

**L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE :**  
**UNE RÉALITÉ, UN DROIT,**  
**UNE RICHESSE POUR LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE...**

***Document d'information et de sensibilisation***

***présenté par le***

**COMITÉ FEMMES-SAGES-FEMMES**

**JANVIER 2002**

---

---

**L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE :  
UNE RÉALITÉ, UN DROIT, UNE RICHESSE POUR LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE !**

---

---

Le présent document se veut un outil d'information et de sensibilisation visant à faire connaître l'accouchement à domicile et le contexte dans lequel il évolue au Québec.

---

**Une réalité :**

---

Depuis trente ans, au Québec, les femmes ont lutté pour la reconnaissance de la pratique sage-femme afin de répondre à leur besoin de se réapproprier l'expérience entourant l'arrivée de leur enfant. Une prise de conscience quant à la surmédicalisation de la naissance et à la prise en charge abusive du système médical a été le moteur qui a conduit les femmes, côte-à-côte avec les sages-femmes, à revendiquer l'humanisation des naissances, la légalisation de la profession sage-femme et l'accessibilité des services sages-femmes. Ces services sont basés sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux attachés aux corps des femmes et porteurs d'une signification profonde dans la vie de celles-ci. En effet, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement font partie d'un processus physiologique normal qui appartient aux femmes.

Afin de mener les luttes et de porter les revendications, le Regroupement Naissance-Renaissance a rassemblé des groupes féministes, des groupes famille et des groupes de pression d'usagères des services de santé afin d'organiser et de développer plusieurs stratégies de mobilisation et d'actions communes. Le Regroupement Naissance-Renaissance est le coordonnateur du comité Après loi 4, rebaptisé comité Femmes-Sages-femmes au lendemain de l'adoption de la loi sur les sages-femmes, ainsi que la Coalition pour la pratique sage-femme qui continuent, encore aujourd'hui, à faire valoir la voix des femmes et à réclamer le droit à l'autonomie quant au choix de la professionnelle et du lieu de naissance.

En juin 1999, après quelques années d'expérimentation en maison de naissance, les groupes de pression voient leurs efforts reconnus par la légalisation de la profession sage-femme. Le gouvernement du Québec reconnaît ainsi la qualité des services sage-femme et le fait que la sécurité de la mère et de l'enfant peut être assurée hors centre hospitalier. La loi autorisera la pratique sage-femme dans l'ensemble des lieux de naissance soit le domicile, la maison de naissance et le centre hospitalier. Cependant, les services de sages-femmes à domicile ne pourront être disponibles qu'après l'adoption d'un règlement encadrant la pratique sage-femme dans ce lieu spécifique.

Un des mandats confié à l'Ordre des sages-femmes du Québec, alors créé, consiste à rédiger le règlement visant à encadrer la pratique à domicile. Ce règlement devra

être acheminé à l'Office des professions du Québec. Ce dernier verra à le faire suivre, après consultation auprès de différents groupes, pour parution dans la Gazette officielle et pour adoption par l'Assemblée Nationale du Québec.

Après plus de deux années de travail continu, le dit règlement est à la veille d'être adopté par le gouvernement du Québec... du moins, c'est le souhait que formulent les femmes et les familles du Québec !

---

### ***Un droit :***

---

Encore aujourd'hui, certaines femmes au Québec et leur famille choisissent de mettre leur enfant au monde dans leur domicile parce qu'après y avoir mûrement réfléchi, il s'est avéré le meilleur endroit, pour eux, pour donner naissance à leur enfant.

Or, la liberté des femmes et des familles quant au choix de donner naissance à domicile avec une sage-femme est brimée et ce, tant et aussi longtemps que le règlement sur l'accouchement à domicile ne sera pas adopté

Cette réalité, qui perdure depuis plus de deux ans, place les femmes dans une situation inconfortable où elles vivent souvent du stress lié, entre autres, au sentiment qu'elles sont dans l'illégalité. Elles accouchent avec l'aide qu'elles peuvent trouver dans un contexte où la pratique sage-femme à domicile n'est pas autorisée.

Les femmes québécoises méritent tout autant que les femmes des autres provinces canadiennes et celles de dizaines de pays à travers le monde où se pratique l'accouchement à domicile.

Au Québec, l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile rendra justice aux femmes dans leur droit fondamental d'être accompagnées dans le lieu et avec la professionnelle de leur choix.

---

### ***Une richesse pour la société québécoise :***

---

Une société où les femmes ont du pouvoir sur leur situation de femme et ont confiance dans leurs capacités de vivre et d'assumer pleinement et entièrement leur expérience périnatale contribue à créer une société en santé et équilibrée!

Les femmes doivent avoir le choix d'accoucher où elles le désirent. Actuellement, au Québec, 98% des femmes accouchent dans un centre hospitalier. Quand 98% d'une population fait le même choix, nous sommes en droit de nous demander s'il ne s'agit pas là d'une habitude plutôt que d'un choix éclairé?

L'énergie investie, depuis les vingt dernières années, afin d'humaniser les naissances, entre autres en centre hospitalier, n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés. « *Parmi les femmes qui accouchent par voie vaginale, plus de 80% le font sous anesthésie, et cette proportion ne varie guère depuis 1982* » (*La périnatalité québécoise depuis 20 ans*, Association pour la santé publique du Québec, 2000). Encore trop de femmes subissent les abus d'interventions obstétricales sans même être informées sur leurs droits et sur les conséquences possibles de ces interventions.

L'accouchement à la maison permet de faire contrepoids à la médicalisation de l'accouchement. Il est l'affirmation de la normalité de l'accouchement. Un accouchement fait partie des événements normaux de la vie et il n'a pas à être défini comme un événement médical.

Les recherches scientifiques démontrent que l'accouchement à la maison :

- quand il est planifié;
- que les femmes sont en bonne santé;
- que l'accouchement se déroule normalement,
- qu'un bon mécanisme de transfert vers le centre hospitalier est présent

est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital et ce avec moins d'interventions (Méta-analyse de Olsen, 1997).

## **SAVIEZ-VOUS QUE...**

- **Saviez-vous que la pratique sage-femme est légalisée au Québec depuis le 24 septembre 1999 et que les sages-femmes sont reconnues par un ordre professionnel autonome, soit l'Ordre des sages-femmes du Québec?**
- **Saviez-vous que la loi stipule que les accouchements à domicile ne pourront être pratiqués par les sages-femmes tant et aussi longtemps qu'un règlement concernant les normes de pratique lors d'accouchement à domicile, rédigé par l'Ordre des sages-femmes du Québec, ne sera adopté pas l'Assemblée nationale du Québec?**
- **Saviez-vous que c'est la première fois que l'on restreint les lieux de pratique d'une profession? Les lois professionnelles définissent les champs de pratique et les actes reliés à l'exercice de la profession, mais pas les lieux où elle s'exerce. Les professionnels sont responsables de leurs actes peu importe où ils sont. À titre d'exemple, les médecins exercent leur profession dans tous les lieux nécessaires...**
- **Saviez-vous que, partout dans le monde, les sages-femmes pratiquent à domicile? D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé définit le domicile comme le meilleur lieu pour la naissance d'un enfant et ce, autant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. « *Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé conclue que la maison est le lieu de naissance le plus approprié pour la plupart des femmes enceintes. Les femmes qui choisissent ce lieu doivent recevoir les diagnostics, les consultations, les services d'urgence et autres services nécessaires, en regard du lieu de naissance.* » Groupe de consultation d'Amérique du Nord et Européen, Rapport de l'OMS sur la promotion de la santé et les naissances, Genève, 1986.**
- **Saviez-vous que plusieurs études internationales démontrent clairement que le domicile est sécuritaire et qu'il est associé à une diminution significative de la morbidité et des interventions par rapport aux femmes qui accouchent à l'hôpital? Plus près de nous, une expérimentation de la pratique sage-femme à domicile en Colombie-Britannique a démontré, encore une fois, le professionnalisme de ces dernières et les avantages de l'accouchement à domicile. (voir annexe 5)**
- **Saviez-vous que, dans d'autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario), la pratique sage-femme a domicile est légale et pratiquée?**
- **Saviez-vous que la pratique sage-femme à domicile représente une économie notable pour le gouvernement? Une naissance à domicile permet d'économiser les coûts d'hébergement en centre hospitalier ou en maison de naissance. De plus, cette pratique peut s'avérer une solution à la pénurie de médecins accoucheurs au Québec. Si plus de naissances normales avaient lieu à domicile avec des sages-femmes, cela permettrait aux obstétriciens de consacrer plus de temps aux accouchements à risque en milieu hospitalier.**
- **Saviez-vous que, pour des femmes et des familles au Québec, le domicile est l'endroit qui répond le mieux à leurs valeurs et à leurs besoins pour la naissance de leur enfant? Ce moment intime et sacré appartient aux femmes et aux familles. L'environnement joue un rôle capital dans le déroulement d'un accouchement. Le domicile, étant le lieu où s'exprime la famille quotidiennement, demeure l'endroit de choix pour un accouchement naturel, autonome et ressourçant.**

\*\*\*\*\*

## TABLE DES ANNEXES

<b>1. Historique.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Définition internationale des sages-femmes.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Philosophie sage-femme.....</b>	<b>19</b>
<b>4. « Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel pour celles qui ne veulent pas y accoucher? ».....</b>	<b>23</b>
<b>5. Littérature scientifique sur l'accouchement à domicile.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Témoignages.....</b>	<b>59</b>
<b>7. Revue de presse.....</b>	<b>75</b>
<b>8. Tableau de la représentation des femmes.....</b>	<b>87</b>

**ANNEXE 1**

***Historique***

FAMILLE, FEMME ET SAGE-FEMME,  
UNE HISTOIRE DE COMPLICITÉ  
DE LA PLUS HAUTE ANTIQUITÉ À NOS JOURS

Le 11 mai dernier, Anastasia et André ont donné naissance à leur sixième enfant, à leur domicile. « C'est notre cinquième enfant né à la maison, dit André, et nous en sommes fiers. » Ils ont fait le choix d'être accompagnés de deux sages-femmes pour assurer leur suivi prénatal, l'enfantement et la continuité des soins mère-enfant pour le post-natal. Ce choix que ces parents ont fait en 1999, est en fait, le mode de vie que la plupart des familles au Québec et au Canada vivaient au début du XXe siècle : leurs enfants naissaient là où ils vivaient. À cette époque, les seules personnes habiletées à les mettre au monde étaient les sages-femmes.

### Depuis toujours

Depuis la plus haute antiquité, les bébés sont venus au monde avec l'aide des sages-femmes. Des textes très anciens, d'origine égyptienne, romaine, grecque, chinoise, font mention du travail des sages-femmes. Au Québec, Hélène Laforce, historienne, s'est intéressée à la poursuite d'une histoire qui restait, encore hier, celle du silence. Il s'agit de l'histoire des sages-femmes dans la région de Québec. Au 17<sup>e</sup> et au 18<sup>e</sup> siècle, les groupes d'immigrants qui arrivent au Canada joignent à leur équipée, une sage-femme qualifiée. C'est seulement vers la fin du 18<sup>e</sup> siècle que l'accouchement devient un acte partagé entre les médecins et les sages-femmes. À cette époque, la science était plutôt associée à l'expérience. Le critère le plus rassurant pour le succès d'un accouchement était d'être assistée par une sage-femme expérimentée bien au fait de son art ayant réussi de nombreux enfantements sans complications. Cette sage-femme était entourée très souvent de groupes de femmes, mères, tantes, amies. Le rôle immémorial de la sage-femme était de guider la mère tout au long de l'enfantement, de l'aider lors de l'expulsion du bébé et de lui apporter le soutien et le réconfort qui lui sont indispensables.

### Disparition

L'histoire nous apprend que dans toutes les cultures, l'enfantement était avant tout une question de support et d'entraide entre femmes. Les hommes en étaient exclus tant par les croyances religieuses que par les comportements culturels. Comment un événement naturel qui se passait entre femmes, est-il devenu aujourd'hui une expérience clinique, très souvent dirigée par les hommes ? Qu'est-il advenu des sages-femmes traditionnelles ? Que s'est-il donc passé ?

De 1650 à 1760, grâce aux écoles-maternités françaises, la Nouvelle-France reçoit des sages-femmes diplômées. Il sera même question en 1756 d'établir une école de sages-femmes dans la colonie. De 1760 à 1840, les anciennes traditions se poursuivent mais doivent tenir compte de nouvelles règles du jeu dont l'implantation d'une nouvelle technologie, l'invention des forceps. La première loi médicale québécoise de 1788 se montre favorable à la survie des sages-femmes dans la colonie et légalise la profession de sage-femme. Cette profession est donc bien installée au moment où s'instaure la Corporation des médecins en 1847, qui obtient le monopole médical en obstétrique. À partir de 1870, se crée une nouvelle tendance chez les médecins. Ceux-ci cherchent à évincer les sages-femmes complètement. Ils tentent d'abord d'établir un système de contrôle des sages-femmes et de les mettre sous leur tutelle.

L'élimination de la profession de sage-femme par les médecins se situe donc entre 1840 à 1960. Dans un premier temps, la Corporation laisse se continuer la pratique des sages-femmes autodidactes dans

les régions rurales, dans les colonies en espérant que ce groupe s'éteigne de lui-même avec la venue de la technique, du progrès c'est-à-dire de l'hôpital. Puis, la création des facultés universitaires, l'affirmation du savoir des médecins, savoir dont les femmes sont exclues à cette époque, contribueront à évincer définitivement les sages-femmes. Les médecins excluront les femmes des facultés médicales francophones jusqu'en 1920. C'est dans ces lieux que l'on définira l'accouchement comme un événement pathologique et dangereux et que l'on privilégiera l'approche interventionniste avec l'anesthésie, les forceps, les césariennes ...

En 1926, 4.8% des naissances survenaient à l'hôpital. Trente ans plus tard, la moitié des Québécoises mettaient leurs enfants au monde en dehors du milieu familial. En 1983, cette tendance est évaluée à 98%. À mesure que les accouchements se déroulaient à l'hôpital, une nouvelle façon de faire s'implanta dans nos milieux. Entre 1950 et 1970 les femmes accouchaient sous anesthésie. La mère était séparée de son nouveau-né, lequel était placé en pouponnière pour le protéger des infections. L'allaitement maternel devint un phénomène marginal. Lentement, l'accouchement devient une maladie. Déjà on mentionne l'illégalité des sages-femmes. Pourtant, jusqu'en 1960, quelques unes pratiquaient encore en collaboration avec le médecin de la région. De 1962 à 1972, un cours de spécialisation sage-femme, mis sur pied grâce à la collaboration de l'Université Laval et de l'Hôpital St-Sacrement de Québec, fut créé pour les infirmières, les religieuses et les laïques destinées à travailler en mission. Cependant ces diplômées n'avaient aucun droit de pratique au Québec à moins que ce soit dans des régions éloignées. Avec l'établissement du système d'Assurance-Maladie (1970) et la création des Centres hospitaliers, les sages-femmes ont subi des pressions de toutes sortes. On leur a conseillé de se retirer sous peine d'amende. Ce qu'elles firent. À partir de ce moment, le silence se fit sur leur existence et ainsi, les femmes furent dépossédées de leur tradition d'entraide.

### Résurgence

Vers la fin des années 1960, les signes d'une nouvelle évolution sociale se sont manifestées principalement grâce à l'influence du courant féministe. Des prises de conscience et des remises en question sur la pertinence de l'accouchement à l'hôpital, sur l'approche médicale de la maternité et de la santé des femmes, font naître des ateliers de partage et de réflexion dans toutes les régions du Québec ainsi qu'ailleurs dans le monde. Dès 1970, tout le processus de la grossesse a suscité un intérêt renouvelé et l'idée d'accouchement *naturel* a commencé à germer. Peu à peu, les pères ont pu assister à l'accouchement. Dans ce nouveau climat est née l'émergence du mouvement pour l'enfantement chez soi, entourée de sa famille et assistée par une sage-femme praticienne. La mère met au monde son enfant dans son propre lit. Dans cette expérience de grossesse et de naissance, les aspirations des femmes et des familles sont réalisées grâce à la complicité d'un savoir médical, du savoir sage-femme et grâce au maintien des valeurs des traditions anciennes.

### BIBLIOGRAPHIE

Gouvernement du Québec. (1989). *La pratique des sages-femmes*. Collection « La Périnatalité au Québec », ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec

Kitzinger, S.,(1988). *The midwife challenge*. Ed. Pandora, Londres.

Laforce, H., (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.

Saillant, F. & O'Neill, M., (1987). *Accoucher autrement*. Éditions Saint-Martin, Montréal.

- 2.7 -

## LA SAGE-FEMME : LA NOUVEAU-NÉE DU RÉSEAU

**EN RÉPONSE À LA DEMANDE DES FEMMES** | La route fut longue et parsemée d'obstacles. Il aura fallu traverser une période d'expérimentation en projets-pilotes de 1993 à 1998, pour qu'au tournant du millénaire, le Québec se dote finalement d'une loi instituant la profession de sage-femme : la loi 28. Ce faisant, il ouvre clairement la porte à la reconnaissance des bénéfices associés à cette pratique. Le gouvernement reconnaît en outre l'autonomie de la profession en légiférant à la faveur d'un ordre professionnel spécifique. Selon la *Loi sur les sages-femmes*, le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec entrait pleinement en fonction le 24 septembre 1999 avec tous les pouvoirs nécessaires à la surveillance de la pratique et ce, afin d'assurer la protection du public. Le Bureau de l'Ordre sera soutenu par un Conseil consultatif nommé pour quatre ans.

La légalisation de cette profession entraîne dans son sillage la mise en place d'un programme de formation de premier cycle universitaire (4 ans de scolarité). Ainsi, le printemps 2003 verra naître la première cuvée des sages-femmes formées au Québec, soit 16 pionnières en formation depuis septembre 1999 à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Maintenant que la porte est ouverte officiellement à cette pratique, des mécanismes de collaboration devront être mis en place afin de favoriser son intégration dans le réseau de la santé, tout en permettant des ajustements entre les différentes pratiques.

**LA LOI 28 DÉFINIT SON CHAMPS D'EXERCICE** | La sage-femme conseille, informe et prépare les femmes et leur conjoint au «devenir parents». Elle surveille les événements normaux du processus de la reproduction humaine et est habilitée à dépister de façon précoce les risques ou complications reliés à la grossesse et à l'accouchement et à prescrire les examens requis. La sage-femme dépiste également les problèmes non médicaux et réfère sa cliente aux ressources appropriées. En présence d'un facteur de risque obstétrical ou néonatal (tel que défini par règlement), elle consulte un médecin et, le cas échéant, lui transfère sa responsabilité clinique. Elle assiste et surveille la mère et le fœtus durant le travail et peut pratiquer l'épisiotomie. En cas d'urgence, la sage-femme applique les mesures qui s'imposent incluant l'administration de médicaments et la réanimation néo-natale. La loi prévoit que la sage-femme assiste des accouchements en centre hospitalier, en maison de naissance ainsi qu'à domicile. Ce dernier lieu de pratique devra faire l'objet d'une réglementation spécifique, approuvée par le gouvernement, avant que les sages-femmes puissent y être disponible pour la clientèle.

**UNE PRATIQUE DANS LE SENS DE LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU** | Les projets-pilotes en maisons de naissance ont été l'objet d'une recherche qui a permis de faire la comparaison entre 1000 femmes dont le suivi de grossesse était assuré par une sage-femme et 1000 autres femmes appariées aux premières et ayant bénéficié d'un suivi médical.

Cette recherche a permis de dégager plusieurs aspects de la pratique des sages-femmes qui rejoignent notamment l'objectif de centrer les services en périnatalité sur les besoins de soutien continu et en fonction du potentiel des parents. Quelques exemples concrets issus de cette recherche illustrent bien ce propos : quand la cliente se présente à la maison de naissance, la sage-femme est déjà sur place et y restera 3 heures suivant la naissance; les parents mentionnent également que le respect de l'intimité est favorisé par les sages-femmes tout comme l'est le rôle du père, les choix de positions d'accouchement, le droit à une information complète et que plus de temps leur est consacré.

**QUESTIONS D'ARGENT** | Au plan économique dans le contexte des projets-pilotes, bien que l'investissement en temps auprès de la femme soit supérieur à celui investi lors d'un suivi médical, les coûts d'un suivi complet avec une sage-femme s'avèrent équivalents ou légèrement inférieurs. Par ailleurs, certains éléments de l'organisation des soins en maison de naissance pourront être améliorés, par exemple la planification d'un nombre minimal d'accouchements par année, ce qui améliorera la performance économique dans ce lieu de pratique.

**RÉSULTATS POSITIFS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT** | Toujours d'après la recherche conduite dans les projets-pilotes, le niveau de satisfaction de la clientèle est élevé et se comprend en partie à la lumière de résultats tangibles : utilisation moins fréquente des technologies médicales (échographie, amniocentèse, ocytocique, rupture des membranes, monitoring foetal, péridurale...); moins d'interventions obstétricales (césarienne, forceps, épisiotomie); réduction très importante des déchirures du 3ème et 4ème degré; moins d'hospitalisation; moins de bébés de petit poids (IPN); moins de prématurité et moins d'ecchymoses chez les bébés.

**LA PAROLE AUX USAGÈRES DES MAISONS DE NAISSANCE** | Les femmes qui ont utilisé les services des sages-femmes ont organisé des groupes de discussion dans les six maisons de naissance du Québec et ont produit en 1998 un bilan de leur expérience. Elles disent notamment apprécier les dimensions inhérentes à l'approche des sages-femmes et les qualités humaines associées à leur compétence : la sage-femme est respectueuse de la grossesse et de la naissance en tant que processus normaux; elle considère la femme dans sa globalité; une relation amicale se développe à travers la continuité des soins; enfin, la sage-femme est disponible 24 heures sur 24. En parallèle, la sage-femme stimule la prise en charge de la femme par elle-même en lui reconnaissant la compétence d'accoucher, en l'incitant à être en contact avec son corps et son bébé et en répondant à ses questions. Ainsi, la confiance devient mutuelle et la relation égalitaire. Par ailleurs, la sage-femme encourage l'implication du père et de la famille, dimension que les usagères disent aussi apprécier.

**UN CHANGEMENT DE CAP REDOUTÉ** | La pratique des sages-femmes s'est modelée aux besoins des femmes qui ont requis leurs services depuis plus de 20 ans et la pratique en maison de naissance s'est fortement inspirée de celle qui s'exerçait à domicile. Avec la légalisation, la clientèle change et se diversifie. Le bilan fait état de la crainte des usagères qu'avec le temps, les sages-femmes, en voulant adapter leur pratique aux besoins exprimés par leurs clientes, en viennent à offrir la péridurale ou d'autres interventions courantes en milieu hospitalier. Pour elles, il s'agirait d'un changement d'orientation majeur et irait à l'encontre de la promotion et du respect des processus naturels reliés à la maternité, comme l'ont traditionnellement soutenu les sages-femmes. La ré-appropriation de l'accouchement par les femmes s'en trouverait compromise. À l'issue des groupes de discussion, une déclaration unanime a été formulée : «Il faut soutenir une pratique des sages-femmes qui soit toujours étroitement liée aux besoins des femmes et des familles tout en assurant la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse et de l'accouchement.»

