas un signe de déchirure

No.2 PRATIQUES MÉDICALES À DÉNONCER

Voici une liste d'interventions que nous devrions pouvoir remettre en question avant qu'elles ne soient effectuées

Tirées de "The Cultural Warping of Childbirth", Doris Haire, 1972

- 1 S'abstenir de renseigner la mère sur les désavantages de la médication obstétricale
- 2 Avoir une attitude ambivalente durant la période prénatale au sujet de l'allaitement maternel "À la lueur de toutes les recherches qui concluent à la valeur médicale de l'allaitement maternel, il nous semble difficile d'affirmer au sujet de l'alimentation des nouveau-nés qu'une méthode en vaut une autre"
- 3 Laisser la mère accoucher sans l'informer des méthodes susceptibles de l'aider à faire face aux inconvénients du travail et de l'accouchement : e Comment se détendre et comment respirer
- 4 Exiger que toutes les femmes normales accouchent à l'hôpital
- 5 Provoquer l'accouchement de façon élective
- 6 Priver la mère du soutien moral assuré par ceux qui lui sont proches en les éloignant au moment du travail et de l'accouchement
- 7 Obliger la mère dont le travail évolue normalement à se coucher pendant cette période
- 8 Raser la région pubienne
- 9 Empêcher la mère normale qui ne reçoit aucune médication de boire ou de manger durant le travail
- 10 Dépendance de la part des professionnels vis-à-vis la technologie et les procédés pharmaceutiques pour calmer la douleur
- 11 Stimuler le travail à l'aide de produits chimiques
- 12 Conduire la mère à la salle d'accouchement pour accoucher
- 13 Retarder l'accouchement jusqu'à l'arrivée de l'obstétricien
- 14 Exiger que la mère prenne la position de lithotomie pour accoucher
- 15 Donner systématiquement l'anesthésie générale ou régionale pendant l'accouchement
- 16 Exercer une pression sur le fond utérin pour faciliter l'accouchement
- 17 L'utilisation systématique des forceps pendant l'accouchement.
- 18 Pratiquer une épisiotomie de façon systématique sous prétexte de relâchement musculaire du plancher pelvien, lésion neurologique du bébé, réactions sexuelles
- 19 Procéder à la ligature prématurée du cordon ombélical ou hâter l'écoulement du sang placentaire
- 20 Faire une succion avec un tube vasogastrique de façon systématique
- 21 Évaluation de l'enfant d'après la cotation d'APGAR effectuée par l'accoucheur lui-même
- 22 Pratiquer une intervention obstétricale pour l'expulsion du placenta
- 23 Séparer la mère de son nouveau-né
- 24 Retarder la première tétée
- 25 Donner de l'eau ou du lait artificiel au nouveau-né nourri au sein
- 26 Contraindre les nouveaux-nés à s'alimenter aux 4 heures selon un horaire fixe et supprimer les repas de nuit
- 27 Ne pas permettre les contacts père-enfant dès les premiers moments de vie
- 28 Que le personnel infirmier soit affecté soit aux mères, soit aux nourrissons, au lieu d'être affecté aux couples mère-bébé
- 29 Restreindre la cohabitation de l'enfant et de la mère à certaines chambres qui remplissent des conditions bien particulières
- 30 Restreindre les visites des autres enfants

No.3 UNE ÉTUDE SUR 300 ACCOUCHEMENTS À LA MAISON AUX ÉTATS-UNIS

Lester D. Hazell, anthropologue et auteur du livre "Commonsense Child-birth"*, a suivi 300 couples de la région de San Francisco impliqués dans des projets d'accouchement à domicile.

L'enquête révéla que ces couples étaient des gens "ordinaires", et pas nécessairement marginaux. Ils partageaient tous un intérêt pour la philosophie, la psychologie, l'écologie, la santé, la nutrition et la survivance de l'humanité.

Hazell fit ensuite une vingtaine d'entrevues utilisant la technique de l'association dirigée et quatorze entrevues plus en profondeur qui lui permirent de dégager les profils d'attitudes suivants :

- les couples ne craignent pas les conséquences physiques possibles découlant de leur décision
- ils croient que la responsabilité de leur accouchement leur revient complètement
- ils sont critiques face à la profession médicale qui, selon eux, a usurpé le contrôle des accouchements normaux
- ils sont persuadés que les risques à l'hôpital sont plus dangereux et plus traumatisants que ceux à domicile
- ils recherchent une assistance médicale mais ils sont prêts à accoucher à la maison avec ou sans cette assistance
- l'accouchement est perçu comme un travail difficile mais aussi et surtout comme une expérience unique et capitale
- ils ont fait des recherches sur la nutrition, démarche qu'ils jugent indispensable pour une bonne santé physique et mentale
- ils manifestent une acceptation de la mort qui n'est pas perçue comme horrible mais comme faisant partie de la vie.

