

LE PÉRISCOOP

Octobre 2010 Volume 14 Numéro 1 | ISSN-1201-9143

Page couverture du bulletin Carrefour des
Affaires sociales, Vol. 2, septembre 1980 | Crédit: François Bergeron



Crédit photo: iStock



ÉDITORIAL

La périnatalité à l'ASPQ – Plus de trente ans d'histoire

LUCIE THIBODEAU

Présidente, ASPQ

CATHERINE CHOUINARD

Chargée du dossier périnatalité, ASPQ

L'ASPQ porte avec cœur et passion le dossier Périnatalité depuis maintenant plus de trente ans. Il s'agit pour nous d'un dossier de santé publique majeur et incontournable qui s'est développé particulièrement à partir d'une activité importante.

En 1980 : les colloques
Accoucher ou se faire accoucher – offrir une voix à un mouvement citoyen

En 1980 nous organisons, en collaboration avec le ministère des Affaires sociales du Québec (MAS),

des colloques régionaux autour du thème de la naissance dans onze régions du Québec. Ces colloques, qui rassemblaient plus de 10 000 citoyennes et citoyens, s'intitulaient *Accoucher ou se faire accoucher* et faisaient écho aux préoccupations des familles quant à leur autonomie durant cette période, à la médicalisation de la maternité, aux taux élevés d'interventions et à la fragmentation des services et des soins.

Au cours des trente dernières années, quels changements sont survenus dans les services autour de la périnatalité? Comment et jusqu'à

quel point avons-nous entendu, compris et répondu aux demandes faites par les familles en 1980? Nos diverses politiques gouvernementales actuelles reflètent-elles les besoins des parents d'aujourd'hui? Comment la recherche scientifique influence-t-elle les pratiques? Autour de quels principes et enjeux organise-t-on les soins et services offerts aux nouvelles familles? Que pouvons-nous espérer pour l'avenir?

→ suite page 2

En 2010 : le congrès *Enfanter le monde*

Aujourd'hui, l'ASPQ lance un nouvel appel à la mobilisation qui, cette fois, s'adresse aux intervenants de tous les réseaux de la périnatalité. L'objectif de l'ASPQ est de les rassembler autour d'enjeux communs et de contribuer à faire éclater les frontières qui les séparent, ou du moins à les rendre plus perméables. Elle souhaite aussi plus que jamais positionner la périnatalité comme un dossier majeur de la santé publique puisque cette période de la vie nous concerne

tous : elle est porteuse autant de notre passé que de notre futur.

C'est à cet effet et en poursuivant ces objectifs que l'Association, avec la collaboration de nombreux partenaires, a décidé d'organiser un nouveau rassemblement, interdisciplinaire cette fois, qui se tiendra à Québec en novembre prochain. Il s'agit d'*Enfanter le monde* – Congrès sur les pratiques optimales en périnatalité, dont le but est de renforcer notre confiance collective dans la capacité naturelle de porter nos enfants, de les mettre au monde et de les nourrir

physiquement, psychologiquement et spirituellement. Bien que nous soyons à même de constater des améliorations notables quant aux conditions dans lesquelles se déroule la période périnatale pour les familles (notons par exemple la légalisation de la pratique des sages-femmes, la multiplication des chambres de naissances, l'implantation de l'Initiative Amis des bébés et des programmes SIPPE), il n'en demeure pas moins que nous nous devons de demeurer vigilants face à des situations qui sont préoccupantes, tels les taux élevés de périnatales et de césariennes, le manque de ressources

CRÉDITS

COORDINATION & RÉDACTION

Sarah Burke

COLLABORATION

Catherine Chouinard

Céline Lemay

Hélène Valentini

Hélène Vadeboncoeur

Lucie Thibodeau

Marie-Claude Perreault

Maude Poulin

Un merci spécial aux personnes qui ont contribué à ce numéro par leurs témoignages lors des entrevues :

Élaine Côté

Louise Dubord

Guy-Paul Gagné

Luce Moreau

Michel O'Neill

Monique Paré

Michèle Turpin

RÉVISION

Marcelle Roy

GRAPHISME

Gabriel Pelletier

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOMMAIRE

[Dans ce numéro du *Périscoop*]

Éditorial La périnatalité à l'ASPQ – Plus de trente ans d'histoire p. 1

Dossier spécial

Accoucher ou se faire accoucher : 30 ans plus tard

Notre force de changements : 30 ans de transformations en périnatalité au Québec p. 4

Des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* à la Politique de périnatalité 2008-2018 p. 8

L'influence des colloques sur l'obstétrique au Québec : perspectives d'intervenantes-intervenants p. 13

Devenir mère : accoucher ou se faire accoucher ? p. 16

En bref

AVAC-Info voit le jour ! p. 21

NAISSANCE : La pièce de théâtre p. 23

communautaires destinées à soutenir les parents dans plusieurs régions, ou l'augmentation du taux de prévalence de la dépression périnatale.

Ce numéro du Pêriscoop dresse un bilan éclairant de trois décennies de périnatalité québécoise: d'*Accoucher ou se faire accoucher* à *Enfanter le monde*. Vous y trouverez une excellente analyse du contexte socio-historique de la périnatalité par Hélène Valentini, ainsi qu'un article de Sarah Burke qui dresse un parallèle entre les demandes des participantes aux colloques de 1980 et les Politiques de périnatalité

de 1993 et de 2008. Vous trouverez également des entrevues avec mesdames Luce Moreau, présidente-directrice générale de l'Orchestre métropolitain de Montréal, et Éline Côté, de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA), qui ont toutes deux donné naissance au Québec en 1980. Des intervenants ayant participé aux colloques ou commencé leur pratique à cette époque, ainsi qu'un ancien administrateur de l'Association, y vont également de leurs propres constats.

Nous vous invitons à participer à cet événement qui sera certainement un moment important puisqu'il permettra à un ensemble d'intervenants et de professionnels de se rassembler, d'échanger, d'apprendre, de réfléchir et de s'enrichir. Les pratiques, l'organisation des services et les interventions en seront sûrement influencées, au bénéfice des parents et de leurs enfants.



**ENFANTER
LE MONDE**

Déjà plus de 500 participants confirmés

Un événement à ne pas manquer pour tous les professionnels œuvrant en périnatalité et en première enfance. Y SEREZ-VOUS?

Date : 25 et 26 novembre 2010

Lieu : Centre des congrès de Québec

www.enfanterlemonde.com



Organisé par :



En collaboration avec :





Accoucher ou se faire accoucher : 30 ans plus tard

NOTRE FORCE DE CHANGEMENTS : Trente ans de transformations en périnatalité au Québec

HÉLÈNE VALENTINI, Coordonnatrice à la collaboration internationale à l'INSPQ (Institut national de santé publique du Québec)
Engagée depuis près de 30 ans dans le mouvement d'humanisation de la naissance et la reconnaissance des sages-femmes au Québec, elle a coordonné les travaux de la Politique de périnatalité de 1993.

« Notre force de changement », celle des femmes et des familles qui, dans les années 80, demandaient de profonds changements, est-elle parvenue à bousculer un système qui ne convenait pas à leurs besoins, à leur conception des responsabilités et des droits des parents ? « Notre force de changement », c'est aussi celle qui m'a animée pour préparer cette brève rétrospective de la périnatalité au Québec des trente dernières années. J'y souligne le rôle majeur de divers courants sociaux de cette période et des débats entourant les services de périnatalité et les pratiques obstétricales, notamment sur la place accordée aux femmes et aux familles dans le processus de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance.

Mon propos n'est pas de réduire les principaux changements des trente dernières années dans le domaine de la périnatalité à l'influence de mouvements sociaux, mais simplement de les mettre en perspective pour expliquer ces transformations et contribuer à leur donner du sens. Les innovations en périnatalité auraient-elles vu le jour sans la prise de parole de la population, en particulier celle des femmes ? Bien sûr, d'autres facteurs ont également conditionné la périnatalité au Québec ces trois dernières décennies : l'état de santé de la population, la mortalité et la morbidité périnatales, l'avancement des connaissances, la crédibilité croissante de la promotion

de la santé, etc. S'ajoute à cela un ensemble de valeurs sociétales, parmi lesquelles l'évolution des modes de vie et des rapports entre les hommes et les femmes, la diversification des formes de vie familiale, la présence accrue des femmes sur le marché du travail et le faible taux de natalité.

Le Québec des années 70-80 ne faisait pas exception à la règle. Des courants sociaux existaient dans la plupart des pays occidentaux. Leur dynamique et certaines réalités périnatales y étaient comparables. La particularité du Québec réside davantage dans le fait que les politiques qui ont encadré les transformations des trente dernières années ont été fortement imprégnées des valeurs et des revendications de ces mouvements.

Les années 1970, tout semble bien aller : les taux de mortalité périnatale et maternelle sont parmi les plus faibles au monde

C'est pourtant à la fin des années 1970 que la sonnette d'alarme est tirée. D'une part par la population, en particulier les femmes, et d'autre part par les instances gouvernementales qui s'inquiètent de l'augmentation des coûts des services médicaux entourant la grossesse et l'accouchement, des taux élevés d'interventions obstétricales et de la persistance de problèmes tels que l'insuffisance de poids à la naissance, la prématurité,



l'accessibilité inégale des services, etc. Le début de cette décennie est aussi un moment capital pour le système de santé québécois puisque c'est en 1970 que le gouvernement promulgue la loi sur l'assurance maladie qui garantit un accès gratuit aux services médicaux pour l'ensemble de la population. Dix ans après l'instauration du régime d'assurance maladie, le gouvernement est à la recherche de solutions à des problèmes d'organisation et de coûts élevés des services de santé.