**PÉRIL EN LA DEMEURE** | Si un aspect de la pratique des sages-femmes suscite encore une chaude controverse, c'est bien l'accouchement à domicile. L'idée qu'accoucher hors de l'hôpital est une entreprise hautement risquée semble bien ancrée, en particulier au sein des associations médicales qui, à l'heure actuelle, s'y opposent toujours. Pourtant, avant de recommander ce lieu d'accouchement, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a considéré plusieurs éléments :

1. La situation propre au Québec où des femmes continuent de revendiquer ce choix malgré l'avènement des maisons de naissance, et l'engagement des sages-femmes elles-mêmes à soutenir les parents dans ce choix. Bien que marginal, l'accouchement à domicile continue d'exister au Québec nonobstant quelque loi que ce soit; il représente, en 1997, 0.2% des naissances.
2. Une recension de littérature internationale sur les lieux de naissance qui démontre que là où il est pratiqué de façon planifiée et avec l'assistance d'un(e) professionnel(le) compétent(e), l'accouchement à domicile offre une alternative sécuritaire, voire avantageuse au plan de l'humanisation de la naissance.
3. Une méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement identifiant 607 études dont les conclusions soulignent qu'il n'y a aucune évidence supportant l'opinion que l'accouchement à domicile est moins sécuritaire que celui en milieu hospitalier pour des femmes sélectionnées. L'analyse révèle plutôt une augmentation de la morbidité et des interventions pour les accouchements en centres hospitaliers.

**QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR** | Selon le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, des changements majeurs devraient être effectués afin d'assurer l'intégration des services des sages-femmes au système de santé. Plusieurs constats de l'expérience ont mis en lumière les facteurs qui ont nui à l'intégration, notamment un environnement difficile, parfois même hostile.

Le Conseil recommande :

- Que soient établies des orientations nationales concernant l'organisation des services régionaux en périnatalité, en y incluant une planification des effectifs sages-femmes; les plans d'organisation des établissements œuvrant en périnatalité devant prévoir un nombre de sages-femmes;
- Que les sages-femmes détiennent des privilèges hospitaliers ou privilèges d'exercice qui, en plus de permettre l'admission et le congé de leurs clientes et de leurs bébés, donnent la possibilité d'utiliser les services connexes au département d'obstétrique et de consulter ou de diriger leurs clientes au besoin;
- Que des normes, des standards et des conditions entourant la pratique hors centre hospitalier soient définis dans la réglementation de l'Ordre; ces normes devront comprendre des critères d'exclusion tels l'insalubrité des lieux et la distance séparant le domicile ou la maison de naissance du centre hospitalier le plus proche;
- Que le programme de formation tienne compte d'une approche orientée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et du postnatal, et un travail fait dans une perspective d'humanisation et de continuité des soins;

- Que la formation clinique s'exerce dans toutes les catégories de lieux où la sage-femme sera amenée à exercer, tout en privilégiant la première ligne. Des collaborations seront nécessaires avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux;
- Que soit prévu un mode de rémunération qui tienne compte des exigences et responsabilités de la pratique des sages-femmes et qui respecte les principes d'humanisation, de continuité et de globalité de leur approche ainsi que le principe de gratuité des soins.

## SOURCES

Bouffard Mireille, Grégoire Lysane, *Bilan de l'expérience des hommes et des femmes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance*, Groupe MAMAN, Montréal, février 1998.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Rapport final et recommandations, projets pilotes sages-femmes*, Édition révisée, MSSS, Québec, 1998.

*Loi sur les sages-femmes*, L.Q. 28, C. 24, 1999.

Rozon N., *Recension de la littérature sur les lieux de pratique sages-femmes*, MSSS, juillet 1996.

## **ANNEXE 2**

### ***Définition internationale des sages-femmes***

## **LA DÉFINITION INTERNATIONALE DE LA PROFESSION SAGE-FEMME**

*En 1972, la Confédération internationale des sages-femmes a adopté cette définition qui a été reprise par la suite par la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (FIGO) :*

*Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme.*

*Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et de prodiguer les soins au nouveau-né et au nourrisson.*

*Ces soins incluent les mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin.*

*Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant.*

*Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit (Myles, 1975).*

**ANNEXE 3**

***Philosophie sage-femme***



*Regroupement  
Les Sages-femmes  
du Québec*

## PHILOSOPHIE

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EST BASÉE SUR LE RESPECT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT COMME PROCESSUS PHYSIOLOGIQUES NORMAUX, PORTEURS D'UNE SIGNIFICATION PROFONDE DANS LA VIE DES FEMMES.

LES SAGES-FEMMES RECONNAISSENT QUE L'ACCOUCHEMENT ET LA NAISSANCE APPARTIENNENT AUX FEMMES ET À LEUR FAMILLE. LA RESPONSABILITÉ DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EST D'APPORTER AUX FEMMES LE RESPECT ET LE SOUTIEN DONT ELLES ONT BESOIN POUR ACCOUCHER AVEC LEUR POUVOIR, EN SÉCURITÉ ET DANS LA DIGNITÉ.

LES SAGES-FEMMES RESPECTENT LA DIVERSITÉ DES BESOINS DES FEMMES ET LA PLURALITÉ DES SIGNIFICATIONS PERSONNELLES ET CULTURELLES QUE LES FEMMES, LEUR FAMILLE ET LEUR COMMUNAUTÉ ATTRIBUENT À LA GROSSESSE, À LA NAISSANCE, ET À L'EXPÉRIENCE DE NOUVEAU PARENT.

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES S'EXERCE DANS LE CADRE D'UNE RELATION PERSONNELLE ET ÉGALITAIRE, OUVERTE AUX BESOINS SOCIAUX, CULTURELS ET ÉMOTIFS AUTANT QUE PHYSIQUES DES FEMMES. CETTE RELATION SE BÂTIT DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DURANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PÉRIODE POSTNATALE

LES SAGES-FEMMES ENCOURAGENT LES FEMMES À FAIRE DES CHOIX QUANT AUX SOINS ET SERVICES QU'ELLES REÇOIVENT ET À LA MANIÈRE DONT CEUX-CI SONT PRODIGUÉS. ELLES CONÇOIVENT LES DÉCISIONS COMME RÉSULTANT D'UN PROCESSUS OÙ LES RESPONSABILITÉS SONT PARTAGÉES ENTRE LA FEMME, SA FAMILLE (TELLE QUE DÉFINIE PAR LA FEMME) ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ. ELLES RECONNAISSENT QUE LA DÉCISION FINALE APPARTIENT À LA FEMME.

LES SAGES-FEMMES RESPECTENT LE DROIT DES FEMMES DE CHOISIR LEUR PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ET LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT, EN ACCORD AVEC LES NORMES DE PRATIQUE DU REGROUPEMENT *LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC* LES SAGES-FEMMES SONT PRÊTES À ASSISTER LES FEMMES DANS LE LIEU D'ACCOUCHEMENT DE LEUR CHOIX, INCLUANT LE DOMICILE.

LES SAGES-FEMMES CONSIDÈRENT QUE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EST PRIMORDIALE DANS LE CYCLE DE MATERNITÉ. LEUR PRATIQUE SE BASE SUR LA PRÉVENTION ET INCLUT UN USAGE JUDICIEUX DE LA TECHNOLOGIE.

LES SAGES-FEMMES CONSIDÈRENT QUE LES INTÉRÊTS DE LA MÈRE ET DE SON ENFANT À NAÎTRE SONT LIÉS ET COMPATIBLES. ELLES CROIENT QUE LE MEILLEUR MOYEN D'ASSURER LE BIEN-ÊTRE DE LA MÈRE ET DE SON BÉBÉ EST DE CENTRER LEURS SOINS SUR LA MÈRE

LES SAGES-FEMMES ENCOURAGENT LE SOUTIEN DES FAMILLES ET DE LA COMMUNAUTÉ COMME MOYENS PRIVILÉGIÉS DE FACILITER L'ADAPTATION DES NOUVELLES FAMILLES.

• • •

## **ANNEXE 4**

**« Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel...  
pour celles qui ne veulent pas y accoucher? »**

## **Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel... ...pour celles qui ne veulent pas y accoucher!**

par Isabelle Brabant, sage-femme  
Auteure de "Une naissance heureuse"

L'accouchement à la maison sera probablement toujours le choix d'une minorité de femmes et de leurs conjoints. À cause de cela, la lutte pour qu'il soit permis et reconnu dans le système de santé peut paraître aux yeux de certaines comme un peu secondaire... d'autant plus que les maisons de naissance existent! Mais cette bataille signifie beaucoup plus pour toutes les femmes.

D'abord, si le principe derrière l'apparition des maisons de naissance est d'offrir une alternative à l'hôpital conventionnel, ou d'accéder à la demande de certains groupes de femmes, on comprend combien cela rend leur existence précaire. Dans un contexte de coupures budgétaires (cruelles mais incontournables), on imagine facilement la logique qui conclurait, dans les circonstances, qu'on ne peut se permettre ce luxe. Pour ce qui est de la pression des groupes de femmes, il suffit qu'elle se relâche un peu, occupée ailleurs, pour ne plus suffire à justifier qu'on y accorde de l'importance. On pourrait facilement fermer les maisons de naissances, ou freiner leur développement... et retourner à la case départ.

Le principe qui doit demeurer la base de l'accessibilité aux différents lieux de naissance est le choix des femmes (je signale que dans cette discussion du choix de lieu de naissance, le mot "femme" comprend aussi son partenaire quand elle en a un). C'est le seul principe qui reconnaît que la naissance appartient aux femmes, à leur famille. Et tous les soins en périnatalité doivent découler de ce fait. Sinon, c'est impossible d'empêcher les institutions de reprendre les rênes, lentement mais sûrement. De dicter les façons de faire, subtilement ou non. De décider, encore une fois, de ce qui est bon pour nous. De s'approprier l'événement de la naissance de nos enfants et de détourner à son avantage, selon ses intérêts, le sens même de son déroulement. Et je serai très claire: quand je dis "institution", ça inclut aussi les maisons de naissance. Parce que c'est dans la nature même des institutions d'être plus imposantes que les individus. Parce que quand vous venez accoucher à la maison de naissance, c'est la sage-femme qui est sur son territoire à elle, pas vous. Et ça finit par compter.

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

Je ne sais plus combien de fois je me suis fait demander, dans mes années de pratique à la maison, par des gens dans le système médical: "Comment places-tu les femmes pour la poussée?" Les femmes qui choisissent d'accoucher chez elles riraient bien d'une telle question. Elles accouchent chez elles justement pour faire les choses à leur manière! Ce sont nous, les sages-femmes, qui sommes sur leur territoire. Par exemple, comment pourrions-nous interdire à quelqu'un de manger dans sa propre cuisine? Ou lui dire qui inviter chez elle, et à quelle heure? Dans la chambre même où le bébé a été conçu, les sons, les odeurs, les objets familiers rappellent à chaque instant à cette femme qui cherche une position, un souffle, un appui sur son chum, que cet accouchement fait bien partie de sa vie à elle. Elle ne se déplacera pas, ni pendant le travail, ni quelques heures après, avec un petit bébé tout neuf: ce sont les sages-femmes qui viendront la retrouver dans le nid qu'elle s'est fait pour accoucher.

Mais accoucher chez soi n'est pas qu'une question de confort: c'est aussi et surtout une vision différente de la responsabilité et de la sécurité. Il n'y a pas d'institution présente qui crée cette illusion "qu'on s'occupe" de ce qui doit être fait. La responsabilité est celle des parents, d'abord et avant tout. Je suis toujours désolée d'entendre des parents me dire qu'ils sont contents d'accoucher à la Maison de naissance parce qu'ils ne se seraient jamais sentis en sécurité chez eux. Je leur signale alors que la seule pièce d'équipement que je ne transporterai pas dans ma valise... c'est la lampe chauffante! Tout le reste fait partie de l'équipement qu'on apporte à la maison. Mais le fait qu'on puisse voir les armoires rangées, qu'on se déplace dans un lieu appelé "Maison de naissance" .. je ne sais pas ce qui crée ce sentiment que là, ce n'est pas pareil. Parce qu'il n'en est rien: nous sommes toujours en dehors d'un hôpital, et il faut prévoir un transfert si une complication s'annonce...dans les deux cas. Ce qui fait que l'accouchement sera sécuritaire dépend d'un ensemble d'autres facteurs que les quatre murs de la Maison de naissance.

Tout cela fait que, si nous voulons que la naissance de nos enfants demeure cet événement extraordinaire qui nous appartient, c'est vital que l'accouchement à la maison soit le modèle. Que la façon d'être présents à un accouchement pour les professionnels, l'équipement à y apporter, l'organisation des services, que tout cela prenne modèle sur l'accouchement à la maison. Attention: je ne veux pas dire que celles qui accouchent chez elles sont dans une classe au-dessus des autres, ou que ces accouchements-là sont toujours les plus beaux. Mais dans leur diversité, dans leur simplicité, dans leur concordance parfaite avec les parents eux-mêmes, ils doivent être notre source d'inspiration. Sinon, les maisons de naissance deviendraient rapidement des versions améliorées de l'hôpital, c'est-à-dire l'envers de la démarche logique: c'est l'hôpital qui doit tendre à imiter la maison, non le contraire. C'est pour cela que Les Sages-femmes du Québec veulent que toutes les sages-femmes assistent régulièrement des accouchements à domicile, pour assurer qu'elles n'oublient jamais l'essence de leur profession. Et c'est aussi pour cela que les femmes du Québec (et les hommes qui les aiment) doivent se battre pour l'accouchement à la maison... même si elle ne comptent pas y accoucher elles-mêmes.

## **ANNEXE 5**

### ***Littérature scientifique sur l'accouchement à domicile***



---

(Résumé)

## **Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands**

(T A Wieggers, M J N C Keirse, J van der Zee, & G A H Berghs)  
British Medical Journal, 1996; 313: 1309-1313.  
Version integrale: <

>

Objectif: Etudier la relation entre le lieu d'accouchement décidé à l'avance (domicile ou hôpital) et les résultats périnataux pour des grossesses à bas risque, avec vérification de la parité des données et de l'environnement social, médical et obstétrical.

Méthode: Analyse des données statistiques des sages-femmes et de leur clientèle.

Echantillon: 54 cabinets de sages-femmes de la province de Gelderland aux Pays-Bas.

Population: 97 sages-femmes et 1836 femmes avec grossesse à bas risque qui avaient décidé d'accoucher à domicile ou à l'hôpital.

Principaux résultats analysés: Indice des résultats périnataux sur la base d'un "résultat maximal avec intervention minimale" comprenant 22 critères relatifs à l'accouchement, 9 à l'état de santé du nouveau-né et 5 à l'état de santé de la mère après la naissance.

Résultats: Il n'y a pas de relation entre le lieu d'accouchement projeté et le résultat périnatal pour les femmes primipares si l'on tient compte de l'environnement plus ou moins favorable. En ce qui concerne les multipares, les résultats périnataux sont nettement meilleurs pour des naissances planifiées à domicile que pour des naissances planifiées à l'hôpital, que l'on tienne compte ou non des variables d'environnement.

Conclusions: Les résultats des accouchements planifiés à domicile sont au moins aussi bons que ceux des accouchements planifiés à l'hôpital pour les femmes ayant des grossesses à faible risque assistées par des sages-femmes aux Pays-Bas.

**Extrait de**  
**Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. Birth 1997.**

**Traduction française tirée du**  
**Rapport final et recommandations du Conseil d'évaluation des**  
**projets-pilotes sages-femmes**  
**MSSS, Gouvernement du Québec, 1998.**

### **3.10 Études sur la sécurité de l'accouchement à domicile**

Nous avons choisi de présenter maintenant une méta-analyse, publiée par Olsen portant sur la sécurité de l'accouchement à domicile. Comme vous le verrez, elle regroupe des études provenant des Pays-Bas, des États-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie et de la Suisse.

Cette méta-analyse présente une sélection d'études portant sur la sécurité de l'accouchement à domicile versus l'accouchement à l'hôpital. En tout, 607 études ont été identifiées dans les ban-

ques « MEDLINE » et « MIDIRS ». Parmi celles-ci, 62 semblaient pertinentes. Finalement, après analyse, six études ont été retenues en tenant compte des critères suivants :

- 1) le groupe accouchement à domicile doit inclure tous les accouchements à domicile planifiés, peu importe où l'accouchement a eu lieu (transferts du domicile vers l'hôpital) et exclure les accouchements planifiés à l'hôpital qui ont eu lieu à domicile ;
- 2) les deux groupes doivent être comparables le plus possible ou certaines différences doivent être compensées par des méthodes statistiques ;
- 3) l'information concernant la mesure des résultats doit être comparable.

Les résultats périnataux de 24 092 femmes à faibles risques ont été analysés pour mesurer la mortalité, la morbidité incluant l'APGAR, les lacerations maternelles et les taux d'interventions. Les facteurs confondants ont été contrôlés par élimination, pairage et analyses statistiques.

Les personnes assistant les accouchements à domicile sont des sages-femmes diplômées (États-Unis, Australie, Pays-Bas et Angleterre), des sages-femmes autodidactes (États-Unis), des infirmières (États-Unis), des généralistes (Pays-Bas, Angleterre, États-Unis) et autres médecins (Suisse).

Les accouchements en centre hospitalier ont été assistés par des médecins uniquement, aux États-Unis et aux Pays-Bas, alors que des sages-femmes pouvaient y participer en Australie, en Angleterre et en Suisse.

Voici un tableau décrivant les études :

Lieu	Auteurs	Année de publication	Années d'échantillonnage	Nombre d'accouchements à domicile commencés	Nombre d'accouchements à domicile complétés	% de transferts	Nombre d'accouchements à l'hôpital
USA (Wisconsin)	Mehl	1977	?	1 046	945	10	1 046
Angleterre	Shearer	1985	1978-1983	185	178	4	185
Pays-Bas	Berghs <i>et al.</i>	1988	1984-1985	766	655	14	368
USA (Tennessee)	Durand	1992	1971-1989	1 679	1 551	9	14 033
Australie	Woodcock <i>et al.</i>	1994	1981-1987	928	791	15	2 928
Suisse	Ackermann-Liebrich <i>et al.</i>	1994	1989-1991	439	369	16	489

Voici deux tableaux présentant les résultats :

Olsen (Méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement à domicile)		
	« Odds ratio » (OR) <sup>11</sup>	Intervalle de confiance à 95 %
Mortalité périnatale	0,87	(0,54-1,41)
APGAR à 1 minute <8	0,50	(0,40-0,64)
APGAR à 5 minutes <8	0,55	(0,41-0,74)
Lacération du 2 <sup>e</sup> et du 3 <sup>e</sup> degré	0,67	(0,54-0,83)

Olsen (Méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement à domicile)		
Interventions obstétricales		
Interventions	« Odds ratio »	Étude
Induction	0,06	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
	0,07	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Stimulation	0,26	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
	0,69	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Épisiotomie	0,02	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
	0,38	Shearer, Angleterre
	0,42	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
Césarienne ou accouchement vaginal	0,04	Durand, États-Unis (Tennessee)
Accouchement vaginal	0,03	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
	0,15	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
	0,42	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
Césarienne électorale	0,05	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
Césarienne	0,09	Durand, États-Unis (Tennessee)
	0,31	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Césarienne d'urgence	0,27	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale

11. Taux d'incidence au sein d'un groupe donné rapporté au taux d'incidence au sein d'un autre groupe. L'incidence est le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée dans une population donnée. Certains auteurs traduisent « Odds ratio » par rapport de cotes ou risque relatif (RR). Un « Odds ratio » inférieur à 1 indique un risque plus faible, un « Odds ratio » égal à 1 indique qu'il n'y a pas de différence dans les deux groupes et un « Odds ratio » plus grand que 1 indique un niveau de risque plus élevé.

---

En résumé, la mortalité périnatale n'est pas différente d'un groupe à l'autre [OR 0.87 (95 % IC (0.54-1.41)]. Cependant, concernant le groupe de femmes accouchant à domicile, plusieurs données sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent être attribuées au hasard de l'échantillonnage. On note une faible fréquence d'APGAR bas, moins de lacérations du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> degré (environ 50 % de plus ont été enregistrées chez les femmes accouchant à l'hôpital). La fréquence plus faible des inductions, stimulations, épisiotomies et césariennes est statistiquement significative dans chacune des études.

L'auteur mentionne qu'il n'y a aucune évidence pour supporter l'opinion que l'accouchement à domicile est moins sécuritaire que l'accouchement en milieu hospitalier. Les analyses révèlent une augmentation significative et constante de la morbidité et des interventions dans le groupe de femmes accouchant à l'hôpital. Des décès périnatals ont été enregistrés dans les deux groupes, ce qui permet de dire que l'accouchement à domicile n'est pas totalement sécuritaire, pas plus que ne l'est l'accouchement à l'hôpital.

Olsen mentionne également que les résultats de la méta-analyse sont supportés par d'autres études qui indiquent :

- qu'un soutien émotionnel et psychologique continu durant l'accouchement réduit significativement la fréquence d'APGAR en dessous de 7, à 5 minutes ;
- que plusieurs éléments de soins reliés à l'hôpital (monitorage électronique fœtal, position couchée pendant le travail, épisiotomie) ont été démontrés comme inefficaces ou faisant plus de mal que de bien ;
- que ces procédures sont utilisées moins souvent dans les unités de sages-femmes ;
- que les femmes préfèrent même à l'hôpital des soins donnés par des sages-femmes dans un environnement familial plutôt que dans un environnement de haute technologie avec des obstétriciens.

Toujours selon l'auteur, les résultats concernant la mortalité sont supportés par deux larges études scandinaves. Il conclut en disant que l'accouchement à domicile est une alternative acceptable pour les femmes sélectionnées et qu'il conduit à une diminution des interventions médicales.

### **3.11 Résumé des constats se dégageant de la littérature et des expériences étrangères**

Il existe dans plusieurs pays un questionnement sur la place qu'occupent les sages-femmes dans le système de santé. Ce questionnement amène souvent des modifications de leur rôle qui, à divers degrés, a été assimilé à la pratique médicale ou infirmière, d'où diminution de leur spécificité et de leur autonomie.

Lorsque des modèles de pratique de sages-femmes en milieu hospitalier ont été comparés à des modèles hospitaliers conventionnels, il a été observé une diminution des interventions obstétricales en faveur des modèles de pratique de sages-femmes. Cependant, lorsque nous comparons la pratique intra-hospitalière à la pratique extra-hospitalière, il a été noté que les accouchements assistés, les césariennes, le monitoring fœtal électronique, la stimulation du travail et l'analgésie



## Fish can't see water: the need to humanize birth

M. Wagner

*Formerly Women's and Children's Health, WHO Copenhagen, Denmark*

---

### Abstract

Humanized birth puts the woman in the center and in control, focuses on community based primary maternity care with midwives, nurses and doctors working together in harmony as equals, and has evidence based services. Western, medicalized, high tech maternity care under obstetric control usually dehumanizes, often leads to unnecessary, costly, dangerous, invasive obstetric interventions and should never be exported to developing countries. Midwives and planned out-of-hospital births are perfectly safe for low-risk births. © 2001 International Federation of Gynecology and Obstetrics. All rights reserved.

*Keywords* Humanized birth, Unnecessary interventions, Out-of-hospital birth, Midwives, Evidence based practice

---

### 1. Introduction

Humanizing birth means understanding that the woman giving birth is a human being, not a machine and not just a container for making babies. Showing women — half of all people — that they are inferior and inadequate by taking away their power to give birth is a tragedy for all society. On the other hand, respecting the woman as an important and valuable human being and making certain that the woman's experience while giving birth is fulfilling and empowering is not just

a nice extra, it is absolutely essential as it makes the woman strong and therefore makes society strong.

