



**Le développement des services sages-femmes et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance au Québec passe par le partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens**

Document présenté aux membres de la  
Commission de la santé et des services sociaux,  
lors des Auditions publiques dans le cadre de  
l'étude des pétitions concernant la pratique sage-femme

Préparé par la Coalition pour la pratique sage-femme  
Coordonné par le Regroupement Naissance-Renaissance  
110, rue Sainte-Thérèse, bureau 503, Montréal, Québec H2Y 1E6

19 septembre 2011

## ***Introduction***

Le 5 mai 2011, la Coalition pour la pratique sage-femme (CPPSF) réunissait des centaines de femmes, familles, travailleuses communautaires, étudiantes sages-femmes et sages-femmes venant des quatre coins du Québec devant l'Assemblée nationale. Ensemble, elles réclamaient que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) finance à 100% le développement de nouvelles maisons de naissance et mette en place un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire. Ce même jour, partout dans le monde les femmes, les familles et les sages-femmes clamaient « Aujourd'hui plus que jamais, le monde a besoin de sages-femmes ». L'évènement avait été marqué au préalable par le dépôt d'une pétition à l'Assemblée nationale, par l'intermédiaire de la députée Agnès Maltais, dont l'objet était le soutien au développement de la pratique des sages-femmes. Les quelque 7330 signataires exigeaient du ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, l'accès aux différents lieux de naissance ainsi que le financement nécessaire à l'ouverture de 13 nouvelles maisons de naissance d'ici 2018. Cet appui de la population s'ajoutait aux 13 000 cartes postales signées qui lui avaient été remises le 15 février 2011. La CPPSF avait récolté ces signatures lors de sa campagne de mobilisation dans toutes les régions du Québec pour réclamer « *un réel engagement de l'État pour assurer à toutes les femmes et les familles québécoises qui le désirent d'être assistées par une sage-femme, et ce, dans le lieu de leur choix (domicile, maison de naissance ou hôpital)* ».

La CPPSF s'est réjouie de l'appui palpable ressenti de la part de tous les députés lors de la lecture du texte de la pétition le matin même à l'Assemblée nationale. En réponse aux demandes de la CPPSF, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'engagea la journée même « *que le Québec assumera 100% de la facture et fera l'étude des projets...* » et a « *réaffirmé que les femmes enceintes avaient le droit d'accoucher là où elles voulaient...* »<sup>1</sup> Depuis plus de 30 ans, les femmes réclament l'accès à la continuité des soins et au choix du lieu d'accouchement que seules les sages-femmes peuvent offrir. Plus de 80% des grossesses sont sans risque\* et devraient être suivies par des professionnels de la première ligne, soit sages-femmes ou omnipraticiens. Les sages-femmes sont les expertes de la normalité et c'est pour cela que les femmes insistent si ardemment pour y avoir accès. La CPPSF reconnaît que les femmes sont dans leur droit d'exiger que cesse les embûches et que tous les paliers, tant décisionnels que fonctionnels, se rallient derrière et avec elles pour enfin respecter le droit des Québécoises de choisir la façon dont elles mettront au monde leurs enfants.

Dans le contexte actuel d'une hausse de taux de natalité, d'une pénurie annoncée d'effectifs en obstétrique et d'un réseau hospitalier surchargé, la mise en œuvre des services sage-femmes et d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire

---

1

québécois sont d'autant plus urgentes. En ce qui a trait aux suivis de grossesse, à l'accouchement et au suivi postnatal, le désengorgement du réseau hospitalier allégerait la charge de travail pour les intervenants telles les infirmières, libérerait des ressources importantes technologiques, financières et humaines et permettrait une meilleure distribution de responsabilités pour les effectifs.

À l'occasion de ces Auditions publiques dans le cadre de l'étude des pétitions concernant la pratique sage-femme, la CPPSF présente son analyse et ses propositions pour le développement des services sage-femme et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire québécois, et ce, en partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens qui sont les premiers concernés. Nous vous présenterons donc les principes et les revendications qui guident nos actions, tels que le rôle historique et actuel des citoyennes dans le développement des services sage-femme, le droit des femmes de choisir le lieu d'accouchement et la personne qui les accompagnera, l'importance de protéger et de promouvoir l'accouchement physiologique et le respect du modèle québécois de pratique sage-femme.

## **PRIORITES ET RECOMMANDATIONS**

Le développement des services sages-femmes et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance au Québec passe par le partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens, mais aussi que les points mentionnés ci-dessous soient mis de l'avant.

**Nous, les membres de la Coalition pour la pratique sage-femme considérons qu'il est essentiel de prioriser:**

- Que le droit des femmes de choisir d'accoucher à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital soit respecté ;
- Que la qualité de soutien continue offert par les sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le postnatal soit accessible à toutes les femmes et les familles qui le souhaitent ;
- Que le modèle québécois de pratique sage-femme soit respecté. C'est-à-dire que soit protégée l'autonomie de leur pratique, la continuité de leurs soins, la relation égalitaire qu'elles entretiennent avec les femmes et l'ancrage dans la communauté ;
- Que le ministre de la Santé et des Services sociaux respecte ses engagements prononcés le 5 mai, 2011 soit de financer à 100% l'implantation de nouvelles maisons de naissance dans toutes les régions du Québec ;
- Que le ministre de la Santé et des Services et le gouvernement s'engagent à travailler pour lever les obstacles, entre autres les résistances corporatives à l'égard des sages-femmes et ce, afin que leurs compétences en tant que professionnelles de première ligne prévalent ;
- Que les projets de développement de nouvelles maisons de naissance retenus soient d'abord issus des groupes citoyens mobilisés pour l'accès aux services sage-femme et aux maisons de naissance ;
- Que les groupes citoyens puissent participer pleinement à toutes les étapes du développement, de la mise en place et du maintien d'un réseau québécois de Maisons de naissance ;
- Que le réseau québécois de Maison de naissance continue de rayonner à l'international et d'être la référence d'excellence et de qualité de soin de première ligne.

**Nous recommandons ainsi :**

La mise en place d'un comité national pour le développement de la pratique sage-femme et des maisons de naissance reflétant la diversité régionale du Québec et dans lequel les institutions sages-femmes et les groupes citoyens sont représentés ;

L'implantation des maisons de naissance au rythme prévu dans la politique de périnatalité 2008-2018 en s'assurant d'une participation citoyenne lors de l'élaboration de la programmation afin que la maison de naissance reflète les besoins du réseau local de services, mais aussi ceux de la communauté dans laquelle elle s'intègre ;

La tenue d'une vaste campagne de promotion de l'accouchement physiologique et de la pratique sage-femme auprès des intervenants du réseau de la santé, des fonctionnaires de tous les paliers gouvernementaux, des étudiants et futurs professionnels de la santé notamment en médecine et de la population.