Les années 80 voient l'essor du mouvement en faveur de l'humanisation de la naissance et de la démedicalisation de l'accouchement

Les années 70-80, c'est aussi l'époque des mouvements sociaux, communautaires, coopératifs et féministes. Un nombre croissant de femmes s'opposent à la médicalisation des principales étapes de leur vie. Une vague de critiques dénoncent l'inefficacité de la médecine et son caractère iatrogène. Naissance-Renaissance, le regroupement provincial de groupes d'humanisation de la naissance est créé en 1979. En 1985, il compte dix-huit groupes répartis dans toutes les régions du Québec, qui véhiculent de nouvelles conceptions de la maternité et de l'accouchement et proposent des services alternatifs : services d'accompagnement à l'hôpital lors de l'accouchement, références pour le choix de médecins ou de sages-femmes, documentation sur les interventions obstétricales et sur les droits des femmes enceintes et des nouvelles mères. De plus, une approche de promotion de la santé, de continuité de soins et d'encouragement à l'autonomie des personnes prend de l'essor.

1980 : les colloques *Accoucher ou se faire accoucher*

En 1980, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), en collaboration avec le ministère des Affaires sociales (MAS), 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 : en particulier, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, le morcellement et la déshumanisation des soins et des services sont pointés du doigt, ainsi que les interventions obstétricales et la césarienne. Près d'une femme sur cinq accouche par césarienne (1980 : 15 %), environ huit femmes sur dix ont une épisiotomie (1980 : 75 %). Plusieurs voient dans cette progression de l'accouchement chirurgical une étape marquante de la maternité technologique, prélude à la reproduction humaine en dehors du corps des femmes. On s'interroge aussi sur l'adhésion des femmes au discours médical : la douleur et sa réponse essentiellement médicale et technologique, l'idéologie de la responsabilité – culpabilité maternelle, la notion du risque, la crainte de poursuite en cas de problèmes, la rareté de l'enfant, le bébé parfait – tout cela est mis de l'avant pour expliquer cette adhésion.

1980-2000 : la suite des colloques *Accoucher ou se faire accoucher*

À la fois reflet des réalités de l'époque et moteur de changements, cet événement et les recommandations qui en sont issues alimenteront une bonne part de la dynamique de la périnatalité au Québec dans les années qui suivront. La revendication de réappropriation du processus de la grossesse et de l'accouchement aura des répercussions dans de nombreux aspects de la périnatalité. « Humanisation » et « démedicalisation », les deux mots clés de toute cette période, portés par les milieux communautaires,

pénètrent aussi les milieux professionnels, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres hospitaliers (CH) où se répand la vague d'humanisation. Les salles d'accouchement font progressivement place aux chambres de naissance. Le travail du personnel en milieu hospitalier tend à être réorganisé pour offrir davantage de continuité de soins.

Des comités de périnatalité voient le jour dans la plupart des régions du Québec. Ils sont généralement composés de représentantes de groupes d'humanisation ou de parents, d'intervenantes, d'universitaires, de planificateurs des conseils régionaux des services sociaux et de santé (CRSSS), mais de peu de médecins. À partir de 1992, la plupart de ces comités tiennent dans leur région une « Journée annuelle de périnatalité », davantage connectée sur les réalités des parents et des intervenants dans leurs milieux. Cette initiative est coordonnée par l'ASPQ, et le thème annuel est commun à tout le Québec, avec des couleurs régionales. Au cours de toute cette période, le regroupement Naissance-Renaissance s'affirme aussi comme groupe de pression et interlocuteur majeur auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

1990-2000 : la décennie des politiques

De 1990 à 2000, c'est la décennie des politiques. La première politique de périnatalité datait de 1973. Elle fut suivie, en 1979, d'un bilan effectué par le Conseil des affaires sociales et de la famille¹. Ce bilan mettait en

1 Blanchet, M., Guyon, L., & Levasseur, M. *Bilan du Conseil des affaires sociales et de famille*. Service des études épidémiologiques, Québec, 1979.

évidence les conséquences négatives, sur la santé et la qualité de vie des femmes et des familles, de la voie empruntée pour réduire la mortalité maternelle et périnatale. Ce rapport animait et donnait des assises rigoureuses au mouvement d'humanisation de la naissance. En 1993, une nouvelle politique de périnatalité voit le jour, déclinée à partir de la Politique de santé et de bien-être du Québec (PSBE) produite au cours de la même année². Les priorités nationales de santé publique élaborées en 1997³ par le MSSS donnent également des axes de développement de la périnatalité, tout comme les lignes directrices en matière d'allaitement maternel éditées en 2001⁴ et le Programme national de santé publique de 2003-2012⁵.

La Politique de périnatalité s'inscrit dans la suite de la mobilisation de la décennie antérieure et de l'aboutissement d'une analyse en profondeur des problématiques en périnatalité effectuée par le MSSS avec la collaboration d'un vaste réseau d'experts, au milieu des années 80. La diversité professionnelle et idéologique des membres du comité d'orientation qui préside à son élaboration, de même que la dynamique relationnelle qui s'est installée, les courants sociaux dont chacun était le porteur ou le reflet, et la vision commune qu'ils partageaient malgré des intérêts divergents, ont largement contribué à donner à cette politique sa perspective globale et ses fondements profondément humanistes. La qualité de vie et l'expérience des femmes enceintes, des mères,

des pères et des nouveau-nés sont au cœur des orientations. La définition de la périnatalité englobe les dimensions physique, psychologique, sociale et économique ayant une influence sur la santé et le bien-être. Les voies d'action sont principalement axées sur les déterminants de la santé.

2001 : les lignes directrices en matière d'allaitement

Le Québec affiche le taux d'allaitement le plus faible au Canada ainsi qu'une durée d'allaitement inférieure aux recommandations en vigueur. En 1996-1997, le taux d'allaitement à la naissance y est de 60 % par rapport à 79 % pour l'ensemble du Canada. En 2001, le MSSS donne à son réseau un cadre général d'intervention avec l'objectif que, d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à un an. Quatre stratégies sont proposées : 1) l'Initiative Amis des bébés; 2) l'organisation du soutien à l'allaitement; 3) le suivi et l'évaluation; et 4) le pouvoir d'influence⁶.

1990-2000 : l'intégration des sages-femmes dans le système de santé

L'arrivée des sages-femmes dans le système de santé fut certainement la plus grande révolution de la

périnatalité au cours de ces trente années. Dans les années 70-80, l'accouchement à la maison est en progression, des femmes en aident d'autres à donner naissance. On assiste à l'émergence d'une pratique en marge du système de santé, sans encadrement formel, suscitant des interrogations quant à la protection de la santé de la population. Quelques sages-femmes ont suivi une formation à l'Université Laval entre 1962 et 1972, d'autres sont des immigrantes. La majorité est cependant autodidacte, selon l'expression de l'époque, s'étant formée elle-même. La légalisation de la profession de sage-femme est réclamée en 1980 lors des colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, puis par différents groupes sociaux, bientôt soutenus par la population. Elle trouve écho au gouvernement à la fin des années 80, au moment de la réorganisation du système de santé dans un contexte de restriction budgétaire, de virage ambulatoire et d'une volonté d'agir davantage en amont des problèmes sociosanitaires par des stratégies de promotion de la santé. En 1990, le gouvernement du Québec autorise la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets pilotes pour évaluer ses effets sur l'humanisation et la continuité des soins, la morbidité périnatale et les interventions obstétricales. Cette expérimentation est réalisée dans sept maisons de naissance mises sur pied dans diverses régions du Québec.

En mai 1999, le gouvernement du Québec se dote d'une loi instituant

2 *Politique de périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1993.

3 http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf

4 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

5 http://www.rss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf

6 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

la profession de sage-femme qui permet son exercice dans tous les lieux de naissance : à l'hôpital, en maison de naissance ou à domicile. Mais c'est seulement au printemps 2004 qu'un règlement sur l'accouchement à domicile est adopté par le conseil des ministres, après un long et sinueux parcours depuis la promulgation de la loi en 1999.

L'accouchement avec une sage-femme demeure l'option d'une minorité puisque moins de 2 % des accouchements ont lieu en maisons de naissance, et moins encore à domicile. Cependant, l'arrivée de cette professionnelle dans le paysage de la périnatalité québécoise a grandement contribué à le transformer et à insuffler un vent de démedicalisation et de continuité des soins. La reconnaissance de cette profession constitue une excellente illustration de l'importance de la mobilisation sociale comme moteur de changements. Aurait-elle pu en effet voir le jour sans le mouvement de soutien dont elle a bénéficié ? Et sans le passage à l'acte de nombreuses femmes et familles qui ont affirmé, souvent publiquement, leurs convictions en choisissant d'être accompagnées chez elles par cette intervenante qui répondait à l'ensemble de leurs besoins : démedicalisation – continuité de soins – autonomie – humanisation ? L'intégration de la profession de sage-femme dans les services périnataux parviendra-t-elle à contrecarrer la medicalisation et l'approche technologique de la procréation qui, malgré tout, se poursuivent ? À suivre...

Depuis 2004, l'heure est au bilan et à de nouvelles perspectives, et une nouvelle politique de périnatalité se développe en 2008⁷

Plus de dix ans après la Politique de 1993, l'heure est au bilan, à l'identification de nouveaux objectifs ou à la reconduction de certains d'entre eux. Les premiers résultats de l'analyse de la Politique de 1993 indiquent que, dans la plupart des régions du Québec, elle fut une source de mobilisation pour les intervenants, ainsi qu'un cadre important de planification de services et de budgétisation sociosanitaire⁸. Il n'y a eu d'évaluation de cette politique que pour certains programmes, par exemple « Naître égaux – Grandir en santé⁹ », et un suivi des indicateurs de mortalité et de morbidité a été fait. Le bilan des interventions obstétricales est décevant par rapport aux objectifs fixés. Seul le taux d'épisiotomie affiche une réelle diminution, alors que la césarienne, après avoir baissé, est en légère hausse, et ce, avec des variations marquées entre les régions. L'extraction manuelle par ventouse ou forceps stagne à près de 20 % et, si la tendance se maintient, la péridurale risque de faire partie de l'accouchement normal d'ici quelques années.