Humanized birth means putting the woman giving birth in the center and in control so that she and not the doctors or anyone else makes all the decisions about what will happen. Humanized birth means understanding that the focus of maternity services is community based primary care, not hospital based tertiary care with midwives, nurses and doctors all working together in harmony as equals. Humanized birth means maternity services which are based on good scientific evidence including evidence based use of technology and drugs.

However, we do not have humanized birth in

---

*E-mail address* marsden.patricia@starpower.net (M Wagner)

many places today. Why? Because fish can't see the water they swim in. Birth attendants, be they doctors, midwives or nurses, who have experienced only hospital based, high interventionist, medicalized birth cannot see the profound effect their interventions are having on the birth. These hospital birth attendants have no idea what a birth looks like without all the interventions, a birth which is not dehumanized. This widespread inability to know what normal, humanized birth is has been summarized by the World Health Organization:

'By medicalizing' birth, i.e. separating a woman from her own environment and surrounding her with strange people using strange machines to do strange things to her in an effort to assist her, the woman's state of mind and body is so altered that her way of carrying through this intimate act must also be altered and the state of the baby born must equally be altered. The result is that it is no longer possible to know what births would have been like before these manipulations. Most health care providers no longer know what 'non-medicalized' birth is. The entire modern obstetric and neonatological literature is essentially based on observations of 'medicalized' birth [1]"

Why is medicalized birth necessarily dehumanizing? In medicalized birth the doctor is always in control while the key element in humanized birth is the woman in control of her own birthing and whatever happens to her. No patient has ever been in complete control in the hospital — if a patient disagrees with the hospital management and has failed in attempts to negotiate the care, her only option is to sign herself out of the hospital. Giving women choice about certain maternity care procedures is not giving up control since doctors decide what choices women will be given and doctors still have the power to decide whether or not they will acquiesce to a woman's choice.

Fifteen years ago in Fortaleza, Brazil, a World Health Organization Conference recommended birth be controlled, not just by individual doctors and hospitals but by evidenced based care monitored by the government. Birth, which had been taken from the community and slowly but surely changed into hospital-based care during the last 100 years, is to be given back to the community.

Now the present conference will consider the next step — giving birth back to the woman and her family. Doctors are human; birthing women are human. To err is human. Women have the right to have any errors committed during their birthing be their own and not someone else's.

Labor and birth are functions of the autonomic nervous system and are therefore out of conscience control. Consequently there are, in principle, two approaches to assisting at birth: work with the woman to facilitate her own autonomic responses — humanized birth; override biology and superimpose external control using interventions such as drugs and surgical procedures — medicalized birth.

In practice, care during birth may include a combination of the two approaches: facilitation of the woman's own responses usually dominating out-of-hospital management of birth while the superimposition of external controls usually dominates hospital birth management. However, whether the care is medicalized or truly humanized depends on whether or not the woman giving birth is in absolute control.

## 2. Why medicalized birth?

The past 15 years has seen a struggle between these two approaches to maternity care become intense and global. Today there are three kinds of maternity care: the highly medicalized, 'high tech', doctor centered, midwife marginalized care found, e.g. in the USA, Ireland, Russia, Czech Republic, France, Belgium, urban Brazil; the humanized approach with strong, more autonomous midwives and much lower intervention rates found, e.g. in the Netherlands, New Zealand and the Scandinavian countries, a mixture of both approaches is found, e.g. in Britain, Canada, Germany, Japan, Australia.

Today in developing countries there are usually medicalized maternity services in the big cities while in the rural areas medicalized services have not yet penetrated and humanized services remain. Prevalent medical opinion is that 'modern', i.e. Western obstetric-intensive maternity care

saves lives and is part of development and attempts to bring maternity care excesses under control are retrogressive. The present situation in developing countries reinforces the idea that the only reason out-of-hospital, midwife intensive birth still exists in places is because modern medical practice is not yet available.

However, we override biology at our peril. For example, if we stop using our bodies, they go wrong. It is 'modern' to get around in a car or public transport resulting in little walking much less running. Then science finds that our bodies need such exercise or we get cardiovascular problems. The post-modern idea is to go back to walking and running (jogging) and this is seen as progressive, not retrogressive. By the same token, humanizing maternity services is not retrogressive but post-modern and progressive.

Every change in the human condition, including development, has the potential for positive and negative effects. The positive effects of development overwhelm the negative effects until social and economic benefits reach everyone, then hidden negative effects begin to emerge. The negative effects of development on infant mortality, always there, have now emerged [2]. The negative effects of development on maternal mortality are also emerging. Obstetric interventions such as cesarean section sometimes save lives and sometimes kills — maternal mortality even for elective (non-emergency) cesarean section is 2.84-fold or nearly three times higher than for vaginal birth [3]. The maternal mortality ratio in the US, after decades of steady decline, rose from 7.2 in 1987 to 10.0 in 1990 according to the US Centers for Disease Control and Prevention [4]. While this ratio continued to decline in other industrialized countries, in the US the maternal death rate continued a slow but steady rise through the 1990s and according to the World Health Organization is now higher than at least twenty other highly industrialized countries [5].

Because WHO relied heavily in the past on obstetricians from highly developed countries with little or no experience in developing countries, their programs tended to emphasize the role of doctors in birth care. This is a double edged sword — when Safe Motherhood Programs

started in Brazil, it was gratifying to see maternal mortality fall significantly but meanwhile cesarean section rates soared, even in the poorest states (see below).

Obstetricians often claim 'high tech' medicalized maternity care in rich countries is real progress but the scientific evidence suggests otherwise. There has been no significant improvement in highly industrialized countries the past 20 years in low birth weight rates or cerebral palsy rates. The slight fall in the perinatal mortality rate the past 10 years in these countries is due only to a slight improvement in neonatal mortality associated with neonatal intensive care and not with obstetric care. In highly developed countries, all attempts to show lower perinatal mortality rates with higher obstetric intervention rates have failed. A US National Center for Health Statistics study comments: 'The comparisons of perinatal mortality ratios with cesarean section and with operative vaginal rates finds no consistent correlations across countries' [6]. A review of the scientific literature on this issue by the Oxford National Perinatal Epidemiology Unit states: 'A number of studies have failed to detect any relation between crude perinatal mortality rates and the level of operative deliveries' [7].

We are now at the point in maternity care in industrialized countries where the positive effects of development and technology are approaching the maximum and the negative effects are surfacing. This helps to explain why advances in technology and in development cannot lead to improvements in health unless the technology is in harmony with natural biological processes and is accompanied by humanized health care. A simple example. If an elective cesarean section is done after labor has started, it may in some cases facilitate natural processes. But waiting until labor starts means doctors lose the possibility of scheduling the procedure at their convenience. But if, as is almost always the case today, the doctor tries to circumvent natural processes by performing elective cesarean section before labor starts, there is a greater risk of respiratory distress syndrome and prematurity, both leading killers of newborn infants. We override nature at our peril.

This is why international development agencies such as the World Bank now acknowledge that economic development cannot lead to improvements in the human condition unless accompanied by social development, including education.

The greatest danger with western, medicalized birth is its widespread export to developing countries. Scientific evidence shows giving routine IV infusion to every woman in labor is unnecessary but such a practice in a rich country, while a waste of money, is not a tragedy. I have seen routine IV infusion during labor in small rural district hospitals in developing countries where the same hospitals have so little money they are reusing disposable syringes. Routine IV infusion during labor in developing countries is a tragic waste of extremely limited resources. When developing countries adopt western obstetric practices which are not evidence based, the result is other women in those countries dying of cancer not found early enough because of lack of funds for such unglamorous but essential care as outreach cancer screening programs for poor women.

Obstetricians, like all clinicians, work hard helping one patient at a time. In balancing efficacy and risks, doctors desire to help puts their focus on efficacy rather than risks. For example, in US publications there are 41 randomized controlled trials (RCT) on misoprostol (Cytotec) for labor induction proving efficacy but not a single RCT is large enough to adequately measure risks such as uterine rupture [8]. So the Cochrane Library recommends not using midoprostol for this purpose [9]. But it works and is easy and cheap so it is used widely in the US, even though not approved by the FDA for this purpose. Now research is emerging showing serious risks for using misoprostol for cervical ripening or labor induction in women with a uterine scar [10,11]. But it is too late for the many US women with previous cesarean section whose uterus ruptured after induction with misoprostol and their many dead babies. Misoprostol for labor induction on women with previous cesarean section in the 1990s joins prenatal X-ray pelvimetry in the 1930s, diethyl-stilbesterol (DES) for pregnant women in

the 1950s and thalidomide for pregnant women in the 1970s as examples of obstetric interventions which have had tragic consequences because they went into widespread use before adequate scientific evaluation.

Most clinicians cannot understand how population based scientific data applies to individual patients, resulting in, e.g. objections to using recommended rates for cesarean section [12]. This failure of some clinicians to understand epidemiology is often combined with the failure of public health professionals to confront clinicians regarding excesses in clinical practice because of their fear of the power of clinicians and their loyalty to colleagues in the same profession [13].

Clinicians in most places still rely on peer review and community standards of practice. Using fellow doctors as a central element in developing and monitoring practice guidelines predictably has failed. 'Community standards of practice', based on leading clinicians practices on individual patients, still are the gold standard even though they have been revealed as nothing more than 'that's what we all do', leading to a lowest common denominator standard of care rather than a best care standard based on evidence.

The one approach clinicians can understand is single case, anecdotal evidence. This approach leads to the 'what if' scenario in which applying population data to their practices is rejected by clinicians because 'what if' this or that goes wrong with an individual patient. There is no better example of this than planned out-of-hospital birth.

Many clinicians and their organizations continue to believe in the dangers of planned out-of-hospital birth, either in a center birth or at home, rejecting the overwhelming evidence that planned out-of-hospital birth for low risk women is safe. The clinician's response to this evidence is: 'But what if there is an out-of-hospital birth and something happens?' Since most clinicians have never attended an out-of-hospital birth, their 'what if' question contains several false assumptions. The first assumption: in birth things happen fast. In fact, with very few exceptions, things happen slowly during labor and birth and a true emergency when seconds count is extremely rare and,

as we will see below, often in these cases the midwife in the birth center or home can take care of the emergency.

The second false assumption, when trouble develops there is nothing an out-of-hospital midwife can do, can only be made by someone who has never observed midwives at out-of-hospital births. A trained midwife can anticipate trouble and usually prevent it from happening in the first place as she is providing constant one-on-one care, unlike in the hospital where usually nurses or midwives can only look in occasionally on the several women in labor for which they are responsible. If trouble does develop, with few exceptions the out-of-hospital midwife can do everything which can be done in the hospital including giving oxygen, etc. For example, with shoulder dystocia, there is nothing which can be done in the hospital except certain maneuvers of the woman and baby, all of which can be done just as well by the out-of-hospital midwife. The most recent successful maneuver for such shoulder dystocia reported in the medical literature is named after the home birth midwife who first described it (Gaskin maneuver) [14].

The third false assumption is there can be faster action in the hospital. The truth is in most private care the woman's doctor is not even in the hospital most of the time during her labor and must be called in when trouble develops. The doctor 'transport time' is as much as the 'transport time' of a woman having a birth center or home birth. Even in hospital births, when a cesarean section is indicated, it takes on average 30 min for the hospital to set up for surgery, locate the anesthesiologist, etc. In one study of 117 hospital births with emergency cesarean section for fetal distress, 52% of cases had a 'decision to incision' time of over 30 min [15]. So during this 30 min either the doctor or the out-of-hospital birthing woman are in transit to the hospital. This is why it is important for a good collaborative relationship between the hospital and the out-of-hospital midwife so when the midwife calls the hospital to inform them of the transport, the hospital will waste no time in making arrangements for the incoming birthing woman. These are the reasons there are no data whatsoever to

support the single case, anecdotal 'what if' scenario used by some doctors to scare the public and politicians about out-of-hospital birth.

Recently there is a desirable movement towards basing medical practice on evidence and many obstetricians work hard to bring their practices in line with the latest evidence. But still today many doctors are not familiar with recent evidence nor with the means to obtain it. In a 1998 British study 76% of practicing physicians surveyed were aware of the concept of evidence based practice, but only 40% believe that evidence is very applicable to their practice, only 27% were familiar with methods of critical literature review and, faced with a difficult clinical problem, the majority would first consult another doctor rather than the evidence [16]. This helps explain the continuing gap between clinical practices and the evidence.

Some obstetricians, as members of society, tend to blind faith in technology and the mantra: technology = progress = modern. The other side of the coin is the lack of faith in nature, best expressed by a Canadian obstetrician: 'Nature is a bad obstetrician.' In attempting to conquer nature, the 20th century has seen a series of failed attempts to improve on biological and social evolution. Doctors replaced midwives for low risk births, then science proved midwives safer [17–20]. Hospital replaced home for low risk birth, then science proved home as safe with far less unnecessary intervention [21–25]. Hospital staff replaced family as birth support, then science proved birth safer if family present. Lithotomy replaced vertical birth positions, then science proved vertical positions safer [26]. Newborn examinations away from mothers in the first 20 min replaced leaving babies with mothers, then science proved the necessity for maternal attachment during this time. Man-made milk replaced woman-made milk, then science proved breast milk superior. The central nursery replaced the mother, then science proved rooming-in superior. If more doctors experienced an earthquake or volcano, they would realize their ideas of controlling nature are nothing more than stories to rewrite insignificance.

### **3. Unnecessary cesarean section: symbol of dehumanization**

The quintessential example of medicalization and dehumanization of birth is unnecessary cesarean section (CS) in which the surgeon is in charge and the woman no longer has any control. CS saves lives but there is no evidence that rising CS rates the past two decades in many countries has improved birth outcomes [6,7]. How can this be? As indications for CS broaden and rates go up, lives are saved in a smaller and smaller proportion of all CS cases. But the risks of this major surgical procedure do not decrease with increasing rates. It is only logical that eventually a rate is reached at which CS kills almost as many babies as it saves.

Women and their babies are currently paying a big price for the promotion of CS by some doctors. The scientific data on maternal mortality associated with CS suggest the rising maternal mortality rates in the US and Brazil may be, at least in part, the result of their high CS rates [3]. Both these countries need to carefully audit all maternal deaths to test the strong hypothesis that rising rates of maternal death are associated with high rates of cesarean section. The data on other risks for both woman and baby associated with CS mean both are paying a big price both in the current birth and in future pregnancies as well [27].

Why so much unnecessary CS? When maternity care is controlled by doctors, and midwives are marginalized or absent, higher CS rates are found. Many studies have shown lower obstetric intervention rates when midwives attend low risk birth than when doctors are providing primary birth care to low risk women [28]. It is no coincidence that in the US, Canada and urban Brazil, where obstetricians attend the majority of normal births and there are few midwives attending few births, the highest CS rates in the world are found. Having a highly trained gynecological surgeon attend a normal birth is analogous to having a pediatric surgeon baby-sit a normal 2-year-old child. High CS rates are a symbol of the lack of humanization of birth.

The overuse of elective CS and other unneces-

sary obstetric interventions also threatens the larger community. Not even the richest countries in the world have the financial resources to transplant all the hearts, dialyze all the kidneys, give new hips to all the people who might benefit from these procedures. Choices must be made about which medical and surgical treatments to fund and these choices will determine who shall live. A CS which is done without any medical indication but only because a woman chooses it requires a surgeon, possibly a second doctor to assist, an anesthesiologist, surgical nurses, equipment, an operating theater, blood ready for transfusion if necessary, a longer post-operative hospital stay, etc. This costs a great deal of money and, equally importantly, a great deal of training of health personnel, most of which is at government expense, even if the CS is done by a private physician in a private hospital. If a woman receives an elective CS simply because she prefers it, there will be less human and financial resources for the rest of health care.

This dangerous drain on financial resources, as noted earlier, is far greater when CS practices in places like the US are exported to developing countries with far fewer resources for health services. For example, in one State in Brazil, 59 hospitals have CS rates over 80%, three health districts have CS rates over 70% while an additional 13 health districts have CS rates over 60% and the entire State has a CS rate of 47.7% [29]. Clearly this is a huge drain on Brazil's limited health resources. While some doctors claim these high rates are because Brazilian women request CS, recent research proves this is not the case (Professor A. Faúndes, personal communication).

The women of Brazil are also paying another price. The data given above proving the higher maternal mortality with elective CS in the UK are further substantiated by data showing a recent rise in maternal mortality rates in those areas of Brazil with these shockingly high CS rates [30]. CS on demand is an expensive and dangerous luxury.

In the light of these issues, the Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health of FIGO (the international umbrella organization of national obstetric organiza-

tions) states in a 1999 report: 'Performing cesarean section for non-medical reasons is ethically not justified' [31]. There are also individual obstetricians and some medical organizations working to bring down CS rates and humanize birth.

#### 4. Solutions

So far we have not been clever enough, in developed or developing countries, to take the advantages of medicalized birth care while avoiding the disadvantages such as the drift to obstetric excesses. Humanizing birth has the potential to combine the advantages of western medicalized birth with the advantages of redirecting the care so as to honor the biological, social, cultural and spiritual nature of human birth. There are several strategies for humanization of birth — strategies which will put the woman and the family back in control of the birth of their own child while empowering the woman to believe in herself through experiencing what her own body can accomplish.

The first strategy is education. Those who control information hold the power. In the past the medical profession often has maintained control of medical care through protecting and withholding information. Patient confidentiality, a legitimate excuse for limiting access to information on individual patients, is not an excuse for limiting information on grouped data such as hospital data and community data. The information revolution is profoundly changing medical care. The advent of the internet and world wide web is having a profound effect on bringing medical information to everyone. In the new millennium a global movement is demanding accountable and transparent health care practitioners and health care facilities (including hospitals) as a basic requirement of any democracy. Complete and honest information must be given to the public, even when it means doctors give up power and, in some cases, can threaten the continuation of certain obstetric practices — maternal mortality rates a prime example.

Full information on the good and bad results of

medicalized birth must be given to health care practitioners, public health officials, politicians and the public. Everyone must see the water that many doctors and hospitals are swimming in and see that sometimes there are sharks that may not eat doctors but may eat some women and babies.

The need to broaden the horizon of doctors concerning maternity care is not a new problem. In a medical book from the year 1668: 'Doctors who have never seen a home birth and yet feel competent to argue against it resemble those geographers who give us the description of many countries which they never saw.' We must require doctors to look at the water in which humanized maternity care exists in order to get a physiological standard against which they can measure all their experiences. In an obstetric training program in The Philippines, every doctor must attend a minimum number of planned home births. Every obstetric training program should require visits to planned out-of-hospital births, including birth centers and home births. Midwives and obstetric nurses in training need the same experience.

The education of women, especially pregnant women, is of paramount importance but here the issue is: what the women are told. In some places prenatal education programs are controlled by a few obstetricians who insist on giving only doctor-friendly information to pregnant women. Many anesthesiologists in the US have managed to gain access to prenatal classes where they preach the wonders of epidural block and usually say nothing about the considerable risks of this invasive procedure.

More recently, for some doctors to succeed in promoting women choosing cesarean sections for which there are no medical indications it is necessary to provide limited, highly selected information [27]. It is highly unlikely women would ever consider choosing CS if they were given the full scientific evidence on the risks for themselves and their babies. The key ethical issue is not the right to choose or demand a major surgical procedure for which there is no medical indication but the right to receive and discuss full, unbiased information prior to any medical or surgical procedure.

A liberated woman correctly strives not to be controlled by men, an effort even more difficult if she lives in a male chauvinist society. There are many ways in which women giving birth in hospitals in 'macho' cultures are oppressed and given the message that they are not important and not free but controlled by often belligerent staff — for example they are told not to make loud noise with labor contractions.

But if a woman accepts the medicalized, male dominated obstetric model of care with its selective information, she gives up any chance to control her own body and make true choices. Volumes have been written about how liberating and empowering it is for a woman to give birth when she controls what happens. Without fully informed choice, she will give up any control and comply with the wishes of the doctors and hospitals. Sadly a few feminists who correctly fight for women's rights have been drawn into believing biased doctor-friendly information and as a result have unwittingly promoted the right of women to demand obstetric procedures which are dangerous to them and their babies.

A second strategy for humanization of birth is the promotion of evidence based maternity practices. Peer review and community standards of practice have failed to close the gap between present obstetric practices and the evidence. And in many places public health professionals and government agencies have failed to aggressively pursue closing the gap between obstetric practices and evidence, often out of fear of the power of the medical establishment [13].

When speaking to hospital obstetric departments, I present a simple table with their own rates of interventions (induction, episiotomy, lithotomy, operative vaginal, cesarean section) in a column on the left and the evidence-based rates opposite in a column on the right. The ensuing discussion is often characterized by more heat than light, always with at least a few doctors as concerned as I about the gap between their practices and the evidence. As we enter the era of post-modern medical care, the GOBSAT (Good Old Boys Sit Around Table) clinical practice guidelines of yore, royalist in sentiment and pompous in tone, will be replaced by evidence

based practice guidelines approved by the community.

Another essential strategy in humanizing birth is: who is the primary care giver for women during pregnancy and birth. The tradition of doctors insisting on controlling their own practices with little or no interference from the community or its representatives goes back a long time. As long as doctors provide primary care to normal, healthy pregnant and birthing women, women will not be in control and humanization of maternity care will not happen.

Countries must work hard not to allow doctors to come from places with highly medicalized maternity care like the US and try to sell the system of maternity care of the visiting doctor. Maternity care in the US has extreme medicalization as doctors give primary care to over 90% of normal, healthy women giving birth. As a result, birth is a surgical procedure with high rates of unnecessary interventions. Women giving birth are disempowered and there are huge wastes of resources, financial and professional. In the US, twice as much is spent per capita on maternity care as any other country and midwives are marginalized. This is not a system to emulate — the US maternal mortality rate, perinatal mortality rate and infant mortality rate are much higher than the rates in nearly every other industrialized country.

By contrast, midwifery has a long tradition of placing the birthing woman in the center with all the control in the woman's hands and with the midwife providing the kind of support which will empower the woman and strengthen the family. For this reason, having primary maternity care in the hands of midwives is a central strategy in humanization of birth.

Countries might want to study the maternity care in countries much further along the road to humanization such as New Zealand, The Netherlands, and Scandinavian countries. In these countries, over 80% of women see only midwives during pregnancy and birth (in or out of hospital) and they have some of the lowest maternal and perinatal mortality rates in the world.

Considerable scientific research has demonstrated four major advantages to autonomous midwifery. First, there can no longer be any doubt

that midwives are the safest birth attendant for low risk birth. One meta-analysis of 15 studies comparing midwife-attended birth with physician attended birth found no difference in outcomes for women or babies except for fewer low birth weight babies with midwives [17]. Two randomized controlled trials (RCT) in Scotland [18,19] and six RCTs in North America all found no increase in adverse outcomes with midwife-attended birth [28].

The most definitive study of the safety of midwife-attended birth, published in 1998, looked at all births in 1 year in the US — over 4 million births. Selecting only singleton, vaginal births and removing cases of social or medical risk factors, they compared outcomes between midwife-attended low-risk births and physician-attended low-risk births. Compared with physician-attended low-risk births, midwife-attended births had 19% lower infant mortality, 33% lower neonatal mortality and 31% lower low birth weight rates [20].

After reviewing the extensive evidence for the safety of midwives, a recent article in an obstetric journal concludes: ‘a search of the scientific literature fails to uncover a single study demonstrating poorer outcomes with midwives than with physicians for low-risk women — evidence shows primary care by midwives to be as safe or safer than care by physicians’ [28].