**Le développement des services sages-femmes et la mise en place  
d'un réseau de maisons de naissance au Québec passe par le  
partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens**

Document présenté aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux,  
lors des Auditions publiques dans le cadre de  
l'étude des pétitions concernant la pratique sage-femme

Préparé par la Coalition pour la pratique sage-femme  
Coordonné par le Regroupement Naissance-Renaissance  
110, rue Sainte-Thérèse, bureau 503, Montréal, Québec H2Y 1E6

19 septembre 2011

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>HISTORIQUE DE LA COALITION POUR LA PRATIQUE SAGE-FEMME.....</b>	<b>5</b>
<i>Gains.....</i>	<i>5</i>
<i>Mission.....</i>	<i>5</i>
<i>Membres de la Coalition pour la pratique sage-femme.....</i>	<i>5</i>
<b>REGARD SUR L'HISTOIRE DE LA NAISSANCE AU QUÉBEC.....</b>	<b>6</b>
« <i>L'enfantement dans un Québec moderne : Générations, mémoires, histoire</i> ».....	<i>6</i>
<i>Méconnaissances et résistances tenaces.....</i>	<i>8</i>
<b>RESPECTER LES DROITS DES FEMMES : UN DÉFI À RELEVER.....</b>	<b>11</b>
<i>ÉTAT DE LA SITUATION : besoins et accessibilité.....</i>	<i>12</i>
<i>Implication citoyenne auprès des sages-femmes : une démarche d'empowerment.....</i>	<i>13</i>
<b>CHOIX DU LIEU DE NAISSANCE.....</b>	<b>14</b>
<i>Accouchement à domicile.....</i>	<i>14</i>
<i>Les maisons de naissance, plus qu'un centre de service : un milieu de vie.....</i>	<i>16</i>
<b>PARTICIPATION CITOYENNE.....</b>	<b>20</b>
<b>LOIS, POLITIQUES, DÉCLARATIONS À L'APPUI DES DROITS DES FEMMES.....</b>	<b>22</b>
<i>Politique de périnatalité (2008-2018) – Engagements du MSSS.....</i>	<i>22</i>
<i>Stratégie de mise en œuvre de la politique de périnatalité (2009-2012).....</i>	<i>23</i>
<i>L'amélioration des services doit se faire pour et avec les femmes.....</i>	<i>24</i>
<i>Déterminants sociaux de la santé tels que définit par l'Organisation mondiale de la santé.....</i>	<i>24</i>
<i>Initiative internationale innovatrice.....</i>	<i>25</i>
<i>Article de loi définissant la violence obstétricale.....</i>	<i>26</i>
<i>Les associations québécoises.....</i>	<i>26</i>
<i>Semaine mondiale de l'accouchement respecté.....</i>	<i>26</i>
<b>PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>28</b>

## Introduction

Le 5 mai 2011, la Coalition pour la pratique sage-femme (CPPSF) réunissait des centaines de femmes, familles, travailleuses communautaires, étudiantes sages-femmes et sages-femmes venant des quatre coins du Québec devant l'Assemblée nationale. Ensemble, elles réclamaient que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) finance à 100 % le développement de nouvelles maisons de naissance et mette en place un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire. Ce même jour, partout dans le monde les femmes, les familles et les sages-femmes clamaient « Aujourd'hui plus que jamais, le monde a besoin de sages-femmes ». L'évènement avait été marqué au préalable par le dépôt d'une pétition à l'Assemblée nationale, par l'intermédiaire de la députée Agnès Maltais, dont l'objet était le soutien au développement de la pratique des sages-femmes. Les quelque 7330 signataires exigeaient du ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, l'accès aux différents lieux de naissance ainsi que le financement nécessaire à l'ouverture de 13 nouvelles maisons de naissance d'ici 2018. Cet appui de la population s'ajoutait aux 13 000 cartes postales signées qui lui avaient été remises le 15 février 2011. La CPPSF avait récolté ces signatures lors de sa campagne de mobilisation dans toutes les régions du Québec pour réclamer « *un réel engagement de l'État pour assurer à toutes les femmes et les familles québécoises qui le désirent d'être assistées par une sage-femme, et ce, dans le lieu de leur choix (domicile, maison de naissance ou hôpital)* ».

La CPPSF s'est réjouie de l'appui palpable ressenti de la part de toutes les députées et de tous les députés lors de la lecture du texte de la pétition le matin même à l'Assemblée nationale. En réponse aux demandes de la CPPSF, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'engagea la journée même « *que le Québec assumera 100% de la facture et fera l'étude des projets...* » et il a « *réaffirmé que les femmes enceintes avaient le droit d'accoucher là où elles voulaient...* »<sup>1</sup> Depuis plus de 30 ans, les femmes réclament l'accès à la continuité des soins et au choix du lieu d'accouchement que seules les sages-femmes peuvent offrir. Plus de 80 % des grossesses sont sans risque\* et devraient être suivies par des professionnels de la première ligne, soit sages-femmes ou omnipraticiens. Les sages-femmes sont les expertes de la normalité et c'est pour cela que les femmes insistent si ardemment pour y avoir accès. La CPPSF reconnaît que les femmes sont dans leur droit d'exiger que cesse les embûches et que tous les paliers, tant décisionnels que fonctionnels, se rallient derrière et avec elles pour enfin respecter le droit des Québécoises de choisir la façon dont elles mettront au monde leurs enfants.

---

1

Le ministre Bolduc revoit le mode de financement des maisons de naissance  
Publié le 5 mai 2011 à 21h39 ; Cyberpresse

Dans le contexte actuel d'une hausse de taux de natalité, d'une pénurie annoncée d'effectifs en obstétrique et d'un réseau hospitalier surchargé, la mise en œuvre des services sage-femmes et d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire québécois sont d'autant plus urgentes. En ce qui a trait aux suivis de grossesse, à l'accouchement et au suivi postnatal, le désengorgement du réseau hospitalier allégerait la charge de travail pour les intervenants telles les infirmières, libérerait des ressources importantes technologiques, financières et humaines et permettrait une meilleure distribution de responsabilités pour les effectifs.

À l'occasion de ces Auditions publiques dans le cadre de l'étude des pétitions concernant la pratique sage-femme, la CPPSF présente son analyse et ses propositions pour le développement des services sage-femme et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire québécois, et ce, en partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens qui sont les premiers concernés. Nous vous présenterons donc les principes et les revendications qui guident nos actions, tels que le rôle historique et actuel des citoyennes dans le développement des services sage-femme, le droit des femmes de choisir le lieu d'accouchement et la personne qui les accompagnera, l'importance de protéger et de promouvoir l'accouchement physiologique et le respect du modèle québécois de pratique sage-femme.

## Historique de la Coalition pour la pratique sage-femme

En 1988, dans le contexte d'un puissant mouvement populaire réclamant l'humanisation des naissances, la *Coalition pour la pratique sage-femme* a été formée par des groupes citoyens et des associations issues du lieu de naissance. Aujourd'hui, la Coalition pour la pratique sage-femme représente plus de 800 000 personnes.

### Gains

- Mise en place des projets pilotes pour l'évaluation de la pratique sage-femme (1993)
- Légalisation de la pratique sage-femme et intégration au système de santé (1999)
- Création d'un ordre professionnel autonome (1999)
- Programme universitaire de formation des sages-femmes (1999)
- Signature de la première entente entre le CLSC du Lac-Saint-Louis et le Centre hospitalier La Salle pour les accouchements avec sage-femme à l'hôpital (2004).
- Adoption du règlement sur l'accouchement à domicile (2005)
- Ouverture de la maison de naissance de Blainville (2008)

### Mission

La *Coalition pour la pratique sage-femme* défend le droit des femmes et des familles d'avoir accès dans toutes les régions du Québec aux services de sage-femme et au choix du lieu de naissance (maison de naissance, domicile, hôpital). Elle apporte son soutien à toutes les femmes qui désirent accoucher avec l'assistance d'une sage-femme et à tous les groupes citoyens qui veulent avoir accès aux services de sage-femme et aux maisons de naissance.

### Membres de la Coalition pour la pratique sage-femme

- Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)
- Association des étudiantes sages-femmes du Québec (AESFQ)
- Les Cercles de Fermières du Québec
- Confédération des syndicats nationaux (CSN)
- Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (FQOCF)
- Fédération des femmes du Québec (FFQ)
- Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
- Groupe Maman, Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel (GM)
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ)
- Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)
- L'R des centres de femmes du Québec
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
- Réseau des centres ressources périnatales (CRP)
- Séréna Québec

## Regard sur l'histoire de la naissance au Québec

Afin de bien situer le contexte historique qui a mené à la médicalisation de la naissance et qui a des répercussions importantes sur notre vision moderne de l'accouchement, nous citons ici quelques extraits de la thèse de l'historienne Andrée Rivard présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en histoire pour l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.) Dre Rivard décrit clairement les forces qui ont contribué au déclin de la pratique sage-femme au Québec.

