Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 86 (1988)

Heft: 6

Artikel: La petite histoire de la sage-femme québécoise

Autor: Thuot, Monique

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951035

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

La petite histoire de la sage-femme québécoise

Par Monique Thuot, sage-femme, 1643 Gumefens

Introduction

Dans ce travail, je me propose de faire l'historique de la profession depuis ses débuts jusqu'à nos jours, puis de décrire ce qui se vit actuellement, et enfin, envisager l'avenir réservé à la profession.
Pour réaliser ce travail, j'ai pris contact avec les deux groupes de sages-femmes québécoises: l'Association des sages-femmes du Québec et l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes. Ces deux associations m'ont fait parvenir une bibliographie et des documents.
Ma famille et mes amis m'ont envoyé les articles de journaux concernant la sage-femme au Québec. Ma mère a collaboré à mon travail en me faisant part de ses expériences personnelles (1949 à 1962) et de ses souvenirs par rapport aux accouchements de sa mère (elle est la 3ème d'une famille de neuf enfants).
Un autre élément est aussi important à spécifier: Comme la plupart des Québécois, je n'avais aucune connaissance de la profession de sage-femme avant de venir en Europe. A l'école d'infirmières, on nous en avait parlé mais très vaguement.
C'est dire combien cette profession est tombée en désuétude au fil des ans. Alors qu'en 1700, on trouvait une sage-femme dans presque tous les villages de la Nouvelle-France. Il y a quelques années, on avait oublié le nom et la signification du mot «sage-femme». J'expliquerai la raison de cet oubli dans la première partie de ce travail.
La situation est en train de se modifier. La profession reprend du poil de la bête et dans un avenir proche, elle sera reconnue à sa juste valeur et les sages-femmes reprendront la place qui leur revient. Cela sera démontré dans la seconde et troisième partie.
J'aimerais faire une dernière mise au point avant de commencer, «le Canada est le seul pays industrialisé à ne pas reconnaître la profession de sage-femme. Il fait partie des 8 pays parmi les 210 que compte l'OMS qui n'ont pas donné de statut légal aux sages-femmes» [1].

Historique de la profession de sage-femme au Québec

La première partie de ce travail est une sorte de résumé commenté du livre d'Hélène Laforce: «L'évolution de la profession de sage-femme dans la région de Québec, 1620 à 1840». Les rappels concernent tous cet ouvrage car il est la seule source de renseignement disponible.

Les premières sages-femmes au Québec

L'histoire des sages-femmes au Québec commence avec la colonisation française du Canada, en 1650. Elle s'étend sur plus de deux siècles, soit durant tout le régime français et ensuite jusqu'à la création de la corporation des médecins (1847). Après cette date, elles seront tolérées à la campagne et dans les régions isolées jusqu'en 1960. De plus en plus, ensuite, leur champ d'action diminuera à cause de l'augmentation du nombre des médecins.
Voyons les faits plus en détail. Les premières sages-femmes sont des femmes de colons, de bourgeois et même d'aristocrates. Elles sont choisies par les femmes de la communauté pour leurs qualités d'esprit, de cœur. Leur rôle est autant social, psychologique que médical. Ces sages-femmes ont acquis leurs connaissances par la tradition orale, le savoir du peuple, et grâce aux nombreux enfants qu'elles ont elles-mêmes.
Dès 1691, le Roi de France a édicté une loi qui sépare l'exercice de la médecine en trois branches: les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes.
A partir de 1713, les sages-femmes sont contrôlées par le clergé (moralité et pratique religieuse). Par contre, elles sont toujours élues par la communauté des femmes.

En 1722, la première sage-femme salariée par le roi arrive à Québec. Elle vient de Paris et elle a reçu sa formation dans la meilleure maternité de la ville: l'Hôtel-Dieu. Sa charge est presque égale à celle du médecin du roi. En 1730, Montréal reçoit aussi sa sage-femme. La Louisiane reçoit la sienne en 1734 et Terre-Neuve en 1740.
Le rôle de ces sages-femmes est de former de nouvelles sages-femmes, de contrôler l'exercice de la profession, de s'occuper du placement et de la mise en nourrice des enfants trouvés. Elles aident aussi les pauvres et les filles-mères.
En 1754, les sages-femmes demandent la création d'une école au Roi de France. Malheureusement, celle-ci ne verra jamais le jour car la Nouvelle-France deviendra une colonie anglaise en 1760.
La première loi médicale date de 1788. Les sages-femmes y ont une place. Jusqu'en 1847, les sages-femmes des villes seront certifiées par le même bureau que les médecins. «Elles seront reconnues par le Lieutenant-Gouverneur» [2]. Elles auront une place dans la section médicale de l'almanach des professions. Elles suivront leurs cours d'anatomie avec les mêmes professeurs que les médecins. Elles feront un apprentissage chez un «patron» comme les médecins de l'époque.
A la campagne, la tradition orale persiste, les sages-femmes s'instruisent avec les livres prêtés par le curé et en travaillant avec le médecin et les vieilles sages-femmes.
A Québec, un dispensaire où les soins obstétricaux sont dispensés par des médecins, a ouvert ses portes en 1818 et ne fonctionnera qu'une année. Aucune femme ne s'y étant présentée. Parallèlement, la Société Compatissante de Québec, dirigée par des dames patronesses et engageant des sages-femmes, ne peut, dès 1820, suffire à la demande. C'est dire que la sage-femme est la personne choisie par les femmes, pour les aider à accoucher.
Les médecins, au milieu du XIXe siècle, n'avaient pas encore fait la preuve de leur compétence théorique et pratique en obstétrique. Cela d'autant plus que, pour eux, ce n'est pas très intéressant financièrement. L'assistance aux accouchements est «une tâche pénible, longue et harassante» [3]. Ils invoquent les distances à parcourir, le temps nécessaire... Entre 1822 et 1854, la Faculté de médecine est formée. En 1847, les médecins se réunissent en corporation. En 1870, il y a pléthore de médecins, et ils se sentent pret à prendre en charge l'obstétrique.

Le chant du cygne

La situation qui prévaut au Québec ne serait pas unique. Dans les colonies anglaises, on assiste à la même situation (Australie, Etats-Unis...). Ce fait est lié au taux de natalité élevé de ces régions lors de l'acquisition de l'indépendance et de la libre concurrence en médecine.
A la fin du XIXe siècle, avec l'amélioration des moyens de transport, l'obstétrique devient un domaine intéressant pour le

jeune praticien. En effet, un accouchement réussi dans une famille et le médecin devient le médecin de toute la famille. Il s'occupe de tout et de tous.
Par contre, jusqu'en 1950, le médecin de campagne reste favorable à la sage-femme. Il est plus traditionnaliste et souvent seul pour tout assumer sur de grandes distances.
En ville, la situation est différente. Ils sont nombreux. Les médecins depuis la formation de leur corporation en 1847, contrôlent les status et les règlements de la profession de sage-femme. Ils voient d'un mauvais œil celle-ci, elle est leur rivale. Ils commencent à calomnier la profession de sage-femme. Ils affirment que ces femmes ont les mains sales, qu'elles sèment des épidémies, qu'elles sont des sorcières puisqu'elles n'ont aucun savoir scientifique ...
Peu à peu, les médecins des villes gagnent en autorité. Ils deviennent membres des Chambres d'Assemblée et contrôlent les lois. C'est ainsi qu'ils vont «restreindre le champ de pratique des sages-femmes diplômées dans les villes et contrôler la formation. En plus des limites, ils vont empêcher dès 1960, l'accréditation des sages-femmes diplômées de l'étranger. Tout cela sous prétexte que cette profession ne correspond plus aux mœurs des Québécois»[4]. Malgré cela, un enseignement est dispensé sans interruption jusqu'en 1925 dans différentes maternités du Québec.
L'activité législative des médecins a pour conséquence majeure: l'arrêt de la formation des sages-femmes. Un cours est mis sur pied en 1962 pour les infirmières allant travailler dans les pays en voie de développement ou dans les régions éloignées du Québec, là où il n'y a pas de médecin. Jusqu'en 1972, cent sages-femmes furent formées, mais elles n'avaient pas le droit d'exercer leur profession au Québec.
Les sages-femmes de l'époque essaieront de s'affranchir de la Corporation des médecins. Elles échoueront là où les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens réussiront. Cette profession essentiellement féminine doit rester sous la tutelle des médecins. Ces derniers ne lui permettront pas de s'ajuster aux progrès scientifiques.
Jusqu'en 1920, les femmes ne sont pas admises à l'université. Elles n'avaient pas trop le droit de s'exprimer ou elles devaient être du même avis que leurs conjoints. Elles ne pouvaient guère s'épanouir en dehors de la maison, de la famille, des enfants et du ménage. Elles étaient dépendantes et soumises à leurs maris.

