

mZINE

LE BULLETIN D'INFORMATION DU GROUPE MAMAN

DOSSIER SPÉCIAL

Dénoncer le racisme et les discriminations en périnatalité

NOUVELLES DES RÉGIONS

Situation des services de sage-femme à travers le Québec

ENTREVUE ET TÉMOIGNAGE

Impact de la pandémie sur la santé mentale des nouveaux parents



Promouvoir et soutenir l'allaitement

sur l'île de Montréal

- SOUTIEN PERSONNALISÉ PAR UNE MARRAINE D'ALLAITEMENT
- HALTES-ALLAITEMENT • PRÉPARATION À L'ALLAITEMENT
- CONSULTANTES EN LACTATION • LOCATION DE TIRE-LAIT
- ROUTE DU LAIT • GUIDE DES RESSOURCES EN ALLAITEMENT
- FORMATION GRATUITE POUR DEVENIR BÉNÉVOLE



Nourri-Source
MONTRÉAL

nourrisourcemontréal.org
info@nourrisourcemontréal.org
514.948.5160

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LA FEMME *enclinte*

4 BONNES RAISONS DE BOUGER DURANT LA GROSSESSE

- Atténuer les risques de dépression postpartum
- Moins de risques de complications à l'accouchement
- Atténuer les douleurs
- Bien-être psychologique

IL EST RECOMMANDÉ DE FAIRE **150 MINUTES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR SEMAINE** À INTENSITÉ MODÉRÉE.

PAS ENCORE ACTIVE?

Commencez graduellement!



MUSCULATION 2 X PAR SEMAINE

Vous pouvez débiter à travailler les muscles du plancher pelvien.



CARDIO 3 X PAR SEMAINE (minimum)

Visez un léger essoufflement, tout en pouvant maintenir une conversation.



FAITES ATTENTION

- Aux grandes chaleurs
- À l'altitude
- Aux sports pouvant causer des chutes
- À une intensité trop élevée.

Les cours prénataux et postnataux offerts par B&P

TRX bédaine • Yoga prénatal • Ballon Bédaine™ • Gainage bédaine • Premiers Pas de Maman™ • Gainage abdominal • Entraînement Mix • TRX maman • Yoga maman • et plus encore.

Source: Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse, 2019.
<https://csepguidelines.ca>

BouGeotte & Placotine
bougeotteetplacotine.ca

Éditorial

M pour... mouvement

Geneviève Bouchard, présidente du Groupe MAMAN

Mon enfant AFAN¹, la plus petite, a trois ans et des poussières. Elle est née en même temps que le dernier MAMANzine, en 2018. Et quand je dis « en même temps », ce n'est pas une figure de style. J'ai littéralement géré l'impression du zine de la chambre d'hôpital! À l'époque, j'avais trouvé cette double naissance assez ironique : publier un zine traitant de violence obstétricale alors que je perdais mon suivi sage-femme et faisais la douloureuse expérience d'un accouchement surmédicalisé pour cause de « protocoles ».

Aujourd'hui, quand je vois l'énergie qui anime mon enfant et l'impact profond qu'a eu son arrivée sur mon parcours de militance, je constate à quel point nos expériences et nos récits tissent la trame de ce que nous sommes, de ce qui nous anime et des luttes que nous menons.

De la même façon, le Groupe MAMAN a connu une grande (re)naissance en 2020. Après une gestation longue de 25 années de combat social et d'engagement bénévole, notre organisme a reçu un premier financement à la mission du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS). Un financement récurrent, nous donnant finalement les moyens de réaliser nos ambitions, et de matérialiser celles de nos prédécesseur-e-s.

Comme avec tout nouveau-né, les premiers mois ont été ardues. Le conseil d'administration a eu la charge titanesque de mettre en place une structure nous permettant d'accueillir la première équipe de travail salariée de l'histoire du Groupe MAMAN. Nous avons parallèlement amorcé un exercice de planification stratégique afin de mieux cibler nos orientations. Puis, comme si nous manquions de défis à relever, la COVID s'est invitée dans nos vies en bousculant tout sur son passage. La force naît de l'adversité, dit-on. La pandémie a révélé au grand jour à quel point les droits des personnes qui accouchent sont fragiles et susceptibles d'être bafoués. Les témoignages empreints de détresse des personnes qui ont accouché pendant cette période, masquées, privées de l'accompagnement d'un tiers significatif, interdites d'accouchement à domicile, nous a donné l'impulsion de nous ancrer profondément dans notre mission, et de (re)définir nos champs d'action.

