

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



Sages-femmes un véritable partenariat

Sylvie Larocque et Christine Caveen

Volume 3, numéro 2, automne 1997

Visibles et Partenaires : Pratiques et recherches féministes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/026183ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/026183ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)

1712-8498 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Larocque, S. & Caveen, C. (1997). Sages-femmes : un véritable partenariat. *Reflets*, 3(2), 228–239. <https://doi.org/10.7202/026183ar>

Sages-femmes : un véritable partenariat

Sylvie Larocque et Christine Caveen

Sudbury

Introduction

«L'approche humaniste, holistique et personnalisée des sages-femmes permet à chaque femme de participer pleinement aux soins qu'elle reçoit...»

Le métier de sage-femme semble avoir toujours existé. Pourtant, au cours du XX^e siècle, avec les progrès de la médecine, les naissances deviennent de plus en plus médicalisées et la présence de sages-femmes lors d'accouchements se fait de plus en plus rare. En raison de l'insatisfaction des femmes par rapport aux suivis prénatals et postnatals que procure le système médical, la profession de sage-femme connaît aujourd'hui une sorte de renaissance. L'approche humaniste, holistique et personnalisée des sages-femmes permet à chaque femme de participer pleinement aux soins qu'elle reçoit et de se sentir à l'aise et respectée. Il se crée donc une véritable relation de partenariat entre la femme qui accouche et la sage-femme.

Ce texte présentera un aperçu de l'évolution des soins de maternité, en mettant l'accent sur la profession de sage-femme. Les auteures partageront leurs expériences personnelles afin de comparer l'approche de la médecine et celle des sages-femmes face aux soins de maternité dans la région de Sudbury. Ces témoignages démontreront l'existence d'une relation de partenariat entre les sages-femmes et leurs clientes et l'absence d'une telle relation entre les médecins et leurs patientes.

Historique de la profession de sage-femme

C'est tout probablement à l'ère agricole (10 000 à 8 000 av.J.-C.) que des femmes commencèrent à assister d'autres femmes lors d'accouchements. Ce rôle est demeuré exclusivement féminin pendant près de 10 000 ans. Partout en Europe, la profession de sage-femme a une longue tradition. Bien que les coutumes diffèrent d'une région à une autre, le rôle de ces femmes demeure le même : apporter l'aide à d'autres femmes lors de la grossesse et de l'accouchement (Towler et Bramall 1986; Pouvreau-Romilly 1991).

Au Moyen-Âge, l'Église commence à associer les sages-femmes aux sorcières. Cette association découle surtout du fait que les sages-femmes utilisaient des tisanes, des potions et parfois des formules magiques pour faciliter le travail des femmes. En général, les sages-femmes, qui étaient bienveillantes et avaient de bonnes intentions, étaient les «sorcières blanches». Pourtant, si une sage-femme avait la malchance d'assister à un accouchement impliquant la mort soit de la mère, soit du bébé ou encore la naissance d'un enfant difforme, on la déclarait alors «sorcière noire». Vers le milieu du XVI^e siècle, certaines démarches menèrent éventuellement à la reconnaissance et à la formation obligatoire des sages-femmes en Europe (Towler et Bramall 1986; Clark et Wylie 1986). Dans la majorité des pays européens, et plus particulièrement aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en Suède et en Finlande, des sages-femmes licenciées pratiquent de façon courante (Baker 1989).

Au Canada : de la colonisation à la fin de la Première Guerre mondiale

Au début du XVIII^e siècle, le roi de France paye des sages-femmes afin qu'elles viennent exercer leur profession en Nouvelle-France.

Leur allocation augmentera régulièrement jusqu'à ce que la Nouvelle-France passe aux mains de la Grande-Bretagne. Dans les années 1870, les sages-femmes étaient en grande partie responsables d'instruire les étudiants en dernière année d'études en médecine au «McGill's Lying-In Hospital» (Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1988). Les sages-femmes ont pratiqué légalement jusqu'après la Première Guerre mondiale.

Dans les régions à l'ouest de Montréal, où on trouvait très peu de sages-femmes, on vit apparaître un réseau d'entraide entre voisines et parentes. Dans la communauté, il y avait souvent une femme qui possédait plus de compétences et d'expérience, et qui, pour cette raison, était en demande lors des accouchements. La fonction première de ces femmes n'était pas de pratiquer les accouchements mais de s'occuper de la maisonnée. Habituellement, elles n'acceptaient pas de rémunération pour leurs services. À l'époque, partout au Canada, et ce jusqu'à la Première Guerre mondiale, une caractéristique importante de la culture entourant la naissance est que la parturiente ne soit pas entourée d'étrangères mais de femmes qu'elle connaissait bien et qui partageaient sa vie (Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1988).