The second advantage of midwives over doctors as primary birth attendants is a drastic reduction in rates of unnecessary invasive interventions. Scientific evidence shows that, compared with physician-attended low-risk birth, midwife-attended birth has statistically significantly: less amniotomy, less IV fluids or IV medication, less routine electronic fetal monitoring, less use of narcotics, less use of anesthesia including epidural block for labor pain, less induction and augmentation, less episiotomy, less forceps and vacuum extraction, less cesarean section, more vaginal birth after cesarean section [28].

The third advantage of using midwives as the principal birth attendant for most births is cost savings. While it varies from country to country, midwives salaries are almost always considerably less than doctor’s salaries. And of course, the lower intervention rates with midwives mean ma-

ior cost savings. In a paper reviewing the data on cost saving [28], one study found a cost saving of US \$500 for every case where a midwife is birth attendant.

Another advantage of midwifery care, often disparaged by advocates of medicalized birth, is the pregnant and birthing woman’s satisfaction with her care. The evidence in the literature is overwhelming: midwifery care is statistically significantly more satisfying to the woman and her family [28].

Since hospitals are doctor territory and no woman has ever been in control of her own care in a hospital setting, another important strategy for humanization of birth is to move birth out of the hospital. There have always been and always will be women everywhere who choose planned home birth and need a midwife to attend the birth. But today, as a result of decades of propaganda about how dangerous birth is and how safe hospital birth is, told by doctors who are themselves afraid of birth and need the security of hospitals, there are many women who have bought into the myth that home birth is dangerous.

It is unbelievable that obstetric organizations in some highly industrialized countries such as the US still have the same official policy against home birth which they wrote in the 1970s. At that time analyses of out-of-hospital births did not separate planned home birth from unplanned precipitous out-of-hospital birth and the latter had high mortality due to preemies born in taxis, etc. Then when scientists separated out planned home birth, it proved to have perinatal mortality rates as low or lower than low risk hospital birth. A large scientific literature documents this, including when the home birth practitioner is a nurse midwife [21] or when the midwife is not also trained as a nurse [22–24]. A meta-analysis of the safety of home birth, published in 1997, conclusively demonstrates the safety of home birth and includes an excellent review of the literature [25].

So the real issue with home birth is not safety but freedom and sanctity of the family. For the over 80% of women who have had no serious medical complications during pregnancy, planned home birth is a perfectly safe choice. Any doctor, hospital or medical organization attempting to

discourage a low risk woman from choosing home birth is denying basic human rights by withholding full-unbiased information and limiting a woman's freedom of choice of place of birth. The birth of a baby is one of the most important events in the life of the family and when the family chooses a planned home birth, the sanctity of the family must be honored.

Because of the frightening propaganda of many in the obstetrical profession about how dangerous birth is, many women want the freedom to control their own birthing but need the 'security' of an institution. How can women today be in control of giving birth and be empowered by birth and be assisted by a midwife and still feel comfortable and protected by an institution? By choosing an alternative birth center (ABC) which is 'free-standing' (i.e. out-of-hospital) and staffed by midwives.

The first essential characteristic of an ABC is that it is free of any control by a hospital. A hospital which claims to have a 'birth center' is like a bakery which claims to sell 'home-baked bread' To be a birth center, the birthing woman must be in control of everything that happens to her and her baby. This means the ABC should be staffed with midwives using protocols made by midwives.

The type of care provided in an ABC is quite different from a hospital. In a hospital the doctor is always in absolute control while in an ABC the woman is in control. In the hospital the emphasis is on routines while in the ABC the emphasis is on individuality and informed choice. Hospital protocols are designed with all the possible complications in mind while ABC protocols focus on normality, screening and observation. In hospitals pain is defined as an evil to be stamped out with drugs while in the ABC it is understood that labor pain has a physiological function and can be relieved with scientifically proven, non-pharmacological methods such as immersion in water, changing position and moving about, massage, presence of family, continuous presence of the same birth attendant.

In the hospital, induction is frequent using powerful, dangerous drugs that increase pain while in the ABC labor is stimulated with non-

pharmacological methods including walking and sexual stimulation such as massage of the nipples. In the hospital, staff are not always present and change every 8 h while in the ABC there is the continuous presence of one midwife throughout the labor. In the hospital the new baby is taken away from the mother for various reasons such as doing a newborn examination while in the ABC the new baby is never taken from the mother.

Are ABCs a safe place for a woman to give birth if she has had no complications during the pregnancy? This is a key question because in the struggle between the medicalized and humanized approaches to maternity care, the ABC is a big threat to doctors and hospitals and the industry producing all the obstetric technologies. Because medicalized birth is so expensive with costly hospital stay, highly paid obstetricians using so much costly high tech intervention, the doctors and hospitals must convince the public and those who control funding of health services that their way is the only safe way. Otherwise they will quickly lose much of their business. So obstetric organizations usually fight against all birth where they are not in control. Their first line of defense against any planned out-of-hospital birth is to label it unsafe.

The only way to determine if ABCs are safe is to turn to the scientific evidence. A thorough review of the scientific evidence on ABCs [32] reports that in the 1970s and 1980s there were a number of descriptive studies on ABCs. Then in 1989 a most important paper on ABCs was published: 'The US National Birth Center Study' involving 84 ABCs and 11 814 births [33].

Regarding safety, the US National Birth Center Study had no maternal mortality and an intrapartum and neonatal mortality rate of 1.3 per 1000 live births, a rate comparable with the rates in low risk hospital births. The infant mortality rate and Apgar scores in the ABCs was also comparable with low risk hospital rates. Sixteen percent of ABC births were transferred to the hospital. Such rates of transfer of planned ABC birth to hospital because of complications compare favorably with the number of planned hospital births which are transferred from the labor rooms to the surgical suite because of complications. The intention to treat analysis was used in

which all complications, interventions and outcomes from ABC births transferred to hospital are included in the ABC statistics.

The safety of ABC birth is further substantiated by eight additional studies done in the 1990s in which the outcomes of ABC births — perinatal mortality, neonatal mortality, Apgar scores, low birth weight rates — in all studies were as good or better than the outcomes with hospital birth [32].

In addition to the evidence for the safety of ABCs, these studies had further data on the characteristics of women choosing ABCs. After their ABC birth was over, 99% said they would recommend ABC birth to their friends and 94% said they would return themselves to the ABC for any future births. A RCT found that 63% of ABC women had an increase in self-esteem while 18% of women with hospital birth had an increase in self-esteem [32].

With regard to the promotion of breastfeeding, studies in the US, Denmark and Sweden all found significantly increased rates of successful breastfeeding in ABC women.

The review of literature on ABCs [32] compared a number of obstetrical intervention rates in the US National Birth Center Study with the rates of obstetrical intervention in all hospitals in one State (Illinois). In ABCs, 99% were spontaneous vaginal births compared with 55% of hospital births. Less than 4% of ABC births had induction or augmentation with artificial rupture of membranes and/or oxytocin compared with 40% of hospital births. Routine electronic fetal monitoring was done in 8% of ABC births and 95% of hospital births.

Regional or general anesthesia (including epidural block) was done in 13% of ABC births and 42% of hospital births. Operative vaginal birth (forceps or vacuum) was done in less than 1% of ABC births and 10% of hospital births. Cesarean section was done in less than 5% of ABC births and in 21% of hospital births. Looking at these comparisons of interventions, clearly the logical question is not if ABC birth is safe but if hospital birth is safe.

As the news about the safety of ABCs spreads, more and more are being established. In the past

10 years, Germany has gone from having one ABC to over 50 ABCs. In Japan, a network of midwife birth houses provided a significant part of maternity services the first half of the last century but during the American occupation, US Army doctors and nurses put pressure on the Japanese to close the birth houses. Now, however, there is a resurgence of birth houses in Japan.

Another strategy in humanizing birth is to integrate out-of-hospital and in-hospital birth care and practitioners. This was accomplished with excellent results in Fortaleza, Brazil with community-based traditional midwives collaborating closely with hospital obstetricians [26]. This model program, which had gained worldwide recognition, was sadly eliminated when the visionary obstetrician who established it died. Data from places such as Australia show that when home birth midwives and local hospital doctors collaborate, fewer babies die and everyone learns from each other.

Birth is political. An essential strategy is for advocates of humanized birth to be politically active. Politicians and government agencies make crucial decisions about maternity care and their education about and involvement in humanization of birth is essential. Advocates of humanized birth must warn politicians and policy makers of the use of scare tactics by some of the more reactionary elements of the medical and nursing establishment who raise the issue of safety and claim without a shred of evidence that humanized birth is dangerous — that midwives are less safe than doctors and out-of-hospital birth less safe than hospital birth.

Another common scare tactic is for some obstetricians to say that every out-of-hospital birth transported to the hospital is a 'train wreck'. The answer to this criticism is 'of course'. A competent out-of-hospital midwife will only transport those few cases where there is a serious problem requiring surgical interventions not available in the home. So for the obstetricians who have never attended a home birth (in many places this is nearly all obstetricians), these out-of-hospital transports with problems are their only experience with out-of-hospital birth and they erroneously assume these cases are representative of

all out-of-hospital birth. This is why doctors need to experience out-of-hospital birth first hand.

These scare tactics are motivated by the attempt of some doctors (and sometimes nurses) to protect maternity care as their territory. Often doctors attempt to overwhelm legislators with technical language which implies that only doctors can possibly understand so the listener must simply 'trust me, I'm a doctor'. Politicians and policy makers should be urged to ask those making these scare statements: 'Please show me the scientific data to prove what you are saying' It can also be illuminating for legislators to ask those making scare statements how many out-of-hospital births they have attended.

## 5. Conclusion

The final solution is to evolve new social and political forms for the medical profession and for medical care. And there are obstetricians joining in the effort to find these new forms for their profession. Maternity care needs turning around so that, instead of drifting away from physiology and from the social and cultural environment, the process moves toward respecting and working with nature and with the woman and family, turning control of medical care over to the people. For those who fear chaos, remember Churchill's warning: democracy is the worst form of government until one considers the alternatives

This turn around has started in places with local public committees deciding on health care policies and priorities — post-modern maternity care Everything about pregnancy and birth — how it is perceived by society, how the pain of birth is endured by women, how birth is 'managed' by birth attendants — is highly cultural. Local control leads to empowerment of women which, in turn, leads to a stronger family and society — local women need to give birth in local waters. People have been swimming in the physiological, social and cultural primordial sea for a long, long time, can see the water, know where the sharks are and are adept at eventually finding their way forward to reclaiming humanized birth.

## References

- [1] World Health Organization Having a baby in Europe. European Regional Office, 1985
- [2] Wagner M. Public health aspects of infant death in industrialized countries the sudden emergence of sudden infant death *Ann Nestle* 1992,50 2.
- [3] Hall M, Bewley S Maternal mortality and mode of delivery *Lancet* 1999;354 776.
- [4] McCarthy B US maternal death rates are on the rise *Lancet* 1996,348-394.
- [5] World Health Organization. WHO revised estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF Report no. WHO/FRH/MSM/96 11. Geneva: WHO, 1996.
- [6] Notzon F International differences in the use of obstetric interventions *J Am Med Assoc* 1990,263-3286–3291
- [7] Lomas J, Enkin M Variations in operative delivery rates In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, editors *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* Oxford. Oxford University Press, 1989.
- [8] Wagner M Misoprostol (cytotec) for labor induction a cautionary tale, *Midwifery Today* 1999,49 31–33
- [9] Hofmeyr GJ Misoprostol administered vaginally for cervical ripening and labor induction with a viable fetus, *The Cochrane Library* 1999,2 1–18
- [10] Plaut M, Schwartz M, Lubarsky S Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999,180-1535–1540.
- [11] Blanchette H, Nayak S, Erasmus S Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol with those of dinoprostone for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1999,180-1543–1550.
- [12] Sachs B, Castro M, Frigoletto F The risks of lowering the cesarean-delivery rate *New Engl J Med* 1999; 340 54–57
- [13] Wagner M. The public health versus clinical approaches to maternity services the emperor has no clothes *J Public Health Policy* 1998,19 25–35
- [14] Bruner J All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor *J Reprod Med* 1998,43.439–443.
- [15] Chauhan S, Roach H Cesarean section for suspected fetal distress does the decision-incision time make a difference? *J Reprod Med* 1997,42.347–352
- [16] Olatunbosun O, Edouard L, Pierson R. British physician's attitudes to evidence based obstetric practice. *Br Med J* 1998,316-365
- [17] Brown S, Grimes D. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res* 1995,44-332–339
- [18] Hundley V, Cruickshank R, Lanf G, Glazener C Midwifery managed delivery unit a randomized controlled comparison with consultant led care *Br Med J* 1994,309 1401–1404

- [19] Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care *Lancet* 1996,348:213–218.
- [20] MacDorman M, Singh G Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA *J Epidemiol Commun Health* 1998,52 310–317
- [21] Murphy P, Fullerton J Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice a prospective descriptive study *Obstet Gynecol* 1998,92:461–470
- [22] Durand AM The safety of home birth: the farm study *Am J Public Health* 1992;82 450–453
- [23] Schramm W Neonatal mortality in Missouri home births *Am J Public Health* 1987,77 930–935
- [24] Hinds M Neonatal outcome in planned v unplanned out-of-hospital births in Kentucky *J Am Med Assoc* 1985,253:1578–1582
- [25] Olsen O Meta-analysis of the safety of home birth *Birth* 1997,24:4–16
- [26] Wagner M Pursuing the birth machine the search for appropriate birth technology. Sydney: ACE Graphics, 1994
- [27] Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000,356:1677–1680
- [28] Wagner M. Midwifery in the industrialized world *J Soc Obstet Gynecol Can* 1998,20 1225–1234
- [29] Rattner D Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* 1996,30 19–33
- [30] Secretariat of Health, Sao Paulo State, Brazil, 1999
- [31] FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. *Int J Gynecol Obstet* 1999,64:317–322.
- [32] Stephenson P, Ford Z, Schaps M Alternative birth centers in Illinois a resource guide for policy makers University of Illinois at Chicago Center for Research on Women and Gender, and the Health and Medicine Policy and Research Group, 1995
- [33] Rooks J The National Birth Center Study *New Engl J Med* 1989,321:1804–1811

# MIDWIFERY IN THE INDUSTRIALIZED WORLD

Marsden Wagner, MD, MSPH,

Former Regional Officer  
for Women's and Children's Health,  
World Health Organization

## ABSTRACT

*Because of the successful attempt at the beginning of this century to dismantle midwifery in Canada and the United States, there is much ignorance and misunderstanding among the public and health professionals about the essential role of midwives in modern maternity services. With the renaissance of midwifery in North America, health administrators, health providers and the public need information about modern midwifery.*

*Midwifery is primary health care for women with a focus on reproductive health. Key elements of the midwifery model of care are normality, facilitation of natural processes with the minimal amount of evidenced-based intervention, and the empowerment of the woman and the family.*

*Scientific evidence proves that: midwives are as safe or safer than doctors for primary maternity care; using midwives greatly reduces the rates of unnecessary obstetrical interventions; midwifery services lead to considerable cost savings; midwives have more success in reaching socially disadvantaged groups; women have more satisfaction with midwife-managed care.*

*In nearly every industrialized country outside North America, midwives provide primary maternity care, and obstetricians, generally, are hospital-based specialists providing tertiary maternity care. In Scandinavia, the Netherlands, New Zealand and other countries, all prenatal, intrapartum and post-partum care for at least 70 percent of women is provided solely by midwives. These countries have much lower obstetrical intervention rates than Canada, and have maternal and perinatal mortality rates equal to and, in some cases, better than Canada.*

*An autonomous midwifery profession in equal standing with the medical profession is a key component of an optimal modern maternity care system.*

## RÉSUMÉ

*Au début du vingtième siècle on a réussi à abolir la pratique des sages-femmes au Canada et aux États-Unis. Pour cette raison, le rôle essentiel que peuvent jouer les sages-femmes dans les services de maternité modernes fait l'objet de beaucoup d'ignorance et de fausses conceptions non seulement de la part du public mais même chez les professionnels de la santé. Cependant l'intérêt renouvelé que suscitent les sages-femmes en Amérique du Nord oblige les administrateurs et les professionnels de la santé de même que le public à se renseigner sur ce sujet.*

*Les sages-femmes offrent des soins de santé primaires pour les femmes et se spécialisent en reproduction. Les éléments essentiels de cette pratique sont la normalité, la facilitation des processus naturels avec un minimum d'intervention opératoire et la prépondérance accordée à la femme et à la famille.*

*Les recherches scientifiques confirment les arguments suivants: les sages-femmes sont aussi sûres sinon plus sûres que les médecins en matière de soins de maternité primaires; le recours aux services des sages-femmes entraîne une réduction considérable des coûts; les sages-femmes réussissent mieux à oeuvrer dans les milieux socialement désavantagés, les femmes éprouvent plus de satisfaction lorsque leurs soins sont la responsabilité des sages-femmes.*

*Dans la presque totalité des pays industrialisés à l'exception de l'Amérique du Nord, les sages-femmes fournissent les soins de maternité primaires et les obstétriciens, en général, interviennent dans les hôpitaux pour offrir les soins de maternité tertiaires. En Scandinavie, en Hollande, en Nouvelle-Zélande et dans d'autres pays, tous les soins durant la grossesse, l'accouchement et les soins de post-partum fournis*

successful VBACs. \* Several studies found the physicians' more frequent use of epidural block to control labour pain as another reason for the higher Caesarean section rates among physicians.

A recent book evaluates the serious overuse of obstetrical interventions, including the role of midwifery in the reduction of such overuse.<sup>11</sup> A maternity care system in which midwives provide primary care and obstetricians provide tertiary care has been proven scientifically to have less unnecessary interventions and, thus, be safer.

Another advantage of midwifery care is cost savings. As no data can be found comparing costs of midwifery services with physician services in Canada, it is necessary to turn to data from the United States and the United Kingdom. Although data about costs are difficult to apply across health care systems, it is reasonable for the moment to assume that costs will be in the same direction in Canada as in these other countries.

Not only do midwives have lower salaries and incomes than physicians, in addition, their proven lower intervention rates produce great cost savings. Only a few examples from the large literature on maternity costs can be included. A study at the University of Michigan showed the average total cost for care of obstetrician's patients was \$548 higher than average total costs of midwives' clients.<sup>12</sup> Another study reported a 13 percent reduction in payroll costs in the obstetrics and gynaecology department of a large US health maintenance organization by using midwives.<sup>13</sup> A recent study found a 12.2 percent greater use of resources by obstetric patients than by midwifery clients in another university hospital.<sup>18</sup>

Obstetrician intensive care is expensive. Canada, with a population of around 30 million, has approximately 3000 obstetricians while the United Kingdom, with a population of around 57 million, has approximately 1000 obstetricians. Canada has three times the number of obstetricians for half as many people because, unlike the United Kingdom, Canada does not have a full complement of midwives.

A Professor at Johns Hopkins University has calculated the annual health care cost saving in the United States, by using midwifery for 75 percent of births instead of the present five percent, to be 8.5 billion dollars, the annual savings by eliminating routine EFM to be 675 million dollars, the annual savings by lowering the Caesarean section rate to 15 percent to be 1.5 billion dollars, for a

total savings by developing midwifery care and demedicalizing birth in the US to be 13 to 20 billion dollars a year.<sup>14</sup> Whether paid for by private parties, insurance companies, health maintenance organizations or a national health care system, this much higher cost of obstetrician intensive maternity care is borne by the public.

An important advantage of midwifery care which receives too little attention is the ability of 'user friendly' midwives successfully to reach the hard to reach, underserved, socially disadvantaged groups. A case in point is the success of midwives in serving Inuit women in the Canadian North.<sup>15</sup> The Institute of Medicine in the United States, in a report on ways to improve utilization of prenatal care and thereby reduce low birth weight, pointed out the special ability of midwives to reach low-income women, adolescents, minority groups, inner city and rural groups.<sup>16</sup>

A final advantage of midwifery care, often disparaged by those following the medical model, is the woman's degree of personal satisfaction with her care. The midwifery model emphasizes the importance of women's satisfaction. The evidence in the literature is overwhelming: midwifery care is statistically significantly more satisfying to the woman and her family.<sup>11</sup>

## MIDWIFERY IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES OUTSIDE NORTH AMERICA

In Western Europe and other industrialized countries, midwifery is seen as a separate profession, and there is no confusion, as in North America, as to whether midwifery is the practice of medicine. In nearly all countries, midwifery is regulated by a board of midwives. A handful of countries have, in the past, required students to train first as nurses before coming to midwifery training. This is changing, as fewer and fewer countries maintain this policy. In some countries, for example Germany, being trained as a nurse makes it far more difficult to enter midwifery training. This trend is a result of the growing appreciation that nursing and midwifery are two separate professions with different methods and goals, and a different relationship to physicians.

In every highly developed country outside North America, midwives provide primary maternity care and obstetricians, generally, are hospital-based specialists providing tertiary maternity care. In Scandinavia, after an initial screening examination by the family physician at the time of the diagnosis of pregnancy, over 75 percent

37 grams heavier for the certified nurse midwife attended than for physician attended births."<sup>12</sup>

In summary, a search of the scientific literature fails to uncover a single study demonstrating poorer outcomes with midwives than with physicians for low-risk women. An advantage to midwifery care is that evidence shows primary care by midwives to be as safe or safer than care by physicians.

Another major advantage of using midwives routinely for primary maternity care is a marked reduction in the unnecessary use of obstetrical interventions. Here a large literature applies which can be only briefly summarized. The meta-analysis cited above found midwifery care to be associated with greatly decreased rates of anaesthesia and IV fluid use, moderate decreases in narcotics use, use of forceps, electronic fetal monitoring (EFM) and amniotomies, and greatly increased rates of spontaneous vaginal births.<sup>3</sup> Six studies published since 1992, comparing midwifery care with physician care, all found statistically significant differences in the rates of obstetrical interventions.<sup>13-18</sup> These studies found midwifery care to have significantly lower rates of EFM, analgesia including epidural block, episiotomies, oxytocin use, forceps and vacuum extraction. One Scottish RCT found the midwife-managed delivery unit to have statistically significant less use of electronic fetal monitoring and analgesia and more freedom of mobility.<sup>10</sup> The other Scottish RCT found midwife-managed care to have significantly less use of: electronic fetal monitoring; induction; episiotomy (no increase in perineal tears).<sup>11</sup>

Many studies, including some cited above, also found lower Caesarean section rates with midwifery care. A survey of 419 hospital midwifery practices and 41 free standing birth centre midwifery practices in the US found an overall Caesarean section rate for all midwives of 11.6 percent, about half the national rate at the time.<sup>19</sup> A study in Western Canada found a four percent Caesarean section rate among midwives compared to 15.1 percent among physicians, a statistically significant difference in spite of a small sample size.<sup>20</sup>

An important reason that midwifery care leads to far fewer Caesarean sections is the far higher rates of successful vaginal birth after Caesarean section (VBAC) with midwifery care. The survey of midwives cited above found an attempted VBAC rate of 88 percent and a successful VBAC rate of 78 percent among midwives compared with a national rate at that time of 21 percent

Among  
the women  
who stopped HRT  
within a year,  
almost

45%

did so because of  
*side*  
*effects*

(n = 352 at 8 months)

(Br J Obstet Gynaecol 1992;  
99(4): 325-328)



FOURNIER

▼ ▼ ▼

the normal processes to such an extent that 30 percent of women cannot give birth on their own but must be assisted by cesarean section, forceps or vacuum equipment to pull the baby out of its mother."<sup>1</sup>

The key elements in the midwifery model, then, are normality, facilitation of natural processes with the minimal amount of evidence-based interventions, and the empowerment of the woman and the family.