### « L'enfantement dans un Québec moderne : Générations, mémoires, histoire ».

« Pour favoriser le peuplement de la Nouvelle-France au XVIIe siècle, les autorités avaient pris soin d'implanter tout un réseau de sages-femmes sur l'ensemble du territoire.<sup>2</sup> Les plus instruites avaient fréquenté les plus prestigieuses écoles françaises. Quelle que soit leur place dans la hiérarchie des sages-femmes (dépendant de leur rôle et de leur degré d'instruction), chacune était respectée de la population. Elles jouaient dans la colonie un rôle autant social que d'assistance « médicale » aux accouchements. La montée au début du XIXe siècle, sous le nouveau Régime anglais, d'un groupe de jeunes médecins en quête de clientèle annonce le déclin des sages-femmes. »

Il est connu que les médecins tenaient beaucoup à l'exclusivité de la pratique obstétricale parce qu'elle était conçue comme l'exercice de base pour la constitution d'une clientèle, un élément déterminant dans un contexte de concurrence de plus en plus vif (de la même façon, le besoin d'un vaste bassin de clientèle explique que la gynécologie ait été la première spécialité médicale à voir le jour).

Le transfert hospitalier de l'accouchement qui se concrétise véritablement au Québec après la Seconde Guerre mondiale (d'ailleurs en décalage avec les autres provinces canadiennes) serait, selon elle, une illustration éclatante du succès du consensus social et politique obtenu par les divers acteurs en ce qui concerne la redéfinition de la maternité en termes médicaux.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> En cette matière, l'œuvre-clé demeure toujours celle d'Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec* qui traite de la question sur la longue période qui s'étend du régime français jusque vers 1950. Depuis les travaux de Laforce, aucun autre historien ou historienne ne s'est penchée sur la question spécifique des sages-femmes au Québec.

<sup>3</sup> *Un Québec en mal d'enfants...*, p. 184.

L'un des facteurs les plus décisifs fut probablement l'accès gratuit pour tous les Québécois, dès 1961, aux services hospitaliers, dont les frais seront désormais assumés par l'État. À partir de ce moment, presque toutes les Québécoises vont mettre au monde leurs enfants en institution (voir le tableau 1). Le bouleversement culturel en cours depuis le début du siècle était dès lors pleinement accompli.

Tableau 1

**Pourcentage des naissances à l'hôpital, de 1948 à 1962.  
Canada et Québec.**

	1948	1950	1952	1954	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Canada	72,3	76,0	81,4	84,6	88,4	90,2	91,7	93,1	94,6	96,9	97,8
Québec	41,2	47,8	56,7	62,4	71,2	75,6	79,3	82,3	85,2	92,3	95,0

Source : Gouvernement du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *Soins hospitaliers au Canada : Évolution et changements, 1948-1962*, série des soins de santé, mémoire no 19, Ottawa, gouvernement du Canada, 1964.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Nous avons gardé ici les mêmes années que celles retenues dans le tableau A8 du mémoire gouvernemental où les données sont discontinues au plan de la chronologie.

## Méconnaissances et résistances tenaces

On peut lire sur le site de Services Canada que « *les sages-femmes sont des fournisseuses de soins primaires qui donnent des soins complets aux femmes et à leurs bébés au cours de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période post-natale* », mais que « *le caractère professionnel des sages-femmes tarde toutefois à être pleinement reconnu par les autres professions médicales.* »<sup>5</sup>

Dans un contexte de surcharge hospitalière et de manque criant d'accès à des services de première ligne pour les femmes enceintes, le gouvernement a la responsabilité d'assurer un accès aux services de sages-femmes. Les sages-femmes proposent aux femmes des soins de maternité complets et elles sont les seules professionnelles de la santé au Québec à offrir le choix du lieu de naissance.

Les maisons de naissance constituent un modèle efficient et envié dans le monde. Elles devraient constituer la porte d'entrée en maternité pour les femmes présentant une grossesse normale et en santé. Dans sa politique de périnatalité, le MSSS vise une diminution des interventions obstétricales et promeut une vision physiologique de la grossesse et de l'accouchement. Depuis la mise sur pied des projets-pilotes en 1994, voilà précisément ce que livrent les sages-femmes! Une société moderne comme le Québec ne peut se priver des services de sages-femmes!

La loi sur les services sage-femme ainsi que les règlements sur l'accouchement à domicile et les transferts encadrent et définissent clairement les pratiques sécuritaires et assurent que l'exercice de la profession sage-femme se fasse dans le respect des « meilleures pratiques » fondées sur les données probantes scientifiques.

À la méconnaissance de cette loi, s'ajoute très souvent une mécompréhension de tout ce qu'elle comprend et encadre, voire même des préjugés et des attitudes méprisantes eu égard à la pratique sage-femme et à la formation professionnelle qu'elles reçoivent. Ainsi, des intérêts corporatifs et des résistances basées sur des mythes subsistent et créent des embûches supplémentaires au développement d'un réseau de maison de naissance et d'un accès aux services de sage-femme sur tout le territoire québécois.

Au Québec, le pouvoir d'influence du corps médical sur toute décision eu égard à l'organisation des soins et des services en santé est démesuré. L'OMS définit la santé comme bien plus que l'absence de maladie. Elle prône une approche globale :

---

<sup>5</sup> Service Canada, Sages-femmes et praticiens des médecines douces consulté le 13 septembre 2011

[http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi\\_avenir/statistiques/3232.shtml](http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3232.shtml)

Dans les années '80, le Dr Augustin Roy, alors président du Collège des médecins du Québec, apparentait la pratique sage-femme à celle des sorcières. Nous sommes peut-être loin de cette époque où ont été tenus ces propos, puisqu'au Québec la pratique est légale depuis 1995, les maisons de naissance ont fait leurs preuves depuis plus de 10 ans, la formation au baccalauréat est reconnue mondialement pour son excellence et la pratique est régie par un ordre professionnel autonome.

Bien qu'on dise que la population ignore réellement ce qu'est la pratique sage-femme et qu'elle comprend mal les avantages de cette approche, les mythes persistent et les résistances abondent dans toutes les sphères du réseau de la santé tant de la part des intervenants dans les établissements de santé que de la part des fonctionnaires et des décideurs.

À titre d'exemple récent, nous souhaitons porter à votre attention les propos du président de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), Robert Sabbah, rapportés dans le magazine Enfants Québec d'octobre 2011, déjà diffusés aux personnes inscrites à leur liste d'envoi par Internet.

Il y décrit l'accouchement à domicile comme étant "criminel, négligent et dangereux", des propos contraires au Code de déontologie des médecins du Québec.

Tout d'abord, accoucher à domicile n'est certainement pas criminel car la loi le permet conformément au Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors de l'accouchement à domicile (L.R.Q., c. S-0.1, a. 5, 1<sup>er</sup> al., par.2), règlement que le président ne peut ignorer.

Deuxièmement, toutes les études le démontrent : accoucher à domicile est tout aussi sécuritaire (sinon plus!) qu'accoucher en milieu hospitalier. Nous vous proposons la lecture de l'étude canadienne faite par la docteure Patricia Janssen de l'Université de la Colombie et qui a été publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne en septembre 2009.<sup>6</sup> Ce choix est donc loin d'être dangereux, bien au contraire.

Donc, il est évident que le terme "négligent" est un jugement de valeur totalement inapproprié. En effet, ce professionnel de la santé a tenu des propos méprisants et inexacts, d'une part envers la pratique sage-femme et les membres de cet ordre professionnel et, d'autre part, dénigrants, infantilisans et honteusement paternalistes envers les femmes qui font le choix absolument légitime d'accoucher à l'extérieur d'un centre hospitalier, et qui ont droit au respect et à de leur autonomie.