La lutte

De la fin du XVIII^e siècle au début du XIX^e siècle, la profession médicale commence à prendre de plus en plus d'importance dans le Haut-Canada. Les médecins se trouvent alors en concurrence avec les sages-femmes auprès des mêmes patientes. De 1795 à 1865, plusieurs lois pour régler la pratique médicale furent promulguées. Bien que ces lois ne légalisaient pas la profession de sage-femme, la majorité d'entre elles ne l'interdisaient pas non plus (*Act to Regulate the Practice of Medicine*). En 1874, lorsqu'est venu temps de réviser la loi, on tenta de légaliser la profession de sage-femme mais les objections énergiques des médecins firent échouer ces tentatives. Les femmes continuaient cependant à s'entraider et les médecins se trouvaient toujours en concurrence avec ces femmes qui cherchaient rarement à être payées pour leurs services. Cela déplaçait grandement au nombre croissant de

«En 1874, ...on tenta de légaliser la profession de sage-femme mais les objections énergiques des médecins firent échouer ces tentatives.»

médecins qui, pour gagner leur vie, considéraient l'accouchement comme un point de départ à l'établissement de leur pratique (Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1988).

Au cours du XX^e siècle, avec les progrès de la médecine, les naissances à l'hôpital deviennent de plus en plus populaires et l'accouchement de plus en plus médicalisé. C'est à ce moment que les femmes commencent à accoucher davantage sous anesthésie générale. Le père n'avait pas accès à la salle d'accouchement et il ne pouvait voir son bébé qu'à travers la vitre de la pouponnière.

Les maladies infectieuses ont entraîné la création de pouponnières qui avaient pour but de séparer la mère de son nouveau-né pendant son séjour à l'hôpital. L'allaitement maternel devint un phénomène rare et les bébés étaient nourris selon un horaire fixe avec des formules de lait maternisé. L'accouchement était devenu un événement potentiellement pathologique qu'il fallait contrôler le plus possible par l'utilisation systématique des diverses techniques obstétricales (Ladewig, London et Olds 1990).

«Plusieurs chercheurs et cliniciens... ont démontré l'importance des premiers contacts entre la mère et le nouveau-né...»

Plusieurs chercheurs et cliniciens ont mis en question ce type de soins et ont démontré l'importance des premiers contacts entre la mère et le nouveau-né dans l'établissement de liens d'attachement entre la mère et l'enfant (Brazelton 1973; LeBoyer 1990; Klaus et Kennell 1976).

Au cours des années 1970, des représentants de groupes de femmes, d'associations professionnelles et du gouvernement examinèrent la situation et proposèrent de nouvelles approches plus humanistes. L'Institut canadien de la santé infantile propose alors une approche de soins de maternité sécuritaires et de qualité centrés sur la famille. Afin de répondre aux désirs de la clientèle, c'est-à-dire de celles et ceux qui plaident en faveur de l'humanisation de la naissance, les soins périnataux en milieu hospitalier sont modifiés. Aujourd'hui, le père ou toute autre personne peut participer à la naissance, différentes interventions telles que le rasage et le lavement ne sont plus automatiquement effectuées, le nouveau-né rencontre ses parents tout de suite après sa naissance et la cohabitation mère-enfant est maintenant possible. Malgré

«...plusieurs couples revendiquent l'accès à une information adéquate leur permettant de prendre eux-mêmes les décisions les concernant.»

ces changements, plusieurs couples revendiquent l'accès à une information adéquate leur permettant de prendre eux-mêmes les décisions les concernant. Insatisfaits des services offerts en périnatalité, de nombreux couples se tournent vers d'autres voies, comme l'accouchement à domicile et le recours aux services d'une sage-femme (Ladewig, London et Olds 1990).

La situation actuelle

Aujourd'hui, en Amérique du Nord, la profession de sage-femme connaît une renaissance. En 1986, le Health Disciplines Review Committee en Ontario recommande que la profession de sage-femme soit réglementée par une loi. On confie alors la tâche de déterminer une façon d'intégrer les sages-femmes dans le système de santé à un groupe de travail (Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1988). À l'automne 1987, le rapport du groupe de travail préconise que les sages-femmes obtiennent une formation universitaire de quatre ans et qu'elles soient licenciées en tant que professionnelles indépendantes, c'est-à-dire ne nécessitant pas la supervision d'un médecin. Le rapport recommande aussi la création d'un collège de sages-femmes qui réglementerait la profession (Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1988).