En 1917, les infirmières voyaient, elles aussi, les sages-femmes comme des rivales. Bien souvent, les sages-femmes venaient d'Angleterre et possédaient le double diplôme.
Les infirmières ont commencé à dire que les médecins étaient les mieux formés pour les accouchements... parce que ce domaine ne les intéressait pas trop à l'époque.
En fait, dès 1910, la sage-femme est un élément du passé. On est et on restera pour un bon moment dans l'ère des grands progrès scientifiques et du médecin-accoucheur. Cette médicalisation semblait être la solution de tous les problèmes. Une nouvelle mode a pris naissance: l'accouchement à l'hôpital. Voici quelques chiffres qui montrent cette évolution.

1940: 20% des femmes accouchent à l'hôpital.
1950: 40% des femmes accouchent à l'hôpital.
1960: 84% des femmes accouchent à l'hôpital
1970: 99,5% des femmes accouchent à l'hôpital.

Maintenant, voici quelques exemples vécus qui démontrent ces statistiques. Ma mère a toujours été accouchée par un médecin. Elle a eu ses deux premiers enfants (1949 et 1951) à la maison. Pour les deux derniers (1954 et 1962), elle est allée à l'hôpital. Par contre, sa mère, soit ma grand-mère a toujours accouché à la maison (1920 à 1945). Elle fut assistée soit par la sage-femme formée avec les livres prêtés par le curé du village et par l'assistance à de nombreuses naissances avec le médecin du village et en ayant elle-même eu plusieurs enfants soit par le médecin de campagne lui-même.
En 1940, l'Ordre des médecins a cessé d'émettre des permis de sage-femme. Les sages-femmes diplômées ont quand même pu exercer leur profession légalement jusqu'en 1960 et terminer leur carrière.
Pendant longtemps, les femmes sont restées muettes sur leurs désirs et leurs besoins, malgré un taux de natalité élevé.
Après 1970, époque de la Révolution tranquille, le Québec a évolué sur tous les plans. Le système d'éducation a été revu et corrigé.
On a amélioré le réseau des services de la santé en créant l'assurance-maladie qui couvre tous les frais médicaux et hospitaliers. Cela a permis d'améliorer le niveau de vie de la population, en lui offrant la gratuité de tous les services et spécialistes. C'était un grand pas en avant et on entrait dans l'ère de la prévention.
Pendant cette période, les femmes ont commencé à exprimer ce qu'elles avaient toujours tu jusqu'à ce jour. On a connu une vague de féminisme sans précédent. Cela a marqué le début des changements dont je vais vous parler maintenant.

La situation actuelle au Québec

Le temps des colloques

Accoucher ou se faire accoucher. Les femmes expriment enfin leurs besoins et leur désirs.
10000 personnes participent à des colloques organisés dans toutes les régions du Québec par le Ministère des Affaires sociales pour la Santé publique, en 1980/1981[5]. L'objectif de ces colloques était de connaître l'opinion publique sur le sujet brûlant que constitue la façon d'accoucher au Québec. On voulait aussi apporter des améliorations.
Les futurs parents expriment leur sentiment d'être dépossédés de tout contrôle et de n'avoir aucune liberté de choix quant au déroulement de la grossesse et encore moins lors de l'accouchement. Ils souhaitent un suivi de la grossesse et de l'accouchement plus personnalisé[6].
Ils en ont assez de rencontrer plusieurs professionnels (5 au minimum), qui abordent, chacun à leur façon, une partie du chapitre sans aller jusqu'au bout. De plus, ils arrivent souvent à se contredire. Ils n'ont pas la même philosophie sur la façon de vivre une naissance.
Les couples veulent voir réduire les interventions de routine: rasage, lavement et perfusion; ainsi que l'utilisation de moyens techniques injustifiés: le monitoring interne, l'induction du travail sans indication valable...
De plus en plus, la grossesse est un événement important et planifié de la vie d'un couple. Les conjoints ressentent un besoins de s'impliquer davantage que ce qui leur est permis actuellement.
Les couples veulent vivre ce moment à leur goût et retrouver leur autonomie. Ils estiment qu'ils doivent reprendre possession de ce qu'ils vivent, tout en étant accompagnés d'une intervenante stable, disponible tout au long du cycle de la maternité.
Quant aux cours de préparation à la naissance, les couples ne veulent plus se contenter que d'y assister, ils veulent participer activement. Ils ne veulent plus seulement recevoir de l'information, ils souhaitent partager leurs expériences avec d'autres gens vivant la même situation. En outre, ils veulent se rassurer de la normalité de leur vécu, en côtoyant des professionnels disponibles, et ce dans une ambiance favorable au dialogue.
En résumé, on retrouve partout un grand désir d'humanisation de l'accompagnement lors de la grossesse et de l'accouchement, c'est ce qui est exprimé par la population.
Et c'est à ce moment-là qu'entre en scène la sage-femme. C'est l'intervenante de choix, car elle est déjà proche du public et

plus disponible pour répondre à ses besoins. Elle est tout à fait apte à offrir le service personnalisé et compétent souhaité par la communauté.

Les changements apportés suite aux colloques

Avant de parler plus longuement du retour de la sage-femme au Québec, j'aimerais citer quelques dates importantes[7] qui expliqueront davantage ce retour aux sources. Il ne faut surtout pas oublier que ces professionnelles ont toujours existé au Québec, même si on les a volontairement mises à l'écart et oubliées. Elles font parties du patrimoine québécois.

1973 à 1974
Suite à l'instauration de l'Assurance universelle en santé et maladie au Québec, ainsi qu'à la création du réseau de Santé communautaire, le Ministère des Affaires sociales du Québec adopte une nouvelle politique en matière de périnatalité. Elle vise à réduire le taux de mortalité et de morbidité périnatale et à réorganiser la structure des services d'obstétrique.

1975
Ouverture du premier centre de santé pour les femmes à Montréal. Création des groupes de réflexion sur l'humanisation de la naissance.
Formation de l'Association des sages-femmes du Québec regroupant:
- les sages-femmes québecoises diplômés entre 1962 et 1972,
- les sages-femmes québécoises diplômées à l'étranger,
- les sages-femmes néo-québécoises diplômées de leur pays d'origine.

1977
Création du Conseil du Statut de la femme. Il proposera au gouvernement une nouvelle intervenante dans le secteur de la maternité: la sage-femme.

1978
Création du Mouvement Naissance-Renaissance (organisme provincial) suite à la réflexion des groupes d'humanisation qui expriment l'insatisfaction du public.
Il réussira à amener les modification suivantes:
- présence du père en salle d'accouchement,
- possibilité de cohabitation mère-enfant,
- nouvelle vision de l'accouchement selon la philosophie de Leboyer,
- création d'un lieu plus propice à l'accouchement, incitant à la détente et réduisant les interventions médicales: la chambre de naissance.

1979
Création du Secrétariat à la condition féminine. C'est une structure gouvernementale qui est le porte-parole officiel des femmes.

1980
Ouverture de la première chambre de naissance à Beauceville (province de Québec). Colloques régionaux: «Accoucher ou se faire accoucher». Le syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec dépose un mémoire sur les sages-femmes dans lequel il recommande leur légalisation.
L'association des sages-femmes du Québec change de statut au niveau de la Loi des Compagnies. Elle devient incorporée et a ainsi une audience plus large. Son but est de faire reconnaître la sage-femme au Québec.

1981
Le comité de travail du Ministère de l'Education du Québec est formé afin d'étudier les propositions faites à la suite des colloques régionaux.

1983
Le comité de travail du Ministère de l'éducation produit un rapport de 371 pages recommandant la légalisation des sages-femmes. Il propose un profil professionnel et des hypothèses de formation.