Que nous enseignent ces trente dernières années de remises en question et de changements dans le système de santé et dans les services offerts aux femmes enceintes et à leur famille ? L'accompagnement des femmes lors de leur grossesse et de leur accouchement a-t-il beaucoup changé ? À l'aube

des années 80, on a sonné l'alarme. A-t-on réussi la démedicalisation de l'accouchement, ou sommes-nous actuellement dans une dynamique d'humanisation de la medicalisation ? Sommes-nous parvenus à diminuer les écarts de santé ? Quelle place a été faite aux sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux ? La Politique de périnatalité de 2008, qui sera discutée dans un autre article de ce *Périscoop*, a tenté de répondre à ces questions et à bien d'autres. Cette politique a-t-elle reconduit l'assise de la Politique de 1993 en ce qui a trait à la conviction que la grossesse, l'accouchement et la naissance sont des événements physiologiques normaux qui constituent aussi des bouleversements profonds et normaux dans la vie des familles. Comment l'a-t-elle traduite ? Selon moi, la vigilance est de mise. Le mouvement d'humanisation doit rester très présent pour ne pas perdre les fragiles acquis de ces trente dernières années. Les chiffres montrent que l'alerte rouge de la medicalisation est toujours en vigueur, la péridurale en est un bon exemple, les tests prénataux également. Les femmes et les familles ont encore une parole à faire entendre.

Chaque fois qu'une femme exprime ses besoins, fait des demandes en conséquence et se fait respecter dans ce qu'elle souhaite vivre pour elle-même et son enfant à naître ou nouveau-né, ce sont toutes les femmes qui en profitent.

7 *Politique de périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1993.

8 http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf

9 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

DES COLLOQUES ACCOUCHER OU SE FAIRE ACCOUCHER

à la Politique de périnatalité 2008-2018

SARAH BURKE

Cette édition du *Périscoop* nous amène, à plusieurs reprises, à réfléchir à l'influence des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* sur les trente dernières années de la périnatalité au Québec. Un autre grand moment de ce type est à l'horizon pour novembre 2010 : *Enfanter le monde*. Donc, nous en sommes à nous questionner sur la situation actuelle et à nous pencher vers le futur.

Dans le précédent article, d'Hélène Valentini, un historique est tracé, mettant en évidence une certaine transformation de la périnatalité québécoise. Cependant, madame Valentini fait appel à la vigilance et propose toute une série de questions dirigées vers la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018¹. Les revendications faites par les femmes et les familles en 1980 ont été entendues, certes, mais leurs paroles continuent-elles encore aujourd'hui à influencer le discours et surtout les pratiques entourant la période périnatale ?

Accoucher ou se faire accoucher

Lors des colloques régionaux *Accoucher ou se faire accoucher*, organisées en 1980 par l'ASPQ en collaboration avec le ministère des Affaires sociales (MAS), des milliers

de Québécois se sont rassemblés. Une grande majorité, plus de 90 %, étaient des femmes; plusieurs d'entre elles avaient vécu des expériences d'accouchement qu'elles venaient partager, voire dénoncer. Ces colloques représentaient pour les femmes et leur famille des moments privilégiés pour prendre la parole, de façon collective.

La problématique générale, présentée dans le Rapport-synthèse des colloques, était centrée sur deux aspects principaux : 1) l'absence d'autonomie des femmes et 2) la déshumanisation des soins². Cette absence d'autonomie s'inscrivait dans le contexte plus large de la condition féminine, s'étendant donc bien au-delà de la périnatalité. On décrivait la déshumanisation



1) *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008.

2) *Rapport-synthèse et réflexion critique sur les onze (11) colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Association pour la santé publique du Québec, Montréal, 1980, p. 6.

des soins par une augmentation des interventions médicales, ainsi qu'une dépersonnalisation, c'est-à-dire le fait que les professionnels de la santé étaient inconnus des femmes et agissaient de façon routinière avec elles, suivant les protocoles établis.

De ces colloques ont émergé plusieurs revendications. On soulignait que « ce vécu [des femmes lors de l'accouchement] devrait être considéré avec le même sérieux que la prématurité, la morbidité et la mortalité³ ». D'ailleurs, tel que mentionné dans l'un des documents produits à la suite des colloques, « personne ne peut contester les bénéfices que la médecine a apportés à l'obstétrique⁴ ». Les femmes ne remettaient pas en cause l'amélioration des soins obstétricaux nécessaires pour la sécurité des femmes et de leur bébé (en cas d'urgence, par exemple); c'était plutôt le vécu de l'accouchement qu'elles dénonçaient – ce moment à la fois social et intime, devenu médical. Tel que souligné en préparation des colloques, « cette sécurité fut acquise au prix de l'institutionnalisation et de l'intervention d'une technologie de plus en plus présente [...] nous devons [y] tourner notre attention si nous voulons améliorer la sécurité même entourant l'accouchement⁵ ».

Voulant que cet exercice collectif mène à des changements, chacune des régions s'est chargée d'élaborer un rapport incluant des recommandations concrètes. Elles ont pu être partagées lors de la plénière des colloques, à Montréal, puis elles ont été rassemblées dans le Rapport-synthèse

sous les trois thèmes abordés lors des colloques : le prénatal, l'accouchement et le postnatal. Nous vous proposons une synthèse de ces principales recommandations.

La parole des femmes : 1980

Le prénatal

Les femmes recommandent une plus grande accessibilité à l'information concernant les droits de la femme, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement comme processus naturels, la douleur, les interventions médicales et leurs indications, la cohabitation et les ressources communautaires. Cette information, visant à encourager l'autonomie des parents, devrait être disponible par le biais de documents, rencontres prénatales, rencontres avec les professionnels de la santé, et ainsi de suite.

Pour le suivi de leur grossesse, les femmes exigent la possibilité d'un suivi plus multidisciplinaire (psychologique, par exemple) et d'un choix parmi les professionnels, incluant les sages-femmes. D'ailleurs, la reconnaissance (légale) de cette intervenante ainsi que la mise en place d'un programme de formation pour la profession sont fortement recommandées.

Elles veulent également être en mesure de connaître les protocoles et les pratiques des hôpitaux avant de s'y rendre pour l'accouchement. Les femmes suggèrent aussi l'élaboration d'une liste de leurs attentes face à

l'accouchement, qui serait transmise à l'hôpital (plan de naissance).

L'accouchement

Pour le vécu de leur accouchement, les femmes veulent que des solutions de rechange au milieu hospitalier voient le jour : maisons de naissance ou possibilité d'accouchement à domicile, par exemple.

Concernant le milieu hospitalier, elles demandent une souplesse de la part du personnel, qui inclurait : une flexibilité des horaires pour favoriser l'accompagnement stable tout au long de l'accouchement (infirmières et médecins), l'accompagnement par les personnes de leur choix et la possibilité d'une présence active du père (même lors d'une césarienne).

Elles proposent aussi des changements à l'infrastructure, afin de reconnaître l'accouchement en tant que processus physiologique normal : l'aménagement de chambres de naissance; la séparation du département d'obstétrique de celui de gynécologie et du reste de l'hôpital; l'accessibilité, non la mise en évidence, de l'équipement pour les cas d'urgence.

Les femmes font appel à l'importance du respect de leur personne et du processus de l'accouchement. Elles proposent que certaines routines hospitalières ne soient pas obligatoires : le rasage, le soluté, les lavements et les calmants. Elles exigent aussi que les interventions soient justifiées et ne soient utilisées qu'en cas de risque

3 Parent-Rochelleau, L. *Accoucher ou se faire accoucher*. Carrefour des affaires sociales, vol. 2, septembre 1980.

4 Ibid.

5 Saint-Arnaud, J. *Naître en ce pays, sans violence et sans risque*, Carrefour des affaires sociales, vol. 2, novembre 1979.

ou d'indication médicale : le déclenchement, le monitoring fœtal, les examens, les épisiotomies, l'extraction par forceps et la coupure rapide du cordon. De même pour la césarienne : elles demandent qu'elle ne soit répétée que si cela est médicalement justifié.

En post-partum immédiat, les familles ont un grand besoin de partager les premiers moments avec leur nouveau-né en toute intimité et de pouvoir ainsi favoriser l'allaitement.

Le postnatal

Lors de leur séjour en milieu hospitalier, les femmes souhaitent vivre cet ajustement en présence du bébé et du conjoint (environnement qui favorise la cohabitation continue), en plus de pouvoir inviter les membres de leur famille. Pour les mères qui allaitent, elles font ressortir leur besoin de support. On propose aussi la possibilité de banques de lait maternel. Après le retour à domicile, les femmes recommandent des visites et des rencontres : par des équipes des CLSC et entre les nouveaux parents de la communauté. Elles espèrent avoir accès à des documents d'information et à des ressources communautaires pour un soutien en postnatal.

Malgré les recommandations d'ordre plus pratique, il est évident que les femmes revendiquaient « une modification profonde de la façon de penser⁶ ». Le discours

des Politiques de périnatalité du gouvernement québécois reflète-t-il une telle transformation ?

La réponse du Gouvernement et son bilan : la Politique de 1993

Vingt après la toute première Politique de périnatalité du gouvernement du Québec (1973), la Politique de 1993 a été adoptée. D'après son Bilan, publié en 2007, « la Politique de 1993 visait à améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveau-nés⁷ ». Pour ce faire, les neuf objectifs élaborés étaient basés sur quatre convictions fondamentales :

1. La grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels
2. La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle
3. Les mères et les pères sont compétents
4. Devenir et être parent fait appel à une solidarité et à une responsabilité collectives⁸

Ces convictions reflètent bien les demandes des femmes et des familles. De plus, deux des neuf objectifs de la Politique répondent directement aux revendications plus spécifiques de 1980 :

- Centrer le système de services de santé et de services sociaux en périnatalité sur les besoins de soutien continu des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en fonction de leurs potentialités, de leurs attentes et de leurs particularités

et

- Diminuer les taux d'interventions obstétricales dans l'ensemble du Québec et dans chacune de ses régions⁹

Selon le Bilan, cependant, ces objectifs n'ont pas été atteints. En résumant les difficultés rencontrées, on nomme les deux courants opposés qui se partagent la périnatalité : d'un côté, les sciences et les technologies médicales et pharmacologiques; de l'autre, l'humanisation des soins¹⁰.