By contrast, for a highly trained, highly skilled surgeon (an obstetrician) to give primary maternity care, including routine prenatal care to healthy women, and assist at uncomplicated births is analogous to asking a paediatric surgeon to babysit healthy two year olds. Such a baby sitter will come with a very high fee, and the costs will be even higher when the healthy baby gets tired and fussy and the surgeon turns to medication to calm things down.

#### ADVANTAGES OF MIDWIFERY CARE

Are midwives safe? While some doctors suggest they are not as safe as doctors, it is essential to look at what the scientific evidence has to say. Earlier research is summarized in a review of publications between 1925 and 1984.<sup>5</sup> The studies were consistent in finding similar or better maternal and infant morbidity and mortality rates when midwife care was compared with care provided by physicians. These were not randomized controlled trials (RCTs) and were often before and after studies. However, in all the studies reported in this review and in all studies cited in this paper, procedures or outcomes that occurred to clients of midwives who were transferred to physician care were counted as having occurred to a midwife's client.

As one example of earlier research, in the 1960s, in Madera County, California, midwives were brought in by the Health Authorities to provide maternity care in an area where there had never before been midwives, and maternity care was previously provided by doctors. A statistically significant drop in the rates of prematurity and neonatal mortality followed. However, after several years, backlash from local doctors resulted in the firing of all midwives. There followed a rebound of prematurity and neonatal mortality rates to the level prior to the introduction of midwives.<sup>6</sup>

In the mid-1980s, the Office of Technology Assessment (OTA) of the US Congress conducted its own review of the scientific literature on the safety and effectiveness of midwifery care. The OTA concluded that

midwives manage low-risk pregnant and birthing women as well as, if not better than, physicians.<sup>7</sup>

A meta-analysis search of reports in which the research methods satisfied stringent scientific criteria, published in 1995, yielded 15 papers comparing outcomes of midwifery care and physician care.<sup>8</sup> No significant differences in outcome measures, including fetal distress or Apgar scores, were noted, with one exception. There was a statistically significant reduction in low birth weight rates when prenatal care was provided by midwives.

A study in Canada compared the quality of prenatal care provided by midwives and physicians.<sup>9</sup> Using the recommendations for prenatal care from the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) and the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), independent assessors found 84 percent of midwives provided superior or adequate prenatal care compared to 40 percent of family physicians.

More recently, two RCTs, both in Scotland, compared midwife care with care involving physicians. One RCT, comparing a midwife-managed delivery unit with a consultant-led labour ward, found no difference in neonatal mortality, while Apgar scores at one and five minutes and cord pH were identical in both groups.<sup>10</sup> The other RCT compared "midwife-managed care," in which all prenatal, intrapartum and post-partum care was provided by a particular midwife, with "shared care" in which women received care from a variety of physicians and midwives.<sup>11</sup> The maternal, fetal and newborn outcomes with midwife-managed care were as good (as safe) as with "shared care."

Most recently, a study carried out by the United States National Center for Health Statistics, published in 1998, used the entire United States birth cohort for 1991 of approximately four million live births, and compared 100 percent of certified nurse midwife-delivered births (n=153,194) with a 25 percent random sample of physician-delivered births (n=686,644).<sup>12</sup> To limit patient population differences between the two groups, only singleton, vaginal births at 35 to 43 weeks gestation were included. The authors summarize the results: "After controlling for social and medical risk factors, the risk of experiencing an infant death was 19 percent lower for certified nurse midwife attended than for physician attended births, the risk of neonatal mortality was 33 percent lower, and the risk of delivering a low birth-weight infant 31 percent lower. Mean birthweight was

essential for North Americans to understand that Canada and the United States are the only two countries in the industrialized world where today midwives are not the birth attendants at the majority of births. Everywhere else, midwifery is a well-established, well-respected health profession, midwives far outnumber obstetricians, and midwifery and medicine are distinct professions, inherently complementary, and based on overlapping but distinct bodies of knowledge.

Midwifery is primary health care for women. While often limited to primary maternity care, it may include such other aspects of women's reproductive health as family planning and reproductive tract infections. A midwife is analogous to a family physician in providing primary care and referring to specialist care as needed. A midwife who transfers a labouring woman to an obstetrician is no more incompetent than a family physician who refers a patient with a heart problem to a cardiologist. Obstetricians do not impose standards of practice or practice protocols on midwives any more than midwives impose the same on obstetricians. It is active collaboration based on mutual respect between health professionals of equal standing.

The midwifery approach to care is well summarized in a recent book, recommended to anyone interested in learning more about midwifery in North America:

"Whereas medicine focuses on the pathological potential of pregnancy and birth, midwifery focuses on its normalcy and potential for health. Pregnancy, childbirth and breast-feeding are normal bodily and family functions. That they are susceptible to pathology does not negate their essential normalcy and the importance of the non-medical aspects of these critical processes and events in people's lives. Midwives know about the medical risks, identify complications early, and collaborate with physicians to ensure medical care for serious problems. But attention to the medical aspects of these complex processes, although essential, is not sufficient (emphasis mine).—The midwife strives to support the woman in ways that empower her to achieve her goals and hopes for her pregnancy, birth and baby, and for her role as mother. Midwives believe that women's bodies are well designed for birth and try to protect, support and avoid interfering with the normal processes.—This is a far cry from prenatal care that focuses primarily on the uterus and fetus, the possibility of pathology, and a sequence of tests and procedures: and on childbirth care that interferes with

Up to  
**75%**  
of women  
who start  
Hormone  
Replacement  
Therapy (HRT)  
are reported  
to drop out within  
the first 6 months

(Int J Gynaecol obstet 1996;  
52(3): 21-25)



**FOURNIER**

*exclusivement par des sages-femmes dans au moins 70 % des cas. Ces pays connaissent des taux d'interventions obstétricales plus bas que ceux du Canada. Leurs taux de mortalité maternelle et périnatale sont égaux ou même, dans quelques cas, inférieurs à ceux du Canada.*

*L'existence d'une profession autonome de sages-femmes placée sur un pied d'égalité avec la profession médicale s'avère un élément essentiel de tout système moderne idéal de soins de maternité*

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(13):1225-34

## KEY WORDS

*Midwifery, obstetrics, maternity services, obstetrical intervention rates, maternal and perinatal mortality rates cost saving*

Received on May 20th, 1998. Revised and accepted on July 23rd, 1998.

## INTRODUCTION

Recently during a panel discussion on one of the most popular American television talk shows, a practising obstetrician said: "Midwives are obstetricians' assistants." As a fellow panel member, I tried to correct his misperception. Through no fault of their own, the people of Canada and the United States, including health professionals, have little understanding today of midwifery. In the early years of the twentieth century, midwifery in these two countries was eliminated as a legitimate health profession. As a consequence, people have had no personal experience with midwives and, in addition, have received considerable misinformation about midwifery.

When I left the United States after many years of clinical practice as well as teaching and research in perinatal epidemiology at the University of California at Los Angeles, I suffered from the same ignorance about midwifery. Fifteen years as the responsible officer for Women's and Children's Health for the European Regional Office of the World Health Organization have given me the opportunity to observe midwives first hand in many industrialized countries, and to learn how midwifery plays an essential role in a modern maternity care system. Frequent consultation during these years on maternity care in Canada and the United States has allowed me to observe the stark contrast to maternity care in all other industrialized countries.

## THE HISTORY OF MIDWIFERY

Midwives have always been with us—women in the community to whom other women can turn for support with women's problems. 'Midwife' is early English for 'with woman.' The French word for midwife, 'sage femme' (wise woman) goes back thousands of years as does 'Jordmor' (earth mother) the Danish word for midwife. Hippocrates started a midwifery training programme

in the fifth century BC. In the Bible, the Book of Exodus already recognized the strength and independence of midwives who defied the Pharaoh's command to kill all sons born to Hebrew women. Before North America was 'discovered,' the first law to regulate European midwifery was passed in Germany in 1452.<sup>1</sup> Since then and without interruption to the present, every little girl in Europe grows up with the understanding that if she ever has a baby, she will have her midwife.

As Europeans migrated to the New World, midwives were among them. In the mid-1600s, the King of France commissioned midwives working in New France, and the British government paid for the services of midwives in Nova Scotia.<sup>2</sup> Indeed, midwives were a valued part of the developing health care system in Eastern Canada, participating in the teaching of medical students at McGill University in the mid-1880s.<sup>3</sup>

As the number of physicians increased in Canada, they attempted to monopolize health care through medical practice acts. By the end of the nineteenth century, midwives were beginning to disappear. The successful attempt to dismantle midwifery happened nowhere in the world outside North America. Nurses in Canada and the US supported the medical domination of maternity care and, in 1910, an attempt to open a school of midwifery in Canada was defeated by opposition from both nurses and physicians.<sup>4</sup> Almost eighty years passed before a midwifery school finally opened in Canada. With the present renaissance of midwifery in Canada, a century of ignorance and confusion about midwives must be overcome.

## THE MIDWIFERY MODEL OF CARE

That midwifery disappeared from Canada and the US, except for underground midwives and midwives in the most isolated areas, reinforced the now prevalent Canadian and American myth that midwifery is second-class obstetrics for those who cannot get a doctor. It is



of pregnant women have all subsequent prenatal care, come to the hospital in labour, are assisted at birth, are cared for post-partum and are discharged home, never again having laid eyes on a doctor since the initial screening visit. The national Caesarean section rate in Sweden is 11 percent.<sup>26</sup> These countries have the lowest maternal and perinatal mortality rates in the world.<sup>26</sup>

In the mid-1980s in Germany, the National Society of Obstetricians and Gynaecologists asked the national government to repeal a law, on the books for a long time, stipulating that there must be a midwife present at every birth. Women's groups and midwifery groups immediately descended on Bonn, defending the law. As a result, the law was not changed but midwifery changed. In Germany, the last decade has seen an explosion of independent midwifery practice, with more and more midwives attending planned home births, and the number of free-standing birth centres staffed by midwives increasing from less than 10 to over 50.<sup>27</sup>

In the Netherlands, over a third of all births are planned home births with a midwife in attendance, and the number of planned home births is slowly rising.<sup>23</sup> Another third of births are midwife-attended hospital births. Maternal and perinatal mortality rates are equal to or better than rates in other industrialized countries.<sup>24</sup> The national Caesarean section rate is nine percent.<sup>25</sup> Nearly every Dutch obstetrician supports the present system, and in 1997, the National Government gave the Dutch Midwifery Association 10 million guilders (30 million Canadian dollars) for the further promotion of midwifery and planned home birth.

Following a series of parliamentary hearings, the British parliament in 1993 issued a report "Changing Childbirth" which strengthens midwives as the principle primary maternity care providers and urges that women be given choices for maternity care.<sup>29</sup> In 1990, a new law in New Zealand has given midwives powers similar to family physicians, including autonomous private practice, prescription writing and hospital privileges. Women can choose their maternity care provider and 80 percent choose a midwife, who is their provider throughout pregnancy and their home or hospital birth attendant.<sup>22</sup> Midwives, family physicians and obstetricians all receive the same flat fee for assisting at birth. The national Caesarean section rate in New Zealand is 11 percent and for women in the care of midwives the rate is eight percent.<sup>23</sup> Since the midwifery law of 1990, the perinatal mortality

rate continues to decline and compares favourably with other highly developed countries.<sup>29</sup>

Slowly but surely, midwifery is moving towards full autonomy. Nowhere outside North America are midwives required to identify obstetrical supervision or back-up. In those places in the world where autonomous midwives have equal standing with doctors, the combining of the midwifery model with the medical model results in the most modern, optimal maternity care system and the best outcomes for women and babies.

## REFERENCES

1. Rooks JP. *Midwifery and Childbirth in America*. Temple University Press, Philadelphia, 1997.
2. Knox L. *Midwifery in Canada: a new beginning or echoes from the past?* Paper given in Vancouver BC, 1993.
3. Burgin K. *Canadian Midwifery: travail and triumph*. *J Nurse Midwifery* 1994;39:1-4.
4. O'Neal J, Kaufert PA. *The Politics of Obstetric Care: The Inuit Experience*. In: Handwerker WP (Ed). *Births and Power: Social Change and the Politics of Reproduction*. Westview Press, San Francisco, 1990.
5. Thompson JB. *Safety and effectiveness of nurse-midwifery care: research review*. In: Rooks J, Haas J (Eds). *Nurse-Midwifery in America*. ACNM Foundation, Washington DC, 1986.
6. Levy B, Wilkinson F, Manne W. *Reducing neonatal mortality rates with nurse-midwives*. *Am J Obstet Gynecol* 1971;109:50-8.
7. *Office of Technology Assessment, US Congress Nurse Practitioners, Physicians Assistants, and Certified Nurse-Midwives: A Policy Analysis*. US Government Printing Office, Washington DC, 1986.
8. Brown SA, Grimes DE. *A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care*. *Nurs Res* 1995;44:332-9.
9. Buhler L, Glick N, Sheps S. *Prenatal care: a comparative evaluation of nurse-midwives and family physicians*. *Can Med Assoc J* 1988;139:397-403.
10. Hundley VA, Cruickshank FM, Lanf GD, Glazener CMA et al. *Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care*. *BMJ* 1994;309:1401-4.
11. Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H et al. *Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care*. *Lancet* 1996;348 (9022):213-8.
12. MacDorman M, Sing G. *Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA*. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:310-7.
13. Chamoliss L, Daly C, Medearis A, Ames M et al. *The role of selection bias in comparing caesarean section birth rates between physician and midwifery management*. *Obstet Gynecol* 1992;80:161-5.



14. Butler J, Abrams B, Perker J, Roberts J et al. Supportive nurse-midwifery care is associated with a reduced incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1407-13.
15. Davis L, Reidman G, Sapiro M, Minoque J et al. Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery* 1994;39:91-7.
16. Schimmel L, Lee K, Benner P, Shimmel L A. comparison of outcomes between joint and physician-only obstetric practice. *Birth* 1994;21:197-205.
17. Oakley D, Murtland T, Mayes F, Hayashi R et al. Process of care: comparisons of certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery* 1995;40:399-409.
18. Rosenblatt R, Dobie S, Hart L, Baldwin L et al. Interspecialty differences in obstetric care. *Am J Public Health* 1997;87:344-51.
19. Gabay N, Wolfe S. Encouraging the use of nurse-midwives: a report for policymakers. Public Citizen's Health Research Group, Washington DC, 1995.
20. Harvey S, Jarrel J, Brant R, Math M et al. A randomized controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth* 1996; 23 (3):128-35.
21. Wagner M. Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Birth Technology. ACE Graphics, Sydney, 1994 (Available in North America at ICEA Bookcenter, tel 1-800-624 4934).
22. Krumlauf J, Oakley D, Mayes F, Wranesh B et al. Certified nurse-midwives and physicians: prenatal care charges. *Nursing Economics* 1988;6 (1):27-30.
23. Bell K, Mills J. Certified nurse-midwives' effectiveness in the health maintenance organization obstetric team. *Obstet Gynecol* 1989;74:112-6.
24. Oski F. Personal communication, Johns Hopkins University, Baltimore, 1994.
25. Institute of Medicine Prenatal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants. National Academy Press, Washington DC, 1987.
26. Statistical Unit, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
27. German Midwifery Association, personal communication, 1998.
28. Ministry of Health. The Netherlands, The Hague, 1998.
29. Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group. Her Majesty's Stationary Office, London, 1993.
30. Donrely J. Past President, New Zealand Midwifery Association, Auckland, 1998.

### Introduction

Lorsque l'accouchement et la naissance surviennent à la maison dans une société où 99% des accouchements se passent à l'hôpital, cela pose des questions autant sur l'événement lui-même que sur le contexte global duquel il a émergé car les pratiques entourant la naissance et la mort révèlent non seulement les valeurs prédominantes d'une société mais aussi sa conception de l'Humain et de façon plus globale ses conceptions du monde.

L'analyse anthropologique de l'accouchement à la maison permet d'en éclairer suffisamment l'intérieur pour en saisir son noyau de vérité subjective et sa cosmologie mais c'est le contraste avec la culture de la naissance du Québec qui permettra de considérer cette réalité comme discours sur l'accouchement, la douleur et le risque.

### Méthodologie

J'ai voulu donner de la valeur à la parole et au savoir des femmes qui ont vécu le passage de l'accouchement de la même façon que la sagesse humaine a donné de la valeur à celui qui a « passé », celui qui a traversé, que l'on parle d'initiation, d'épreuve, d'illumination, d'état de conscience ou de vision. Les grands maîtres spirituels, les grands shamans, les guérisseurs étaient d'abord ceux qui avaient fait l'expérience de l'illumination, de l'union mystique, de la maladie, de la proximité de la mort ou même de la folie. J'ai aussi entendu la parole de sages-femmes dont la pratique est née de leur expérience personnelle et d'une demande des femmes et surtout parce qu'elle s'est développée en dehors du modèle dominant de la pratique obstétricale.

J'ai donc rencontré 5 femmes qui ont préféré accoucher à la maison alors qu'elles avaient un véritable choix entre l'hôpital, la maison de naissance et le domicile. J'ai aussi rencontré 5 sages-femmes qui avaient une pratique d'accouchement à domicile depuis le début des années '80.

Pendant les rencontres j'ai laissé parler les femmes en ayant comme thèmes les questions sociales les plus fréquentes au sujet de l'accouchement à la maison : pourquoi accoucher à la maison? Il n'y aura rien contre la douleur? Et si il arrivait quelque chose? Ensuite, j'ai construit deux récits, à partir des paroles des femmes et des sages-femmes constituant le corpus de base à partir duquel j'ai élaboré une analyse du sens de l'accouchement, de la maison, de la douleur et du risque.

### Analyse

#### « LA MAISON »

Pour les femmes la maison n'est pas un lieu comme les autres. Elle est associée au sens identitaire de la personne; c'est à qu'on peut vivre conformément à son être, c'est là qu'on peut être « chez soi » et qu'on peut s'approprier les événements qui s'y passent. Dans ce sens, l'hôpital c'est « ailleurs ». Les femmes parlent de leur maison comme un refuge, un nid, un cocon, éclairant sa fonction de protection, d'enveloppe et contribuant au sentiment de sécurité ressenti par ceux qui l'habitent. La maison est aussi le lieu d'intimité véritable alors qu'ailleurs l'intimité est perçue comme artificielle. La maison est de plus un facteur de confort intérieur car c'est là où l'on se sent bien, où l'on peut vivre selon ses croyances et ses habitudes et où l'on peut contrôler les événements qui s'y déroulent. Dans ce sens c'est un territoire, une sphère de contrôle, comme l'hôpital est un territoire. Pour les femmes c'est important de ne pas avoir à changer de culture en changeant de lieu. Elles ne veulent pas contrôler leur accouchement mais plutôt contrôler leur vie et en assumer la responsabilité. La maison devient alors une véritable monade, unité des éléments physiques et spirituels, permettant de vivre l'accouchement de façon pleinement significative. Enfin, comme l'accouchement s'inscrit dans l'histoire de la famille, le vivre à la maison contribue au sentiment de continuité dans la vie des femmes. Il n'y a pas de coupure, ni dans le temps, ni dans l'espace. « Maternity is a continuum,

interwoven inextricably with the entire spectrum of a woman's life. It is not a drama torn from its context, a sudden crisis to be handled by others because the mother is out of her body » (Rich, 1976 :176)

### « L'ACCOUCHEMENT »

L'accouchement est non seulement une expérience qui arrive aux femmes, il n'arrive qu'aux femmes. C'est un fait féminin. La science médicale masculine a imposé sa définition du corps et l'accouchement en termes biophysiques. Alors qu'elle explique ce qu'est un accouchement, les femmes, elles, exprimer c'est qu'est « accoucher ». A travers les récits des femmes et des sages-femmes, à l'aide de métaphores-clé, voici les représentations qui ont été dégagées autour de l'accouchement.

L'accouchement comme ouverture : celle du corps mais celle d'ouverture à l'autre, à l'inconnu, à soi-même, à la vie.

L'accouchement comme force : qui ne peut être contrôlée mais à laquelle on doit collaborer. Les femmes et les sages-femmes parlent de force physique mais aussi de pouvoir, pas le « pouvoir sur », c'est le « pouvoir de », comme force intérieure. C'est la capacité la plus grande des femmes. « ce sont les femmes qui sont capables de donner la vie.. »

L'accouchement comme intérieur : quelque chose de très intime dont on ne voit l'aboutissement qu'à l'émergence de l'enfant et dans ce sens, ce n'est pas toujours facile de le vivre « ailleurs ».

L'accouchement comme instinct : Accoucher ce n'est pas rationnel. Il y a une partie animale qui fonctionne et dans cette compréhension du processus une femme observait « il n'y a pas un animal qui sortirait de sa tanière pour mettre bas ses petits. »

L'accouchement comme histoire : l'accouchement est un événement qui marque le temps et à la maison « le temps... c'est mon temps ». A l'hôpital, la médecine tente de contrôler un temps et un corps qui ne lui appartiennent pas. A la maison, l'histoire de l'accouchement s'inscrit dans chaque histoire personnelle et celle de la famille.

L'accouchement comme occasion : occasion de découvrir qui l'on est, de faire une démarche et de se sentir en lien avec les autres femmes qui ont eu des enfants.

L'accouchement comme passage : de l'état de fille à l'état de mère, modifiant de façon permanente son identité personnelle et sociale. Il a été analysé d'ailleurs en Amérique comme un rite de passage technocratique. (Davis-Floyd, 1992).

L'accouchement comme un tout : dont on ne peut pas séparer un des aspects sans provoquer un effet sur l'ensemble. La femme enceinte fait l'expérience phénoménologique du « et » dans une culture qui propose surtout le « ou » : le corps et l'esprit, la douleur et la joie, le fort et le fragile, le profane et le sacré, la vie et la mort. Ainsi l'accouchement à la maison s'inscrit dans une quête d'unité, d'union avec la Nature et la vie .

### « LA DOULEUR »

La culture Québécoise, en lien avec l'éthos Nord- Américain, considère la douleur, comme séparée du sujet, étant simplement un ensemble de mécanismes biophysiques qui n'ont pas d'autre sens que de signaler une dysfonction. C'est un problème qui doit être réglé et la science médicale s'en charge. Avec des valeurs sociales de confort et de contrôle, les femmes ne se demandent plus si elles vont être capables de supporter la douleur mais « pourquoi » elles devraient la supporter. Alors dans un contexte de pratique où il n'y a même pas 20% des femmes qui accouchent sans aucune anesthésie, il devenant important d'entendre les paroles des femmes et des sages-femmes au sujet de la douleur.

Pour les femmes, la douleur a non seulement un sens, elle en a plusieurs, souvent liés au sens de l'accouchement. Comme événement normal de la vie, si l'accouchement n'est pas une maladie, sa douleur non plus. C'est une douleur normale. Elle est considérée comme un signal important de la venue de l'enfant, un témoin du travail en cours associé au besoin d'intimité et de protection et dans ce sens, elle est utile. Si l'accouchement est un tout, la douleur en fait partie. Alors la séparer de l'accouchement n'a pas de sens pour les femmes. « c'est comme aller au cinéma et enlever le son ou aller dans un jardin et enlever l'odeur des fleurs ». Ne rien sentir ferait perdre le contact avec une partie de soi-même. La douleur est alors un signe d'humanité et s'inscrit dans la quête de sens que la

venue de chaque enfant peut avoir dans une vie car « Dans la constitution d'un monde humain, c'est à dire un monde de signification et de valeurs accessibles à l'action de l'homme, la douleur est sans doute une donnée fondatrice... elle est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort. » (Le Breton, 1995 :15). Si l'accouchement est une expérience intime, la douleur prend aussi place au fond de soi. Si l'accouchement est perçu comme un travail physique et un accomplissement la douleur est alors une douleur d'effort. Elle est non seulement quelque chose d'intense, c'est l'intensité de l'accouchement. L'accouchement à la maison est alors perçu comme une occasion de vivre, confronter, d'intégrer et de transcender la douleur et ainsi d'avoir accès à la joie et non seulement au soulagement.