1985
Création d'un deuxième groupe de sages-femmes: l'Alliance québécoises des sages-femmes praticiennes. Il regroupe des sages-femmes autodidactes et des sages-femmes diplômées de l'étranger. Ces sages-femmes pratiquent leur profession dans le secteur privé et dans l'illégalité. Leur but est de faire reconnaître la profession.
Le Ministère des Affaires sociales dépose un projet en périnatalité[8] qui recommande au gouvernement la réhabilitation, la formation et la pratique autonome en obstétrique pour la sage-femme.

1986
On compte 81 chambres de naissance au Québec.

1987
23 juin. «L'Office des professions du Québec a demandé au gouvernement de légaliser la profession de sage-femme en dehors de la tutelle des médecins et des infirmières[9].» Malgré cela, on ne lui accorde pas la constitution d'une corporation professionnelle car on veut d'abord les voir travailler et ensuite juger de leur valeur et de leurs compétences.

La situation actuelle des sages-femmes québécoises

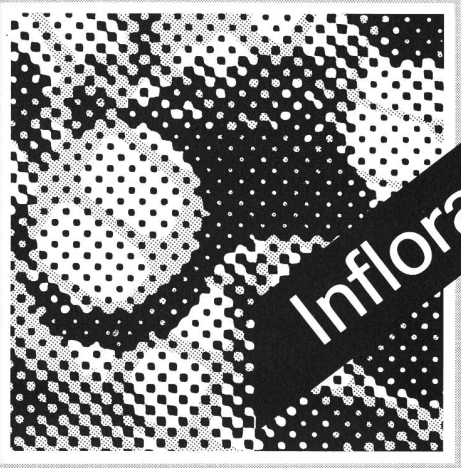
Dans la première partie de ce travail, on a vu que les sages-femmes avaient leurs lettres de noblesse au Québec et comment elles les avaient perdues au profit des médecins. Encore maintenant, elles sont sous la tutelle de ceux-ci.
Il existe en ce moment au Québec plusieurs types de sages-femmes:

- les infirmières sages-femmes diplômées entre 1962 et 1972 pour les missions et les régions éloignées,
- les sages-femmes québécoises diplômées d'autres pays,
- les sages-femmes néo-québécoises,
- les infirmières sages-femmes autodidactes qui travaillent en périnatalité et/ou en salle d'accouchement.

Malgré leurs diplômes et leur expérience, elles sont toujours dans l'illégalité. Elles n'ont pas le droit de pratiquer leur profession, même si les femmes les réclament.
Elles sont réduites à travailler comme infirmières en salle d'accouchement, à l'hôpital, ou en périnatalité. Certaines donnent des cours de préparation à l'accouchement dans les Centres de Santé communautaire. D'autres s'occupent de la puériculture et des visites à domicile après la naissance. Quelques unes enseignent l'obstétrique aux élèves infirmières. Comme on le voit, elles sont bien intégrées dans la communauté.
Certaines vont même faire des accouchements à domicile pour répondre aux demandes des femmes. Bien que leur pratique ne soit pas reconnue par la loi, elles sont acceptées par le public car elles correspondent à un besoin réel de la population.

Situation de l'obstétrique

Malgré les efforts faits pour humaniser la naissance, la femme est toujours suivie et *accouchée par* un médecin, à l'hôpital (tradionnellement en salle d'accouchement ou plus récemment dans les chambres de naissance).
Les femmes reprochent aux médecins d'avoir oublié que la naissance est un processus physiologique de leur vie de femme. Il signe le bon fonctionnement du corps et est synonyme de santé.
Le gynécologue-obstétricien est formé pendant 5 ans à connaître et à réagir face à des situations complexes. Toute sa formation l'incite à intervenir. «Domestiquer l'utérus, monitorer, couper, décider, tirer, induire, pousser, hâter, médicamenter, anesthésier, tel est son crédo[10].» Selon les critères des médecins, le nombre des grossesses à risque atteindrait 40% alors qu'il n'était que de 15 à 20% en 1975. Il semblerait que de plus en plus les femmes désapprennent l'art de porter et d'accoucher. En fait, à leurs yeux, le seul fait d'être enceinte constitue déjà un risque important.
Un officier de l'OMS, le Docteur Marsden Wagner, a noté que les nord-américaines



Troubles digestifs chez les nourrissons alimentés artificiellement

Infloran Berna

avec **deux** germes vivants
entrave la prolifération de bactéries pathogènes, comme les colibacilles, les entérocoques, etc.

1 capsule contient:
min. 1000 million. Lactobacillus acidophilus
min. 1000 million. Bifidobacterium infantis

Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter le prospectus d'emballage ou vous adresser directement à notre maison.

Produits SB BERNA

Institut Sérothérapique et Vaccinal Suisse Berne

Case postale 2707, 3001 Berne
031-34 41 11

avaient deux fois plus de césariennes et plus d'extractions par forceps que les européennes. Il ajoute: «En dépit de tout, le Québec a un taux de mortalité à la naissance plus élevé que dans les pays européens où la sage-femme est reconnue[11].»
Cette contradiction montre qu'en intervenant trop, on en vient à créer des situations pathologiques iatrogènes.
Sous les prétextes de sécurité et de santé aussi bien maternelle que foetale, les médecins se sont arrogé tous les droits; les parents n'étant plus que des acteurs passifs!
Il est donc temps d'apporter quelques changements dans les soins réservés aux femmes enceintes, car les mentalités ont évolué. Le stade d'admiration inconditionnelle envers les techniques modernes est dépassé. On souhaite maintenant un retour à une certaine simplicité dans les actes naturels du cycle de la vie.
C'est aussi une des préoccupations du gouvernement actuel.

Ce qu'en pense le gouvernement

Après tous les colloques tenus entre 1980 et 1981 et les différents rapports des comités entre 1983 et 1987, le gouvernement convient que la sage-femme a bien sa place dans le réseau de la santé au Québec. Contrairement à ce qu'on a voulu faire croire, la sage-femme n'est pas un élément du passé mais bien du présent et du futur de la Province.
Le gouvernement voit d'un bon oeil le retour de cette professionnelle au niveau de la Santé communautaire. Elle répond à un besoin de soutien de la femme tout au long de sa maternité. En plus de ce rôle de personne-ressource, elle peut sensibiliser la femme aux risques que représentent certaines habitudes de vie (alimentation, travail, alcool, tabac). Elle peut la rendre plus responsable et autonome face à sa santé et à sa grossesse. Loin d'énumérer une liste de règles a suivre, elle essaie de voir avec les femmes les solutions qu'elles peuvent apporter concrètement et selon leur environnement en tenant compte de leurs ressources aussi bien physiques que financières et morales. Par sa vision globale de l'individu, elle évite de le culpabiliser s'il n'a pas les moyens d'atteindre ces objectifs. Elle doit faire preuve d'un solide bon sens dans ses recommandations.
La sage-femme pourrait faire un meilleur dépistage des grossesses réellement à risque parce qu'elle connaît vraiment les habitudes et les conditions de vie des femmes. Elle est mieux placée pour proposer de l'aide ou une solution aux différents problèmes de la femme enceinte.
Grâce à ce dépistage, les spécialistes auraient une clientèle adaptée à leur compétence (femmes enceintes avec une grossesse à risque). Actuellement, ils sont présents pour 61 % des accouchements, c'est l'habitude et non plus l'exception[12]. Les autres accouchements sont suivis par les omni-praticiens. Ils disposeraient donc de plus de temps pour les surveiller et répondre à leurs questions.
Actuellement, le coût d'une grossesse est élevé car les médecins sont payés à l'acte et le nombre de leurs interventions ne cesse d'augmenter. C'est la collectivité qui en supporte les conséquences. Le gouvernement désire une diminution des coûts de la santé. Il désire voir diminuer ces interventions inutiles et nuisibles pour la santé de la mère et de l'enfant.
Une partie de la solution de ce problème serait la légalisation de la profession de sage-femme. C'est la conclusion à laquelle les différents groupes de travail sont arrivés.
De plus, si les nouvelles sages-femmes formées sont déjà infirmières, cela diminuerait considérablement le taux de chômage qui règne dans cette profession.
Pour l'instant, voyons les problèmes qui empêchent les sages-femmes de réintégrer leur place.