Tournée vers le futur : Politique de périnatalité 2008-2018

La nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie arrive à un troisième moment de l'évolution de la périnatalité au Québec¹¹. Après la médicalisation (1950-1970), puis les revendications liées à l'humanisation de la naissance (1970-1990), viennent l'arrivée de nouvelles technologies et une transformation de l'organisation du système de santé. La Politique sert à recadrer les pratiques de périnatalité pour les adapter

6 Parent-Rochelleau, L. op. cit.

7 *Bilan de la Politique de périnatalité de 1993 - Document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2007.

8 Ibid., p. 13.

9 Ibid., p. 13-14.

10 Ibid., p. 24.

11 *Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008.

aux besoins des femmes et de leur famille. Elle se base sur un ensemble de convictions et de valeurs pour l'élaboration de ses buts. Les convictions sont essentiellement les mêmes que celles mises de l'avant en 1993. On y ajoute néanmoins la dimension de l'attachement social de l'enfant (à ses parents) comme un élément fondamental de son développement. Les valeurs que sont l'humanité, la précocité et la sécurité sont également les fils conducteurs de ce discours¹².

De façon plus concrète, la Politique propose des pistes d'amélioration ou de changements pour plusieurs aspects liés à la périnatalité. D'ailleurs, les recommandations faites par les femmes en 1980 se retrouvent toujours au premier plan de celles de la Politique, allant d'un meilleur accès à l'information en prénatal jusqu'à la vigilance quant à la prévalence de l'utilisation d'interventions médicales lors de l'accouchement (péridurale ou autre anesthésie, césarienne, extraction avec forceps ou ventouse, épisiotomie, provocation du travail, etc.). De plus, certaines données citées dans ce document sont plus inquiétantes qu'encourageantes¹³ :

Césarienne

« Le taux de césariennes a connu une hausse marquée au cours des dernières années, passant de 16,9 % en 1993-1994 à 22,8 % en 2005-2006. »

Péridurale

« En 2005-2006, au Québec, parmi tous les accouchements qui ont eu lieu en centre hospitalier [environ 98 %] : sept femmes sur dix ont reçu une anesthésie péridurale au cours de leur accouchement; 54,7 % ont eu recours à l'épidurale et 14,7 % à la rachidienne. »

Induction du travail

« Au Québec, en 2000-2001, un peu plus de 21 % des accouchements à l'hôpital ont nécessité un déclenchement médical du travail et un peu plus de 9 % un déclenchement par rupture artificielle des membranes. »

Cependant, les améliorations doivent aussi être mises de l'avant :

Utilisation des forceps et de la ventouse

« En 2005-2006, on a eu recours aux forceps pour 3,7 % des accouchements vaginaux, comparativement à 7,3 % en 1993-1994. Le taux d'extractions par ventouse, quant à lui, était de 9,5 % en 1993-1994 et de 10,2 % en 2005-2006. »

Épisiotomie

« En 2004-2005, le taux d'épisiotomie au Québec s'élevait à 23,5 pour 100 accouchements vaginaux pratiqués

à l'hôpital, ce qui représente une baisse de 51 % depuis 1993-1994. »

À la suite de cet état de la situation actuelle de l'accouchement en milieu hospitalier au Québec, la Politique rappelle l'importance d'accorder une attention particulière à l'évolution des interventions médicales. Bien sûr, elles peuvent être nécessaires. « Cependant, chaque fois qu'une intervention obstétricale est pratiquée, des risques y sont associés, sans compter que le recours à une intervention obstétricale peut déclencher une cascade d'interventions non indiquées *a priori*. » Pour réduire le recours à celles-ci, on nomme l'information et la conscientisation, l'accompagnement lors du travail et de l'accouchement, ainsi qu'« une organisation du travail humaniste¹⁴ ».

Notons, par ailleurs, que « la hiérarchisation des services » est au cœur de « la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux » prévue au Québec. Cette hiérarchisation s'explique de façon très brève par « le bon service, au bon moment, par la bonne personne¹⁵ ». Parmi les recommandations de cette restructuration du réseau, il y a « l'utilisation accrue des services de première ligne » pour le suivi périnatal, c'est-à-dire par l'omnipraticien ou la sage-femme¹⁶.

Malgré la légalisation de la profession de sage-femme et l'ouverture de plusieurs maisons de naissance dans différentes régions du Québec, un travail de conscientisation

12 Ibid., p. 12-13.

13 Ibid., p. 48-50

14 Ibid., p. 50-51.

15 Ibid., p. 17.

16 Ibid., p. 18.

concernant cette intervenante reste à faire. Environ 1,6 % des femmes qui accouchent sont suivies par une sage-femme. D'après la Politique, l'ouverture de treize nouvelles maisons de naissance aiderait à atteindre un taux de 10 % de femmes suivies par une sage-femme d'ici 2018¹⁷.

Pour ce qui est de la période post-natale, le soutien revendiqué est-il accessible? Dans le rapport des colloques, on fait allusion aux « maternités difficiles » et « aux familles qui pourraient avoir besoin de soutien particulier », mais on ne mentionne pas la dépression du post-partum explicitement. La Politique va un peu plus loin avec une section qui est réservée à la santé mentale et qui aborde le *baby blues*, la dépression et la psychose du post-partum. On y confirme que « l'organisation actuelle des services ne facilite pas toujours le contact avec la nouvelle mère durant les phases cruciales généralement associées à l'apparition des symptômes¹⁸ ». Les suggestions pour remédier à cette problématique sont du semblable au même que les demandes des femmes formulées en 1980.

De plus, le soutien de l'allaitement demeure un enjeu majeur pour les femmes et les intervenants en périnatalité. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté en 2001 des lignes directrices en matière d'allaitement maternel¹⁹. Plus concrètement, les moyens proposés pour favoriser l'allaitement commencent en post-partum

immédiat avec l'Initiative Amis des bébés (IAB)²⁰ et sont suivis de la mise en place de soutien à l'allaitement, autant par les professionnels de la santé que par des groupes communautaires. D'autre part, le MSSS reconnaît sa propre influence sur diverses parties prenantes qui peuvent également être indispensables à l'encouragement d'une culture d'allaitement au Québec²¹.

Il semble évident que les demandes des femmes et des familles exprimées au cours des derniers trente ans ont été entendues et continuent d'influencer les prises de position et les politiques. Cependant, on constate souvent une certaine dissonance entre le discours véhiculé et les pratiques courantes. C'est pourquoi les femmes et les parents continuent de se mobiliser pour l'amélioration des services en périnatalité. À titre d'exemple, il existe actuellement une dizaine de groupes qui travaillent activement à l'accès aux services de sages-femmes dans leur région. Une chose est certaine, ce discours sur l'importance de supporter les familles tout au long de la période périnatale et en faveur de l'accès à une information prénatale de qualité, du respect de l'expérience de la mise au monde, de la diminution des interventions obstétricales et du soutien à l'allaitement comme mesure de santé publique, trouve maintenant une voix forte chez de très nombreux cliniciens, intervenants et professionnels en périnatalité. Qui plus est, la recherche scientifique les appuie. C'est pourquoi, trente ans

après les colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, et dans la foulée de la mise en œuvre de la nouvelle Politique de périnatalité du gouvernement du Québec, l'ASPQ vous invite à vous rassembler autour de ces enjeux – tout comme de nombreux autres – afin de renforcer notre confiance collective dans la capacité naturelle de porter nos enfants, de les mettre au monde et de les nourrir physiquement, psychologiquement et spirituellement.



17 Ibid., p. 29.

18 Ibid., p. 110.

19 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

20 http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html

21 *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008, p. 57.

L'INFLUENCE DES COLLOQUES SUR L'OBSTÉTRIQUE AU QUÉBEC

Perspectives des intervenantes et intervenants

SARAH BURKE

D'après la Politique de périnatalité 2008-2018, « *Accoucher ou se faire accoucher* », en tant que « mobilisation issue d'un important mouvement des femmes, conduit à une remise en question globale des pratiques dans le domaine de la périnatalité, et à l'arrivée d'une nouvelle professionnelle¹. »

Les colloques *Accoucher ou se faire accoucher* qui ont eu lieu dans onze régions du Québec en 1980 ont eu une influence non négligeable sur la périnatalité au Québec. Médiatisés et largement courus par les citoyennes et intervenantes, les colloques s'inscrivaient dans un mouvement – dépassant largement les frontières du Québec – d'humanisation des naissances, de féminisme, voire d'empowerment de l'individu sur sa santé et sur sa vie en général.

Michel O'Neill, sociologue et professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, était membre du comité exécutif du Conseil d'administration de l'ASPQ en 1980. Il a également fait partie du comité de rédaction du Rapport-synthèse des colloques. « *Accoucher ou se faire*



accoucher était une manifestation systématique, organisée et claire, des revendications des femmes et des couples envers les choix entourant la naissance », rappelle monsieur O'Neill. D'ailleurs, Louise Dubord, une infirmière retraitée ayant pratiqué en obstétrique pendant plus de trente ans, notamment à l'hôpital Lasalle à Montréal, nous parle de l'importance qu'ont eue ces colloques sur les changements survenus au niveau institutionnel. D'après madame Dubord, ce serait le poids collectif de la parole des femmes qui aurait augmenté la crédibilité des revendications auprès des administrateurs des hôpitaux

et des instances gouvernementales. À cette « demande » massive, les femmes auraient obtenu une réponse.

Milieu hospitalier

En 1980, alors que les femmes se regroupaient pour revendiquer une transformation des soins vers l'humanisation et la démedicalisation, le Dr Guy-Paul Gagné en était encore à ses débuts dans sa pratique en obstétrique. Maintenant directeur d'AMPRO^{OB} Québec², le Dr Gagné se rappelle son étonnement devant ces revendications lorsqu'il a commencé à

1 Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008, p. 2.