---

<sup>6</sup> Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, Patricia A. Janssen, PhD, Lee Saxell, MA, Lesley A. Page, PhD, Michael C. Klein, MD, Robert M. Liston, MD, and Shoo K. Lee, MBBS PhD, CMAJ. 2009 September; 181(6-7): 377–383. Consulté le 13 septembre, 2011  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>

De tels propos ne font qu'empirer la crise actuelle en plus de semer une peur injustifiée et contreviennent aux articles 4, 26 et 110 du Code de déontologie des médecins soit ;

- 4. Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.
- 26. Le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Il ne doit en aucune façon porter atteinte au libre choix exercé par le patient.
- 110. Le médecin ne doit pas, à l'égard de quiconque est en relation avec lui dans l'exercice de sa profession, notamment un confrère ou un membre d'un autre ordre professionnel, le dénigrer, abuser de sa confiance, l'induire volontairement en erreur, surprendre sa bonne foi ou utiliser des procédés déloyaux.

Dans l'état actuel de notre système de santé, le développement de la pratique sage-femme fait grandement partie de la solution, en plus de répondre aux demandes des familles et d'avoir de nombreuses études scientifiques à l'appui. Les obstétriciens devraient se concentrer sur les grossesses à risque et laisser les grossesses à bas risque aux omnipraticiens et aux sages-femmes. Pourtant, 16 groupes de citoyens réclamant des maisons de naissance dans leurs régions ont déposé des projets novateurs. Ces projets demeurent lettre morte, soit pris dans des embûches bureaucratiques ou des structures décisionnelles hiérarchiques et rébarbatives.

## Respecter les droits des femmes : un défi à relever

L'accouchement n'est pas un acte médical, il s'agit plutôt d'un événement profondément humain pouvant faire partie de la vie des femmes qui le choisissent. Depuis plus de 30 ans, les femmes réclament la reconnaissance que les décisions en lien avec leur maternité et leur santé reproductive leur appartiennent. Pour bien des femmes, cela passe par l'accès à la continuité des soins, au choix du lieu d'accouchement et à un soutien respectueux de leurs droits tel qu'offrent les sages-femmes. Plus de 85% des grossesses sont sans risque et devraient être suivies par des professionnels de la première ligne, soit sages-femmes ou omnipraticiens. Choisir une sage-femme, c'est choisir l'accouchement physiologique, la réduction d'interventions, une approche globale à la santé, c'est choisir d'être soutenue par une personne qui respecte la capacité de chaque femme d'accoucher. Voilà pourquoi les femmes insistent si ardemment pour y avoir accès.

Le contrôle du corps de la femme se répercute dans une vision de l'accouchement de plus en plus normalisé, et ce, circonscrit dans un cadre de plus en plus étroit et rigide. À titre d'exemple, en 1950, on considérait normal qu'un accouchement dure trente-six heures. Cette durée « normale » n'a cessé de diminuer au point où aujourd'hui, les femmes sont menacées de subir une césarienne après huit heures pour « travail dystocique ».

Ce qui doit être considéré aujourd'hui, c'est que la femme n'est plus l'actrice principale de son accouchement, elle doit devenir passive et soumise. On tente d'appliquer à un événement humain des règles de gestion industrielle et cette gestion de risque et de peur n'est pas sans dommages collatéraux. Au nom de l'efficacité du réseau de la santé et de l'optimisation de ses ressources humaines, la femme se voit subir sans consentement éclairé nombre d'interventions inutiles, potentiellement dangereuses et nuisibles pour son bien-être ainsi que celui de son bébé. Est-ce que cette efficacité et cette optimisation valent plus que l'autonomie des femmes, que leur *empowerment* et leur confiance en leurs capacités d'être mère ? Pourtant, ces éléments sont considérés essentiels de la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS. Il est important de se rappeler que, contrairement à d'autres situations qui amènent la population à recevoir des services en santé, la grossesse et l'accouchement ne sont pas des situations pathologiques, mais plutôt des événements normaux pour 85% des femmes qui accouchent au Québec chaque année.

Les préoccupations que nous soulevons aujourd'hui sont sensiblement les mêmes que soulevaient les 10 000 femmes qui ont participé aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher »<sup>7</sup> tenus en 1980. Comment se fait-il qu'après trente ans de luttes pour l'humanisation des naissances, nous en sommes encore à constater que les femmes se font accoucher ? Comment pouvons-nous tolérer une telle régression des droits des femmes ?

---

<sup>7</sup> En 1980, le ministère des Affaires sociales (MAS), en collaboration avec l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), organise les colloques « Accoucher ou se faire accoucher ». Plus de 10 000 personnes, dans toutes les régions du Québec, expriment alors leur inquiétude et contestent l'emprise du pouvoir médical sur le corps des femmes. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, le morcellement et la déshumanisation des soins et des services sont pointés du doigt. L'utilisation d'interventions, notamment chirurgicales, l'épisiotomie et la césarienne sont critiquées. dernière ligne <http://www.aspq.org/fr/dossiers/perinatalite/52/historique-de-la-perinatalite-au-quebec>

## ÉTAT DE LA SITUATION : besoins et accessibilité

### Besoins de la population

Un récent sondage CROP, commandé par la CSN en 2010, démontre que de plus en plus de femmes veulent avoir accès à une variété de services, et ce, malgré l'absence de promotion des services sage-femme. Ce sondage réitère ce qu'un sondage SOM réalisé pour le MSSS en 2005 nous indiquait, à savoir que 24 % des femmes souhaitaient accoucher en maison de naissance ou à domicile. Ce taux est passé à 26 % en 2010. Cette enquête illustre bien le besoin croissant des femmes d'avoir accès aux services de sage-femme. De plus, 11 % des femmes aspirent à être suivies par une sage-femme lors de leur grossesse comparativement à 9 % en 2005. Il y a toujours 12 % d'entre elles qui souhaitent accoucher avec une sage-femme. Pour le suivi postnatal, 15 % désirent qu'il soit effectué par une sage-femme en 2010 contre 13 % en 2005. Ce dernier sondage a été réalisé auprès de femmes âgées entre 18 et 45 ans ayant un ou des enfants ou n'étant pas fermées à l'idée d'en avoir. Il a été effectué par panel Web, sur le territoire du Québec, entre le 15 et le 27 avril avec 901 entrevues.

### Accessibilité

Depuis 2009, l'Institut de la statistique du Québec annonce des taux de natalité de plus de 88 000 naissances vivantes par année. De 2000 à 2009, les naissances au Québec sont passées de 72 000 à 87 240 soit un taux d'accroissement de 21%. Cela représentait une hausse des naissances depuis plusieurs années consécutives. Le régime québécois d'assurance parentale peut être considéré en partie responsable, car il contribue à assurer une certaine sécurité économique aux femmes qui choisissent d'avoir des enfants ainsi qu'à leurs partenaires. Par contre, cette augmentation du taux de natalité n'a pas encore été accompagnée d'une hausse suffisante d'accès aux lieux et aux effectifs pour assurer le suivi des grossesses, des accouchements et des suivis postnatals de ce nombre croissant de femmes.<sup>8</sup>

Près de 2000 femmes obtiennent un suivi sage-femme chaque année. Cela représente seulement 2% des femmes qui accouchent annuellement au Québec qui obtiennent les services qu'elles auraient souhaités. Pourtant si l'on se fie aux résultats des sondages cités ci-haut, près de 20% souhaitent accoucher hors centre hospitalier, choix que seules les sages-femmes peuvent offrir à présent. Il s'agit donc de près de 16 000 femmes qui sont brimées dans leurs droits. De plus, les services sage-femme sont loin d'être accessibles sur tout le territoire du Québec. Sur les dix-huit régions socio-sanitaires, seulement neuf disposent de maisons de naissance ou des services sage-femme. Il y a donc neuf régions qui se retrouvent complètement sans accès aux sages-femmes. Quoique le taux de natalité semble s'égaliser, voire même baisser légèrement, il n'en demeure pas moins qu'il y a des énormes lacunes dans l'offre des services en périnatalité.