Les problèmes de la sage-femme québécoise

Le premier problème vient de l'identité de la sage-femme. Il existe deux associations de sages-femmes au Québec.
La Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et infirmiers du Québec parle surtout de «l'infirmière sage-femme» puisque l'infirmière québécoise est déjà formée en obstétrique. C'est une intervenante connue par la communauté car elle donne des cours de préparation à l'accouchement, fait des visites à domicile après la naissance et s'occupe des femmes à l'hôpital (prénatal, salle d'accouchement, post-partum).
Jamais, l'infirmière n'acceptera de se voir amputée de ces tâches qui la concernent au plus haut point. Par contre, des études menées à l'étranger ont montré que les étudiantes sages-femmes de première formation étaient souvent plus motivées et obtenaient de meilleurs résultats scolaires. Elles n'avaient pas l'habitude de considérer les femmes enceintes comme des malades, elles avaient une vision plus saine de la situation et de l'individu, et qu'elles pratiquent plus longtemps leur profession.
Selon l'OMS, «la profession de sage-femme n'est pas considérée comme une spécialité relevant des sciences infirmières, mais comme une profession distincte, ayant un champ d'action, une pratique et une tradition qui lui sont propres»[13]. On verra ce que propose le gouvernement pour trancher la question, dans la prochaine partie de ce travail.
Le plus grave problème auquel sont confrontées les sages-femmes reste leur dépendance envers les médecins. Elles demandent donc au gouvernement de promulger une loi afin de clarifier leurs rôles et leurs responsabilités. Cette loi rendrait aux sages-femmes ce qui leur appartient, en précisant la sphère d'activités propre à la sage-femme et ce qui relève de la pratique médicale.
Car la loi médicale du Québec est un peu confuse en matière d'obstétrique. Elle admet que l'accouchement, relevant de l'exercice de la médecine, puisse être fait par une sage-femme exerçant l'obstétrique, conformément aux règlements adoptés par le bureau de la Corporation professionnelle des médecins. La pratique de la sage-femme est donc reconnue par le législateur, mais reste sous le contrôle des médecins. Ce sont eux qui ont le pouvoir et le devoir de «déterminer les règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes»[14].

De nombreuses modifications ont été apportées à la loi médicale depuis 1964, dernière date à laquelle il a été fait mention des sages-femmes. Les conditions d'admission à la pratique de l'époque ne correspondent plus à la réalité actuelle. Les structures universitaires et hospitalières ont évolué. Et en plus, il n'y a aucune date fixée pour l'admission des sages-femmes à la pratique.
«L'omission d'une mise à jour du règlement, équivaut dans les faits à interdire légalement l'exercice de la profession de sage-femme et à le reléguer à la clandestinité»[15]. Ce qui traduit une décision de la Corporation professionnelle des médecins, «estimant que le Québec dispose d'une main-d'oeuvre médicale suffisante»[15], on n'a plus besoin des sages-femmes.
A l'heure actuelle, la situation qui prévaut au Québec ne souscrit pas à la «définition de l'OMS de la pratique de sage-femme, laquelle stipule notamment que celle-ci pratique l'accouchement sous sa propre responsabilité»[16].
Bien que la profession de sage-femme puisse justifier la création d'une Corporation professionnelle, les obligations administratives et réglementaires auxquelles elle devrait répondre, représentent une charge financière importante, du moins au début. On suggère plutôt la création d'un Board de sages-femmes qui «permettrait que le contrôle de la profession soit fait par des sages-femmes, tandis que le support administratif serait assuré par des fonctionnaires de l'Etat»[17]. Ce comité aurait pour tâche d'établir un code de déontologie, les conditions d'admission à la pratique, la délivrance des permis d'exercer... soit d'assumer la surveillance de la profession.
Les sages-femmes réclament la reconnaissance de l'autonomie de la profession et le droit de pratiquer où les femmes ont envie

d'accoucher, soit à domicile, à l'hôpital ou dans les futurs centres de naissance.
Les médecins se sentent menacés. Ils conçoivent difficilement d'être obligés de partager ce qui jusqu'à maintenant, leur appartenait exclusivement. D'autant plus que leurs intérêts financiers sont en jeu. Ils détiennent un pouvoir énorme, qui pèse lourd dans la balance et ce malgré l'accord de principe du gouvernement en faveur des nouvelles réformes sur les sages-femmes. C'est ce qui explique d'une part la lenteur mise à reconnaître officiellement la profession.
Le législateur se sent peut-être aussi un peu coupable, d'une certaine manière, de diminuer le pouvoir de ses pairs, au profit d'une profession féminine. Alors que la venue de la sage-femme dans le milieu obstétrical permettrait «une utilisation plus rationnelle des ressources médicales notamment dans des secteurs négligés, où la santé est atteinte et les besoins pressants» [18] comme en gériatrie, en médecine sportive et du travail... Et pourtant, la situation stagne.
Les mentalités évoluent lentement, les hommes doivent faire leur deuil de leur soi-disant supériorité, et les médecins, de leur privilège. Pendant ce temps, les femmes doivent attendre et continuer à se battre pour faire valoir leurs droits et obtenir ce qu'elle désirent, et ce bien qu'elles soient les premières intéressées.

L'avenir de la sage-femme au Québec

Le futur rôle de la sage-femme

Comme on l'a vu précédemment, la reconnaissance de la pratique de la sage-femme n'est plus qu'une formalité; puisqu'elle représente un besoin réel exprimé par la communauté et par les différents comités de travail du gouvernement. Il suffit de modifier la loi médicale et la situation sera clarifiée.
Je pars de ce principe pour vous parler de l'avenir de la sage-femme au Québec, car il ne fait aucun doute que la sage-femme réintègrera la place qui lui revient. Je ne sais pas encore dans quel laps de temps, mais ça se réalisera.
Le statut de la sage-femme devra faire l'objet d'une loi des sages-femmes explicite, qui reconnaîtra en des termes clairs et affirmatifs que la profession de sage-femme est une profession en soi, conformément à la définition donnée par l'OMS sur la pratique de cette profession.
On devra reconnaître à la sage-femme l'autonomie nécessaire l'autorisant à accomplir certaines tâches définies en obstétrique. Un comité surveillera la compétence de ses membres par un encadrement légal et un code de déontologie spécifique à la profession, afin d'assurer la protection du public.
«La sage-femme sera responsable des grossesses et des accouchements normaux, ce qui représente actuellement 80% des accouchements au Québec» [19]. Elle devra être en mesure d'assister la future mère tout au long du cycle de la maternité, soit dès la recherche de la grossesse et d'assurer le suivi pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
Elle fera des accouchements sous sa propre responsabilité. Elle offrira des soins complets à la femme et au nouveau-né, lors de ses visites à domicile et ce jusqu'à un minimum de trois mois après la naissance. Elle apportera ainsi un support émotif, éducatif et social de longue durée à la nouvelle famille. «Elle sera intégrée dans le réseau actuel des services de la santé et disposera d'un statut légal professionnel, lui assurant une identité spécifique» [20]. Elle aura des responsabilités administratives dans la gestion des ressources humaines et matérielles spécifiques à son lieu de travail. Elle devra participer à l'enrichissement de la profession par des travaux de recherche. Elle devra s'impliquer dans l'enseignement de la profession, par l'encadrement des élèves en formation; on parle même de tutorat. Elle suggèrera les modifications qu'elle juge nécessaire aux programmes d'études, afin de rester à la pointe de l'actualité, au niveau des nouveaux moyens techniques et autres innovations en obstétrique.
Elle appliquera des mesures préventives, fera le dépistage des grossesses à risque et en référera au médecin. Elle devra connaître et appliquer les mesures d'urgence à entreprendre en l'absence de médecin.
Elle assumera un rôle pédagogique important auprès des femmes, de la famille et de la communauté en général, par l'intermédiaire des cours de préparation à la naissance, des visites de puériculture, de ses conseils relatifs au planning familial. Elle aura un rôle à jouer en santé primaire par l'enseignement de l'auto-examen des seins, de l'importance du contrôle annuel pour le dépistage du cancer du col...
La sage-femme assurera en toute sécurité une continuité dans les soins. «On constate que ce sont généralement des sages-femmes qui effectuent les accouchements dans les douze pays où le taux de mortalité infantile est inférieur à celui du Canada» [21].
Elle aidera les couples à être autonomes, en leur donnant les moyens et la possibilité de vivre la naissance de leur enfant, comme une expérience émotionnellement satisfaisante.
Par son approche globale de l'individu, elle accordera autant d'attention au suivi physiologique de l'évolution de la grossesse qu'au plan affectif et social de la femme enceinte et du couple. Elle s'intéressera au vécu du couple, en redonnant leur valeur aux intuitions, aux rêves et aux peurs des femmes, afin de mieux les connaître et de répondre à leurs besoins et questions. Elle prendra garde aux signaux «non-mesurables» envoyés par le foetus ou la mère, afin de distinguer leurs attentes.
Démédicaliser pour humaniser les soins en obstétrique, signifie pour les sages-femmes «proposer un nouvel équilibre, dans lequel les facteurs de risques ne sont pas assimilés à la présence effective de pathologies» [22], mais implique une surveillance adéquate et plus soutenue.
C'est une philosophie humaniste qui se trouve à la base de la profession de sage-femme, qui guide cette professionnelle dans ses actions et ses décisions. Le soutien qu'elle offre se fonde sur le respect de l'autre et sur le bon sens. Elle est consciente des liens subtils existant entre le corps et l'esprit. Elle doit connaître aussi bien ses limites que ses capacités afin d'aider l'autre et de faire appel à quelqu'un, quand elle ne s'estime plus compétente.
Aucun diplôme ne peut garantir la qualité d'une sage-femme, car en plus du savoir technique indispensable à la pratique de cette profession, la sage-femme doit posséder une certaine maturité et une expérience de vie. Ce qui se traduisait autrefois ainsi, la femme sur le point d'accoucher, allait chercher sa voisine le plus âgée et ayant eu le plus d'enfants sans problème, afin de l'aider à vivre ce moment.
Au nom de Dieu, on a condamné les femmes à accoucher dans la douleur, puis au nom de la science, on les a contraintes à abandonner le savoir instinctif de leur corps, au profit du savoir médical. De naturel, le processus de la naissance est devenue à risque.
La sage-femme se propose de rétablir l'équilibre; car elle considère la grossesse et l'accouchement comme une étape normale de la vie de la femme. Elle fait confiance à la nature et respecte la personnalité et le rythme propre à chaque femme qu'elle aide.