2 <http://www.amproob.com>

pratiquer à l'hôpital Lasalle : « J'étais surpris par ce que demandaient les femmes, mais ça s'enlignait avec ma vision, ma philosophie de la grossesse et de l'accouchement. »

Les changements observés en milieu hospitalier à l'issue des colloques ont été graduels et inégaux, n'ayant été effectués ni au même rythme, ni à la même intensité partout, mais certes présents. Madame Dubord et le Dr Gagné soulignent notamment l'installation de lits et de chambres de naissance en remplacement du trio salle de travail, salle d'accouchement et chambre de séjour non privée. À l'hôpital Lasalle, on permet même aux femmes de manger et de boire lors du travail. En réponse aux demandes des femmes, certains médecins suggèrent le massage du périnée au lieu de l'épisiotomie au moment de l'accouchement.

Déjà, la présence du père pendant le travail et l'accouchement devient acceptée, puis les chambres privées facilitent la transition vers le choix de cohabitation mère-bébé. Cet environnement de cohabitation en post-partum, tant revendiqué par les femmes lors des colloques, favorise également l'allaitement. On remarque d'ailleurs à l'époque que le taux d'allaitement est à la hausse au Québec et que les infirmières apportent plus de soutien aux nouvelles mères qui allaitent, d'après madame Dubord.

Malgré ces modifications de la culture de l'accouchement à l'hôpital, ce lieu de naissance demeure néanmoins un milieu interventionniste. À ce sujet, le Dr Gagné est du même avis que plusieurs intervenants en périnatalité : au cours des derniers trente ans,

l'humanisation des interventions est devenue plus courante que la démedicalisation de la naissance.

de cette profession ainsi que l'instauration d'une formation universitaire découlent directement d'une longue démarche féministe dans laquelle s'inscrivent les colloques, comme

Crédit: Céline Lemay



Pratique sage-femme

La philosophie sur laquelle repose la profession de sage-femme reconnaît et respecte le caractère naturel, et le plus souvent normal, du continuum de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Depuis 2004, les femmes québécoises peuvent en principe choisir le lieu de leur accouchement : à l'hôpital, à la maison de naissance ou au domicile. La sage-femme est la professionnelle de santé qui assure le suivi de la grossesse et la présence à l'accouchement dans ces deux derniers lieux de naissance (et occasionnellement à l'hôpital). Les colloques *Accoucher ou se faire accoucher* ont joué un rôle déterminant dans le processus du retour des sages-femmes au Québec. La légalisation

l'explique Monique Paré, sage-femme à la maison de naissance Mimosa.

Madame Paré souligne l'arrivée des sages-femmes dans le Grand Nord québécois comme un pas important ayant mené à la légalisation de leur pratique à l'échelle de la province. Lors de la grande plénière des colloques, à Montréal, des femmes inuites se sont exprimées sur la situation déplorable que vivaient leurs consœurs en accouchant : elles devaient partir deux à trois semaines avant la date prévue pour leur accouchement afin d'atteindre le centre hospitalier le plus proche, situé à plusieurs centaines de kilomètres de leur village. Séparées de leur conjoint et de leur famille, ces femmes revendiquaient le retour de la pratique sage-femme sur leur territoire. Elles

ont obtenu gain de cause puisque « depuis sa création, en 1986, la maternité du Centre Inuulitsivik [à Puvirnituq, Nunavik] a toujours eu recours aux sages-femmes³ », et ce, bien avant la *Loi sur la pratique des sages-femmes* et l'ouverture de la première maison de naissance en 1994. Depuis sa mise en place, un programme local de formation de sages-femmes permet aux femmes des sept communautés de la Baie d'Hudson d'accoucher avec l'aide de sages-femmes qui partagent leur langue et leur culture. Aujourd'hui, trois villages de la Baie d'Hudson offrent le programme. Ces sages-femmes constituent la première ligne de services périnataux et sont membres de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)⁴.

Après les projets pilotes (1994 à 1999), la légalisation de la pratique (1999), la graduation de la première cohorte du Baccalauréat en pratique sage-femme (2003) et la reconnaissance du domicile comme lieu d'accouchement (2004), où en est la profession de sage-femme en 2010? Se peut-il que plusieurs Québécois ignorent l'existence de cette professionnelle de la santé et du rôle qu'elle joue? Malheureusement, oui. Comment expliquer que d'autres professionnels du milieu de l'obstétrique n'ont que très peu de connaissance de cette collègue et de son milieu de pratique? Il n'est pas rare qu'une femme transférée d'une maison de naissance vers l'hôpital, se fasse demander par le personnel médical : « Combien ça coûte, accoucher avec une sage-femme? » alors que ces services sont couverts

par l'assurance-maladie du Québec. Une conscientisation de la population québécoise, incluant les professionnels de la santé issus de toutes les sphères de pratique, est nécessaire.

Milieu communautaire

Parmi les résultats des colloques, on retrouve également l'organisation de l'action communautaire en périnatalité. Au cours des années 1980 et 1990, de nombreux groupes communautaires de soutien et de revendication, affiliés au Regroupement Naissance-Renaissance⁵ et au Réseau des centres de ressources périnatales⁶, voient le jour. En réponse à *Accoucher ou se faire accoucher*, plusieurs de ces groupes acceptent une certaine responsabilité envers les suivis et la mise en œuvre des recommandations énumérées dans le rapport de leurs colloques régionaux.

La Mèreveille⁷ de Mont-Laurier est un de ces organismes. Avec l'aide de bénévoles et un soutien financier, La Mèreveille passe d'un modeste regroupement en 1981, à un Centre de ressources périnatales qui dessert plus de quatre cents familles et offre plus d'une dizaine de services (ateliers de soutien à l'allaitement, accompagnement à la naissance et ateliers de toutes sortes) en 2010, nous apprend Michèle Turpin, directrice du centre. Selon madame Turpin, « le développement des centres de ressources périnatales est une des réussites des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* ». Elle était présente au colloque qui a eu lieu à Mont-Laurier

et continue d'être témoin de l'évolution de la périnatalité au Québec.

Pour madame Turpin, malgré plusieurs améliorations, la situation quant à l'humanisation des soins est semblable à celle de 1980. La place de plus en plus importante des technologies en pré- et postnatal soulève plusieurs questions éthiques. Cependant, il y a espoir dans le discours entourant la périnatalité, notamment dans la Politique de périnatalité 2008-2018. L'écart entre pratique et politique bien qu'encore grand, peut être réconcilié.

Trente ans après le plus gros événement en périnatalité au Québec, plusieurs questions continuent de se poser. Monsieur O'Neill rappelle que l'un des enjeux les plus importants est la demande. Donc, comment les femmes souhaitent-elles accoucher aujourd'hui? Que veulent vraiment les couples? D'après madame Dubord, les besoins des femmes seraient aussi variés aujourd'hui qu'en 1965, 1980 et 2000. Donc, ne devrions-nous pas avoir droit au choix? Toutefois avons-nous l'autonomie, les outils et le support nécessaires pour faire des choix éclairés? Et les interventions sont-elles – doivent-elles être – justifiées pour des raisons médicales? Avons-nous confiance en la capacité des femmes à mettre au monde leur enfant?

Accouche-t-on ou se fait-on encore accoucher? La question est toujours d'actualité.

3 Centre de Santé Inuulitsivik. Consulté sur http://www.inuulitsivik.ca/cadres_francais/a_index_f2.htm, le 22 août 2010.

4 <http://www.osfq.org>

5 <http://www.naissance-renaissance.qc.ca>

6 <http://www.reseaudescrp.org>

7 <http://www.lino.com/mereveille/index.html>

DEVENIR MÈRE

Accoucher ou se faire accoucher ?

SARAH BURKE

Il est aujourd'hui très difficile d'imaginer qu'il y a de cela deux ou trois générations, les femmes accouchaient, ou plutôt se faisaient accoucher, sous anesthésie générale. Les années 1970-1980 ont vu apparaître, au Québec et ailleurs dans le monde, tout un mouvement d'humanisation des naissances qui s'inscrivait dans les mouvements ambiants de cette génération. Deux femmes qui ont accouché au Québec dans ces années partagent avec nous la ferveur de l'époque.

Élaine Côté est la mère de deux fils, maintenant grands. Ses accouchements se sont tous deux déroulés au Québec : à Sainte-Anne-de-la-Pocatière, en 1978, et à Montréal en 1981. Depuis 1989, elle habite à Genève où elle travaille auprès de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA), un organisme affilié au Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN). Élaine a accepté de partager avec nous son vécu des naissances de ses enfants.

Luce Moreau, présidente-directrice générale de l'Orchestre métropolitain, est reconnue comme « une virtuose de la collecte de fonds ». Mais bien avant de se lancer dans les milieux administratifs et philanthropiques, madame Moreau s'intéressait aux médecines alternatives, notamment à la chiropratique. Le suivi de ses



trois grossesses a été fait par des sages-femmes dans les années 1980.

Avant de devenir enceinte, quelles étaient vos perspectives sur la grossesse et l'accouchement ?

Élaine Côté : J'étais déjà intéressée à l'accouchement, surtout à l'accouchement à la maison et aux mouvements de sages-femmes. C'était sûr que nous voulions, mon mari et moi, avoir un accouchement où nous étions le plus en contrôle possible. Je ne considérais pas du tout l'accouchement comme étant une maladie, mais comme quelque chose qui fonctionnerait, quelque chose que mon corps

saurait mieux faire que moi – ma tête. Du moins c'est ainsi que j'ai pensé après mes accouchements.

Luce Moreau : Devenir mère pour moi était le plus grand rêve que je chérissais depuis ma tendre enfance.

Quelles ont été les influences marquantes pour vous en matière de périnatalité ?