---

<sup>8</sup> Institut de la statistique Québec, Naissances, décès, accroissement naturel et mariages par région administrative, Québec, 1986, 1991, 1996-2010, consulté le 13 septembre 2011.  
[http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons\\_regnl/regional/206.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/206.htm)

## **Implication citoyenne auprès des sages-femmes : une démarche d'empowerment**

À l'origine de l'intégration des sages-femmes dans le système de santé québécois, des parents ont réclamé des soins plus humains, moins de routines hospitalières et d'interventions médicales lors de la naissance de leur enfant, de même que la possibilité d'accoucher naturellement à domicile ou en maison de naissance. Il s'agissait avant tout d'une réappropriation de l'accouchement par les femmes et les familles. De plus, la clientèle des sages-femmes souhaite davantage d'autonomie et d'information pour faire des choix informés. Cela s'harmonise particulièrement bien avec l'approche de ces professionnelles qui est basée sur une relation égalitaire et de confiance mutuelle.

### **Comités de parents au sein des maisons de naissance**

Les maisons de naissance du Québec sont le fruit d'une collaboration étroite entre sages-femmes et parents. Ces derniers sont donc naturellement impliqués dans la vie communautaire de la maison et se réunissent en comité. Cependant, rien n'étant prévu pour assurer leur existence ou leur encadrement, leurs activités sont très variables et le statut des comités est précaire.

### **Comités citoyens revendiquant l'accès aux sages-femmes**

Dans les régions où il n'y a pas de maison de naissance, plusieurs comités citoyens se sont formés afin de revendiquer l'accès aux services de sage-femme et la mise en place de maisons de naissance. Ces comités dépendent entièrement des énergies bénévoles et font face à plusieurs obstacles, notamment la méconnaissance de la pratique sage-femme dans le réseau et la population, la résistance des associations médicales et le manque d'engagements financiers.

## CHOIX DU LIEU DE NAISSANCE

### Accouchement à domicile

Dans le contexte des droits de femmes liés à leur maternité et plus particulièrement en ce qui a trait au choix du lieu d'accouchement, la CPPSF défend, depuis sa création en 1988, le droit de choisir des femmes. Il est pertinent de rappeler la vision de l'accouchement à domicile défendue par les groupes d'usagères des services sage-femme.

En règle générale, le domicile est le lieu le plus propice à l'exercice de l'autonomie, le plus favorable au respect de l'instinct de la femme qui accouche, le lieu où elle se sentira le plus à son aise et, de par sa nature, un espace peu propice au recours à la technologie médicale.<sup>9</sup>

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

« 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. »

---

<sup>9</sup> Point de vue du Groupe MAMAN sur les lieux de naissance et les enjeux liés au développement de la pratique des sages-femmes. Avril 2007 3 / 11

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

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

Dans le cadre d'une démarche de réappropriation et de promotion de l'autonomie, le Groupe MAMAN met l'accent sur la promotion du domicile comme lieu d'accouchement privilégié et souhaite que le développement de la pratique des sages-femmes s'organise de sorte que le domicile soit desservi en priorité. Ce parti pris en faveur du domicile respecte l'esprit des revendications des premières militantes, qui accouchaient à domicile, et des sages-femmes qui les accompagnaient. Dans l'histoire de la maternité d'une femme, la maison de naissance représente souvent une étape de transition fort positive. Accoucher avec une sage-femme à l'hôpital correspond également au désir d'un nombre très significatif de femmes et peut sans aucun doute s'avérer une des expériences les plus positives. Cela dit, il faut distinguer le respect du choix des femmes des stratégies de développement à privilégier pour protéger l'approche de la pratique des sages-femmes. On ne peut organiser une pratique en fonction du cheminement personnel des individus, surtout une pratique sur laquelle on compte pour transformer une culture.

## **Les maisons de naissance, plus qu'un centre de service : un milieu de vie**

Chaque région du Québec a ses propres réalités et les différentes formes que prennent ces « maisons » en sont le témoin. Les neuf maisons existantes sont toutes différentes l'une de l'autre. Certaines ressemblent à de véritables maisons, car elles se retrouvent dans des anciens presbytères ; d'autres se retrouvent dans les locaux d'un CLSC, d'autres sont dans des bungalows situés dans des quartiers résidentiels. Une des dernières maisons de naissance implantée, celle de Limoilou, ne provient pas d'une impulsion citoyenne. L'organisation physique des lieux s'apparente davantage à celle d'une clinique médicale qu'à une maison, ce qui ne correspond pas au modèle développé dans le cadre des projets pilotes ni ne répond au souhait des femmes et des familles.

Mettre en place un réseau québécois de maisons de naissance exige de respecter certains critères de sorte que les pratiques et les services qui y ont cours conservent l'esprit de la normalité et la vision de lieux que s'approprient les femmes et les familles. Cela nécessitera une ouverture d'esprit, de la créativité, de la collaboration de toutes les instances et tous les paliers gouvernementaux ainsi que l'appui de la population.

Les groupes citoyens font preuve de créativité et d'innovation comme en témoignent certains des projets de développement qu'ils proposent et qui sont rendus à des étapes différentes, allant d'un projet promis avec un lieu trouvé et un financement engagé tel qu'en Montérégie à des projets en cours de rédaction et d'autres qui en sont aux premiers pourparlers. Les projets portés par des groupes citoyens ont la première particularité de tenir compte de la réalité régionale, celle-ci pouvant varier significativement, notamment en termes de taux de natalité et d'étendue des territoires.

Certains groupes citoyens qui collaborent avec le réseau de la santé et les ressources communautaires de leur milieu pour planifier des services à leur image. Là où les citoyennes se retrouvent seules à faire des démarches, en Beauce par exemple, faute de soutien approprié, les énergies bénévoles s'épuisent et le projet piétine. Certains groupes ont été particulièrement mobilisés, dans Lanaudière ou au Saguenay-Lac-Saint-Jean notamment, mais là aussi les citoyennes font face à de telles résistances du milieu médical, qu'on a pu voir la démission d'une chargée de projet ou encore le dépôt par une Agence au ministère d'un projet qui ne respectait même pas le droit de choisir le lieu de naissance, une caractéristique pourtant fondamentale de la pratique des sages-femmes. Dans d'autres projets, on choisit de s'associer à un centre de ressources périnatales ou un groupe communautaire, par exemple en Abitibi, à Laval, à Sept-Îles et en Gaspésie, afin de conserver la naissance dans la communauté et de s'unir à des organisations qui partagent la même vision de la naissance appartenant aux femmes et aux familles.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de bâtir des projets qui originent des groupes citoyens mobilisés pour obtenir des services qui correspondent à leurs besoins et à leurs valeurs. Ils sont essentiels pour que les milieux de vie que constituent les maisons de naissance demeurent des espaces communautaires où le pouvoir est aux familles et où les principales concernées, les femmes qui portent les bébés, peuvent donner la vie comme elles le veulent et avec qui elles le veulent.

Le processus décisionnel menant aux dépôts de projets auprès du MSSS se trouve tantôt bloqué par des procédures bureaucratiques trop rigides, tantôt par un manque de volonté politique, tantôt par des attitudes défensives de la part de certains individus ou associations qui se sentent menacés par la venue d'une nouvelle professionnelle dans leur milieu. Ces réticences sont majeures dans certaines régions et nécessitent une intervention nationale et concertée de la part de tous les acteurs et actrices.