Les lieux de travail

Afin que l'insertion des sages-femmes se concrétise le plus rapidement possible, on suggère [23] d'utiliser les structures existantes et de les adapter aux besoins de la pratique des sages-femmes. On augmenterait ainsi la qualité des soins en périnatalité, à peu de frais et le public serait satisfait.
Les CLSC (Centres locaux de santé communautaire) représentreraient un port d'attache idéal pour les sages-femmes. Ils sont en nombre suffisant et bien répartis à

travers le Québec. La vocation communautaire de ce centre privilégie la pratique d'une médecine globale et préventive. On peut le considérer comme une unité de soins de santé primaire, dispensant des services pré- et posts-natals, mais cela n'est pas sa seule sphère d'activités. On y trouve plusieurs spécialistes (psychologue, diététicienne, travailleur social, infirmière, médecin...) prêts à recevoir la population. La sage-femme pourrait se joindre à cette équipe pluridisciplinaire, afin d'offrir ses services aux femmes enceintes et de les suivre tout au long de la grossesse et de leur offrir des soins personnalisés. On peut y venir sans rendez-vous pour consulter la bibiothèque et rencontrer d'autres personnes et discuter. C'est un lieu ouvert à tous, au service de la communauté. Tout en étant une salariée de l'état, la sage-femme pourrait offrir un service privé à la clientèle.

Actuellement, il n'est pas possible d'y accoucher, l'aménagement et l'organisation ne s'y prêtant pas. Il existe deux choix possibles, soit l'accouchement à domicile soit à l'hôpital.

Pour la pratique à l'hôpital, la sage-femme pourrait acquérir un privilège d'exercice, au même titre que certains omnipraticiens, ce qui lui permettrait d'utiliser les services connexes du département d'obstétique, de consulter et de se référer au médecin, au besoin. Un protocole d'entente pourrait être établi entre les CLSC (employeurs des sages-femmes) et les centres hospitaliers, pour arrêter les conditions de ce privilège.

On a déjà parlé de la chambre de naissance qui représente une alternative à l'accouchement traditionnel, dans le but d'humaniser les soins en obstétrique. C'est une pièce plutôt petite, simplement décorée en couleur pastel, possédant un WC, parfois une douche ou un bain. On y trouve différentes sortes de lit, du plus simple (boîte en bois peinte avec un matelas double et des coussins, coût $ 200.00) au plus luxueux, le Borning-Bed de fabrication américaine (lit simple électrique, l'extrémité du lit est escamotable coût $ 7000.00). Des fauteuils, chaises, une berçeuse et un système de son sont à la disposition de tous. L'unique condition pour son utilisation est un accouchement sans risque prévu. Le seul critère d'admission est une bonne santé maternelle et foetale.

Plusieurs hôpitaux disposent déjà de deux ou trois chambres de naissance. On a créé un environnement plus chaleureux, plus personnel incitant à la détente, par son aménagement, mais c'est surtout la philosophie non-interventionniste qui la distingue et lui donne sa valeur. Car on permet enfin au couple de vivre la naissance de son enfant, en toute sécurité à l'hôpital, mais à sa façon. Il suffirait d'élargir ce concept à celui de Centre alternatif de naissance, selon le modèle de certains hôpitaux américains.

C'est-à-dire qu'on reste à la proximité du département d'obstétrique traditionnel (salle d'acc., bloc opératoire, anesthésiste...), mais l'approche des intervenants y est différente. On accepte la famille et les amis, la cohabitation mère–enfant va de soi et la présence du père n'est soumise à aucune restriction. Le nombre de chambres de cette unité est restreint, afin de conserver l'intimité et de permettre à la femme de vivre tout le processus de la naissance avec les mêmes personnes-ressources.

Elle serait admise directement dans sa chambre et ne subirait aucun transfert; actuellement, la femme arrive en salle de travail, elle accouche en salle d'accouchement, le post-partum immédiat se fait dans une autre pièce, appelée salle de réveil, et ce n'est qu'après deux heures qu'on la transférera dans «sa» chambre. Le nouveau-né profiterait aussi de rester près de sa mère et ainsi, d'avoir le temps de faire sa connaissance et de s'y attacher.

On pratique dans la chambre de naissance l'accouchement le plus naturel possible; on se limite à l'utilisation de l'anesthésie locale. On permet aux femmes de boire, de manger, de circuler et d'accoucher dans la position qu'elles désirent. On note aussi un relâchement du règlement visant à l'asepsie du lieu, les gens sont habillés normalement. Il n'y a plus de règlement.

Habituellement, on fait un lavement mais on ne rase pas les poils pubiens et on n'installe pas de perfusion. On utilise le monitoring externe mais de façon économe. La rupture artificielle des membranes est assez fréquente alors que l'induction du travail est l'exception. L'épisiotomie n'est pas systématique. Il n'y a pas de protocole, on se fie à la nature. Ce serait un lieu de travail privilégié pour les sages-femmes, réservé bien sûr aux grossesses et aux accouchements normaux.

L'idéal serait de créer des maisons de naissance (maternités), publiques ou privées, où les sages-femmes pourraient mieux satisfaire leur clientèle. Ces centres de santé à vocation périnatale offriraient sous un même toit, les services pré-, intra- et posts-natals.

Physiquement et administrativement, la maternité serait indépendante de l'hôpital, bien qu'à faible distance. Les contraintes institutionnelles y seraient moins lourdes parce que les maisons de naissance ne seraient pas intégrées au réseau hospitalier. Elles auraient leur autonomie bien que travaillant en collaboration. C'est le souhait exprimé par le comité interministériel de 1983 et le rêve des femmes et des sages-femmes pour l'avenir.

Il reste encore la possibilité de l'accouchement à domicile, qui revient à la mode, parce qu'il reste actuellement le moyen le plus sûr pour les couples de vivre la naissance de leur enfant à leur goût. Ils acceptent les risques et les responsabilités liés à ce choix. Mais pour revaloriser cette idée, il faudrait organiser un réseau d'unités mobile prêtes à intervenir dès qu'il survient une complication et assurant un transfert en toute sécurité, à l'hôpital le plus proche, comme cela se fait actuellement en Hollande. Et cela nécessiterait la collaboration de médecins intéressés par cette idée. On réorganiserait les soins à domicile pour aider les nouvelles accouchées; ça ne devrait pas poser trop de problèmes, puisque les structures en place sont assez fonctionnelles.