Les trois-quarts de ces couples ont accouché leur premier enfant à domicile. 10% ont bénéficié de l'aide d'un médecin tandis que 10% furent assistés par une sage-femme. 80% n'ont eu d'autres assistance que celle du père et/ou d'amis.

Les résultats : aucune mortalité maternelle, un fœtus mort-né (présentation du cordon), une pneumonie, un spina bifida et un syndrome de Down, trois cas de sièges et un couple de jumeaux. Ces résultats sont considérés comme favorables mais, aux dires mêmes de l'auteur, ils devraient être confirmés par des études plus complètes.

* Hazell, L.D., A Study of 300 Elective Home Births, Birth and the Family Journal 21, 1975

No.4 CODE DE DÉONTOLOGIE

Les dispositions de ce code s'imposent à toute sage-femme inscrite au tableau de l'Ordre, les infractions relèvent donc de l'Ordre. Nous y trouvons :

Titre I-

Devoirs généraux de la sage-femme, ce qu'elle doit faire et ne pas faire

Titre II

Devoirs des sages-femmes envers les patientes, cela concerne toute son attitude vis-à-vis ses patientes. On y parle des honoraires.

Titre III

Devoirs des sages-femmes en matière de médecine sociale, on y traite surtout des contrats avec une collectivité.

Titre IV

Devoirs de confraternité, cela concerne les rapports entre elles et les règlements sous lesquels elles travaillent quand elles collaborent.

Titre V

Devoirs des sages-femmes vis-à-vis des professions médicales, paramédicales et des auxiliaires médicaux, cela concerne les cas où les médecins doivent intervenir dans leur travail.

Titre VI

Association entre sages-femmes ou toute autre personne. Toute association doit se faire sous contrats acheminés au Conseil Départemental de l'Ordre.

Titre VII-

Dispositions diverses. Il y est stipulé qu'elles doivent se conformer à l'école sous serment. Il y est aussi énuméré les instruments dont elle peuvent se servir.

No.5 LES MATERNITÉS, LE POUR ET LE CONTRE

Les maternités, qui sont parfois en milieu hospitalier (bâtiment séparé ou aile à part) se retrouvent aussi sous forme de clinique privée. Elles sont souvent enviées à la France par les gens d'ici qui les proposent comme des "maisons de naissance" et face auxquelles on y a mis beaucoup d'espoir. Pourtant, en ce moment, en France, ces maternités sont controversées. Les femmes se plaignent des soins qu'elles y reçoivent et en blâment parfois les sages-femmes.

Voici cependant comment les sages-femmes expliquent la situation :

- le nombre et la répartition des lits est à l'origine de la mauvaise qualité de l'accueil,
- elles font des gardes de 24 heures. Elles deviennent très fatiguées et trouvent difficile de donner le meilleur d'elles-mêmes lorsqu'une femme arrive au bout de la 20^{ème} heure de garde,
- la confrontation de la sage-femme fatiguée plongée dans l'urgence du travail et de la femme qui vit un moment exceptionnel de sa vie entraîne des frictions,
- les sages-femmes ne connaissent pas assez les accouchées, elles ne peuvent pas prévoir leurs réactions.

Il faut ajouter à cela qu'elle est payée au mois (environ 2,000F à 5,000F ou \$470 à \$1,170.) quel que soit le nombre d'accouchements qu'elles assistent tandis que le médecin est payé à l'acte (350F ou \$82). Notons que cet argent est toujours versé au médecin à la clinique ou à l'hôpital mais jamais à la sage-femme.

Le problème posé est important, c'est celui de la revalorisation de la sage-femme et de tous les membres de l'équipe responsable d'un accouchement. Il faut comprendre que ce qui est mis en cause ici, ce n'est pas leur compétence mais leur comportement et les conditions dans lesquelles elles travaillent.

Il est facile de recréer en dehors de l'hôpital un "pattern" semblable de travail et de contacts qui ne satisferont personne. Ce n'est pas tellement le lieu qui est important mais la disponibilité des gens qui y travaillent et que la structure leur permet ou pas.