Pour les sages-femmes la douleur est le signe de l'accouchement comme processus de création est créer c'est souvent douloureux ; les artistes le savent. Elle est aussi le signe de transformation de celle qui accouche et dont l'identité corporelle, psychique et sociale est à jamais modifiée. Elle ne peut être un simple élément à endurer. Elle est aussi un signe de séparation, d'une rupture d'un lien symbiotique de la mère avec son enfant et il y a une valeur à incarner dans le corps la réalité de la douleur de cette séparation. Si l'accouchement est un passage, sa douleur lui confère une valeur initiatique. Il permet de voir qui on est, de démontrer sa capacité à supporter des difficultés et à faire l'expérience du sacré. Les rituels hospitaliers ne confirment l'accouchement que dans un modèle mécanique et technocratique, occultant cette expérience l'accouchement comme essentiellement féminin, puissant et créateur. Enfin, les sages-femmes reconnaissent la réalité et la place des douleurs, celles qui font référence à d'autres éléments douloureux de la vie des femmes. Avec les peurs elles peuvent se rajouter à la douleur physique et devenir « souffrance ».

### « LE RISQUE »

La notion de risque est celle autour de laquelle s'est organisée toute l'obstétrique moderne. C'est devenu une idéologie au nom de laquelle les femmes sont maintenant tenues responsables de l'issue de la grossesse car le fœtus est devenu le principal client en obstétrique. Ainsi au nom de la santé du bébé à naître, la médecine minimise les frontières entre le normal et l'anormal, intervient de plus en plus dans la vie des femmes enceintes, instaure le monitoring de tous les accouchements et prétend que la sécurité est liée à la technologie et à un lieu : l'hôpital. L'obsession de la sécurité envahit l'espace social et la science prétend donner les réponses non seulement en s'imposant comme l'ensemble du savoir mais en s'accordant le droit de décider du vrai et du bon.

Pour les femmes qui veulent accoucher à la maison, l'hôpital est un lieu qui comporte des risques parce que : « il y aurait trop de monde... l'intimité est artificielle... je ne serais pas capable de me laisser aller ». Pour elles, la sécurité est liée à une norme intérieure, pas extérieure. Les peurs ressenties sont considérées comme des « peurs normales ». Les femmes parlent de confiance, en soi et dans la vie.

Pour les sages-femmes, le risque est une façon de voir les choses, c'est un calcul, une statistique mais ce n'est pas la réalité car la réalité première, c'est d'abord une personne et sa famille telle qu'elle la définit. C'est à travers une relation que va se créer des liens, se bâtir la confiance et se créer des forces. Elles ne viennent pas de la technologie; elles permettent seulement de voir le verre à moitié plein au lieu de le voir à moitié vide. C'est grâce à cette relation, où le pouvoir le savoir et la confiance sont partagés, dans un lien de coopération et de respect réciproque que la sage-femme peut « être avec » la femme et l'aider à vivre la maternité dans les meilleures conditions de santé physique, émotive et spirituelle possibles. Les sages-femmes ont confiance dans les capacités de la femme. Elles ne considèrent pas la femme comme un incubateur que l'on doit contrôler mais comme un jardin que l'on doit nourrir, encourageant une véritable « écologie de la naissance » (Brabant, 1991). Elles entrent avec les femmes dans un ordre féminin, dévoilant une pratique féministe, non comme une guerre mais comme une quête du « féminin » du monde. Elles peuvent aider les femmes à ne pas seulement considérer l'accouchement comme un drame médical mais comme une expérience forte d'affrontement au monde, d'accès à la transcendance et au renouveau de la vie.

L'analyse anthropologique des « voix du dedans » révèle sans aucun doute la cosmologie de l'accouchement à la maison mais elle contribue surtout à comprendre la force de cette voix et son poids sociosymbolique immense dans la culture québécoise de la naissance. Ce phénomène peut être alors compris comme un méta-langage, un discours.

## Conclusion

Ainsi, dans un système de représentations imprégné par la technique et la science, par la médicalisation et la normalisation de la vie, dans un contexte de praxis où 99% des accouchements se passent à l'hôpital, l'accouchement à la maison est une réappropriation de la symbolique de l'accouchement et l'affirmation que l'accouchement ne se définit pas comme un événement médical.

Dans un système de périnatalité où l'humanisation est maintenant associée à la capacité de choisir, l'accouchement à la maison exprime que l'humanisation est aussi le pouvoir de nommer, de définir et de signifier ce qu'est accoucher, souffrir et vivre le risque .

Dans une société patriarcale dont le système médical est masculin, l'accouchement à la maison révèle une cosmogonie du « féminin » du monde, par son fond et par sa forme. Les sages-femmes qui évoluent dans cet ordre féminin ont une praxis féministe, vécue comme une quête et non comme une guerre.

Dans un contexte de séparation entre le corps et le sujet, entre l'accouchement et sa douleur, entre la vie et la mort, l'accouchement à la maison affirme que l'accouchement s'inscrit dans la vie comme un système et comme un tout. Il témoigne d'un autre rapport au monde.

Ainsi, accoucher à la maison s'inscrit dans les efforts pour rassembler une identité personnelle morcelée dans une société morcelante. C'est la réalisation en acte et non seulement en mots d'une recherche de cohérence et de vérité.

Dans un contexte sociosymbolique articulé autour de l'idéologie de la sécurité, qui occulte la mort et dont l'instruction médicale accentue la prénance, l'accouchement à la maison est une affirmation que la vie comporte des risques et que les accepter est un grand signe d'humanité. La vie est comme un tout qui contient ce que l'on sépare et que l'on oppose . la vie et la mort, la douleur et le plaisir, le corps et l'esprit...

Dans un contexte où la médecine et la science ont un effet normalisateur et réducteur des conceptions du corps des femmes, du sens de l'accouchement et de la maternité, l'accouchement à la maison témoigne de la richesse des représentations autour de la naissance, confirme que la science n'est qu'une strate du savoir et que les femmes pensent autrement. La mise au monde est perçue comme une occasion de croissance, de prise en main de sa vie et d'accès à la transcendance. « quand tu accouches c'est la vie qui prend sa forme la plus éloquente ! ».

.....

## BIBLIOGRAPHIE

Brabant Isabelle, *Pour une naissance heureuse*, éd. Saint Martin, Montréal, 1991

Davis-Floyd Robbie E., *Birth as an american rite of passage*, Berkely CA, University of California Press, 1992.

Le Breton, David, *Anthropologie de la douleur*, éd. La Métailié, Paris, 1995.

Rich Adrienne, *Of Woman Born*, W.W.Norton&Co, New York. 1976.

Céline Lemay, sage-femme,  
Québec, Canada

**ANNEXE 6**

***Témoignages***

**Samedi 26 février 2000...**

**Une journée spéciale pour une naissance toute spéciale.**

Je me suis levé ce matin avec l'envie d'aller déjeuner au resto, en fait c'est ce que nous allons faire, nous c'est le conjoint, Stéphane, Mathieu l'aîné et Samuel le benjamin. Je suis enceinte de 41 semaine 3 jours et je sais que le bébé peut arriver n'importe quand maintenant.

Donc en revenant je débute un petit ménage, pour faire bouger les choses. On se fait un copieux souper et ensuite nous allons border les enfants pour la nuit il est maintenant 8h00 pm.

Ensuite je vais m'étendre un peu question de relaxer, il est maintenant 8h34 et je sens un coup à l'embouchure de l'utérus et hop la poche des eaux est crevée!!! J'avertie Stéphane qui est en bas en train de prendre une émission de télé, il monte en trombe et constate.

Maintenant nous savons que la naissance est imminente et les contractions arrivent elles aussi en trombe. Elles sont aux 2 minutes et très forte, je sens mon utérus s'ouvrir à chacune. Il est maintenant 9h15 pm environ, je décide de prendre un bain chaud question d'enlever la pression que j'ai au dos.

J'entre dans le bain vers 9h20, l'eau chaude me fait du bien, je prend environ 4 ou 5 contractions et une forte envie d'aller à la selle me fait sortir, j'urine et j'essais de pousser ma selle mais en même temps vient une contraction et je m'aperçois vite que je n'ai pas envie du tout mais que je suis en transition pour pousser mon bébé! Assise sur les toilettes je fait une ou deux poussées mais j'y suis inconfortable et je décide d'aller dans mon lit ou je me met sur mes genoux et je pousse avec les contractions qui viennent.

Stéphane est au bout du lit et est prêt à recevoir le bébé! Je fait des sons, je suis connecté avec mon bébé, je peux le voir descendre dans mon bassin. Stéphane me dit avec étonnement; « JE VOIS LA TÊTE!!! »

Il me dit alors de pousser, je lui dit que je ne peux pas je n'ai pas de contraction, d'un seul coup il s'écrie « LA POIRE À MUCUS... OU EST-ELLE??? » Je lui répond calmement : dans la chambre du bébé. Il prend une course et reviens et vois la tête sortie, il met sa main en dessous et me dit je tient la tête.

Une autre contraction, si puissante, si instinctive avec des sons qui m'aide à pousser mon bébé et enfin Èvika glisse tout doucement dans les mains de son papa à 9h55 pm.

Nous la prenons, elle dort encore et on la réveille en l'appelant et la massant. Nous prenons une serviette de bain, enfin c'est la seule chose que nous avons sous la main pour le moment et essuyons son petit visage d'ange, elle est maintenant réveillée et lance un petit pleur. Nous continuons de lui parler, je la met au sein et commence déjà à téter.

Quel bonheur!  
Quel simplicité!

Je veux remercier mon conjoint Stéphane de m'avoir fait confiance dans cette démarche, à mon corps qui est revenu à son cerveau ancien dans le temps de le dire et bien sur à Èvika qui sans elle et son accord cette naissance si merveilleuse n'aurait pu avoir lieu.

Je voudrais aussi remercier Laura Kaplan Sharley, Lynn Griesemer, Leilah, Gloria Lemay, Andréinne Bel pour leur inspiration et leur soutien, que ce soit par leurs écritures ou leurs bon mots par courrier électronique.

Josée Beaudry  
29 février 2000.

Shefford, ce 20 juin 2000

En ces temps où l'accouchement à domicile n'est plus accessible, je me sens privilégiée d'avoir eu l'opportunité de connaître et de savourer cette expérience unique et irremplaçable, avant que la pratique des sages-femmes ne devienne interdite en ces lieux. Ce droit fondamental d'enfanter là où on le désire nous a donc été enlevé, à nous les parents. Cela donne l'impression de revenir 20 ans en arrière, à l'époque où l'accouchement à domicile resurgissait du passé. Ce fût le moment où un mouvement de femmes sortait des sentiers battus et décidait de vivre la naissance au sein de leur foyer pour reprendre possession de leurs corps, souvent à l'insu de leur médecin et de leur milieu social. Un autre pas de fait pour améliorer les conditions de vie des femmes au Québec, et qui semble déjà à refaire...

Et bien moi, cette liberté de choix, à laquelle j'ai pu goûter et qui m'a tant inspiré, je désire en reprendre aussi possession. Cela ne peut attendre des mois, ou même des années, pendant que tant d'enfants se préparent à naître. Et puisque les goûts, les intérêts et les visions de chaque couple, chaque famille sont propres au cheminement de chacun, il est plus que souhaitable que ces beaux bébés voient le jour dans un milieu qui respectent la réalité de leurs parents, que ce soit l'hôpital, la maison de naissances et même le domicile.

Si mon ventre prenait parole, il vous parlerait de choses qui remontent jusque dans les profondeurs de mon âme, et qui sont si proches de mon cœur. Tout comme de ce bébé que je porte et qui souhaite naître dans un milieu où baignent l'amour, la chaleur et le grand réconfort.

Puisque chaque naissance, l'aboutissement d'une grossesse, représente aussi une renaissance pour moi, je vis ce moment à l'image de l'enfant ; tout comme lui, j'ai besoin d'être accueillie dans une belle ouverture, parmi des êtres qui sont à l'écoute de mon cheminement. Et comme je suis musicienne, j'aime bien percevoir ce moment comme une symphonie, qui se compose à partir du tempo, des nuances et de toutes les sonorités créent en harmonie avec la puissance de la femme en moi. Cette puissance que je découvre à chaque fois et qui a besoin d'un espace où la dignité, la confiance et la sérénité sont à l'honneur. Ces conditions essentielles qui sont les témoins d'un utérus savant qui s'ouvre comme une fleur.

Ainsi, cet espace sacré, j'ai su dès mon premier enfantement qu'il se trouvait chez-moi, comme nulle part ailleurs, dans ce milieu sain où je grandis dans le quotidien et qui est fait sur mesure pour une femme telle que je suis ; qui se cherche, qui a soif de liberté et de mettre tout en œuvre pour traverser par moi-même les grands passages de la vie.

Cela n'appartient qu'à moi et voilà qu'on tente de me convaincre que j'ai tort, que je suis une espèce en voie de disparition et on semble considérer avec bien peu d'importance mes besoins de femme qui donne la Vie. On me dit même insouciant, voire dangereuse de choisir un tel lieu pour naître, alors que plus que personne je connais la sécurité, puisque c'est dans mon cœur, mon corps et mon esprit que je la forge. Et que je la puise surtout.

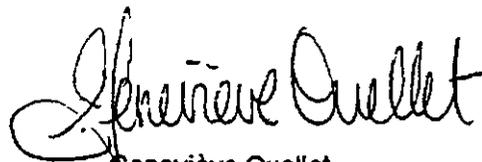
Je sais aussi que je ne suis pas seule, qu'il y a tant de femmes qui portent des semences, dans leur cœur, semblables aux miennes. Mais on nous veut sages comme des images, pas trop à contre courant, pour ne pas trop déranger l'Ordre social. Pour ne pas trop perturber le calendrier politique de quelques élus qui se croient, à tort, maîtres de la conscience des gens.

Alors il ya ce cri qui monte du-dedans. Un cri d'indignation, un cri d'alarme face à ce qui est entamé. Indignée je suis de voir l'attitude vaincue de tant de sages-femmes, ces femmes sages qu'on désire aussi voir se tenir très sages, à l'écoute des soi-disant «Grands».

Et très alarmée aussi de sentir que, dans tout ce mouvement, les jeunes qui, tout comme moi, portent en elles le désir sincère d'enfanter selon leur volonté libre ou encore celles qui souhaiteraient accompagner ces premières, savantes d'une formation traditionnelle, humaniste et ancestrale, n'ont même plus l'espoir pour nourrir leurs rêves.

C'est ainsi que je vis cette grossesse, chargée d'émotions qui me laissent sur ma faim et qui sont, sans doute, d'une réalité différente de celles qu'ont vécues ces femmes qui ont fait renaître les traditions sages-femmes, il y a de cela vingt ans. Elles avaient à tout le moins l'espoir puisque les obstacles rencontrés n'étaient pas d'ordre légal, comme c'est le cas maintenant.

Certes, elles étaient porteuses d'une approche très humaniste de la naissance et, en faisant rejaillir un savoir antique datant des pionniers de la Nouvelle-France, ont su apporter un complément inestimable à la médecine traditionnelle. Mais pourquoi cette médecine hautement technologique semble-t-elle percevoir le domicile, source d'inspiration principale des sages-femmes, comme une menace ? Pourquoi ne pas faire de tout ce savoir un allié, un atout majeur permettant de mieux saisir la réalité émotive de toute femme qui fait jaillir l'enfant de son sein ?



Geneviève Ouellet  
283 ch, Saxby sud  
Canton de Shefford, Qc  
J2G 9J6

(450)776-6420

Dimanche le 1<sup>er</sup> Octobre 2000

Madame Linda Goupil, Ministre  
Madame Nathalie Chouinard, Avocate.  
Gouvernement du Québec  
1200 route de l'église, 9<sup>e</sup> étage  
Sainte-Foy ... P.Q. G1V 9M1

Objet: Loi sur les pages-femmes

Pour donner suite à une première lettre générale envoyée afin de demander un décret légalisant la pratique de l'accouchement à domicile, la présente a pour but de vous informer du fond de ma pensée, de façon très brève.

De formation, je suis diététiste. J'ai travaillé dans les hôpitaux durant sept ans et j'y ai accouché de mes 3 enfants. Deux fois sur trois, j'y ai vécu des hospitalisations d'une durée d'une semaine, contre mon gré, pour des complications auxquelles je ne croyais pas sous la menace et les soins d'un corps médical qui ne comprenait rien à la situation.

A titre d'exemple, voici une explication sommaire du premier motif, vécu en 1990. Dans les douleurs, je me couchais sur le côté dans un lit et je ne voulais pas que l'on me touche. Comme l'infirmière devait m'examiner toutes les 15 minutes, je détestais ces manipulations et bientôt elles avaient besoin d'être deux et même trois afin de me maîtriser. Le temps venu des poussées, on m'a forcé à être couchée sur le dos en m'attachant les pieds dans des étriers. Les conséquences de tout cela est que j'en ai fait une réaction psychosomatique intense au niveau de la peau, c'est comme si on m'avait brûlé. Des cloques d'eau apparurent partout sur mon corps, principalement aux endroits d'appui de l'accouchement, soit le dos et le derrière des jambes... et l'on voulait m'observer. Pourtant, mon accouchement avait été "normal". Après être sortie de l'hôpital, ma guérison fut rapide.

Comme je travaillais à l'hôpital, je gardais espoir les prochaines fois, mais ce ne fut pas le cas lors de la naissance de mon troisième. Cette fois-ci pour un autre motif tout aussi fictif. En 1975, j'ai donc démissionné de mon emploi de diététiste afin de me consacrer à mes enfants et essayer d'oublier tout cela...

Sachez que des erreurs du corps médical, j'en ai vu plusieurs et à chaque fois un seul mot d'ordre régnait: le camouflé. Mais de quel droit?

Aujourd'hui je connais deux femmes dans mon entourage immédiat prêtes à accoucher seules dans leur maisons, la loi interdisant aux femmes l'accompagnement d'une sage-femme à domicile, comme ce fut le cas lors de leurs précédentes grossesses.

Or je crois qu'une de ces femmes est en danger. Elle travaille trop, souvent de nuit, ne prend que très peu de poids. A travers mes yeux de diététiste ayant déjà travaillé dans une clinique GARE, je vois une femme épuisée, maigre mais toujours aussi terace.

On vous demande donc un décret ministériel le plus rapidement possible afin de légaliser la pratique de l'accouchement à domicile. Même si l'on se sent comme David, on se sent prêt(e)s à affronter Goliath. C'est au nom de la Charte des Droits et Liberté de la personne que toute femme devrait pouvoir faire son propre choix, comme c'est le cas dans plusieurs pays, et cela sans risque supplémentaire.

En cette semaine de deuil national, Pourquoi ne pas les écouter enfin?

Veuillez agréer, mesdames, l'expression de mes sentiments distingués,

Nathalie Roy, mère de famille.  
142 Colpoir, Châteauguay  
(450.) 692-5408.

Nous nous sommes réveillés en disant: "Aujourd'hui c'est le grand jour". Il faisait soleil et mon rosier était en fleurs; c'était de bon augure. Mais surtout, je sentais que mon corps était prêt. 43 semaines de gestation me paraissaient suffisantes pour créer une merveille. J'avais tout essayé comme méthodes naturelles pour aider à la maturation des processus physiologiques. Rien n'y fit. Depuis 4 jours, je laissais mon corps tranquille et lui donnais une chance.

Ma grossesse me pesait pour la première fois. Les jambes engourdies, les brûlures d'estomac, les 15 kg de plus, j'en avais assez. De plus, je n'avais plus la tête à rien d'autre qu'attendre. Ne voulant pas subir aucune pression, ni pour une induction, ni pour un laisser aller complet, je ne répondais plus au téléphone, ne sortais plus, je me sentais complètement immobilisée par cette attente. Cela avait assez duré, je voulais voir mon bébé.

Gérald proposa qu'il fallait rester pour la journée dans le rituel, dans le sacré. Il alla porter Cécile à la garderie et au retour on se mit à l'action. D'abord, le discours. On parlait comme si demain le bébé serait là. Des contractions, subtiles mais bien là, revenaient nous donner espoir assez souvent. Pour les soutenir dans leur effort, je me dis qu'il fallait prendre une grande marche. On alla en haut de Mont-Royal, jusqu'à la croix. Il faut dire que cette marche nous l'avons faite souvent au début de notre relation. Il faut d'abord traverser un grand cimetière. Cela peut paraître lugubre, mais c'est un super bel endroit. Il n'y a pas d'endroit plus sacré dans une ville que son cimetière. Quand nous vivions en Europe, nous avions l'habitude de visiter les cimetières pour retrouver le calme lors d'une visite d'une grande ville.

Nous étions donc en plein rituel. Après le cimetière, on continue de monter la montagne. Les contractions deviennent plus régulières aux 5 minutes mais pas vraiment douloureuses. Dès que j'en avais une, j'accélérais le pas pour l'encourager. J'ai toujours vu les contractions comme une force de la nature, au même titre que le vent ou les marées. D'être ainsi en pleine nature, avec une force naturelle dans le ventre me donnait l'impression d'être en communion.

C'est seulement quand nous sommes arrivés à la croix, tout en haut, que j'ai la conviction que le travail est bel et bien commencé et qu'il n'est plus possible de reculer. Il est 4 heures et nous rageons en plein bonheur. Après une semaine à douter de ma capacité d'enfanter, un sentiment de puissance, de victoire nous envahit. Je suis capable. Mon corps sait, il a juste besoin d'un peu plus de temps. On redescend la montagne avec des contractions aux 3 à 5 minutes qui étaient ma

foi pas mal vigoureuses... Arrivée à la maison, je m'installe dans le bain et le calme revient. Je peux finalement me laisser aller dans mes contractions. Pendant ce temps, Gérard téléphone à ma sage-femme et à une amie et il court chercher Céleste à la garderie. Quand ma fille arrive dans la maison, elle me rejoint dans le bain. Elle comprend tout de suite ce qui nous attend. L'atmosphère est détendue et gaie.

Quand je sors du bain, les contractions sont vraiment intenses. à partir de ce moment-là, tout va tellement vite que j'ai pas le temps d'intégrer. Chaque étape passe vite le relais à une autre. Je cherche un coin douillet, je vais dans le salon et puis je vais m'amarrer dans mon lit. Ma fille est très présente. Elle me fait des massages, me donne des débarbouillettes fraîches et m'encourage. Du haut de ses 2 ans 4 mois, elle réalise le sacré de ce moment. Je dois dire à mon copain de rester près de moi parce qu'il a tendance à courir à droite et à gauche. Ma sage-femme, fidèle à elle-même, est assise dans un coin de la chambre et dégage une paix intérieure qui n'a pas besoin de paroles. Une amie prend des photos et accompagne ma fille dans ses émotions.

Puis je ressens une envie de pousser. Je suis tellement surprise de la rapidité que je ne sais plus quoi faire. Je quitte mon corps pour réfléchir. Je tente de m'asseoir sur un petit banc comme je l'avais souhaité pour accueillir le bébé. Mais je sens que je nuis aux contractions. Comment me placer? Dois-je pousser? Je demande à ma sage-femme quoi faire. Elle me répond d'écouter mon corps et il me le dira.