Il y a une variété de projets novateurs régionaux nés des besoins des femmes et des familles et portés par des groupes communautaires qui n'attendent que la volonté politique pour voir le jour. Pour les voir émerger et prendre forme, il s'agira de rallier les forces vives et d'instaurer des mécanismes d'appui aux groupes citoyens qui tiennent compte de leur réalité afin de réellement leur conférer les moyens d'exercer une véritable influence sur les milieux de vie dont ils souhaitent se doter..

Il est curieux de constater qu'à peine une quinzaine d'années après les projet-pilotes, la place des citoyennes dans les maisons de naissance soit devenue si précaire qu'il est toléré qu'une administration force un comité de parents à cesser ses activités et lui interdise de se réunir dans leur maison de naissance (c'est le cas du comité de parents de Mimosa, nous y reviendrons un peu plus loin). Pourtant, si on remonte en 1998, les recommandations ministérielles incluaient la place centrale des femmes et des familles dans les maisons de naissance. La CPPSF adhère à ce concept d'une pleine participation citoyenne.

## **La maison de naissance définie par le MSSS**

En 1998, au moment où le gouvernement s'apprêtait à adopter la Loi sur les sages-femmes, le ministère de la Santé et des Services sociaux donnait une définition à la maison de naissance : « L'environnement des maisons de naissance se distingue par les rôles, les pratiques, les idées et les besoins humains qui y sont privilégiés. Ces maisons diffèrent des départements d'obstétrique par l'autonomie clinique qu'on y accorde aux sages-femmes, par le degré de flexibilité de leurs normes et de leurs règles de conduite, par la place et le pouvoir qu'on y accorde aux femmes et par la définition du normal et du pathologique qui y prévaut. »<sup>10</sup>

## **Les sages-femmes reconnaissent l'importance des comités de parents**

Présentement, les autres maisons nées dans le cadre de projets-pilotes semblent prendre le virage plus en douceur que Mimosa, selon les vérifications du journal *Le Soleil*. Mais Québec a indiqué que 12 nouvelles maisons verront le jour ces prochaines années. Est-ce que ce sera simplement un lieu pour accoucher, ou est-ce que les parents pourront se les approprier ?, s'interroge la présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec, Céline Lemay. M<sup>me</sup> Lemay estime que les comités de parents sont un rouage essentiel des maisons de naissance. Ce sont eux qui les animent, qui les font connaître, qui lui donnent une âme, dit-elle. La présidente de l'Ordre des sages-femmes, Raymonde Gagnon, abonde dans le même sens. "Il est assez novateur que la pratique professionnelle se colle ainsi sur les besoins de la clientèle", souligne-t-elle. "<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> MSSS, *Pratique des sages-femmes : Recommandations ministérielles, 1998, p.3.*

<sup>11</sup> *Les parents perdent leur voix, Claudette Samson, Le Soleil, 18 février 2007.*

## **La Maison de naissance définie par des usagères de services sage-femme<sup>12</sup>**

*La Maison de naissance est une installation publique de première ligne établie dans un lieu physique distinct du centre hospitalier, où sont dispensés des services de sage-femme et où se déroule un maximum de 300 suivis de grossesse par année. C'est un endroit privilégié pour le développement de la pratique sage-femme, pour la formation et la recherche.*

*La Maison de naissance est aussi un lieu d'accouchement. Afin de protéger et favoriser l'accouchement normal, le matériel et l'équipement "médical" sont limités à ce qu'une sage-femme doit avoir avec elle lors d'accouchements à domicile. La pratique des sages-femmes en Maison de naissance est la transposition la plus fidèle de la pratique à domicile.*

*La Maison de naissance est un lieu conçu et organisé pour que les femmes et les familles se sentent à l'aise d'investir les lieux et d'y faire leur territoire; le principe qui reconnaît que la naissance appartient aux femmes et aux familles demeure central.*

*Les parents sont impliqués au premier plan dans l'orientation, l'organisation et l'évaluation des services et des activités de la Maison de naissance. Ils sont soutenus par les administrateurs et les équipes de sages-femmes dans l'exercice de leur rôle complémentaire indispensable notamment pour le maintien d'un comité de parents.*

*La Maison de naissance est un espace communautaire où les usagères peuvent se retrouver, échanger, s'informer et organiser des événements tels que des conférences.*

*L'implication soutenue des parents, à qui le système de soins confère des moyens réels et adaptés à leur réalité pour s'investir de manière significative, est le fondement même du caractère communautaire d'une Maison de naissance.*

*La Maison de naissance est porteuse d'une vision sociale et citoyenne de la naissance; son organisation la reflète et l'intègre.*

Note : Cette définition est inspirée de celles du Regroupement Naissance-Renaissance et du Regroupement Les sages-femmes du Québec. La particularité de la définition du Groupe Maman est son insistance sur le caractère communautaire et l'implication des familles.

---

<sup>12</sup> Définition adoptée par le Conseil d'administration du Groupe Maman (GM) le 25 mai 2007.

## Participation citoyenne

Tout comme d'autres services sociaux, tels les écoles publiques et les Centres de la petite enfance, les maisons de naissance sont un élément essentiel du réseau de la santé et sont enrichies par une participation continue des usagères et usagers. Nous avons compris, comme société, que l'éducation est une affaire de partenariat. La CPPSF fait appel aux membres de la CSSS pour les aider à faire reconnaître le rôle essentiel des femmes, des familles et des groupes citoyens dans la prestation des services de qualité qui contribuent au bien-être de la population.

Les groupes communautaires et citoyens ont développé une expertise de par leur lien direct avec les besoins de la population, car ils se retrouvent sur le terrain et travaillent en proximité avec les groupes communautaires œuvrant en périnatalité, les centres de femmes, les groupes communautaires famille et bien d'autres. Ils ont de plus développés des analyses et peuvent proposer des stratégies et des solutions qui répondent directement aux besoins des femmes et des familles dont ils portent la voix. Ils jouent un rôle essentiel dans le développement des services de sage-femme et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire québécois. Ils sont des partenaires incontournables et les instances de concertation doivent être préservées ou mises en place pour permettre leur pleine participation décisionnelle dans la mise en place et la perpétuité des services demandés.

Leur rôle, pourtant essentiel, est encore peu connu, voire peu apprécié. Il suffit de rappeler le lien historique entre les sages-femmes et les femmes qui a mené à la réinstauration de la profession de sage-femme presque disparue au début du vingtième siècle. Aucune autre profession de la santé n'a joui d'un aussi grand appui ou d'une aussi grande collaboration avec les personnes qu'elles desservaient. Sans l'appui des femmes, des groupes communautaires et des citoyennes et des citoyens, la profession sage-femme n'existerait pas au Québec aujourd'hui. Pourtant évidents pour plusieurs, le rôle et la place des femmes, des familles et des groupes communautaires et citoyens sont trop souvent négligés, et même dénigrés, par certains fonctionnaires et décideurs. Rappelons qu'il s'agit des femmes pour qui le service existe, de citoyennes en santé et ayant le droit à l'autodétermination quant à leur santé, aux choix liés à leurs maternités et au déroulement de leurs grossesses, de leurs accouchements et des suivis post-natals dont elles recevront au sein du système public de santé québécois ainsi que des groupes qui les rassemblent et les représentent.

Citons en exemple l'expérience déplorable vécue par le comité de parents de la Maison de naissance Mimosa, fondée en 2004, qui s'est vu démantelé. Son action exemplaire avait pourtant été reconnue par l'obtention du Prix Aurore-Bégin de l'Association pour la santé publique du Québec pour son implication dans la promotion, l'organisation et l'évaluation des services de même que dans l'animation de la vie de la Maison de naissance depuis une quinzaine d'années.