BIBLIOGRAPHIE

- Accouchement à la maison**, recherche de Sylvie Montreuil, hiver 1980
- Accoucher ou se faire accoucher**, dossier d'information pour les Colloques sur l'Humanisation des soins en Périnatalité
- Actualité**, les Périls de l'hôpital, Dr Serge Mongeau, vol 5, no 6, juin 1980
- Anthropologie et Sociétés 1980**, vol 4, no 2, Données informatisées de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec 1979, p 145-159
- Bien-Naître**, Michel Odent, Éditions du Seuil, Paris, 1976
- Birth and the Family Journal**, vol 6 2, 6 3, 6 4, 7 1, 7 2, 7 3, 7 4
- Chatelaine**, La révolution douce de la maternité de Pithiviers, Monique de Grandmont, vol 20, no 10, octobre 1979
- Les cinq dimensions de la sexualité féminine**, Danielle Starrenkj, Les Publications Orion, 1980
- C.L.S.C. Santé**, Accoucher à son goût, vol 2, no 3, oct '78
- Demain la santé**, Yannick Villedieu, Dossiers de Québec Science, 1976.
- Dictionnaire pratique des médecines douces**, présenté par le Dr Serge Mongeau, Éditions Québec/Amérique, 1981
- East and West Journal**, Immunization Debate, vol 9, no 12, déc 1979
- Forced Labor**, Nancy Stoller, Pergamon Press Inc, New-York, Toronto, Oxford, Sydney & Braunschweig, 1974
- Great Expectations**, vol 6, no 1, printemps 1977
- Immaculate Deception**, Suzanne Arms, San Francisco Book Company/Houghton Mifflin Book, San Francisco
- L'Infirmière Canadienne**, Denyse T-Rousselet, déc 1979
- Lying-In**, Richard W Wertz et Dorothy C Wertz, Schocken Books, 1979
- MAS Service des études épidémiologiques**, sept '78, Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1974, Jean-Marie Bernard
- Maternal Health News**, Vancouver 1979-1980
- Midwives and Medical Men**, A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights, Jean Donnison, Schocken Books, New-York, 1977
- Mothering**, 1979-1980
- Mother Jones**, Benedictin Cover-Up, nov 1980
- Naître aujourd'hui**, supplément au no de juin 1979 de la revue le Médecin du Québec, les Éditions Le Caducée en coll avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 1979
- National Women's Health Network**, Maternal Health and Childbirth, Ressource Guide no 4, DES, Resource Guide no 6
- Némésis médicale, l'expropriation de la santé**, Yvan Illich, Ed du Seuil, Paris, 1975
- New Age**, Home Birth and Alternative on Trial, Linda Fitzgerald, vol 6, no 6, déc 1980
- La Périnatalité**, une politique du Ministère des Affaires Sociales, 1973
- The Place of Birth**, Sheila Kitzinger et John A Davis, Oxford University Press, Oxford, New-York, Toronto, 1978
- The Practicing Midwife**, Journal de "The Farm", Tennessee, États-Unis
- Le prix de la santé**, Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger, Hurtubise HMH, '72
- Québec Science**, Mieux-Naître, Yannick Villedieu, Sept 1977
- Renaissance de la sage-femme**, manifeste d'un groupe de femmes de St-Léandre, co Matane (Qué), 1977
- Rites et Croyances de la naissance à Charlevoix**, Jean-Philippe Gagnon, Éditions Leméac, 1979
- Safe Alternatives in Childbirth**, NAPSAC, Inc, Chapel Hill, NC, 3è éd 1974
- Seizing our Bodies, The Politics of Women's Health**, Vintage Books, Random House, New-York
- Sorcières, sages-femmes et infirmières**, Barbara Ehrenreich et Derdre English, les Editions du Remue-Ménage, 1976
- Special Delivery**, journal du groupe Informed Homebirth, inc 1979-1980
- Spiritual Midwifery**, Ina May Gaskin et les sages-femmes de "The Farm", The Book Publishing Company, 1975, Tennessee
- 21st Century Obstetrics Now**, vol 1 et 2, NAPSAC, Inc, Marble Hill, MO, 2è éd février 1978
- L'Union médicale du Canada**, Robert Bachand, mai 1980
- La Vie en Rose**, Accoucher, se faire accoucher ou se faire avoir, Donna Cherniak, mars, avril, mai 1981, Montréal
- La Voie Lactée**, Les médecins concluent que les bébés devraient être allaités, janvier-février-mars 1981, vol 4, no 1
- Why Natural Childbirth**, Deborah Tanzer, Schocken Books, New-York, 1976

DEPUIS QUE LE MONDE EST MONDE

Février 1977 - Sylvie Van Brabant et Serge Giguère attendent leur premier enfant. Pendant la grossesse de Sylvie, la recherche d'un lieu propice à l'accouchement et le choix des personnes qu'ils désirent présents à la naissance les amènent à s'interroger sur les conditions de la naissance au Québec.

Juin 1977 - Conscients de l'importance de cet événement dans leur vie, ils enregistrent sur vidéo l'attente et la naissance de Katerine, leur fille.

Mars 1978 - L'O.N.F. accepte un projet de recherche et de scénarisation.

Septembre 1978 - Le scénario est terminé mais l'O.N.F. se voit dans l'impossibilité de produire le film à cause de coupures budgétaires. Convaincus de la nécessité de leur démarche, Serge et Sylvie décident de le produire quand même. LES FILMS D'AVENTURES SOCIALES DU QUÉBEC INC. sera la maison de production.