1 Assignée fille à la naissance.

GROUPE
m a m a n

Mouvement pour l'autonomie
dans la maternité et pour
l'accouchement naturel

Ce qui nous mène

Ce qui a retenu encore plus notre attention, dans ce maelstrom d'informations, de chiffres et de mesures sanitaires, ce sont les récits des personnes dont le vécu est encore trop peu raconté. L'expérience du parcours périnatal et de l'accouchement de personnes racisées, autochtones, LGBTQ+, trans ou non binaires, sans statut, ou présentant des différences physiques. L'ampleur des oppressions systémiques qui invalident des milliers de femmes et de personnes qui accouchent, en raison de l'ignorance, du racisme, du colonialisme, du patriarcat et du capitalisme.

C'est avec humilité et ouverture que nous nous sommes posés ces questions cruciales pour la suite de notre histoire : notre mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel est-il un mouvement inclusif? Son discours, porteur au moment de sa fondation il y a 25 ans, est-il toujours d'actualité et en phase avec les mouvements sociaux actuels? Et finalement, le mot MAMAN, résonnant pour la plupart dans la bouche de nos enfants, est-il approprié lorsque vient le temps de défendre les droits des personnes qui accouchent et qui luttent au quotidien pour l'égalité et la dignité?

Porté-e-s par ces questionnements et ce désir d'inclusivité, dans un esprit de dialogue avec les militant-e-s, nous avons décidé de marquer le coup de cette année zéro. Pour son édition 2021, le MAMANzine change de peau et se fédère autour d'une seule lettre, le M. Cette lettre de transition représente ce qui nous porte collectivement vers la pleine reconnaissance de notre autonomie lors de l'accouchement : notre Mission, notre Mouvement.

Fort-e-s de nos connaissances, de notre vécu et du savoir des militant-e-s pionnier-ère-s qui ont pavé la voie, nous sommes prêt-e-s à entamer un nouveau chapitre du Groupe MAMAN. Un chapitre dans lequel, nous l'espérons, chaque personne désirant la reconnaissance de son autonomie et le respect de ses choix dans son parcours périnatal se sentira vue, entendue et reconnue. Un chapitre dans lequel nous saurons rallier nos luttes, unir nos voix, relier nos expériences et instaurer un véritable changement de paradigme dans la culture de l'enfantement au Québec. ■



Sigles

Malgré notre bonne volonté, il se peut que certains articles contiennent des sigles sans le nom complet qu'ils désignent. Voici les principaux sigles utilisés dans le domaine de la périnatalité et leur signification.

AAD	Accouchement à domicile	GM	Groupe MAMAN
ANA	Accouchement non assisté	MdN	Maison de naissance
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
CLSC	Centre local de services communautaires	SF	Sage-femme
CRP	Centre de ressources périnatales	SSF	Services de sage-femme
		VOG	Violences obstétricales et gynécologiques

Crédits

Comité de suivi

Julie Aubin
Sara Frattolillo
Roxanne Lorrain

Coordination

Sara Frattolillo

Soutien à la coordination

Geneviève Bouchard
Wennita Charron
Yasmine Kahlaoui
Sarah Landry

Révision éditoriale

Marie-Lou Bartish
Roxanne Breton
Dominique Dubé
Sara Frattolillo
Yasmine Kahlaoui
Sarah Landry
Roxanne Lorrain
Marie Phaneuf-Fournier
Marie-Ève Rivet

Révision linguistique

Français
www.contenumultimedia.com
Espagnol
www.scriptis.com

Correction d'épreuves

www.contenumultimedia.com

Illustration de la page couverture

Niti Marcelle Mueth
www.nitimueth.com

Graphisme et mise en page

Laurence Pilon
www.pilondesign.com

Impression

Deschamps Impression
www.deschampsimp.com



Ce zine est réalisé grâce au soutien financier du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale reçu dans le cadre du programme du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS).

AVIS

Le *MZine* offre un espace d'expression aux divers groupes et individus concernés par la périnatalité, qui considèrent l'ensemble des phénomènes de la procréation comme des processus naturels et des expériences appartenant aux femmes et personnes enceintes, ainsi qu'aux familles. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Groupe MAMAN, mais nous croyons qu'elles contribuent à la réflexion collective que nous encourageons sur les enjeux liés à la périnatalité.

Veillez noter qu'il est strictement interdit de reproduire, en tout ou en partie, le contenu de cette publication sans l'autorisation écrite du Groupe MAMAN.

Pour devenir membre du Groupe MAMAN, visitez le www.groupepaman.org/adhesion.