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, promulguée le 1^{er} janvier 1994, inclut la *Loi de 1991 sur les sages-femmes*. Celle-ci stipule qu'une personne peut exercer la profession de sage-femme en Ontario si elle est inscrite à l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario. Les soins d'une sage-femme sont maintenant disponibles aux femmes de notre province et sont financés par des fonds publics par l'intermédiaire du Ministère de la santé de l'Ontario. Aujourd'hui, toutes les sages-femmes qui pratiquent en Ontario font partie de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario et sont affiliées au Programme de formation des sages-femmes de l'Ontario. Elles travaillent en équipe et prodiguent des soins durant la grossesse, le travail, l'accouchement ainsi que pour une période d'environ six semaines après l'accouchement.

«Les soins d'une sage-femme sont maintenant disponibles aux femmes de notre province...»

Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence du médecin (...). Le travail de la sage-femme doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle peut pratiquer dans un centre hospitalier, dans un centre de naissance, à domicile ou tout autre endroit (Pratique communautaire de sage-femme de Sudbury, sans date).

«Elles abordent la maternité selon une approche holistique et consacrent beaucoup plus de temps et d'attention à chaque femme lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale que ne le ferait un médecin.»

Par le biais de l'éducation, les sages-femmes permettent à leurs clientes de faire des choix informés quant aux soins qu'elles désirent recevoir. Elles abordent la maternité selon une approche holistique et consacrent beaucoup plus de temps et d'attention à chaque femme lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale que ne le ferait un médecin.

L'Ordre des sages-femmes de l'Ontario a établi des directives concernant les indications pour la discussion, la consultation et le transfert obligatoires des soins. La sage-femme doit consulter un médecin ou lui référer une cliente en suivant les directives. Celles-ci ont trait à certains symptômes ou facteurs de risques bien définis qui peuvent survenir à toutes les étapes du suivi (Pratique communautaire de sage-femme de Sudbury, sans date).

Témoignages des auteures

Les expériences personnelles des auteures démontreront les différences qui existent entre l'approche médicale et celle des sages-femmes. À la lumière de ces témoignages, nous comparerons l'approche des sages-femmes et celle des médecins à diverses étapes du cycle de grossesse et démontrerons en quoi le rapport avec la sage-femme illustre la notion de partenariat.

Période prénatale

Pour Christine, le partenariat s'est établi dès sa première rencontre avec une des sages-femmes de la Pratique communautaire de sages-femmes de Sudbury en juin 1994. Lors d'une entrevue initiale,

une sage-femme m'a parlé en détails de la façon dont les sages-femmes perçoivent les soins en maternité, et de leur approche holistique et humaniste. Elle a pris le temps de répondre à mes questions et de se renseigner au sujet de mes inquiétudes, mes attentes et mes plans. Ce fut donc une sorte d'échange d'information.

Cette communication à deux sens s'est poursuivie tout au long de la grossesse. Lors des visites prénatales :

la sage-femme, en plus de répondre à toutes mes questions, m'informait des différents tests diagnostiques afin que je puisse faire des choix éclairés et me parlait de l'importance d'une saine alimentation lors de la grossesse. Nous avons aussi discuté en détails des différentes étapes de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Bref, mes soins prénatals comprenaient une éducation complète en la matière. Il est important de savoir que, malgré une approche plus humaniste et moins médicalisée, les sages-femmes peuvent ordonner des examens hématologiques, des échographies, des tests diagnostiques et prescrire un nombre limité de médicaments.

«...les sages-femmes peuvent ordonner des examens...»

Afin que la femme se trouve en présence d'une personne qu'elle connaît bien lors de l'accouchement, les sages-femmes travaillent en équipe de trois : «À la fin de ma grossesse, j'avais rencontré chacune des sages-femmes de mon équipe environ cinq fois lors de visites qui duraient en moyenne 45 minutes». La relation de partenariat se développe donc entre les sages-femmes et leurs clientes au cours de la période prénatale.

Pour Sylvie, une telle relation ne s'est jamais établie entre elle et son médecin. Les visites prénatales la laissaient souvent insatisfaite:

J'ai passé un avant-midi complet au bureau du médecin, mais le contact direct avec elle n'a été que d'environ dix minutes. Je me sentais épuisée et frustrée d'avoir attendu si longtemps et je craignais un scénario semblable lors des prochaines visites.