É.C. : Il y avait à Genève un mouvement qui cherchait à contrer les accouchements de plus en plus médicalisés. On faisait partie de groupes politisés dans lesquels on cherchait à se réapproprier un peu nos vies, notre santé. On lisait le « Our Bodies Ourselves¹ ».

1 <http://www.ourbodiesourselves.org>

On cherchait à mieux manger, on discutait d'éducation, de médecine, de psychiatrie. Il y avait tous ces mouvements ambiants. Et quand nous avons commencé à penser sérieusement à avoir des enfants, mon mari André et moi avons vécu des expériences – semblables tout en étant différentes – à Genève et à Québec concernant le mouvement des naissances.

« On faisait partie de groupes politisés dans lesquels on cherchait à se réapproprier un peu nos vies, notre santé. »

- **Élaine Côté**

Nous étions à Genève, vers la fin des années 70. J'étais très intéressée aux questions de santé, à l'accouchement, à l'accouchement à la maison, aux sages-femmes; je pensais même devenir sage-femme à un moment donné. Très peu de temps avant que nous déménagions au Québec, quelques jours avant, nous avons assisté à une rencontre toute une fin de semaine sur l'accouchement moins médicalisé, et notamment l'accouchement à la maison. À cette réunion, tout le monde parlait de ça, mais on parlait surtout des dangers. On disait : « Oui, mais c'est vraiment un peu difficile; accoucher à la maison, mais c'est dangereux. » On discutait beaucoup, on en avait envie, mais cela faisait peur et, peut-être parce qu'il y avait des médecins parmi nous, on voyait toutes sortes de problèmes et d'obstacles.

Puis, nous partons au Québec et moins d'un mois plus tard, nous sommes dans la ville de Québec, dans un café alternatif. Mon mari lève la

tête et voit une affiche qui disait qu'il y avait une réunion sur l'accouchement à la maison le soir même. Nous nous sommes bien sûr retrouvés dans cette assemblée : c'était le même genre de gens, c'était le même groupe d'âge, c'était le même style de milieu qu'à Genève. Mais le discours, lui, était complètement différent. Alors qu'à Genève on s'inquiétait des dangers, à Québec les femmes disaient plutôt : « Bon, moi je suis enceinte, je vais avoir mon bébé dans quelques semaines, je veux avoir mon enfant à la maison. Qu'est-ce que je fais ? Comment est-ce que je me débrouille ? Parce que c'est sûr, je n'irai pas à l'hôpital... » Et aussi : « Que fait-on pour changer la situation au Québec ? Il nous faut de l'argent; il faut agir vite, il faut créer une alternative ! » En fait, les femmes québécoises étaient beaucoup plus déterminées. C'était drôle pour moi, pour nous, de voir ce contraste; c'était très intéressant.

L.M. : À l'âge de 16 ans, je suis venue étudier à Montréal et habiter dans une famille avant-gardiste où le père était chiropraticien. Avec eux, j'ai eu le privilège de rencontrer plusieurs personnes qui vivaient différemment de ce que j'avais toujours connu. J'avais eu le privilège de rencontrer des femmes qui avaient accouché à la maison avec des sages-femmes, ce qui était rare dans les années 70 et 80. J'ai de plus visité et séjourné dans des centres hygiénistes au Québec et aux États-Unis, ce qui m'a amenée à adopter le végétarisme, la non-vaccination, etc. Venant de la campagne, je n'avais pas eu l'opportunité de rencontrer cette diversité de personnes, ce fut une grande découverte pour moi.

Un autre élément déclencheur, à 16 ans, fut le visionnement au

cinéma des films offerts en combo à cette époque : Harold et Maude et Jonathan Livingston. En sortant de la salle de cinéma, j'étais une personne différente. Jamais, depuis ce jour, je n'ai douté de mes choix et ne suis retournée en arrière dans ma vie. Ces deux films m'ont donné les ailes qu'il me manquait. J'ai obtenu, ce même jour, mon droit à la différence et mon droit à la vie, la grande cette fois. J'avais eu une enfance si heureuse jusqu'à ce jour, mais à 16 ans, la grande porte s'est ouverte !

Quels choix avez-vous faits entourant vos grossesses et vos accouchements ?

É.C. : Nous avons fait le choix d'accoucher à la maison. Nous cherchions des gens qui pensaient comme nous. Comme j'étais intéressée à l'accouchement à la maison, j'avais trouvé un centre à Montréal où il y avait des cours prénataux un peu différents, plus ouverts, où on parlait de différentes manières d'accoucher, d'exercices spéciaux, de yoga prénatal, d'alimentation, d'allaitement, de nos angoisses et peurs – et pas seulement du déroulement de l'accouchement proprement dit.

Par rapport aux grossesses, c'était aussi de trouver des médecins qui étaient un peu plus ouverts, qui accepteraient un accouchement le moins médicalisé possible (ne parlons même pas d'accoucher à la maison !). Ce n'était pas facile de trouver une telle denrée ça se rencontrait rarement, et j'ai été suivie par des médecins qui n'étaient pas du tout en faveur de l'accouchement à la maison. Mais finalement, vers la fin de ma première grossesse, nous avons

rencontré un médecin qui a accepté d'être présent à mon accouchement à la maison (j'étais en pleine santé et ma grossesse se déroulait très bien). L'accouchement s'est déroulé à domicile, à la campagne, à Sainte-Anne-de-la-Pocatière, avec André et ma sœur Michèle. Le médecin est arrivé quand la tête du bébé commençait à sortir ! Il m'a sauté dessus, ou presque, et André a dû lui dire de se calmer, que tout se passait super bien !

Pour mon deuxième bébé, je connaissais plus de gens dans le milieu; ça faisait plus longtemps que nous étions à Montréal. J'avais rencontré une infirmière qui avait une formation de sage-femme. Nous avons décidé qu'elle serait à l'accouchement, à la maison. Il y avait aussi ma sœur, André et Manuel, le grand frère, qui dormait dans la chambre à côté.

L.M. : J'ai été suivie uniquement par des sages-femmes, lors des trois grossesses. Le premier accouchement, j'avais été suivie par Isabelle Brabant, Céline Lemay et Jenny Stonier. Je me souviens, il y en a trois qui sont venues à l'accouchement (1981). J'ai dû me rendre à l'hôpital à la toute fin... j'ai été là peut-être deux heures. Quelques jours après l'accouchement, un événement cocasse s'est produit. Une de mes cousines travaillait à l'hôpital où je m'étais rendue, et le lundi matin le personnel parlait de « la folle qui était venue accoucher et était repartie avec son placenta » !

Après le premier accouchement, nous sommes partis vivre à Atlanta pour trois ans pour les études en chiropratique de mon conjoint. À notre retour au Québec, pour le deuxième et le troisième accouchement, j'ai rencontré Lucie Hamelin, sage-femme, et ce

fut le coup de foudre pour moi. J'ai accouché de mes deux filles avec elle (1986 et 1987). La peur de l'inconnu n'était plus présente. Cependant, un problème se posait : n'ayant pas le même sang que mon fils (premier né), on me recommandait le vaccin Rhésus. C'est alors que nous avons fait des recherches, et des spécialistes ont conseillé une approche autre, c'est-à-dire une position d'accouchement spécifique afin d'éviter tout problème. Il m'a été possible d'accoucher des deux filles en respectant la position accroupie pour la deuxième et à quatre pattes pour la dernière. Tout était parfait, ce qui m'a permis d'accoucher naturellement, sans avoir à passer par les méthodes d'intervention de la médecine traditionnelle : échographie, vaccination, etc.

« Je me disais :
« Comment je vais vivre
cela, un accouchement ? »
Partout, j'entendais dire
que la douleur était
si grande... »

- **Luce Moreau**

Quelles étaient les motivations pour ces choix ?

É.C. : Si j'ai décidé d'avoir mes bébés à la maison, c'était aussi parce que j'avais un peu peur du corps médical, dans le sens que j'avais peur qu'on m'impose des manières de faire et d'être que je ne pourrais pas contrôler moi-même. J'avais peur qu'on ne laisse pas mon accouchement se dérouler tranquillement comme il se devait. J'avais confiance en moi et dans mon corps – mais pas devant cette autorité ! J'étais intimidée par

les blouses blanches. Nous n'avons pris cette décision que parce que j'étais dans la moyenne des moyennes, j'avais eu des grossesses faciles : tout allait toujours bien. En plus, nous avions beaucoup lu sur le sujet et nous savions, en tout cas en théorie, toutes sortes de choses, y compris les signes de danger. Dans les deux cas, il y avait aussi un hôpital à proximité.

L.M. : Pour moi, le choix d'aller vers des méthodes plus naturelles était pour m'éloigner de ma peur de la douleur. Je ne suis pas quelqu'un qui a connu la souffrance physique... je n'ai jamais eu de maladie quelconque ni un simple mal de tête, même en étant plus jeune. Je me disais : « Comment je vais vivre cela, un accouchement ? » Partout, j'entendais dire que la douleur était si grande... ça me faisait peur et je ne me faisais pas confiance à l'idée d'être dans un hôpital : d'avoir le choix d'une épidurale ou d'une césarienne. J'avais peur de ne pas être capable de me contrôler face à la douleur.

Je me suis dit qu'en étant à l'extérieur, ça me donnerait une chance de vivre seule avec mon corps, sans être tentée d'alléger ce processus naturel. Alors c'était par manque de confiance envers moi, la première vraie raison. Mon désir était de vivre l'accouchement le plus naturellement possible. C'était le compromis que je m'étais fait dans ma tête. À l'extérieur des murs de l'hôpital... je n'aurais pas à me poser la question. Ça me libérait d'un certain stress, de savoir que serait moi avec moi, et non pas moi avec d'autres possibilités. Il peut être difficile de dire non (quand le personnel hospitalier nous offre des interventions médicales) et je ne voulais pas être dans une situation

comme ça. Je ne voulais pas avoir à me questionner en un moment vulnérable.