Pendant quelques contractions je me cherche puis finis par m'installer sur le lit un peu n'importe comment. Les membranes éclatent et le liquide est très clair. Je réponds à mon besoin de pousser par un cri profond venant de mon ventre et mes pieds poussent les épaules de je ne sais qui. Je sens que c'est un gros bébé. Justement parce qu'il est gros, son poids fait le travail pour moi. Après quelques poussées bien volontaires parce qu'elles me soulageaient, la tête sort. Je suis surprise de la facilité pour la faire sortir. Le corps suit à la contraction suivante. Je constaterai plus tard que mon périnée est intact.

Dès sa sortie, je m'exclame: "Je savais que c'était un petit garçon!" Et tout le monde dit: "C'est un petit garç". C'est seulement quelques minutes plus tard que l'on voit que c'est une petite fille. On rit de cette erreur. Elle est rosée et n'a pas aucune sécrétion. Céleste pleure parce que le bébé

pleure. On la rassure en lui disant que c'est fini et que le bébé est en pleine forme. Elle est heureuse comme nous tous.

Le bébé est collé contre mon corps, mon copain et ma fille sont tout près. Nous sommes dans notre bulle intime. Il est 19h30 et l'aventure aura duré à peine trois heures et demie. Elle présente tous les signes d'une grossesse de 43 semaines. Par contre, elle semble bien avoir apprécié ce petit temps supplémentaire: elle pèse 4350g! Céleste s'est endormie avec Océane dans ses bras. Elles sont seules dans la chambre et l'attachement est déjà très fort. C'est sa petite soeur et elle en est très fière. Les parents sont émerveillés! Nous sommes heureux de nous avoir fait confiance et d'avoir laissé le temps accomplir son oeuvre.

Merci la vie.

Bernadette

## *La nuit des temps*

*Le temps qui s'arrête doucement.  
Les lumières autour qui s'éteignent.  
Celles de l'intérieur qui s'allument.  
Les peurs qui me quittent.  
La confiance qui m'habite enfin.  
Le silence qui devient Maître dans ma tête.  
Les battements de mon cœur qui font preuve de sang froid.  
Mes muscles, finalement libérés de toute blessure lointaine.  
Mon corps, mon cœur et ma tête disposés à puiser dans mon esprit ce qu'il y a de plus élevé.  
Tout ça pour permettre à une âme nouvelle d'expérimenter à son tour ces mêmes sensations et mieux encore.*

*Voilà ce que j'ai ressenti la nuit où Léo est né. Ce petit être doté d'une patience extrême est venu visiter mon cœur il y a quelques années. Il m'a préparée à sa venue, peu à peu, à travers des rencontres, des lectures. Il a respecté mon rythme, il m'a attendue.*

*Durant cette longue route, j'ai rencontré entre autres une de ses « sœurs » qui m'a permis de laisser émerger en moi une intuition; celle qui me disait que j'expérimenterais un jour une naissance à la maison. J'ai donc côtoyé une amie qui a donné naissance à un bébé en compagnie de ses autres enfants, de son mari et d'une fée-marraine dans sa demeure. Cette expérience déterminante a fait pousser en moi le sentiment que j'avais, moi aussi, tout ce qu'il fallait pour accoucher.*

*Puis vint l'appel intérieur à la conception. Le petit Léo fut très clair et me « fit signe » lorsque arriva le bon moment pour lui concevoir un petit corps, dans l'amour. Si bien qu'une nuit de pleine lune, il fut consciemment conçu. Il en profita pour me souffler à l'oreille le message suivant : «Courage, courage, la vie est un long chemin et tu y arriveras!»*

*Étrangement, connaissant la date de sa conception, j'ai calculé 38 semaines de gestation ce qui nous mena au 19 mai (une autre nuit de pleine lune) comme date de naissance... Date à laquelle il est né : «La vie est un long chemin et tu y arriveras...»*

*Dès son arrivée en moi, il me mit en contact avec moi. Je découvrais et révélais de plus en plus qui j'étais. Je ne pouvais plus me contenter d'être une autre que moi. Ce fut le début d'un grand ménage vers l'intégrité et l'authenticité envers moi et envers les autres. Tout ça pour me préparer au grand jour ... qui eut lieu une nuit.*

*J'entrevois de plus en plus cette nuit comme un moment intime où je m'entourerais de personnes avec lesquelles je me sentrais moi-même, dans le but d'être en contact avec ce que j'ai de plus fort. Pourtant, tout en cherchant ces fameuses personnes, j'avais la vague impression que cette nuit-là, je serais seule avec Joel, Vincent et le bébé. J'avoue que j'avais du mal à croire que cette pensée floue se réaliserait. La pensée crée, dit-on...*

*J'étais discrète quant à mes intentions d'accoucher à la maison, sans sage-femme (la loi actuelle ne les aidant pas à exprimer toute leur sagesse et l'éloignement de ma région me les rendant inaccessibles de toute façon, même les plus «hors-la-loi»..). Je ne voulais pas me contaminer des peurs des autres qui reflétaient les miennes, incidemment! Je préférais liquider ces peurs une à une au contact de perles rares ayant vécu une telle expérience ou y étant exceptionnellement ouvertes: Parmi ces perles, il y eut un homme déterminant. À la question*

*«comment te sentirais-tu si tout m'amenait à rester à la maison au moment de l'accouchement?», il répondit : «Bien, j'ai confiance en la vie!» Cet être confiant était le père que Léo avait si bien choisi.*

*Pendant ce temps, à chaque pas de ma grossesse, je poursuivais ma «préparation à la naissance» en observant attentivement mes besoins. Cette écoute m'a permis de constater que je ne ressentais pas le besoin d'un suivi médical de grossesse.*

*Par ailleurs, j'ai ressenti le besoin d'échanger à quelques reprises avec une «femme-sage» qui a croisé, à distance, de façon opportune, mon long chemin. Cette rencontre précieuse et essentielle a répondu entre autres à deux de mes besoins; cette sage m'a rappelé que j'avais tout ce qu'il fallait pour accoucher tout en m'aidant à affiner mon écoute intérieure. Ainsi, avec elle j'ai pu me rappeler qu'accoucher à la maison n'était pas un concours, ni une fin, mais un moyen.*

*Les derniers mois m'ont donné l'occasion de mettre à jour quelques blessures liées à ma propre naissance. J'en ai profité pour explorer à fond ma peur de l'abandon... J'étais alors fin prête pour m'offrir un accouchement à la mesure de cette grossesse!*

*Mon corps ayant atteint sa pleine rondeur, la lune aussi, ma tête ayant le goût de prendre congé de toute activité mentale, c'est le cœur léger que je me suis endormie ce dernier soir de grossesse. C'est mon utérus gonflé de bonheur qui m'a tirée de mes rêves afin d'en réaliser un, bien réveillée. Cette contraction bien différente des centaines d'autres que j'avais perçues dans les derniers mois m'a guidée vers une fenêtre. De celle-ci je pouvais contempler vraiment ma lune complètement brillante, particulièrement inspirante; j'aurais pu y pondre de la poésie, j'ai plutôt choisi d'en vivre une...*

*Ça y était, sans aucun doute. Cet intrigant petit être était prêt à faire le grand saut. Je suis montée pour aller réveiller mon sage-homme qui, sans se presser, tout doucement, mit en place le « kit » rudimentaire d'accouchement à la maison. Puis, j'ai réveillé mon fils unique qui ne le serait plus (unique) pour bien longtemps encore.*

*À mon grand étonnement, le rythme des vagues dans mon ventre s'accéléra, rapidement... Tellement que le sage-homme de la maison eut l'idée de me faire couler un bain. La douce chaleur des vagues du bain rassurait les miennes qui sollicitaient toute ma capacité à rester centrée. Pendant cet exercice intense, ma pensée était reliée à celle de mon bébé créant ainsi un solide travail d'équipe. À un certain moment que nous croyions loin d'être près de la naissance, des mots d'encouragement, de réconfort et d'amour furent adressés par un père à son « futur » nouvel enfant.*

*Quelques minutes plus tard, j'ai eu besoin de sortir du bain. J'ai senti que chaque cellule de mon corps entrait dans un processus d'expansion extrême. Je me suis demandée, à voix haute, comment j'arriverais à suivre ainsi mon corps. J'ai même senti le doute. À ma première expérience d'accouchement, mes eaux avaient d'abord crevé et j'avais eu ensuite des contractions pendant environ trois heures. Cette fois-ci, bien que ma tête savait bien que tout pouvait se passer différemment, je me disais quand même que dès que mes eaux crèveraient, une bonne série de contractions suivrait. J'avais donc du mal à imaginer comment j'allais faire pour accueillir d'autres contractions encore plus puissantes, tout en restant centrée.*

*À ce moment précis, mes genoux se sont soudés au sol, mes mains se sont unies à celles de Joël et mes yeux, fixés à son regard attentif, ont laissé voir tout le processus d'abandon qui*

*s'opérait en moi. Cette contraction qui arrivait avait le pouvoir d'assommer toute tentative de contrôle qui aurait pu s'emparer de moi. Je n'y pouvais plus rien. Je ne pouvais plus qu'observer tout ce que j'espérais découvrir à mon sujet, c'est-à-dire ma force toute-puissante (celle que j'ai en commun avec tous mes semblables...) qui s'apprêtait à sortir de sa cachette.*

*Surprise! Une rivière coule de moi. Je faisais sûrement mon entrée dans cette mystérieuse dimension secrète et, pour le moment, éphémère. Je ne savais pas trop ce qui se passait. C'est comme si mon attention passait peu à peu de mon corps, à ma tête, jusqu'à mon être profond. C'est pourquoi j'ai demandé à mon sage-homme ce qu'il voyait à propos de cette rivière que je sentais.*

*C'était bien mes eaux. Le petit être avait donné le signal qu'il s'en venait. Et j'ai bien compris, même s'il n'était plus question de raisonner la situation, qu'il était en route et que c'était ici le terminus ou l'aéroport, à moins que je déménage assez vite! Mais je n'allais quand même pas l'accueillir dans une salle de bain! Ce n'était pas ce qui était prévu... consciemment du moins! C'est pourquoi j'ai mentionné à voix haute que je devais au moins me rendre dans mon lit, là où tout était prêt.*

*Pendant mon corps, lui, était au poste, soudé à la terre, prêt à s'ouvrir comme il ne s'était jamais ouvert. Rien à faire. Tout à être. J'étais incapable de me déraciner. L'intelligence de mon corps faisait en sorte qu'il faisait ce qu'il avait à faire! En même temps, j'ai fait penser à mon sage-homme d'aller chercher notre aîné qui s'était rendormi. En bon sage-homme qu'il fut, il survit les événements tels qu'il se présentaient. C'est pourquoi il s'en alla chercher Vincent. Un sage-homme sait quand être ou ne pas être là au bon moment.*

*Inconsciemment, Vincent et Joel, en étant absents pendant ces quelques instants, devenaient complices du moment le plus exaltant de ma vie. Ce moment je le pressentais et l'espérais depuis longtemps. Mon cheminement de croissance m'avait amenée à croire que nous sommes tous voués à vivre pleinement à partir de nos forces divines, à chaque instant. Mon cheminement de grossesse m'avait amenée à croire que seule avec moi-même, comme mes « sœurs » aborigènes, je m'appartiendrais totalement afin de mettre au monde un enfant, tout en renaissant moi-même.*

*Avec recul, je me rappelle que venaient en moi (quand j'étais enceinte), certaines images d'une Femme, adossée à son arbre bien enraciné, laissant toute l'Énergie de l'Univers et son Énergie personnelle ne faire qu'Un. La pensée crée. Cette pensée s'est transposée en action cette nuit-là. Le fait d'être seule m'a permis d'accéder à l'unité.*

*J'avais la sensation sublime de ne plus rien contrôler; je ne faisais que suivre la situation, qu'observer, que sentir, qu'être présente entièrement. Et je suivais docilement mon corps et son corps. Le temps n'existait plus. L'espace non plus. J'étais ici, là et ailleurs en même temps. J'étais bien enracinée dans ce corps et en même temps, je me sentais Grande comme l'Univers. Et je respirais, et je respirais si profondément dans cette expérience afin qu'elle s'enregistre bien dans mes cellules. Au fond de moi, je savais que je voudrais, un jour, réentendre cette scène. En fait, c'est à chaque instant maintenant que je veux recréer cette scène.*

*À chaque instant maintenant, je veux revivre cet état d'être où l'inquiétude et la peur n'existent plus, où elles ont fait place à la Toute-Puissance, à l'Amour. C'est un état où je suis droite, genoux au sol, fesses sur les talons, mains sur les cuisses, épaules solides et détendues, respiration vivante, laissant pousser la vie en moi qui veut émerger. Le fait d'avoir été dans cette position durant la «poussée» sans pousser m'a enseigné que pour vivre maintenant, je n'ai plus*

*besoin de forcer les choses. Je sais maintenant que tout est en moi et que j'ai simplement besoin de respirer, de suivre le rythme et de laisser cette vie pousser de l'intérieur, de la laisser être. Et celle-ci glissera spontanément à mes pieds, comme mon bébé que j'ai laissé pousser de lui-même pendant que je Respirais afin de « m'ouvrir » à son arrivée.*

*Et il arriva ainsi, glissant à plat ventre sur ma serviette de bain comme lit de naissance. Le bonheur était là, à « mes pieds » (à mes genoux). Il a annoncé son arrivée à son père et à son frère qui n'étaient pas encore descendus à la « chambre de naissance »... mais qui n'allaient pas tarder! En entendant le bébé, Joël et Vincent ont vite compris que le matelas qu'ils étaient en train de descendre à la salle de bain ne serait plus utile...*

*Dès l'instant où j'ai aperçu ce petit être faisant son apparition sur la terre de façon aussi simple, mes yeux se sont ouverts et ont saisi la grandeur du message qu'il m'apportait : « Bravo pour ton courage! La vie est un long chemin et tu y es arrivée! Tu vois? Tout est possible! »*

*C'est avec les genoux encore soudés au sol que j'ai contemplé le miracle qui venait de se produire devant mes yeux. J'avais besoin de partager ce miracle : j'ai légèrement entrouvert la porte pour dire à qui voulait bien l'entendre « Venez! Il est arrivé! » J'avais aussi besoin de dire à ce petit miracle : « Tu es arrivé à faire ça! »*

*Puis, le sage-homme est venu à son tour contempler le miracle. Étant dans une dimension différente de celle dans laquelle j'étais, il a pris soin dans sa contemplation de glisser le petit cordon au-dessus de la tête du bébé. Il s'est occupé également d'apporter les petites couvertures dont il avait pris soin un peu plus tôt de mettre au chaud. Curieusement, le four était à deux pas du lieu de naissance. Ce n'était peut-être pas prévu ainsi mais c'était quand même arrangé avec le gars des vues...*

*Le nouveau grand frère, sorti à peine de son sommeil, est venu aussi faire connaissance quelques secondes après l'arrivée du bébé. Il s'est occupé d'apporter de la lumière à l'aide d'une chandelle. C'est complètement surpris qu'il a pris part à la séance de contemplation. Nous sommes restés là tous les trois, étonnés et ébahis devant cet être collé à mon sein. Il s'est passé une éternité avant que nous réalisions qu'il ne s'était passé en fait qu'environ une heure depuis la première contraction qui m'avait réveillée.*

*C'est avec mon bébé encore lié à moi par son cordon ombilical que je suis montée à ma chambre qui m'attendait, prête à accueillir une nouvelle famille. C'est là que le sage-homme eut l'idée, au bout d'un moment, de découvrir que nous venions d'accueillir... un nouveau garçon! C'est là aussi que l'instinct en moi et l'instinct en lui ont fait qu'il s'est mis à prendre le sein, tout doucement, tout simplement, à son rythme. Alors que le lien était établi au sein, celui établi par le cordon ombilical pouvait être coupé; c'est son frère qui s'en est occupé.*

*Puis environ une heure après la naissance, j'ai senti le besoin de parler à une de mes perles qui m'avait si bien aidée à garder le contact avec moi-même pendant la grossesse; elle a d'ailleurs continué à le faire de façon très opportune dans les jours suivant la naissance. L'homme-sage a alors téléphoné à cette femme-sage, lui annonçant cette surprise matinale. En lui parlant, j'ai retrouvé en moi l'élan final pour tourner la dernière page de ce chapitre, soit l'expulsion du placenta, tout en douceur.*

*Et voilà! J'avais créé cette expérience pour me rappeler qui je suis vraiment. Comme tous les hommes et toutes les femmes, je suis vouée à laisser émerger la version la plus élevée de moi et ce, à chaque instant. Et cet instant m'a permis de me la rappeler.*

*Depuis la nuit des temps, nous rêvons de nous rappeler qui nous étions la veille, qui nous sommes vraiment et d'en faire l'expérience.*

*Depuis la nuit des temps, c'est un éternel recommencement jusqu'à ce que nous nous rappelions à chaque instant qui nous sommes vraiment. De plus en plus, le temps s'arrête doucement. Les lumières autour s'éteignent. Celles de l'intérieur s'allument. Les peurs nous quittent. La confiance nous habite enfin. Le silence devient Maître dans notre tête. Les battements de notre cœur font preuve de sang froid. Nos muscles se libèrent de toute blessure lointaine. Notre corps, notre cœur et notre tête sont disposés à puiser dans notre esprit ce qu'il y a de plus élevé...*

*Merci Léo!*

*\**

**ANNEXE 7**

***Revue de presse***

# La loi compromet la santé des femmes et des bébés

*Des dizaines de femmes accouchent sans l'aide d'une sage-femme parce que l'État leur ferme la porte des maisons*

ROBERT DUTRISAC  
LE DEVOIR

Avec tous les risques que cela comporte, plusieurs dizaines de Québécoises ont choisi d'accoucher chez elles, sans autre assistance que celle de leur conjoint, depuis que le gouvernement Bouchard a décidé de ne plus permettre aux sages-femmes de pratiquer des accouchements à domicile.

Pour accoucher chez elles plutôt qu'à l'hôpital ou dans les maisons des naissances, où le nombre de places est restreint, d'autres femmes ont eu recours à des sages-femmes autodidactes qui pratiquent illégalement leur profession. Dans des cas plus rares, des sages-femmes diplômées, membres de l'Ordre des sages-femmes du Québec, auraient pratiqué des accouchements à domicile, s'exposant à des mesures disciplinaires de la part de leur ordre professionnel, voire à leur radiation de la profession.

C'est ce qu'a fait valoir, témoignages à l'appui, Christian Blanchette, du regroupement de parents Naitre chez nous. M. Blanchette s'est adressé à la ministre de la Justice et responsable des lois professionnelles, Linda Gouppil, pour exiger la levée de l'interdiction qui frappe les accouchements à domicile faits par des sages-femmes. La position de Naitre chez nous est appuyée par

tous les regroupements qui prônent l'accouchement naturel, comme le Regroupement des sages-femmes du Québec, le Regroupement des aspirantes sages-femmes, le Regroupement Naissance-Renaissance et le Groupe MAMAN (acronyme du Mouvement pour l'autonomie de la maternité et l'accouchement naturel).

Ces groupes demandent l'abrogation de l'article 61 de la Loi sur les sages-femmes, adoptée le 17 juin 1999. Cet article interdit aux sages-femmes de faire des accouchements à domicile avant que le règlement encadrant cette pratique ne soit adopté par l'Ordre des sages-femmes et le gouvernement. L'adoption d'un règlement est dans l'ordre des choses et aucun groupe ne s'y oppose. Mais l'article 61 présente un effet pervers. Avant l'adoption de la loi, les sages-femmes pratiquaient quelque 200 accouchements à domicile par année au Québec, sans être inquiétées par la loi. Aujourd'hui, les femmes qui souhaitent accoucher à la maison ne peuvent légalement compter sur les services de sages-femmes. Dans bien des cas, elles prennent le risque d'accoucher sans l'assistance de personnes compétentes. Selon M. Blanchette, dont la conjointe Louise Roy s'apprête à donner naissance à la maison sans aide professionnelle, des centaines de lettres de témoignage et d'appui ont été envoyées à la ministre responsable

Au cabinet de Linda Gouppil, on assure que la ministre n'a aucune intention d'abroger l'article 61 de la loi et qu'elle attend de recevoir de l'Ordre des sages-femmes un projet de règlement sur les accouchements à domicile.

À l'Ordre des sages-femmes, le directeur général Louis Côté convient qu'il a eu vent de ce phénomène des accouchements à domicile mais que l'ordre n'en avait aucune preuve formelle. Personne n'a porté plainte et cette pratique, qui contrevient à la loi, n'a fait l'objet d'aucune dénonciation, a-t-il dit.

M. Côté a indiqué que l'Ordre des sages-femmes vient tout juste de produire un projet de règlement sur les accouchements à domicile. Le Comité consultatif de l'ordre doit se saisir demain de ce projet et émettre ses recommandations. Une fois ces recommandations formulées, elles seront transmises à l'ordre, qui relatera ensuite son projet de règlement, amendé s'il y a lieu, à l'Office des professions du Québec. L'OPQ procédera à des consultations et produira son projet de règlement, qu'il transmettra à la ministre. Il peut s'écouler des mois, voire des années, avant l'adoption du règlement par décret et la levée de l'interdiction qui frappe les sages-femmes.

En février 2000, à Sainte-Dorothée (Laval), Josée Beaudry a accouché à la maison, seule avec son conjoint. Lors de ses deux précé-

dentes grossesses, elle avait accouché à son domicile avec l'aide de sages-femmes. « Je ne suis pas dans une secte, je ne suis pas granola. Je travaille pour une compagnie d'assurances de dommages et mon conjoint est en informatique », a-t-elle dit. C'est le fait d'avoir vu sa voisine revenir de l'hôpital avec son bébé handicapé des suites d'une erreur médicale qui l'a convaincue de prendre ce risque.

Donna Kane, de Granby, a accouché chez elle, sans autre aide que celle de son conjoint, d'un bébé prématuré de trois semaines. « Il était à la limite », a-t-elle reconnu au Devoir. Heureusement, tout s'est bien passé. « J'avais confiance dans mon corps et dans mon bébé », a-t-elle dit. C'est son cinquième enfant. Après deux accouchements à la maison, elle avait eu son quatrième enfant prématurément à l'hôpital.

Claudie Gauthier, de Saint-Damase, a donné naissance à son premier garçon à la Maison des naissances de Sherbrooke. Le 13 octobre dernier, elle a accouché chez elle de son deuxième fils, aux côtés de son conjoint. « C'est un rêve que j'ai depuis que je suis toute petite », a-t-elle dit. Mais comme toutes les femmes qui ont fait ce choix, elle aurait bien aimé compter sur les services d'une sage-femme. « Par moments, il y a eu des moments de doute », a dit Claudie Gauthier.



JACQUES MADRAU LE DEVOIR

La loi autorise les sages-femmes à pratiquer dans les maisons de naissance mais elle leur interdit d'accompagner les femmes à leur accouchement à leur domicile.

LE DEVOIR  
9 NOVEMBRE  
2000

## Dans la clandestinité

Le gouvernement a fait un pas vers les sages-femmes, l'an dernier, en adoptant une loi qui leur permet de faire des accouchements, mais seulement dans les maisons de naissance. Du même coup, il interdisait aux sages-femmes de faire des accouchements à domicile, risquant ainsi que des femmes accouchent à la maison sans aucune aide professionnelle. Le gouvernement attend-il qu'un drame survienne avant d'agir ?