Sentant le besoin d'obtenir plus d'information, Sylvie consulte plusieurs livres, suit un cours prénatal et assiste à une visite guidée du département de maternité de l'hôpital: «C'est lors de cette visite que j'ai réalisé que mon choix de méthode d'accouchement (naturel ou médicalisé) reposait entre les mains de l'obstétricien de garde». Cette insécurité peut mener à un sentiment d'isolement chez plusieurs femmes. Leurs valeurs et leurs croyances n'étant pas toujours respectées, leurs besoins ne sont donc pas rencontrés. Par contre, pour Sylvie, le système médical a su répondre à l'aspect physique des complications qui se sont présentées lors de sa grossesse.

Dans mon cas, je réalisais qu'un suivi médical était essentiel étant donné la possibilité de multiples problèmes. Cependant, ma perception de la grossesse comme étant un processus naturel me semblait complètement ironique.

«C'est pendant l'accouchement, événement pendant lequel la femme peut se sentir vraiment vulnérable, que les différences entre les approches de la médecine et des sages-femmes prennent souvent le plus d'importance.»

L'accouchement

C'est pendant l'accouchement, événement pendant lequel la femme peut se sentir vraiment vulnérable, que les différences entre les approches de la médecine et des sages-femmes prennent souvent le plus d'importance. Les sages-femmes passent plusieurs heures auprès de leurs clientes, non seulement pour administrer les soins nécessaires, mais aussi pour leur donner l'appui émotif dont elles ont besoin. Au début de la période de travail, Christine et une des sages-femmes de son équipe ont communiqué plusieurs fois par téléphone.

Une fois la phase active établie, la sage-femme est venue chez moi pour m'examiner et s'assurer que tout progressait normalement. Nous nous sommes ensuite rendues à l'hôpital où une deuxième sage-femme est venue nous rejoindre. Les deux sages-femmes sont demeurées auprès de moi jusqu'à la naissance de ma fille Michèle, le 24 février 1995 à 4 h 13. Leur présence était très rassurante.

Lors de l'accouchement, le témoignage de Sylvie démontre l'absence de tout appui émotif de la part du système médical. Pendant la période de son travail, qui a duré 48 heures, plusieurs soins médicaux lui ont été administrés. Cependant,

pendant tout ce temps, les seules personnes qui m'ont aidé à endurer la douleur et l'épuisement étaient mon mari et ma mère qui, eux aussi, étaient très fatigués et frustrés du manque de soins reçus. Pendant ce long travail, l'obstétricien de garde et des infirmières m'ont examiné. Ce n'est que lorsque j'ai vu apparaître mon obstétricienne que j'ai été soulagée et ceci m'a démontré l'importance d'avoir le même pourvoyeur de soins lors de la grossesse et de l'accouchement. Nicholas est né le 23 août vers 19h15 par césarienne. Je n'ai pas pu tenir mon bébé car mes deux bras étaient attachés.

La période postnatale

Les soins prodigués par les sages-femmes ne s'arrêtent pas à l'accouchement mais se poursuivent pour une période postnatale d'environ six semaines. Lors de cette période, la sage-femme fournit les soins nécessaires à la mère ainsi qu'au nouveau-né tout en évaluant leur condition respective. De plus, elle aide avec l'allaitement, répond aux questions et aux inquiétudes de la mère et lui fournit des conseils. Suite à des complications survenues après l'accouchement, la fille de Christine a dû passer quelques jours à la pouponnière des soins intensifs :

Lors de mon séjour à l'hôpital, mon conjoint et moi avons passé plusieurs heures auprès de notre fille. La

sage-femme qui m'avait accouché nous rencontrait à l'hôpital régulièrement afin qu'elle puisse m'examiner, m'aider à allaiter et offrir l'appui dont nous avons besoin. Lorsque Michèle a reçu son congé de l'hôpital, une sage-femme de l'équipe venait chez moi à tous les deux jours pour une période d'environ une semaine pour continuer l'administration des soins. Elles m'aidèrent beaucoup avec l'allaitement et m'offrirent plusieurs conseils quant aux soins à donner à Michèle. De plus, elles communiquaient régulièrement avec moi par téléphone pour s'assurer que tout allait bien et m'ont dit de ne pas hésiter à les contacter si j'avais des questions ou des problèmes. L'avant dernière visite postnatale a eu lieu à domicile environ trois semaines après l'accouchement, et la dernière s'est fait à la clinique lorsque ma fille avait six semaines. J'ai trouvé cette visite très difficile car la relation riche qui s'était développée entre les sages-femmes, mon conjoint et moi prenait fin.