GROUPE MAMAN

📍 2555, rue Holt, bureau 147
Montréal (Québec) H1Y 1N4
☎️ 514 303-1301

✉️ info@groupepaman.org
🌐 www.groupepaman.org
📘 www.facebook.com/groupepaman

Table des matières

M pour... mouvement [PAR GENEVIÈVE BOUCHARD](#) 3

Le Groupe MAMAN, en bref! [PAR SARAH LANDRY ET ROXANNE LORRAIN](#) 6

Présentation du *MZine* 2021 [PAR SARA FRATTOLILLO](#) 8

La bienveillance tel un acte de militantisme [PAR DOMINIQUE DOMINIQUE](#) 11

Ce petit malaise [PAR YASMINE KAHLAOUI](#) 13

Enjeux d'exclusions, de diversité et de *bullying* en pratique sage-femme : pourquoi le manque de diversité en pratique sage-femme a un lien direct sur la qualité des soins et la pénurie professionnelle [PAR HÉLÈNE SAINT-JACQUES](#) 14

« Est-ce que tu veux que ton bébé meure? » Faire un enfant quand on est gros : la stigmatisation par le poids (grossophobie) dans les soins reproductifs [PAR ARIANE AUDET](#) 17

L'histoire qui nous accompagne [PAR MARIE-LOU BARTISH](#) 21

Une histoire de femme, de cœur et de confiance
[RÉCIT DE MATERNITÉ DE MARIELLE M'BANGHA PAR ANNE-MARIE GARGANO ET SARAH MAGNAN](#) 25

Naissance libre familiale : récit d'un AVA2C non assisté en pandémie [PAR AUDREY CLAVET](#) 26

Redécouvrir sa culture, ses droits et son art à travers la maternité
[ENTREVUE AVEC CATHERINE BOIVIN PAR SARA FRATTOLILLO](#) 28

Fierté d'un sinueux AVAC [PAR EMILIE](#) 30

Charte des droits pour l'enfantement respecté : vos droits même en temps de pandémie 34

Storm's Birth Story [PAR MELISSA BALES](#) 36

Accompagner les personnes enceintes sans couverture médicale
[ENTREVUE AVEC MYRIAM KASZAP PAR SARA FRATTOLILLO ET SARAH LANDRY](#) 39

La Maison Bleue, un port d'attache rassurant pour les familles en situation de vulnérabilité [PAR GENEVIÈVE BOUCHARD ET SARA FRATTOLILLO](#) 42

Mon enfantement à crédit [PAR CINDY PÉTRIEUX](#) 43

Maternar desde la exclusión [PAR ROSALINDA HIDALGO](#) 46

Avec qui voulons-nous et pouvons-nous accoucher en 2021?
[PAR JACINTHE BÉDARD MARLEAU POUR LE GROUPE DES 100 \(SANS\) VOIX](#) 49

Maternité, chômage et discrimination [PAR KIM BOUCHARD](#) 53

Le Regroupement Les Sages-Femmes du Québec : une association professionnelle au cœur des enjeux de la discrimination basée sur le genre et du développement d'une profession à reconnaître [PAR JOSYANE GIROUX](#) 55

Naître comme sage-femme : n'être qu'étudiant-e
[PAR NOÉMIE GAGNON ET AURÉLIE SAMOISSETTE](#) 57

Suggestions d'écoutes et de lectures 59

Slam [DE MARIE-PIER LANDRY](#) 60

La santé mentale des parents en temps de pandémie
[ENTREVUE AVEC DRE LORY ZEPHYR PAR SARA FRATTOLILLO](#) 61

Ma grossesse et mon accouchement chamboulés par une pandémie [PAR LÉNA SERRE](#) 64

La pandémie des doulas [PAR ANNICK BOURBONNAIS ET ALICE RIVARD](#) 66

Nouvelles des régions

Montréal – Côte-des-Neiges
[PAR SARAH LANDRY](#) 7

Montréal – Pointe-Claire
[PAR CAROLINE](#) 9

Côte-Nord
[PAR JULIE ROUSSEAU, JULIE MURRAY ET SARA FRATTOLILLO](#) 10

Montérégie
[PAR KIM COUTURE](#) 10

Montréal – Nord-de-l'Île
[PAR MARIE-PIER CONNOLLY ET WENNITA CHARRON](#) 16

Saguenay– Lac-Saint-Jean
[PAR AUDREY CLAVET](#) 19

Montréal – Jeanne-Mance
[PAR MORGANE ZAGALA](#) 20

Montréal – Est-de-l'Île
[PAR GENEVIÈVE ANTONIUS-BOILEAU](#) 22

Lanaudière [PAR GENEVIÈVE LAROCQUE](#) 23

Estrie
[PAR JULIE DUCHARME ET JOANIE LACERTE](#) 29

Montréal – Pointe-Saint-Charles
[PAR YASMINE KAHLAOUI](#) 31

Abitibi-Témiscamingue
[PAR SOPHIE RICHARD-FERDERBER](#) 33

Gaspésie [PAR MARIE-JOSÉE RACINE](#) 42

Hautes-Laurentides
[PAR ALISON ST-CYR NADEAU](#) 45

Bas-Saint-Laurent
[PAR MICHELLE ROY](#) 50

Laval [PAR LYSANE GRÉGOIRE](#) 63

Îles-de-la-Madeleine
[PAR JAN KELLY](#) 65

Illustration par Ode Voineau, graphiste



Illustration par Catherine Boivin



Crédit photo: Melissa Bales



Le Groupe MAMAN, en bref!