J'aimerais ouvrir une parenthèse en expliquant la situation dramatique qui prévaut dans les régions éloignées du Québec et qui bénéficieraient de la venue et de la pratique des sages-femmes.

Dans les villages isolés, il n'y a pas d'hôpital, parfois un dispensaire où quelques infirmières, parfois sages-femmes autodidactes, dispensent les premiers soins et font un peu de santé primaire et d'éducation sanitaire. Elles s'occupent aussi de la surveillance des femmes enceintes. Celles-ci sont transférées au centre hospitalier le plus proche, parfois à des centaines de kilomètres de leur domicile, environ un mois avant le terme prévu. On assure ainsi leur sécurité physique au détriment de leur bien-être psychologique et familial. Ces femmes sont dépaysées et isolées, car souvent elles ne peuvent communiquer, ne parlant pas forcément la même langue (inuit, amérindien, crie...). Elles deviennent vite dépendantes de ce nouveau milieu pour la satisfaction de tous leurs besoins, parce qu'elles sont sans ressource. Les liens familiaux sont perturbés par la séparation qui dure souvent de six à huit semaines et par l'impossibilité pour le reste de la famille d'être présent et d'entourer la future et la nouvelle maman.

Si la sage-femme était reconnue, elle pourrait accoucher ces femmes au dispensaire du village et leur dispenser les soins nécessaires et/ou si les conditions le permettent, de les accoucher à domicile. On éviterait ainsi beaucoup de bouleversements familiaux et on respecterait davantage leurs besoins et leur culture. Les grossesses à risques élevés seraient transférées à l'hôpital. Ce serait un choix plus judicieux et moins coûteux que ce qui se fait actuellement; et en plus, ça conviendrait davantage aux coutumes de ces gens.

On trouve déjà, dans certains villages, des sages-femmes en action. C'est d'ailleurs le seul lieu où leur pratique est tolérée, car aucun médecin n'est intéressé à s'y installer. Elles essaient d'apprendre leur langue et leurs coutumes, de respecter leurs traditions et de former des sages-femmes autochtones, afin d'assurer la relève et d'offrir des soins appropriés aux besoins de la population. Ce n'est qu'un exemple de la problématique, mais assez typique de la situation québécoise.

Les résultats convaincants des essais effectués à la Clinique obstétricale et gynécologique de Berne l'attestent:

Baume pour les seins des nourrices et onguent vulnéraire

- a désormais un effet thérapeutique beaucoup plus efficace
  grâce aux modifications apportées à sa composition (5 % de panthénol)
- tout en s'appliquant plus facilement et en pénétrant mieux grâce aux nouveaux excipients qu'il contient.

En outre, grâce à l'adjonction d'essence de fenouil, le parfum du nouveau Galamila est agréablement frais.

De plus: Galamila est admis par les caisses-maladie!

Un produit Galactina Pharma

En résumé, la sage-femme ne veut pas absolument l'accouchement à domicile pour toutes les femmes, mais souhaite que la québécoise puisse accoucher dans un milieu où elle se sente à l'aise et comprise; l'hôpital n'est pas vraiment considéré comme le lieu par excellence, malgré qu'il représente la tendance actuelle. Il faut envisager de nouvelles structures pour l'avenir.

La formation

Le contenu

Le programme de formation destiné aux sages-femmes devrait préparer une intervenante autonome et compétente, sachant travailler en équipe et dans différents contextes. Cette professionnelle offrirait des services spécialisés, orientés sur la normalité de la grossesse, dépisterait les grossesses à risques et les transmettrait au spécialiste, le cas échéant.
Le comité de travail du Ministère de l'Education du Québec sur les sages-femmes de 1983 recommandait que la formation se donne au premier cycle universitaire, étant donné le volume des connaissances, les responsabilités et les compétences requises ainsi que de l'autonomie nécessaire à l'exercice de cette profession. Le premier cycle universitaire permet d'acquérir les compétences tant théoriques que pratiques requises dans l'exercice d'une profession. Et ainsi, le niveau de la formation permettrait aux sages-femmes québécoises d'être reconnues internationalement.
Cette «nouvelle» professionnelle devrait connaître de façon précise le cycle de la maternité, les principes de la communication et de la relation d'aide, avoir quelques notions de gestion et une bonne connaissance des lois. Sont inclus dans ces connaissances la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de l'adaptation de fœtus à la vie extra-utérine; les principes élémentaires des soins de puériculture, de bonnes connaissances en matière de planning familial, de psychologie, d'histoire et de sociologie, afin de mieux comprendre et aider les femmes qu'elle rencontre.
En plus de ce savoir, la sage-femme devrait faire preuve d'habileté (savoir-faire) dans les soins à la clientèle, et d'aptitudes (savoir-être) conformes à la philosophie particulière à la profession. En plus d'avoir une approche scientifique et humaniste, la formation devrait apporter aux élèves, une expérience clinique rigoureuse et satisfaisante.
Au niveau du savoir-faire, la sage-femme devrait maîtriser l'examen physique de la femme enceinte et du nouveau-né, être capable de faire une anamnèse approfondie, de suivre une femme enceinte lors de sa grossesse et de détecter l'apparition de pathologies. Elle devrait connaître les procédures relatives à l'anesthésie locale, à l'épisiotomie, à l'extraction manuelle du placenta et à la réparation des épisiotomies et des déchirures simples.
Quand au savoir-être, il est véhiculé par la philosophie inhérente à la profession: la grossesse est une étape naturelle de la vie de la femme. La sage-femme devrait connaître ses limites de compétence et être capable de travailler en équipe. Elle devrait aussi porter un intérêt particulier au développement de la profession et de la mise à jour périodique de ses connaissances.
Tous ces éléments feront de la sage-femme une professionnelle adéquate et compétente, ayant une vision plus large du phénomène biologique, psychologique et social de la maternité.

Pré-requis à la formation

On désire donner la chance à toutes les personnes qui auraient les qualités nécessaires à la pratique de la profession. C'est ainsi que l'on propose d'admettre toutes les candidates possédant un diplôme d'études collégiales de formation générale ou professionnelle ou ayant une formation jugée équivalente. On trouve un consensus international relatif à la reconnaissance de la profession de sage-femme, qui est perçu comme une profession regroupant un ensemble de tâches à accomplir et de compétences à maîtriser. Alors, quelle que soit la formation préalable, le produit final est le même, une professionnelle habile et compétente. Le nursing serait une voie d'accès possible à la profession plutôt qu'un prérequis.
On pense reconnaître les sages-femmes autodidactes et celles formées à l'étranger, afin d'assurer la formation des futures étudiantes. On veut créer un programme spécial d'actualisation et de perfectionnement pour ces sages-femmes, afin de leur permettre d'acquérir les connaissances relatives à la profession qui leur feraient défaut. Ce principe de reconnaissance des acquis permettrait aux infirmières d'accéder plus rapidement à la profession, comme cela se fait ailleurs.
On envisage aussi la mise sur pied d'un programme de formation continue, afin de maintenir les connaissances de la sage-femme à jour et ce, sous forme de colloques, de congrès et de jours d'études obligatoires.

Une proposition de programme

Une alternative à la création d'une école de sage-femme autonome serait l'intégration du programme de sage-femme dans une structure déjà existante. On envisage d'inclure ce programme à quelques universités du Québec, afin de rendre la profession accessible au plus grand nombre possible de personnes intéressées et ainsi, prévenir le manque de ressources dans les régions périphériques, ce qui risquerait de se produire s'il n'y avait qu'un lieu de formation au Québec.
Cette intégration présenterait des avantages économiques certains, car la structure administrative des universités est bien pourvue en ressources de toutes sortes (matérielles, financières et humaines).
Les contacts professionnels qu'elle permettrait avec les autres disciplines des sciences de la santé représenteraient un autre avantage. L'adaptation et la collaboration en milieu de travail seraient d'autant plus faciles, parce que les sages-femmes seraient mieux connues par les autres professionnels de la santé et que le niveau d'études serait identique.
L'intégration du programme de sage-femme dans les sciences de la santé se ferait sous certaines conditions. Il n'est pas question de fusion avec les sciences infirmières ou la médecine.
La formation devra garder son identité et son autonomie, tout en disposant des ressources multidisciplinaires communes à toutes les formations.
La philosophie d'humanisation et de démédicalisation des soins en obstétrique propre à la profession serait respectée. L'enseignement serait assuré par des sages-femmes et à l'occasion par des médecins spécialistes en leur domaine ou autres professionnels ayant une activité connexe à la profession. La formation donnerait accès au titre de sage-femme et au droit de pratique de l'exercice professionnel autonome.