Depuis sa fondation en 1994, ce comité visait à faire connaître la profession de sage-femme et sa pratique ancrée dans le respect de sa physiologie dans le but d'améliorer la santé et le bien-être des bébés, des femmes et des familles de leur région. De façon concrète, ce comité a notamment permis d'accroître la clientèle de la Maison de naissance, tout en faisant la promotion d'une vision de la périnatalité qui met en évidence son caractère normal et multidimensionnel. En offrant une voix prépondérante aux familles utilisatrices, ce comité a de plus permis d'apporter des changements tangibles à la vie communautaire des lieux. L'action des membres du CPM contribuait significativement à ce que les femmes et les couples jouent un rôle de premier plan et se réapproprient les événements liés à la venue de leur enfant.

D'autres exemples d'incompréhension des objectifs et du rôle que peuvent jouer les comités d'usagers en lien avec le développement des services de sage-femme abondent. Est-ce une simple question de mauvaise application de la loi 83 ou un abus de pouvoir ? Pourtant, le Conseil sage-femme a la possibilité de former les comités dont il a besoin. Cela pourrait facilement inclure un comité de parents. D'ailleurs, certaines équipes des maisons de naissance se sont inspirés de cette possibilité pour intégrer le comité d'usagers qui existait déjà. Il est essentiel de mettre toutes les alliances ensemble pour trouver des solutions à cette impasse.

## Lois, politiques, déclarations à l'appui des droits des femmes

Depuis plusieurs années, grâce aux efforts de coalitions, d'équipes de recherche, d'institutions, de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Unicef, entre autres, des efforts mondiaux se font pour améliorer les soins de maternité et promouvoir le respect des droits des femmes.

### Politique de périnatalité (2008-2018) – Engagements du MSSS

La politique de périnatalité du MSSS offre un cadre de référence privilégié pour planifier l'organisation des services. Le développement des services de sage-femme et la mise en place de maisons de naissance est une priorité du MSSS pour renforcer la première ligne, bonifier l'offre de service en périnatalité et instaurer des pratiques qui privilégient une approche physiologique en reconnaissant les compétences des parents.

Les points suivants font référence au document *La mise en œuvre de la Politique de périnatalité : les priorités 2008-2011*.<sup>13</sup>

#### ACCESSIBILITÉ AU SUIVI PRÉNATAL

- « Améliorer l'offre de service en périnatalité et renforcer l'utilisation de la première ligne pour le suivi prénatal » - p. 49.

#### LES SERVICES OFFERTS PAR LES SAGES-FEMMES

- « Développer les services offerts par les sages-femmes... afin que d'ici 10 ans elles soient en mesure d'assurer le suivi prénatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes » - p. 49.
- « Assurer aux femmes qui le désirent l'accès aux services d'une sage-femme pour le suivi de grossesse et leur permettre d'accoucher en milieu hospitalier, dans une maison de naissance ou à domicile » - p. 49.

#### LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

- « Promouvoir une approche physiologique de la grossesse et de l'accouchement et l'allaitement » - p. 50.
- « Enseigner aux intervenantes et aux intervenants responsables de la transmission de l'information prénatale, un ensemble de notions fondées sur une vision de la naissance privilégiant l'accouchement physiologique naturel... » - p. 51.

---

<sup>13</sup> QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité (2008-2018)*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).

## Stratégie de mise en œuvre de la politique de périnatalité (2009-2012)<sup>14</sup>

Les stratégies, déposées par le MSSS en février 2010, proposent des actions plus spécifiques afin de concrétiser les priorités de la politique de périnatalité.

- « Élaborer un plan de développement régional des services médicaux (PREM) en tenant compte des besoins en obstétrique et dresser le portrait des effectifs requis (médecins et sages-femmes) en fonction des objectifs fixés » - p. 9.
- « Promouvoir par des moyens concrets que les femmes dont la grossesse se déroule normalement soient suivies par un omnipraticien ou une sage-femme » - p. 11.
- « Élaborer un plan de développement de la main-d'œuvre sage-femme de façon à ajouter au réseau l'équivalent de quinze sages-femmes à temps plein par année » – p. 12.
- « Soutenir le développement et l'implantation de nouvelles maisons de naissance par les CSSS en privilégiant l'intégration de différents services de périnatalité » - p. 12.
- Développer et implanter des services de sage-femme dans les régions éloignées et dans les régions à faible densité de population selon des modalités adaptées à la réalité de ces milieux » – p. 12.
- « Favoriser le partenariat entre les sages-femmes, les intervenantes et intervenants des CSSS et les organismes communautaires concernés afin que les services de sage-femme rejoignent davantage les femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité » - p. 13.
- « Fournir aux femmes enceintes et à leur conjoint une information juste et complète qui leur permettra de faire un choix éclairé du professionnel qui les suivra tout au long de leur grossesse, ainsi que du lieu de leur accouchement et des personnes qui les assisteront » - p. 24.
- « Favoriser que les résidents en médecine familiale soient exposés à des accouchements naturels, en accompagnant des sages-femmes lorsqu'elles pratiquent des accouchements » - p. 24.

---

<sup>14</sup> QUÉBEC.MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la politique de périnatalité (2009-2012)*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).

## **L'amélioration des services doit se faire pour et avec les femmes**

Des efforts sont en cours actuellement, tels que le programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO<sup>OB</sup>) et l'essai clinique randomisé Qualité des soins, gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement au Québec (QUARISMA), pour implanter des pratiques basées sur les dernières données probantes afin de réduire le taux de césariennes et le nombre d'interventions non pertinentes. L'aspect positif de ces programmes repose sur le fait que ces efforts interdisciplinaires amélioreront la qualité des soins. Ce qui est cependant manquant dans ces démarches est une concertation et une participation active des personnes principalement concernées : les femmes et les groupes communautaires qui les soutiennent. Rappelons également que l'OMS soutient que les usagères doivent être partie prenante de toutes les décisions en lien avec leur santé et qu'elles ont droit à l'autodétermination.

## **Déterminants sociaux de la santé tels que définit par l'Organisation mondiale de la santé**

*« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.*

*Ces circonstances qui reflètent des choix politiques dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.*

*Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.*

*Afin de répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi en 2005 la Commission des déterminants sociaux de la santé pour les réduire.*

*Le rapport final de la Commission, rendu public en août 2008, formule trois recommandations fondamentales:*

- 1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes*
- 2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources*
- 3. Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée »<sup>15</sup>*

---

<sup>15</sup> Document consulté le 13 septembre 2011, [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)

## Initiative internationale innovatrice

Il existe une initiative internationale, inspirée de l'Initiative Amis des Bébé, qui met l'emphase sur l'importance du respect des femmes et sur l'intégration des besoins des mères et de leurs bébés. **L'Initiative Internationale pour la Naissance MèreEnfant (IMBCI)**<sup>16</sup> propose 10 conditions pour que les établissements adoptent des pratiques et implantent des protocoles basés sur les dernières données probantes. Déjà au Québec, nous pouvons être fiers d'avoir le premier site d'expérimentation. Il s'agit de l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins, qui fut le premier établissement Amis des bébés du Canada et qui est en train d'implanter les programmes AMPRO et QUARISMA. Tous ces efforts font de ce lieu un exemple à imiter. L'équipe du centre de maternité considère que l'IMBCI est la pièce qui complète leurs efforts vers l'excellence. Nous allons un pas de plus en proposant que cette initiative soit implantée dans tous les hôpitaux comme outil pour éliminer les inégalités que vivent les femmes dans le système de santé. Si seule la première condition était implantée dans tous les lieux où les femmes accouchent au Québec, cela constituerait un pas significatif pour les droits des femmes en périnatalité :

Condition 1 : Que le personnel traite chaque femme avec respect et dans le souci de sa dignité, lui fournissant une information complète et l'impliquant dans le processus décisionnel relativement aux soins qui la concernent et qui concernent son bébé. Ces personnes communiquent avec elle dans un langage qu'elle comprend et respectent son droit au consentement ou au refus éclairés.