Étant donné les nombreuses complications, la période postnatale a été un temps très difficile pour Sylvie et son bébé. Sylvie a eu beaucoup de difficultés avec l'allaitement. Suite à la césarienne, elle a eu une infection à l'incision, ce qui a nécessité la prise d'antibiotiques et plusieurs visites chez l'obstétricienne ou à l'urgence. À cause des antibiotiques, Nicholas a souffert de coliques très tôt, soit de trois semaines à quatre mois. L'obstétricienne et le personnel infirmier ont su répondre aux besoins physiques de Sylvie, mais ils n'ont pas su lui apporter les conseils et l'appui psychologique et émotif qu'elle aurait voulu recevoir lors des difficultés d'allaitement.

C'est à ce moment-là que je necessitais beaucoup d'appui car je me sentais seule et épuisée. L'appel téléphonique qui m'avait été promis lorsque j'ai quitté l'hôpital aurait été apprécié mais je ne l'ai jamais reçu.

En plus de sa famille et de ses amies, elle a tenté de trouver des ressources dans la communauté afin de l'aider à surmonter ses

sentiments d'impuissance et de solitude. Le groupe la Lèche est celui qui a pu répondre le plus à ses besoins¹.

Ce groupe m'a permis de discuter de mon expérience d'allaitement et de voir que je n'étais pas seule à vivre des difficultés. De plus, quelques suggestions des autres mères m'ont été très utiles. J'ai allaité Nicholas jusqu'à l'âge de huit mois et nous avons tous deux bénéficié de cette expérience. C'est grâce à ce groupe, à mon époux, à ma famille et à mes amies, que j'ai pu surmonter une période très difficile de ma vie. Je ne sais pas comment une jeune mère seule, sans appui, ne recevant qu'un suivi médical pourrait s'en sortir autrement.

Conclusion

Les témoignages de Sylvie et de Christine démontrent clairement les différences d'approches entre le système médical et les sages-femmes. Le témoignage de Sylvie met en évidence l'absence d'une relation égalitaire entre un médecin et sa patiente. Même si la médecine a su répondre à ses besoins physiques, elle n'a pas pu lui donner l'appui émotif et psychologique nécessaires lors de cet événement important de sa vie. L'expérience de Christine, cependant, illustre très bien le partenariat qui s'établit entre les sages-femmes et leurs clientes au cours de la grossesse. Christine sentait vraiment qu'elle était partenaire à part entière dans les soins qui lui étaient prodigués. Grâce à l'approche humaniste et holistique des sages-femmes, les inquiétudes et les difficultés qui peuvent survenir lors de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont minimisées.

Peu importe l'approche, celle des sages-femmes ou de la médecine, il est important qu'une femme prenne le temps de bien s'informer pour ce qui est des soins de maternité qui lui sont disponibles. Il faut qu'elle se sente à l'aise, comprise et respectée par ses pourvoyeurs de soins et il ne faut surtout pas qu'elle se laisse intimider et qu'elle se fasse imposer des pratiques ou des idées qui contredisent ses croyances et ses besoins.

Bibliographie

- BRAZELTON, T.B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, London, Heinemann
- BAKER, M. (1989). *Les sages-femmes: un nouveau statut*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Services de recherche.
- CLARK, K.M. et M. WYLIE (1986). *Midwifery: A CNO Policy Background Paper*, Toronto, College of Nurses.
- KLAUS, M.H. et J.H. KENNEL (1976). *Maternal Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development*, St.Louis, Mosby.
- LADEWIG, P.W., M. L. LONDON et S.B. OLDS (1990). *Soins infirmiers: maternité et néonatalogie*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- LEBOYER, F. (1990). *Birth Without Violence*, New York, Ballantine.
- PRATIQUE COMMUNAUTAIRE DE SAGE-FEMME (sans date). Dépliant et documentation de la pratique communautaire de sage-femme de Sudbury.
- POUVREAU-ROMILLY, O.Y. (1991). *L'événement de la naissance: tâches et présence actuelles de la sage-femme*, Toulouse, Érés.
- TASK FORCE ON THE IMPLEMENTATION OF MIDWIFERY IN ONTARIO (1988). *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario 1987*, Toronto, Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario.
- TOWLER, J. et J. BRAMALL (1986). *Midwives in History and Society*, Sydney, Croom Helm Ltd.

Note

1. Lors de rencontres informelles ou d'appels téléphoniques, les responsables du groupe la Lèche (des mères qui ont déjà allaitées) renseignent et encouragent les femmes qui veulent allaiter. Ces renseignements comprennent les composantes physiques et psychologiques de l'allaitement.