Conclusion

Après de nombreuses lectures, j'ai constaté à ma grande surprise que la profession de sage-femme était malmenée un peu partout à travers le monde, alors que je croyais que la situation était spécifique au Québec. J'ai appris dans «Naissance à la maison» de S. Kitzinger que la sage-femme voyait son rôle changé en Belgique, aux Etats-Unis, en Angleterre...

En effet, dans les pays industrialisés, les médecins se sont accaparés le suivi des grossesses normales et pathologiques. Ils sont devenus responsables de l'obstétrique. On est obligé de se rendre à l'évidence, on assiste actuellement à la faillite de l'obstétrique conventionnelle avec l'augmentation effrénée des taux de césariennes et de forceps électifs, de l'usage abondant des drogues et d'anesthésies péridurales. Il n'y a bientôt plus d'accouchements spontanés naturels. On va même jusqu'à programmer l'accouchement à la convenance du couple, selon les vacances ou la disponibilité du médecin (jour de garde, week-end). Cela devient inquiétant et «mère nature» n'est pas toujours d'accord qu'on vienne se mêler de ses

affaires et parfois, elle nous fait regretter amèrement de ne pas l'avoir respectée.
La sage-femme est bien placée pour aider les femmes à donner naissance à leur enfant en toute simplicité; d'abord parce qu'elle est elle-même femme et deuxièmement parce que sa philosophie professionnelle est de faire confiance à la nature et qu'elle est apte à faire le suivi des grossesses et des accouchements normaux.
A mon avis, le problème est le suivant: La sage-femme est perçue comme une rivale par le médecin au lieu d'être considérée comme une collègue. On la juge souvent comme un «médecin à compétence limitée». Sa valeur est sous-estimée.
Le médecin se sent souvent menacé par cette professionnelle qui exige, qu'il justifie ses interventions, qu'il abandonne ses schémas et protocoles pour se mettre à l'écoute de la femme. Au Québec, les femmes en ont assez de «se faire accoucher» par le Docteur XYZ, elles veulent «accoucher avec» l'aide... (médecin ou sage-femme) selon le cas, mais quelqu'un qui s'intéresse à ses besoins et désirs.
Dans le rapport sur les sages-femmes produit par le Ministère de l'éducation du Québec en 1983, j'ai appris plus en détails ce qui se passait ailleurs et j'ai eu envie de le partager avec vous.
En Finlande, la sage-femme a perdu son titre professionnel et une partie importante de ses responsabilités. Elle est devenue une infirmière spécialisée en obstétrique, son rôle se limite aux accouchements, le suivi pré- et post-natal est devenu une responsabilité de l'infirmière de Santé publique.
Par contre en Angleterre, la sage-femme n'a pas perdu ses responsabilités, mais on a remarqué que sa pratique est moins globale depuis qu'elle travaille à l'hôpital. On note une tendance à la spécialisation et au morcellement des tâches. Elle travaille soit au prénatal, soit en salle d'acc. ou au post-partum. Il n'y a plus de continuité dans les soins et dans la relation femme/sage-femme comme avant.
L'intégration des sages-femmes dans le réseau hospitalier hollandais s'est faite dans le respect de la profession. Une relation de collaboration s'est développée entre le médecin et la sage-femme. Celle-ci a pu conserver son autonomie, assumant totalement la responsabilité des grossesses et des accouchements normaux.
C'est donc dire qu'il y a de la place pour tous ces professionnels, il suffit seulement de se mettre d'accord sur le partage de la clientèle et de travailler en collaboration. On obtiendrait ainsi des soins de meilleure qualité et on répondrait par la même occasion au désir d'humanisation des soins exprimé par la population.
J'ai eu beaucoup de plaisir à faire ce travail. Cela m'a permis de m'informer sur l'histoire de la sage-femme au Québec depuis ses débuts, des notions que je n'avais pas. Il ne fait aucun doute dans mon esprit que la sage-femme sera bientôt reconnue comme une professionnelle à part entière et qu'elle pourra exercer de manière autonome au Québec.
A mon avis, la sage-femme permettra de retrouver l'équilibre entre le minimum de sécurité à respecter et une plus grande humanisation dans l'accompagnement. En effet, elle offrira un service complet à la clientèle alliant la compétence, le respect des choix et des besoins de la femme, tout en la considérant dans son contexte social, psychologique, économique et biologique.
Comme on l'a vu précédemment, la sage-femme répond à un réel besoin, exprimé par les femmes et par les différents comités de travail sur la périnatalité au Québec. Elle favoriserait l'autonomie des femmes en leur permettant de se prendre en charge et en leur en donnant les moyens. Elle leur offrira une relation d'aide et de soutien, personnalisée.
C'est un projet réalisable comme on l'a vu dans la troisième partie de ce travail. Il suffit d'intégrer la formation de sage-femme aux autres programmes universitaires. Pour cela, il faudra engager quelques enseignantes supplémentaires (elle devraient être sages-femmes); mais les autres ressources sont déjà disponibles. Il faudra aussi trouver des lieux de stages appropriés et organiser des sessions d'actualisation pour les sages-femmes déjà formées.
On devra favoriser l'insertion de la sage-femme à l'équipe obstétricale actuelle soit au CLSC ou au centre hospitalier. La sage-femme serait une salariée payée à l'heure et non pas à l'acte. Par sa pratique et sa philosophie moins interventionniste que le médecin, elle engendrera moins de frais pour le même travail. C'est une perspective assez réjouissante pour le gouvernement qui a toujours de la peine à boucler son budget et qui ne cesse de prôner l'économie.
La sage-femme est donc une solution économique au problème actuel des frais de santé, alliant compétence, sécurité, humanité et économie.
Après cette longue recherche, j'en suis arrivée à me poser d'autres questions. Quand je suis arrivée en Suisse, il y a à peu près cinq ans de cela, je me rappelle de ma surprise de voir que la tradition des sages-femmes était bien implantée dans les mœurs. Je trouvais cela formidable et cela me faisait envie.
Avec le recul des années, de mes lectures et des réflexions suscitées et des expériences vécues pendant ma formation de sage-femme, je m'interroge sur l'avenir réservé à la profession en Suisse.
Je crains qu'on assiste de plus en plus au morcellement des tâches de la sage-femme et que celle-ci ne devienne que l'exécutrice des ordres médicaux. Cette professionnelle a perdu son autonomie, et de l'autre côté, les femmes ne semblent pas se rendre compte qu'elles perdent de plus en plus le contrôle de leur corps, de leur accouchement.
A mon avis, la sage-femme suisse devra rester sur ses gardes et s'affirmer davantage dans son identité professionnelle, sinon, elle risque de perdre son titre et sa fonction. Car on commence à ressentir, en ce moment, la pléthore de médecins et chacun cherche une place au soleil.
Un jeune médecin-assistant fraîchement diplômé m'a même demandé pourquoi je voulais devenir sage-femme. A son avis, la profession de sage-femme est une «espèce en voie de disparition». Selon lui, il n'y a plus d'avenir pour les sages-femmes, car les médecins les remplaceront sous peu en salle d'accouchement et «les infirmières feront l'affaire pour les soins de base et un peu plus techniques relevant de leur fonction».
Je ne peux m'empêcher de faire le parallèle avec la situation que les sages-femmes québécoises ont connue. Est-ce le prélude qui pointe à l'horizon? Cette question pourrait faire l'objet d'un autre travail, mais j'espère que la réponse est négative. Je dirais qu'en ce moment, la majorité des femmes n'ont pas d'attente particulière, elles se contentent d'accepter ce qui leur est proposé, sans trop oser protester ou réclamer. Elles sont encore assez soumises au milieu hospitalier, à l'autorité médicale; et les sages-femmes sortant de l'ombre ne sont pas légion.
Il y a quand même de l'espoir avec le regain de popularité que connaît de nouveau l'accouchement à domicile, la demande croissante de l'accouchement ambulatoire et des quelques sages-femmes qui se proposent de suivre les femmes tout au long de leur grossesse et de faire l'accouchement à domicile, si tel est le désir du couple. Mais il faudrait que le mouvement soit général et non pas seulement le fait de quelques unes au dépend de perdre leur titre professionnel.
Alors qu'au Québec, on a dépassé ce stade. Après la longue période d'oubli des sages-femmes, ce sont les femmes qui réclament actuellement la reconnaissance légale de la pratique des sages-femmes et leur intégration au milieu obstétrical. Une fois que cette question sera réglée et qu'on donnera le feu vert aux sages-femmes, je pense que cette profession sera très riche de belles expériences et satisfaisante pour tous, autant pour les couples que pour les professionnelles.
Mais pour en arriver là, le travail aura été long et pénible pour les sages-femmes. Elles auront dû se battre un bon moment pour se faire reconnaître, à leur juste valeur. La leçon à tirer de cette expérience, c'est d'abord et avant tout une formation de base solide et un statut professionnel bien défini. Il faut donner à la sage-femme les moyens d'assumer sa pratique de façon autonome et faire d'elle une intervenante de qualité et compétente pour tout ce qui