Après s'être traîné les pieds durant une bonne décennie, le gouvernement adoptait, en juin 1999, une loi légalisant le travail des sages-femmes, mais uniquement dans la mesure où elles pratiquaient dans l'une des six maisons de naissance agréées du Québec. Cependant, en même temps qu'il reconnaissait enfin le professionnalisme des sages-femmes et entreprenait leur intégration dans le réseau de la santé, de nombreuses années après d'autres pays et provinces, Québec réduisait, dans les faits, leur champ d'action.

Un article de la Loi sur les sages-femmes prévoit que l'interdiction de travail à domicile sera levée lorsqu'un règlement encadrant cette pratique sera adopté. Sauf qu'entre-temps, des femmes accouchent sans filet à la maison. Et ce règlement n'est pas près d'être adopté: de comité en comité, il pourrait facilement s'écouler plusieurs années avant la sanction officielle.



Paule  
des Rivières

Résultat? À maints égards, la situation était plus intéressante, en tout cas certainement plus sécuritaire, avant l'adoption de la loi, en dépit du flou juridique sur le statut des sages-femmes. Ces dernières suivaient le protocole de leur regroupement et, avant d'effectuer un accouchement à domicile, établissaient un contact soit avec le médecin de la mère, soit avec un médecin d'un hôpital avoisinant. Quelque 200 femmes accouchaient ainsi, chaque année, à domicile.

La situation est moins claire depuis l'adoption de la loi. Les sages-femmes sont désormais encadrées par un ordre professionnel et ne peuvent plus se rendre dans les demeures des femmes qui préfèrent rester à la maison ou qui n'ont pas accès à une maison de naissance. Ces femmes ne sont pas légion mais elles existent, comme le rappelait notre collègue Robert Dutrisac dans l'édition d'hier du *Devoir*. En ne comptant que sur leur conjoint, ces futures mères accroissent les risques de complications à la naissance de l'enfant. On peut penser que ces femmes ne sont pas raisonnables; elles ont épousé une philosophie qui les tient éloignées de l'hôpital. Faudra-t-il qu'un drame survienne pour que Québec bouge dans ce dossier? Cette situation fait penser à celle des autorités routières qui ne placeront ni panneau de signalisation ni feux de circulation avant que des gamins ne soient frappés par des automobilistes à des carrefours achalandés.

Il est inconcevable que des femmes accouchent aujourd'hui dans la quasi-clandestinité. Et il n'est pas normal que les sages-femmes qui assistent des accouchements à domicile risquent la radiation de leur ordre professionnel.

En attendant que cet ordre professionnel et le gouvernement s'entendent sur l'encadrement des accouchements à domicile, Québec doit assouplir sa position et édicter des normes transitoires permettant aux femmes qui désirent accoucher à la maison de faire appel à une sage-femme. Cette situation de transition n'empêchera pas les experts de peaufiner le règlement final devant encadrer les accouchements à la maison. Mais il est irresponsable de laisser perdurer la situation actuelle. Rien, ni le lobby des médecins, ni la lenteur du processus législatif, ne saurait justifier l'inaction.

LE DEVOIR

10 NOVEMBRE 2000

Q  
P  
b  
n  
Z  
n  
P  
o  
c



ALLEN McINNIS, GAZETTE

Josée Beaudry had her third child at home with only her husband by her side. Her first two children were also born at home, with help of a midwife.

# Giving birth at home

## Women left to their own devices in absence of OK for midwives

MARIA VINCELLI  
Special to The Gazette

For Bernadette Thibaudeau, the best part of the home birth of her second daughter last June was the participation of her first daughter, Céleste.

"It would not have been possible in any other environment," she said of the encouragement and massages she got from Céleste, then 2, throughout the three-hour labour.

After the birth of Céleste in hospital left her exhausted from fighting hospital rules that prohibited her from moving and eating and drinking when she wanted, Thibaudeau, a 31-year-old public-health nurse in Montreal, knew she wanted to have her second baby at home, surrounded by only her immediate family and a midwife.

But women in Thibaudeau's situation have discovered that it isn't as easy as it once was to find a midwife for a home birth. Somewhat ironically, since the provincial government formally recognized the midwifery profession in June 1999, home births attended by midwives have been illegal in Quebec.

Though midwife-attended home births were technically illegal before the Midwives Act was passed, the government quietly tolerated them. Until 1994 - when the government established six birthing centres across the

province, where midwives were on staff - as many as 200 babies a year were born this way. After the birthing centres were set up, the number of home births dwindled.

The 1999 Midwives Act established the Quebec Order of Midwives. The order is waiting for a consultative committee of two doctors, a nurse, a pharmacist, a representative of the public and one midwife to provide recommen-

dations on a regulation that would permit its members to attend home births.

Until that regulation is adopted by the National Assembly, registered midwives cannot legally attend a birth outside a birthing centre.

Nonetheless, women like Thibaudeau are willing to take on the effort and risks associated with home delivery because they believe birth is, in most instances, a safe, natural process and not a high-risk medical procedure requiring intervention.

Some find midwives who are willing to chance fines between \$600 and \$6,000 and losing their license to practice, so they can help women bring children into the world in their homes.

Others, like Josée Beaudry, are giving birth without any professional help at all.

Though she regularly saw a doctor before and after the birth, the 33-year-old Laval resident had her third child at home in February 2000 with only her husband at her side.

Worried that she and her husband could get into trouble with youth-protection officials, she had let only one other person in on their plan. She had asked her neighbour, a nurse, if she would help her if an emergency trans-

fer to a hospital was needed.

Beaudry, an insurance agent, said she made her decision on the day the midwife who had attended the home births of her first two children told her she could not be there for the new baby's birth because of the legislation.

There were about 100 home births in the province last year, slightly more than half of which were attended by people other than midwives, doctors or nurses. In 1998, the year before the Midwives Act was passed, there were 152 home births, of which only 23 per cent were not attended by a health professional.

Quebec Order of Midwives president Michèle Champagne says midwives "didn't have much of a choice" about accepting the government's demand

that the order come up with a formal protocol for home birth before it could be declared legal.

But because of the procedure involved in getting to that point, it may be as long as three years after the passing of the Midwives Act before home birth with midwives in attendance is approved by Quebec.

"We have legislation providing for home birth in other parts of the country," noted Lucie Hamelin, president of the midwives' professional association, the Regroupement des Sages-Femmes du Québec. British Columbia and Ontario have both approved home births.

"It's deplorable for women," Hamelin said of the current Québec situation. "We know that women are giving birth alone, that parents are taking that responsibility. We know that we have midwives who are trained to help them. It's not right."

Until the home-birth regulation is approved, the province is recommending that women go to one of the six birthing centres if they want to be attended by a midwife.

But many Quebec women live too far from a birthing centre to be able to use the services.

◆ To find out more about birthing centres, call the Quebec Order of Midwives at (514) 286-1313.

# Ces Québécoises qui accouchent dans la clandestinité

CAPITAL SANTÉ  
MAI 2001

Des femmes accouchent chez elles, en secret, avec l'aide qu'elles peuvent trouver, depuis que les sages-femmes n'ont plus le droit d'entrer dans leur maison. Elles le font avec tous les risques que cela comporte, en attendant la légalisation d'une pratique vieille comme le monde.

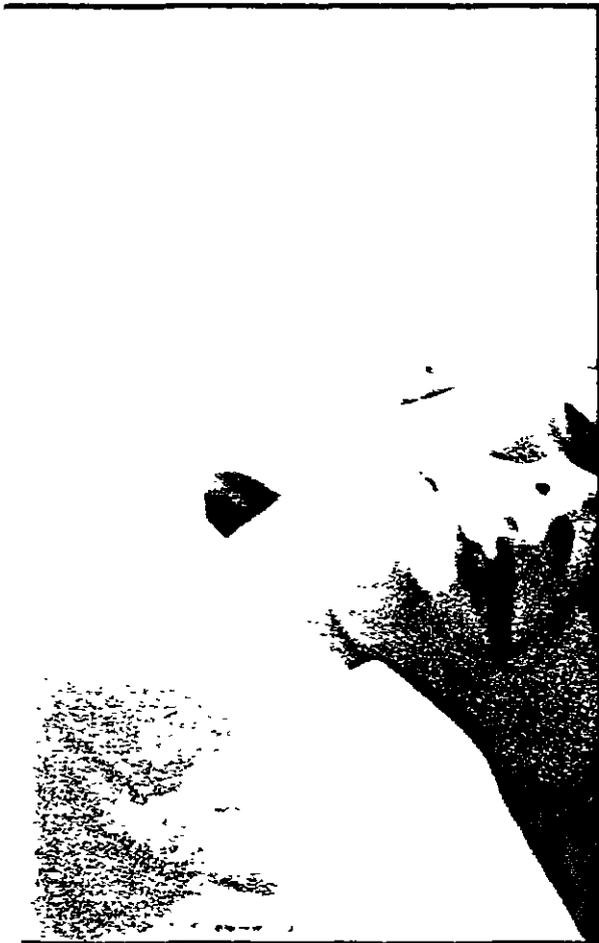
par Suzanne Décarie



**A**près des années de revendications, les sages-femmes ont maintenant un statut, un ordre, une profession. Mais elles n'ont pas le droit de pratiquer des accouchements à la maison, ce qui est pourtant l'essence même de leur profession. Prévu dans la loi, ce droit est en suspens depuis près de deux ans. C'est qu'on attend l'adoption du règlement qui balisera la pratique à domicile. « Et on peut attendre longtemps », dit Bernadette Thibodeau, représentante du groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie de la maternité et l'accouchement naturel).

**Mais les femmes, elles, ne peuvent pas toujours attendre.**

On accouche une fois, peut-être deux, rarement trois fois dans sa vie. On a envie de le faire à sa façon, selon ses valeurs et ses convictions. Accoucher à la maison n'est pas, et ne sera peut-être jamais, le choix d'une majorité de femmes et de leurs conjoints. Mais les autres devraient pouvoir le faire sans que leur vie ou celle de leur petit soit en péril.



STONE

### **Naître à la maison**

Anne-Marie a accouché de son premier enfant dans une maison de naissance et « dans les meilleures conditions du monde ». Cinq plus tard, enceinte à nouveau, Anne-Marie n'a pourtant pas envie d'y retourner. La sage-femme qui l'avait accompagnée a quitté pour aller travailler au loin. Plus rien n'est pareil. Anne-Marie et son conjoint en sont venus à la conclusion que l'accouchement à la maison était ce qui leur convenait le mieux. Anne-Marie veut s'approprier son accouchement, en être responsable. « À la maison, c'est plus intense. On est dans nos affaires. Il n'y a pas de coupure. Les émotions restent dans l'air. On peut être dans notre bulle aussi longtemps qu'on le désire. On a le temps d'apprivoiser tout ça. »

**Après s'être cogné le nez à bien des portes et s'être heurtée à bien des silences, Anne-Marie a réussi à trouver une sage-femme qui l'accompagnera, même si la loi l'interdit.**

Le complot du silence qui entoure les « accoucheuses » à domicile est bien sûr lié au projet de loi n° 28 et à son article 61. On l'a dit : à l'heure actuelle, il est illégal de pratiquer des accouchements à la maison. Les femmes accouchent donc seules, ou avec des sages-femmes autodidactes qui n'ont pas de formation reconnue, ou encore avec des sages-femmes diplômées qui risquent ainsi de perdre leur droit de pratiquer. « Tout se fait dans le secret », reconnaît Fabienne Mathieu du regroupement Naissance-Renaissance qui dénonce la situation : les femmes désireuses d'accoucher à la maison sont réduites à le faire avec l'aide qu'elles peuvent trouver elles-mêmes et avec les risques que cela présente.

**C'est la clandestinité, quoi. On marche sur des œufs. On parle à mots couverts. On se méfie. On hésite à donner des noms.**

Les sages-femmes sont elles aussi très mal à l'aise dans ce contexte. Formées pour suivre les grossesses normales et pratiquer à la maison des accouchements normaux, « elles souhaiteraient aider les parents qui ont besoin de soutien et d'information pour accoucher à domicile », affirme Lucie Hamelin, sage-femme et présidente du Regroupement des sages-femmes du Québec. Et puis les sages-femmes qui acceptent de défier la loi ont peur. Elles craignent des complications qui, en plus de les mettre personnellement dans l'embarras, pourraient ternir l'image de la profession et retarder l'adoption d'un règlement. « Je les comprends, dit Bernadette Thibodeau. Mais

Quand la science  
s'intéresse  
à vos kilos...



Pour répondre aux problèmes de surcharge pondérale, les laboratoires pharmaceutiques Arkopharma ont développé un complexe minceur original breveté : Exolise, un extrait standardisé de *Camellia sinensis* titré à 25 % de catéchols.

Exolise est le premier produit sur le marché à avoir une action reconnue et prouvée sur la stimulation de la thermogénèse (production de la chaleur physiologique). Ainsi, Exolise présente un mode d'action original et novateur, qui conjugue deux effets complémentaires pour lutter contre la surcharge pondérale

- Exolise inhibe l'activité des lipases gastriques et pancréatiques

Bloque l'absorption des graisses

- Exolise stimule la thermogénèse

Brûle les graisses



Exolise,  
un choix naturel  
et innovateur  
pour les personnes  
qui veulent  
perdre du poids.

Exolise® quand la science  
s'intéresse à vos kilos.

Fabrique par : Arkopharma Laboratoires  
Pharmaceutiques

- Distribue par Heel Canada Inc  
1-888-879-4335  
(514) 353-4335  
www.heel.ca

-Heel®



on n'attendra pas que les mentalités changent pour aider à accoucher de cette façon les femmes qui le désirent. »

Accompagnée d'une infirmière formée en périnatalité, et en qui elle avait une grande confiance, Bernadette Thibodeau a accouché chez elle en juin dernier. Son premier accouchement ne s'était pas passé, comme elle le prévoyait, dans une maison de naissance. Son aînée est née à l'hôpital parce qu'elle avait dépassé la norme des 42 semaines de grossesse fixée par les maisons de naissance. Bernadette n'a pas voulu revivre d'accouchement provoqué et de travail sous monitoring. Son deuxième bébé est donc né à la maison, à 43 semaines et 1 jour. « J'étais prête à aller à l'hôpital si ça se passait mal. » Elle n'a pas eu à le faire. Cette victoire lui a redonné confiance en elle. Elle a apprécié de ne pas avoir à se préoccuper des sollicitations extérieures, du train-train et du va-et-vient de l'hôpital. De ne pas avoir à être gênée, pudique, ou à se retenir. De pouvoir se concentrer sur ce qui se passait

en elle et de vivre librement « l'état animal dans lequel on se trouve quand on vit un accouchement normal, naturel, qui respecte son corps ».

« À la maison, on peut se laisser couler dans l'énergie de l'accouchement », note aussi Sara (prénom fictif). Mère de trois filles - les deux aînées sont nées en maison de naissance, vite et bien; la deuxième en moins de 30 minutes -, Sara craignait affreusement d'accoucher de son troisième enfant dans un taxi. Elle a donc tout mis en place pour enfanter chez elle, aidée d'une sage-femme avec qui elle avait établi un lien privilégié. « Je pouvais lui dire n'importe quoi, confie-t-elle. Puis une sage-femme nous accompagne. Elle ne nous accouche pas, c'est nous qui accouchons. »

Pour Anne-Marie, Bernadette, Sara, l'accouchement est un acte de santé, un acte normal et naturel. « La grossesse est un hymne à la vie, dit Anne-Marie. Il faut faire

LES RÉGIONS DE SANTÉ LOCALY,  
pour des vacances de rêve...

# Spa Concept Bromont



confiance à cette vie qui nous habite, être forte pour l'accueillir. À la maison, on retrouve la capacité de donner la vie, de mettre au monde. » Qu'est-ce qu'on y trouve de plus qu'à l'hôpital ou à la maison de naissance ? « L'intimité, répond Lucie Hamelin. Et on est en possession de notre pouvoir dans ce lieu qui nous appartient », dit-elle. Il y a aussi le bonheur de ne pas avoir à se déplacer. « Une fois en travail, on ne veut pas changer de lieu si tout va bien et que tout est normal. »

## Risqué ?

Aucune des femmes interrogées n'a eu l'impression de courir des risques en accouchant à la maison. Bernadette Thibodeau reconnaît tout de même qu'elle aurait été déstabilisée s'il y avait eu urgence et qu'il avait fallu appeler l'ambulance. « On aurait pu perdre un temps précieux, reconnaît-elle. Alors que si j'avais été accompagnée d'une sage-femme accréditée, elle aurait agi selon le protocole prévu dans un tel cas. Et puis mon dossier se serait déjà trouvé à l'hôpital. »

C'est là surtout que le bât blesse. « Quand tout va bien, ce n'est jamais compliqué », rappelle Lucie Hamelin qui considère que la sécurité de la mère et du bébé est difficile à assurer dans le contexte actuel. « Ce n'est pas simple de conduire un bébé ou une femme à un hôpital avec lequel on ne s'est pas entendu auparavant. » Rien n'est donc encore en place dans les hôpitaux pour offrir des services rapidement, dans une telle situation. Cela signifie de lourdes responsabilités pour les parents qui, le cas échéant, devront se rendre seuls à l'hôpital, expliquer leur situation...

La compétence des sages-femmes, ces professionnelles de l'accouchement, n'est nullement remise en cause dans ce dossier. Leur formation universitaire s'échelonne sur plus de quatre années durant lesquelles elles se penchent sur tout ce qui entoure la grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal. Elles savent dépister le danger, intervenir, et elles n'hésitent pas à s'en remettre à l'hôpital au besoin. « Elles sont habilitées à éliminer les cas à risque, rappelle Louis Côté, directeur général de l'Ordre des sages-

Massothérapie  
Soins esthétiques  
du visage et du corps  
Soins de détente  
Boutique sur place

Spa Concept  
Bromont

Château Bromont  
90, rue de Stanstead  
Bromont, J2L 1K6

(800) 567-7727  
(450) 534-2717

Certificats  
cadeaux  
disponibles

ACHETEZ-LES  
SUR LE WEB !!

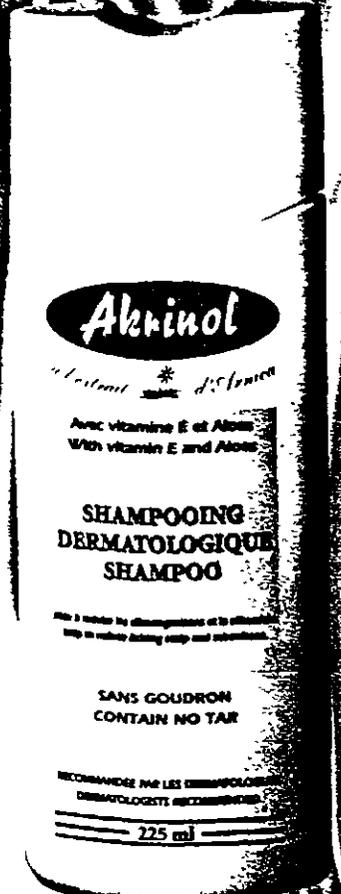
[www.spaconcept.ca](http://www.spaconcept.ca)

ISSUE D'UNE TRADITION  
EUROPÉENNE

SHAMPOING  
DERMATOLOGIQUE

**Akrinol**

Sans alcool, colorants, parabènes,  
parfums, quinquina, huiles essentielles,  
ou allergisants. Équilibre



Aide à réduire efficacement les  
démangeaisons, séborrhée et  
autres affections du cuir chevelu.  
Non irritant pour les yeux.

RECOMMANDÉ PAR LES  
DERMATOLOGUES

PRODUIT FABRIQUÉ AU CANADA  
MAINTENANT  
EN VENTE EN PHARMACIE

Pour information:  
Laboratoire Stelmach Inc.  
1-800-667-1841

### OU EN EST LE DOSSIER :

Voici les explications de Louis Côté, directeur général de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Le projet de règlement sur les accouchements à domicile produit par l'Ordre des sages-femmes est actuellement à l'étude au conseil consultatif de l'Ordre. Ce dernier doit formuler ses recommandations et les soumettre à l'Ordre. « Au plus tard à la fin du printemps », dit M. Côté.

L'Ordre choisira ce qu'il retient de ces recommandations, adoptera son règlement et le transmettra à l'Office des professions du Québec qui l'étudiera à son tour et le publiera dans la Gazette Officielle du Québec. « On présume d'ores et déjà qu'il y aura des réactions. » L'OPQ produira ensuite son projet de règlement et le fera parvenir au ministre de la Justice qui le soumettra au gouvernement.

Ce processus peut s'étaler sur des mois et même des années...

femmes du Québec. Elles sont formées pour faire face aux urgences néonatales et sont attentives à la qualité de l'arrimage lors d'un transfert à un médecin en cas d'urgence. »

La pratique des sage-femmes en maison de naissance a d'ailleurs été jugée sécuritaire et adéquate par un comité d'experts. Or, cette pratique est la même à domicile. « On peut utiliser exactement le même matériel, qui est transportable, précise Lucie Hamelin. On pourrait suivre exactement les mêmes protocoles et s'entendre de la même façon avec les hôpitaux (transport, etc.) pour les accouchements à domicile. »

Alors qu'est-ce qu'on attend pour légaliser la pratique à domicile, déjà admise ailleurs au Canada ? « C'est un dossier très politique, soutient M<sup>me</sup> Hamelin. Depuis le début, plusieurs personnes, issues du monde médical surtout, soutiennent qu'il n'est pas sécuritaire d'accoucher ailleurs qu'à l'hôpital. Un lobby s'est constitué afin de retarder la légalisation de l'accouchement à domicile. »

De nombreuses études montrent pourtant qu'il n'est pas plus risqué d'accoucher à la maison qu'à l'hôpital. Par contre, un certain nombre d'études mentionnent un peu plus de complications et de mortinaissances à la maison. « Mais il y a aussi des risques quand on accouche à l'hôpital », rappelle Louis Côté.

Une chose est certaine, accoucher seule, sans l'aide d'une person-

ne compétente, est risqué, même si, dans la plupart des cas, tout se passe bien. Josée Beaudry, qui a accouché à la maison, témoigne de son expérience sur le site Internet Accoucher librement (members.nbc.com\_XMCM/beaudryj).

**« Quel bonheur ! Quel simplicité ! », écrit celle qui a accouché de son troisième enfant à la maison, avec la seule aide de son conjoint.**

Si on se fie aux données diffusées par l'Organisation mondiale de la santé lors de la Journée mondiale de la santé du 7 avril 1998, environ 15 % des femmes enceintes ont besoin de soins obstétricaux, des complications pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant. « Ces complications apparaissent souvent brutalement sans pouvoir être prévues. »

Ces données donnent à réfléchir. Et elles expliquent en partie pourquoi les différents groupes qui prônent l'accouchement naturel demandent à Paul Bégin, ministre de la Justice et responsable des lois professionnelles, des mesures transitoires légalisant la pratique de l'accouchement à domicile. Ou encore ils demandent un moratoire pour que les choses redeviennent comme à l'époque où les sages-femmes pratiquaient près de 200 accouchements à domicile par année, sans avoir à le taire et à se cacher. « C'est un droit fondamental », dit Bernadette Thibodeau.

**ANNEXE 8**

***Tableau de la représentation des femmes***

## DOSSIER SAGE-FEMME AU QUÉBEC

### MOUVEMENT DE MOBILISATION ET DE REPRÉSENTATION DES FEMMES