C'était clair pour moi : ce que je voulais et ce que je ne voulais pas. Mettre toutes les chances de mon côté était ce dont je rêvais. Au fil des accouchements, la présence de mes enfants était aussi importante. L'accouchement à la maison me donnait aussi cette liberté. J'ai eu le privilège d'assister à plusieurs accouchements, par la suite, et l'expérience fut toujours grandissante.

Si vous aviez eu à refaire des choix sur l'accouchement, lesquels auriez-vous faits ?

É.C. : Nous nous sommes dit à plusieurs reprises que, s'il y avait un troisième bébé, nous aurions quelqu'un au bout du téléphone au moment de l'accouchement et c'est tout. Nous serions juste mon mari, ma sœur et moi. Nous voyions que nous arrivions à tout faire très bien, et surtout, nous avions confiance, une très grande confiance en nous. De toute façon, c'est ce qu'on disait, mais cela aurait dépendu de la grossesse. Nous n'aurions pas pris de « risques ». Je ne sais bien sûr pas ce que je ferais aujourd'hui parce que nos choix étaient aussi conditionnés par ce mouvement dont nous faisons partie; mais en revanche au niveau de l'expérience, si c'était à refaire, ça oui, n'importe quand : c'étaient les plus beaux moments de ma vie !

L.M. : Exactement le même parcours. J'ai appris sur moi à chacun de mes accouchements, j'ai atteint des limites et des sommets différents, ce qui m'a permis d'évoluer en tant que femme et mère. Au troisième accouchement, je me suis permis de dire à quelques reprises au fil du travail que j'avais

envie d'être seule, et j'ai été totalement respectée. J'avais besoin de me retrouver avec moi-même et ce que je vivais. Mes trois accouchements furent de belles et grandes expériences de vie, je crois sincèrement qu'ils m'ont permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui.

Comment définissez-vous vos accouchements comme moments de votre vie ?

É.C. : C'était la chose la plus extraordinaire qui m'était jamais arrivée ! Ce que je disais après mon premier accouchement, c'était que c'est absolument incroyable à quel point notre corps sait ce qu'il faut faire. Le corps humain est magnifique ! Tout s'est déroulé de façon vraiment super, exactement comme dans les livres, mais en mieux ! Mes accouchements m'ont posé les pieds sur terre, c'était une expérience animale, j'étais un vrai mammifère. Jamais je n'avais vécu cela à ce point. Cela m'a rendue très forte. Pour mon couple, c'était aussi très important, autant au moment même que par la suite.

« Le mieux c'est peut-être de raconter les belles choses, et j'ai cette chance, je ne peux que raconter de belles histoires sur mes accouchements. »

- **Élaine Côté**

L.M. : C'est le plus grand accomplissement : donner la vie est pour moi l'apothéose ! C'est épuisant, c'est vrai, mais on connaît la raison de cette fatigue, et c'est plus facile à prendre au moment des longues heures de

travail. Ces douleurs nous amènent à quelque chose de bon et donnent un sens à chaque crampe qui s'installe en nous. Ce sont des douleurs très différentes d'une coupure ou d'une cassure, le mal n'est pas aussi vif et il est utile à l'ouverture du bassin, on sait qu'il y a quelque chose de grand qui vient... la vie !

Pour moi, l'accouchement reste ce que j'ai fait de plus grand dans ma vie et ce, même si je réussis très bien au niveau professionnel. Je suis très heureuse d'avoir eu le privilège d'enfanter. Un cadeau de la vie !

Quelles sont vos perspectives de la situation, actuelle et future, de la périnatalité ?

É.C. : Je suis assez inquiète de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement; du nombre de césariennes; des obstacles à l'allaitement. Je pense qu'il faudra être assez vigilant par rapport à tout cela. Une société qui se médicalise à outrance me fait peur. Les médecins ont maintenant peur d'être poursuivis pour la moindre erreur, donc ils s'assurent dans toutes les situations, préférant entreprendre une césarienne à la moindre difficulté plutôt que de laisser aller un petit peu la nature. Mais en même temps, c'est vrai, les taux d'allaitement remontent, alors il y a peut-être de l'espoir. En tout cas, c'est une bataille... une grosse bataille. Le mieux c'est peut-être de raconter les belles choses, et j'ai cette chance, je ne peux que raconter de belles histoires sur mes accouchements.

L.M. : Il me semble que la peur de la douleur, le manque de contrôle du temps (inconnu, car on ne sait pas

combien de temps on aura mal) et l'esthétique du corps (peur d'accoucher vaginalement ou d'allaiter parce que ça change le corps) sont des préoccupations présentes dans la vie de certaines femmes, peut-être moins au Canada qu'ailleurs dans le monde, mais il reste qu'on en parle de plus en plus. Tout ça m'inquiète, me dérange. Je souhaite qu'il y ait plus de visibilité pour l'accouchement naturel et ses bienfaits tant pour la mère que pour l'enfant. On en parle quand même un peu plus qu'avant, mais peut-être pas encore assez. Il serait bien de mettre les avantages de l'avant et de les médiatiser.

En 1980, l'ASPQ a demandé à près de 10 000 participantes lors de colloques régionaux : *Accoucher ou se faire accoucher* ? En 2010 aura lieu le congrès *Enfanter le monde*.

D'après vous, quelle question se pose en 2010 ?

É.C. : Je crois que la question est toujours pertinente aujourd'hui, même peut-être plus qu'avant. En tout cas, pour ici, à Genève.

Quelle vision avez-vous de ce congrès ?

L.M. : Je me souviens de ces colloques, il y a bien longtemps déjà. Je pense qu'avec les jeunes d'aujourd'hui, les 20-25 ans de ce monde, il y a une conscience encore plus grande : les consciences environnementale et écologique. De plus, les jeunes des deux sexes se sentent concernés. Les jeunes pères sont beaucoup plus présents dans tout le processus de naissance qu'ils ne l'étaient jadis, ce qui veut dire

que deux fois plus de personnes font partie du processus actif de donner la vie. Je pense que le message va être plus facile à faire entendre, tandis qu'en 70 ou 80, c'était quelque chose de plus négatif, de dérangeant, il y avait une étiquette associée au type de personnes intéressées par la « chose ». Maintenant, c'est bien vu d'être écolo, d'être impliqué socialement, etc. Les jeunes ont le pouvoir de donner vie à ce nouvel horizon et sauront donner naissance à ce projet de vie qu'est celui d'Enfanter le monde !

Quel message transmettez-vous à la prochaine génération de mères concernant l'accouchement ?

É.C. : Aux jeunes femmes et hommes, je dis qu'il faut être à l'écoute de soi-même et avoir confiance en soi. Notre corps sait ce qu'il doit faire, mais – et c'est vraiment important – ce n'est pas tout le monde qui a la chance d'être en santé. Les problèmes existent, c'est vrai. Et si ça ne marche pas comme on le voudrait, il ne faut pas prendre de risque. Ce n'est pas pour autant que c'est raté. Ce n'est pas un échec, car d'autres choses – positives, elles – en découleront. Et tout d'abord un magnifique bébé, « objectivement » le plus beau du monde...

« Peu importe ce que les jeunes choisissent comme accouchement... c'est un grand, sinon le plus grand moment de la vie d'une femme et de sa famille »

- Luce Moreau

L.M. : Peu importe ce que les jeunes choisissent comme accouchement, que ce soit une chambre de naissance, un accouchement à l'hôpital ou à la maison... c'est un grand, sinon le plus grand moment de la vie d'une femme et de sa famille. Donc, je les invite à être présentes à elles-mêmes. Lorsque nous prenons la peine d'écouter et d'être présentes à notre corps, nous laissons place à de petites merveilles. Au premier accouchement, c'est naturel, la peur de l'inconnu prend place, mais il est bien de se laisser vivre ce moment et de se rappeler qu'aucune femme n'est jusqu'à ce jour restée en travail « à vie ». Il y a une fin à ces heures de travail... Même si on ne sait pas exactement le temps précis, on sait qu'un enfant viendra.

Se laisser vivre le moment et peu importe où nous sommes, ce qui importe est l'unique privilège de donner vie. Quel bonheur d'être femme !

Merci aux sages-femmes qui ont su garder le cap malgré les nombreuses batailles qu'elles ont eues à livrer. Merci aussi à l'ensemble du personnel infirmier dans les hôpitaux, CLSC ou maisons de naissance qui accompagne chaque jour les femmes dans leur accouchement.





AVAC-INFO

voit le jour!

SARAH BURKE

Depuis quelques mois, on entend parler d'« AVAC-Info » dans les cercles de périnatalité au Québec. Qu'est-ce que cet organisme? Comment a-t-il vu le jour? Et quels buts poursuit-il?



L'AVAC

L'AVAC (accouchement vaginal après césarienne) est toujours une question d'actualité, comme en fait preuve la première conférence-consensus¹ qui s'est tenue en Amérique du Nord, en mars dernier, par les National Institutes of Health (NIH). Lors de cette conférence, on a fait le point sur la recherche scientifique concernant l'AVAC, le pourcentage d'AVAC complétés (« taux de succès »), les risques qu'il présente, les facteurs non médicaux qui influencent l'accès à l'AVAC et on a souligné quelles questions devraient faire l'objet d'études. Quelques mois plus tard (en juillet dernier), l'influent American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)² a assoupli ses lignes directrices sur l'AVAC. Toutefois, l'ACOG maintient sa recommandation qu'une équipe et une salle d'opération soient prêtes lorsqu'une femme souhaitant

un AVAC est en travail, tout en mentionnant que cette exigence n'est pas fondée sur un niveau de preuves scientifiques très élevé.

Il est encourageant qu'on considère comme important de réduire les obstacles rencontrés par les femmes souhaitant un AVAC, tel que l'a exprimé le panel du NIH dans sa déclaration finale. Car plusieurs femmes, pendant leur grossesse et parfois même une fois qu'elles sont en travail, se voient refuser la possibilité d'avoir un AVAC. Une autre césarienne leur est suggérée. On met l'accent sur le risque de l'AVAC, tandis qu'on parle peu des risques de la césarienne. Par ailleurs, il n'existait jusqu'à tout récemment au Québec aucun organisme dont la mission aurait été d'informer et d'aider les femmes ayant précédemment accouché

par césarienne et qui s'interrogent sur l'AVAC ou le souhaitent.