relève du processus normal de la maternité; ce qui favoriserait une meilleure collaboration avec les autres membres de l'équipe.
La sage-femme devrait être en mesure de suturer une épisiotomie et les déchirures simples lors d'un accouchement normal, c'est un exemple banal mais qui lui permettrait de s'assumer et de se faire respecter. Autrement, elle restera dépendante du médecin et la situation sera à peu de chose près identique.
J'aimerais terminer ce travail par une réflexion du Dr Michel Odent, obstétricien responsable de la maternité de Pithiviers, qui m'a fait plaisir. Il croit que «pour être sage-femme, il faut avoir en plus de la formation scientifique, de l'empathie, de l'intuition, de la tendresse... et de l'inspiration. Etre sage-femme, c'est donc un art»[24].
Au risque de paraître extrémiste et idéaliste, cela correspond assez à l'optique que j'ai de la profession et que je vais tenter de mettre en pratique au cours de ces prochaines années, ici et au Québec.

Notes

[1] Les autres pays sont le Vénézuela, la République de Panama, les Nouvelles-Hébrides, le Salvador, la République Dominicaine, la Colombie et le Burundi. «Le matin de la fête triste», p. 101.
[2] p. 14.
[3] p. 15.
[4] p. 18.
[5] Projet du Ministère des Affaires sociales du Québec, 1985.
[6] Bulletin ASPQ, vol. 7, n. 3.
[7] Rapport du comité interministériel, Québec 1983.
[8] cf. bibliographie.
[9] Journal «La Presse», 23 juin 1987.
[10] Cf. «Le matin de la fête triste», p. 105.
[11] Journal de Montréal, 25 mars 1987.
[12] Projet en périnatalité du MAS du Québec, 1985.
[13] Document de travail: la pratique des S.-F., Québec 1987, p. 119.
[14] Rapport du comité interministériel, Québec 1983, p. 111.
[15] Rapport du comité interministériel, Québec 1983, p. 111.
[16] Journal «La Presse», 14 mai 1986.
[17] Rapport du Comité interministériel, Québec 1983, p. 145.
[18] Rapport du comité interministériel, Québec 1983, p. 62.
[19] Journal de Montréal, 26 mars 1987.
[20] Rapport du comité interministériel, Québec 1983, p. 65.
[21] idem, p. 35.
[22] Document de travail en périnatalité, Québec 1985, p. 41.
[23] Rapport du comité interministériel, Québec 1983, chap. 4.
[24] «Le matin de la fête triste», p. 107.

Bibliographie

Livres
De Gramont Monique: «Le matin de la fête triste.» Québec. Collection Santé/Idées. Montréal, 1985.
Gouvernement du Québec/Ministère de l'éducation: «Les sages-femmes: proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation.» Rapport du comité interministériel, Québec. Octobre 1983.
Kitzinger Sheila: «Naissance à la maison.» Edition d'en bas. Lausanne 1986.
Laforce Hélène: «L'évolution du rôle de la sage-femme dans la région de Québec de 1620 à 1840.» Ed. Université Laval. Coll. Edmond de Nervers. Québec 1983.

Revues et documents de travail
Ministère de la santé et des services sociaux: «La pratique des sages-femmes.» Québec, février 1987.
Sans auteur: «Dossier en périnatalité.» Bulletin de l'ASPQ, vol. 7, septembre 1985. Montréal.
Sans auteur: «L'infirmière sage-femme.» Nursing-Québec, vol. 5, no 6, septembre-octobre 1985.
Ministère des affaires sociales: «Projet en périnatalité». Québec, mai 1985.

Articles de journaux
1. Auteur: Claire Harting dans le «Journal de Montréal».
17 mars 1987: Obstétrique: les Canadiennes contentes de leur sort.
25 mars 1987: Les pro-sages-femmes dénoncent les médecins.
26 mars 1987: En faveur des sages-femmes autonomes.
17 juillet 1987: Les sages-femmes: une réponse à un besoin pressant.
8 décembre 1987: Donner le temps à la nature.
Idem: Cité de la Santé de Laval: le plus grand centre naissance.
Idem: Les maisons de quartier avec les sages-femmes.

2. Sans auteur dans le journal «La Presse» de Montréal.
14 juin 1986: Mouvement «sage-femme»: ses propositions fondamentales. Le Canada, un pays où la profession de sage-femme tarde à être reconnue.
23 juin 1987: Pas de corporation professionnelle pour les sages-femmes.

Références personelles
Mlle Monique Beauchemin: Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes. C.P. 246 Station E, Montréal, H2T 3A1.
Mme Edith Bélanger: Association des sages-femmes du Québec. 2175 de la Visitation, Montréal, H2L 3E1.
Mme Blanche Thuot: mère de quatre enfants (1949 à 1962), 612, rue Bran, St-Jérôme, J7Z 2E3.

Ce travail a été présenté en janvier 1988 à l'Ecole des sages-femmes de Chantepierre, Lausanne, comme travail de diplôme.

Verbandsnachrichten
Nouvelles de l'Association

Aargau ✆ 064 373388
Präsidentin: Susanne Diemling
Alte Stockstrasse 9, 5022 Rombach

Treffen der freischaffenden Hebammen

am Dienstag, 21. Juni 1988, um 14 Uhr, im Restaurant «Zum Goldige Öpfel», Kasernenstrasse 24, in Aarau. (Nach der Hauptpost zweite Querstrasse rechts, stadteinwärts).

Beide Basel ✆ 061 443814
Präsidentin: Lucia Mikeler
Jungstrasse 45, 4056 Basel

Todesfall:
Rudin-Schäfer Lina, Reigoldswil, geb. 1895

Bern ✆ 031 414126
Präsidentin: Dreier Vreni
Parkstrasse 27, 3014 Bern

Neumitglieder:
Hallauer Susanne, Oschwand, Diplom 1987, Bern
Laib Brigitte, Bern, Diplom 1980, Zürich
Lüthi Esther, Worb, Diplom 1984, Bern
Spinas Erika, Biel, Diplom 1987, Bern
Tritten Katharina, Liestal, Diplom 1987, Bern
Villiger Marianne, Grosswangen, Diplom 1970, Luzern

Gasser Simone, Ittigen; Gruber Patricia, Bern; Gschwend Helen, Bern; Hoelzu Ursula, Bern; Küng Silvia Maria, Basel; Laederach Barbara, Bern; Rentsch Jolanda, Gündlischwand; Rieder Isabel, Bern; Saurer Katrin, Kiesen; Schafroth Karin, Bern; Schlegel Christin, Bern; Tramèr Anna-Tina, Basel
Schülerinnen an der Hebammenschule Bern

Die freischaffenden Hebammen treffen sich am 21. Juni 1988, 19 Uhr, im Frauenspital Bern. Wohnzimmer, 3. Stock.

Fribourg ✆ 029 21264
Présidente: H. Rémy
Route de Bulle, 1632 Riaz

Nouveau membre:
Toms Marie, Autigny, diplôme 1971, Taplow (GB)