Octobre 1978 - Ayant réussi à emprunter une caméra à l'O.N.F. et avec l'appui des techniciens qui y investissent leur temps, le tournage débute avec les premières séquences d'Aurore Bégin, autrefois sage-femme dans les colonies.

Février 1979 - Le projet est présenté à l'I.Q.C. qui accorde une première subvention de \$20,000. Argent chaleureusement accueilli mais qui devra être judicieusement investi; c'est ainsi qu'on tourne en noir et blanc la majorité du temps, telles les séquences à l'hôpital Ste-Justine. À la même époque, Lucie et Marcel nous proposent de filmer leurs démarches lors des derniers mois de grossesse ainsi que leur accouchement. Le hasard fait que nous arrivons juste au moment de la naissance!

Septembre 1979 - Le prochain objectif, filmer un accouchement à la maison. Ça faisait déjà un an qu'on cherchait à filmer avec des sages-femmes mais la majorité s'était distournée en cours de route alléguant différentes raisons: l'illégalité du geste, leur "travail-gagne-pain" mis en jeu, etc. Mais en septembre un noyau de sages-femmes autodidactes se forme à Montréal et elles acceptent de participer au tournage. Deux d'entre-elles deviendront dans l'action du film les porte-paroles d'un mouvement qui prend de plus en plus d'importance au Québec.

Octobre 1979 - Un couple, Linda et René, apprennent par les sages-femmes l'existence de notre projet et acceptent de mettre au monde leur enfant à la maison, devant la caméra.

Décembre 1979 - Tournage de l'accouchement à la maison. Les sages-femmes et toute l'équipe du film encouragent et soutiennent Linda pendant tout son travail. Le bébé naît. On assiste à une fête!

Janvier 1980 - Les fonds commencent à s'épuiser sérieusement. Le Conseil des Arts du Canada refuse notre

demande d'aide. Radio-Québec refuse également d'investir. On décide quand même de tenter un montage avec le matériel que nous avons en main. Pour ce faire, Louise Dugal se joint à Sylvie Van Brabant tandis qu'un projet Ose-Art assure un salaire aux deux monteuses. C'est en compilant le matériel tourné qu'on se rend compte qu'il manque trop entre l'accouchement à domicile et l'accouchement à l'hôpital, n'abordant pas dans leurs nuances d'autres alternatives à la naissance. Il faut donc trouver les moyens de poursuivre notre démarche.

Mai 1980 - L'Institut Québécois de Cinéma refuse une deuxième demande de financement mais nous avons l'appui de LES FILMS D'AVENTURES SOCIALES qui accepte de fournir la table de montage le temps qu'il faudra. C'est à ce moment que nous apprenons d'une amie qui donne des cours prénatals dans la région de Thetford Mines, qu'il existe à l'hôpital de Beauceville une "chambre de naissance" un peu spéciale, un endroit où l'on pratique la "patience". Un projet tout à fait nouveau puisque seulement 7 accouchements s'y sont déroulés. Le couple à l'origine de ce projet attend un troisième enfant. Quoi qu'ils se soient battus pour obtenir la création de cette chambre afin de vivre cette 3^{ème} naissance dans l'intimité, Francine et Jean ont accepté la présence de notre caméra. Par conviction. Parce qu'ils voulaient que d'autres couples, d'autres femmes puissent voir que c'était possible de vivre un accouchement à son goût même en milieu hospitalier.

Juillet 1980 - L'Institut Québécois du Cinéma et le Conseil des Arts acceptent finalement d'accorder un peu d'aide tandis que Naissance-Renaissance se joint à notre projet. Nous fonctionnerons jusqu'à la fin avec le quart d'un budget normal pour ce genre de film.

De juillet 80 à avril 81 - Montage et visionnement se sont croisés. Très fréquemment, les visionnements avaient lieu en présence de plusieurs intervenants intéressés par les conditions de naissance ce qui nous a permis d'en arriver à une structure finale qui respecte et témoigne des propos conséquents de chacun. Des détails légaux comme par exemple la pratique de la sage-femmerie retardent les décisions à prendre sur la structure définitive du film. La tentation de tourner d'autres séquences retardera également un montage final. Par contre, ces retards nous permettent d'élaborer un autre projet, soit un dossier d'accompagnement au film qui s'avérera essentiel. Des amies, convaincues de l'importance d'un tel document, y ont consacré temps et énergie en recherche, entrevues, rencontres et rédaction pendant plusieurs mois.

Avril - mai 1981 - Plus de trois années se sont écoulées. Une première copie finale du film sort du laboratoire. Une première copie finale du dossier d'accompagnement sort des presses... c'est l'accouchement.