Historique d'AVAC-Info

En 2009, il y a eu une table ronde sur la césarienne au Regroupement Naissance-Renaissance, organisée dans le cadre de la Semaine mondiale de l'accouchement respecté (initiative de l'AFAR, en France). L'une des invitées spéciales était Hélène Vadeboncoeur, chercheuse en périnatalité et auteure du livre *Une autre césarienne ou un accouchement naturel?*³ Dans le cadre de cette table ronde, elle lança un appel à toutes pour former un groupe d'information, de soutien et d'encouragement pour les femmes qui voulaient se préparer à un AVAC.

1 National Institutes of Health Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean – New Insights, Bethesda, Maryland, 8-10 mars 2010. Voir le site <http://consensus.nih.gov/2010/vbacstatement.htm>

2 <http://www.acog.org>

3 Éditions Carte blanche, Montréal, 2008.

Il y a maintenant un an, des femmes répondaient à l'appel d'Hélène Vadeboncoeur et se rassemblaient pour mettre sur pied un groupe qui prendrait la relève d'un organisme qui n'était plus actif depuis plusieurs années, AVAC Montréal. AVAC-Info a donc vu le jour au cours de l'automne 2009 grâce à quatre femmes et il poursuit son action grâce à toutes celles qui continuent de les appuyer dans le développement de cet organisme.

Mission et objectifs

La mission d'AVAC-Info est d'aider les femmes qui ont eu une césarienne à se réapproprier ce qui leur appartient en propre, soit la capacité de

mettre elles-mêmes au monde leur enfant. Les quatre membres fondatrices du Conseil d'administration ont établi comme objectifs d'offrir de l'information et des ressources aux femmes pour leur permettre de partager leur vécu, de préparer leurs démarches envers l'accouchement, de faire des choix éclairés et de reprendre confiance en leur capacité d'accouchement, mais aussi de trouver un appui s'il y a lieu de porter plainte auprès des autorités appropriées.

Afin d'atteindre ces objectifs, AVAC-Info a mis sur pied un site Web contenant des articles et une liste de ressources pour l'AVAC, ainsi qu'une chronique d'Hélène Vadeboncoeur. Des soirées de partage, des ateliers

et des conférences verront le jour au courant de la prochaine année. Et, bien sûr, pour pouvoir accomplir le tout, les administratrices encouragent toutes celles qui sont intéressées à s'engager auprès d'AVAC-Info à leur écrire via le site Web : www.avac-info.org. AVAC-Info souhaite que des personnes œuvrant en périnatalité et provenant de toutes les régions du Québec participent à cette belle aventure ! Vous pouvez demeurer informées de toutes les nouveautés : suivez AVAC-Info sur facebook et twitter !

Pour plus d'information sur la césarienne, consultez le dépliant de l'ASPQ sur le sujet : <http://www.aspq.org/DL/csection.pdf>

COMMANDEZ LE DÉPLIANT LA CÉSARIENNE À : INFO@ASPQ.ORG

The collage features several informational pages from ASPQ. The top page lists 'Crédits et ressources' and 'RESSOURCES POUR EN SAVOIR PLUS'. The middle section contains articles such as 'Et si la césarienne devient nécessaire?', 'La césarienne: vrai ou faux?', and 'Quels peuvent être les effets d'une césarienne?'. The bottom right page is titled 'Peut-on prévenir une césarienne?' and includes a 'PRÉVENIR LA CÉSARIENNE' section. A central illustration shows nesting dolls with the text 'la césarienne'. A photo at the bottom shows a surgical team in an operating room.

NAISSANCE

La pièce de théâtre

SARAH BURKE
MAUDE POULIN
Le collectif Naissance

À l'automne 2010, une première québécoise aura lieu : deux représentations de la pièce de théâtre *Naissance*, suivies d'un panel de discussion avec des intervenants en périnatalité (sage-femme, médecin, chercheur, etc.). Cette pièce s'insère dans un mouvement global d'humanisation de la naissance né aux États-Unis : BOLD Action (www.boldaction.org). Des centaines de groupes de femmes à travers le monde (de New York à Paris, de New Delhi à Winnipeg) ont présenté la pièce dans leur collectivité afin de sensibiliser la population et d'amasser des fonds pour soutenir des organismes locaux actifs auprès des femmes et leur maternité. Le bénéficiaire pour les représentations de Québec, le 26 novembre, et de Montréal le 13 décembre, sera AVAC-Info, un organisme qui œuvre en périnatalité, et qui, notamment, informe et soutient les femmes par rapport à l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC).

Cette pièce de théâtre, écrite en 2004 d'après les récits d'accouchements d'une centaine de femmes des États-Unis, aborde la maternité selon plusieurs perspectives. Au cœur de cette pièce à la fois cocasse et émouvante, six femmes nous racontent leur expérience de la naissance. Elles nous confient avec émotion leurs pensées, leurs craintes, leurs joies. Ces femmes, entre nature et culture, sont en quête de leur pouvoir d'enfanter selon leurs valeurs et leurs désirs.



Les récits mettent en relief la diversité des parcours tout autant que les choix qui s'offrent aux femmes et à leurs familles au cours de leur expérience de la maternité. De nombreux thèmes sont abordés dans la pièce : la participation active à la naissance, les choix d'accompagnement, l'intervention médicale, ainsi que les tabous inhérents à l'accouchement. Plus qu'un simple témoignage, c'est également un plaidoyer pour une naissance libre et éclairée qui rejoindra toutes les femmes et leur famille.

La réalisation de *Naissance* est rendue possible grâce à l'engagement de précieux partenaires, tous bénévoles : l'équipe de comédiens, la

metteuse en scène, les organisatrices et une sage-femme conseillère.

Les théâtres Les Gros Beccs, à Québec, et L'Espace GO, à Montréal, ainsi que La Cenne (salle de répétition), également à Montréal, gracieusement mis à la disposition du projet.

Le projet vise aussi à réunir les intervenants et organismes québécois œuvrant pour le développement de l'humanisation de la naissance. Il est important de continuer à mobiliser la population pour que le choix des femmes soit éclairé et respecté. C'est pourquoi l'organisation de la pièce s'associe à différents groupes, tels que Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec, l'Université du Québec à Trois-Rivières (BAC en pratique sage-femme), Le Livret de grossesse, passeport pour la vie, et beaucoup d'autres. Pour plus d'information, veuillez visiter www.naissance-quebec.com ou communiquer avec Maude Poulin : contact@naissancequebec.com. Soyez des nôtres pour cette première québécoise, les 26 novembre et 13 décembre !



4126, rue Saint-Denis, bureau 200
Montréal (Québec) H2W 2M5

Téléphone : 514-528-5811
Télécopieur : 514-528-5590
info@aspq.org | www.aspq.org

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lucie Thibodeau, présidente
ASSS de l'Estrie

Martin St-George, vice-Président
CSSS Lucille-Teasdale

Céline Lemay, secrétaire
Sage-femme, UQTR

Marc-Antoine St-Pierre, trésorier
Avocat, cabinet Séguin Racine

Marie-Andrée Comtois
Doctorante en santé communautaire

Josée de Grandmont
deGrandmont.com

Sylvie Desjardins
Agence de la santé publique du Canada

Carmen Veillette-Boucher
Retraitée

PERMANENCE

Lucie Granger
Directrice générale

Ève Bédard
Coordonnatrice

Catherine Chouinard
Chargée de dossiers périnatalité
Coordonnatrice scientifique pour Enfanter le monde

Émilie Dansereau
Chargée de dossiers Saines habitudes de vie

Nathalie Fortin
Chargée de projet

Martine Gagnon
Secrétaire-réceptionniste

Julie Paquette
Agente de bureau

Marie-Claude Perreault
Agente des communications et de la coordination
d'événements

Yannick Prévost
Adjoint finances, comptabilité, administration

ENFANTER LE MONDE

Claudette Carrier
Directrice

Genevieve Guérin
Agente de bureau

Sarah Burke
Agente de communication

COALITION POIDS

Suzie Pellerin
Directrice

Amélie Desrosiers
Agente de communication

Marion Saucet
Analyste-rechercheur

Corinne Voyer
Analyste-rechercheur

CQCT

Flory Doucas
Codirectrice et porte-parole

Dallya Ho
Agente de bureau

Heidi Rathjen
Cofondatrice et codirectrice

François Bélanger
Agent administratif

Vous n'êtes pas encore membre de l'ASPQ? C'est le moment!

Nom et prénom:

Organisme:

Adresse: Code postal:

Ville:

Tél.: Fax:

Courriel:

Profession:

Champ(s) d'intérêt:

Nouveau membre:

Renouvellement:

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier:

1 an 46 \$ 2 ans (-10 %) 83 \$ 3 ans (-20 %) 110 \$

Tarif réduit - Étudiant/retraité/bénévole

(joindre une preuve de votre statut)

1 an 12 \$ 2 ans (-10 %) 21 \$ 3 ans (-20 %) 29 \$

Adhésion conjointe ASPQ/ACSP - Les individus peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et l'Association et l'Association Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure d'inscription et pour une durée d'un an.

1 an - Tarif régulier 146 \$ 1 an - Tarif réduit 69 \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale, sous-régionale ou provinciale:

1 an 288 \$ 2 ans (-10 %) 518 \$ 3 ans (-20 %) 691 \$

Institution à vocation locale:

1 an 144 \$ 2 ans (-10 %) 259 \$ 3 ans (-20 %) 346 \$

Organisme sans but lucratif:

1 an 58 \$ 2 ans (-10 %) 104 \$ 3 ans (-20 %) 139 \$

Cochez une seule case sur ce formulaire - Somme ci jointe: _____ \$