Dans le contexte de la consultation publique tenue par la Commission de la santé et des services sociaux le 19 septembre 2011, la CPPSF souligne que la deuxième condition de cette importante initiative internationale favorise que des services de maternité MèreEnfant optimaux reposent sur des politiques écrites qui font parties de la formation donnée au personnel et dictent les pratiques. Ces politiques exigent que les professionnels de la santé :

Condition 2 : Possèdent les connaissances et les habiletés relevant de la pratique sage-femme qui favorisent le déroulement normal et physiologique de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du post-partum.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Voir *Les 10 conditions de l'IMBCI* en annexe.

<sup>17</sup> Ibid

## **Article de loi définissant la violence obstétricale**

L'IMBCI, l'OMS et l'UNICEF, tentent de conscientiser la population à la nécessité de mettre en place des outils pour que les droits des femmes soient protégés par tous ceux qui les côtoient dans ce moment charnière de leur vie. Le Québec pourrait se montrer avant-gardiste et devenir porteur de cette voix. Pour démontrer à quel point l'accouchement peut être un moment de contrôle sur le corps des femmes, citons en exemple le Venezuela qui a ajouté en 2007 un article sur la violence obstétricale dans leur loi contre la violence faite aux femmes. La violence obstétricale est définie comme suit dans l'article 13 de la loi :

*« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et la conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. »<sup>18</sup>*

## **Les associations québécoises**

Les milieux associatifs et de santé des femmes ont des objectifs qui vont dans le même sens. Par exemple, les droits des femmes, en lien avec la grossesse et l'accouchement, sont détaillés dans le feuillet produit par l'Association pour la santé publique du Québec. On peut lire notamment que « Pendant votre grossesse vous avez le droit de choisir le ou la professionnelLe qui vous suivra durant votre grossesse, que ce soit un médecin ou une sage-femme... » et que la femme a le droit « d'être informée sur les différents lieux de naissance (hôpital, maison de naissances, domicile), sur ce qui les caractérise (routines, règlements, taux et type d'interventions) et de les visiter ».

## **Semaine mondiale de l'accouchement respecté**

À l'instar de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté, la Semaine mondiale de l'accouchement respecté a été mise sur pied en mai 2004. La Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR) est l'occasion d'exprimer un engagement commun à travers une mobilisation internationale en faveur du respect de la naissance. Elle a lieu chaque année, au mois de mai. Chaque année, on met l'accent sur un thème spécifique. Des objectifs et des idées concrètes d'actions sont proposés. Suivant leurs compétences ou leur désir, des personnes ou des associations travaillent à mettre en valeur les actions à partir du matériel préparé collectivement et mis à disposition sur le site Internet : posters, dossiers, tracts, etc. À plus ou moins grande échelle, selon ce que chacun peut investir en temps et énergie, de nombreuses déclinaisons sont possibles : expositions, réunions, conférences...

---

<sup>18</sup> Traduction en anglais par le docteur Gregorio RP, publié online en novembre 2010 : **Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela – Special editorial**, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111: 201-202.

La SMAR a été créée en 2004 à l'initiative de l'Alliance française pour l'accouchement respecté (AFAR), une association indépendante de toute école ou doctrine médicale, religieuse ou politique. À compter de 2011, c'est le Réseau européen des associations de naissance (ENCA) qui assure la coordination.<sup>19</sup>

Ce ne sont que quelques-unes des initiatives internationales qui méritent d'être analysées plus particulièrement afin de s'en inspirer pour élaborer un plan de développement des services sages-femmes. Sans entrer en détail, voici quelques autres exemples. La *Coalition for improving maternity services*, <http://www.motherfriendly.org/>, forte de plus de 90 000 membres associatifs et individuels, œuvre depuis plus de dix ans pour l'amélioration des soins en santé maternelle, notamment en Amérique. Le *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, <http://www.whiteribbonalliance.org/>, diffusera dans les prochains mois une charte universelle des droits des femmes en âge d'avoir des enfants (*CHARTER OF THE UNIVERSAL RIGHTS OF CHILDBEARING WOMEN*) afin de promouvoir des soins de maternité respectueux.

Nous saluons ces initiatives locales et internationales qui reconnaissent l'importance des droits des femmes et dénoncent la violence que peuvent subir certaines d'elles pendant leur accouchement dans des établissements et les mener à choisir d'accoucher hors centres hospitaliers avec des sages-femmes. Il est plus que temps que la situation change et qu'un véritable accès à des choix soit accessible pour toutes. Les études et les consensus internationaux sont plus qu'un appui à cet égard.

**Le Québec se doit d'être au rendez-vous !**

---

<sup>19</sup> Consulté le 14 septembre, 2011, <http://www.smar.info/>

## PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS

**Nous, les membres de la Coalition pour la pratique sage-femme considérons qu'il est essentiel de prioriser:**

- Que le droit des femmes de choisir d'accoucher à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital soit respecté ;
- Que la qualité de soutien continue offert par les sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le postnatal soit accessible à toutes les femmes et les familles qui le souhaitent ;
- Que le modèle québécois de pratique sage-femme soit respecté. C'est-à-dire que soit protégée l'autonomie de leur pratique, la continuité de leurs soins, la relation égalitaire qu'elles entretiennent avec les femmes et l'ancrage dans la communauté ;
- Que le ministre de la Santé et des Services sociaux respecte ses engagements prononcés le 5 mai, 2011 soit de financer à 100% l'implantation de nouvelles maisons de naissance dans toutes les régions du Québec ;
- Que le ministre de la Santé et des Services et le gouvernement s'engagent à travailler pour lever les obstacles, entre autres les résistances corporatives à l'égard des sages-femmes et ce, afin que leurs compétences en tant que professionnelles de première ligne prévalent ;
- Que les projets de développement de nouvelles maisons de naissance retenus soient d'abord issus des groupes citoyens mobilisés pour l'accès aux services sage-femme et aux maisons de naissance ;
- Que les groupes citoyens puissent participer pleinement à toutes les étapes du développement, de la mise en place et du maintien d'un réseau québécois de Maisons de naissance ;
- Que le réseau québécois de Maison de naissance continue de rayonner à l'international et d'être la référence d'excellence et de qualité de soin de première ligne.

**Nous recommandons ainsi :**

La mise en place d'un comité national pour le développement de la pratique sage-femme et des maisons de naissance reflétant la diversité régionale du Québec et dans lequel les institutions sages-femmes et les groupes citoyens sont représentés ;

L'implantation des maisons de naissance au rythme prévu dans la politique de périnatalité 2008-2018 en s'assurant du lien avec les groupes citoyens, de l'origine du projet jusqu'à son implantation, afin que la maison de naissance reflète les besoins du réseau local de services, mais aussi de la communauté dans laquelle elle s'intègre.

La tenue d'une vaste campagne de promotion de l'accouchement physiologique et de la pratique sage-femme auprès des intervenants du réseau de la santé, des fonctionnaires de tous les paliers gouvernementaux, des étudiants et futurs professionnels de la santé notamment en médecine et de la population.

**POUR CONTACTER LA COALITION POUR LA PRATIQUE SAGE-FEMME :**

LORRAINE FONTAINE

REGROUPEMENT NAISSANCE-RENAISSANCE

110, rue Sainte-Thérèse bureau 503

Montréal, Québec

H2Y 1E6

Téléphone : (514) 392-0308 poste 2102

[lfontaine@naissance-renaissance.qc.ca](mailto:lfontaine@naissance-renaissance.qc.ca)