Présentation de l'organisme

Sarah Landry et Roxanne Lorrain
co-coordonnatrices du Groupe MAMAN

Mission

Le Groupe MAMAN, Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel, est un organisme féministe national qui défend les droits et la dignité des femmes et des personnes au moment de la grossesse et de la naissance. La mise en action de la mission se fait grâce à quatre types d'interventions : l'éducation populaire autonome, la mobilisation sociale, la représentation et l'action politique non partisane.

Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Informer et sensibiliser la population et les femmes en particulier afin de les amener à être pleinement autonomes, donc en mesure de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur vécu pré, per et postnatal;
- Défendre l'accès à des services périnataux publics de qualité, universels et gratuits, culturellement adaptés et répondant aux besoins des femmes, incluant des environnements favorables à l'allaitement;
- Favoriser la réflexion, la concertation et l'échange entre les groupes citoyens et entre les comités de personnes usagères des différents services en périnatalité.

Historique

Fondé par des femmes ayant participé aux projets pilotes des maisons de naissance, le Groupe MAMAN est actif depuis 25 ans. Ces femmes et ces familles pionnières ont voulu transformer la culture contemporaine de l'accouchement en vue d'atteindre un plus grand respect des droits et de l'intégrité corporelle. À cette époque, et aujourd'hui encore, le Groupe MAMAN faisait le constat que les femmes et les personnes qui accouchent étaient trop souvent dirigées vers le système médical sans connaître leurs choix ni leurs droits, trop souvent victimes de pratiques invasives, voire abusives, de la part des instances médicales, avec comme résultat une violation fréquente de leurs droits fondamentaux.

Enracinement

Comptant près de 150 membres individuel-le-s et déployant un réseau de représentant-e-s régionaux-le-s partout au Québec, le Groupe MAMAN est véritablement enraciné dans sa communauté. Il est également important de souligner que le Groupe MAMAN est un organisme qui représente majoritairement, mais non exclusivement, les personnes usagères des services de sage-femme ainsi que les personnes souhaitant que l'autonomie dans l'enfantement soit reconnue comme un droit fondamental. Cette représentation se fait auprès des instances politiques régionales et nationales, et de nos partenaires partout au Québec.

Notre mission d'organisme de défense collective des droits en 2020-2021

Après l'obtention d'un financement à la mission à l'hiver 2020, le Groupe MAMAN œuvre officiellement en défense collective des droits des personnes pendant la période périnatale. Les axes d'intervention de la défense collective des droits sont l'éducation

populaire du public, la mobilisation, la représentation politique et l'action politique non partisane.

L'éducation et la sensibilisation au Groupe MAMAN se font notamment par l'organisation de soirées témoignages sur l'enfantement et la publication du zine que vous avez entre les mains. La mise sur pied avec nos partenaires du site accoucherenpandemie.ca est aussi une initiative ponctuelle répondant aux besoins en temps de COVID-19. Deux publications importantes sont toujours vendues aux Éditions du remue-ménage : *Au cœur de la naissance* et *Près du cœur*.

La mobilisation prend différentes formes : mobilisation des groupes de parents impliqués dans les services de sage-femme, mobilisation des groupes citoyens qui revendiquent des services de sage-femme et autres mobilisations pour les droits périnataux. Cette année, il y a eu des mobilisations concernant les droits pendant la pandémie (la présence des conjoint-e-s aux accouchements, la présence des doulas, les défis des accouchements à domicile, les directives sur le port du masque par les personnes pendant l'accouchement, etc.). Un questionnaire en ligne permet aux personnes de partager avec nous la réalité de leur enfantement durant la pandémie et de dénoncer des situations.

La représentation politique et l'action politique non partisane sont liées à nos principaux dossiers : la pratique sage-femme et la périnatalité en temps de pandémie. Un rapport dressant un portrait et un état de la situation des groupes de parents au Québec (voir ci-dessous) a été publié en août 2020 et diffusé au cours de l'année. Un rapport préliminaire de la première vague de COVID-19 et ses impacts sur les droits en périnatalité a été rédigé de concert avec nos partenaires : le Regroupement Naissances Respectées et l'Association québécoise des doulas (AQAN/AQD/QAD).

Planification stratégique

Une planification stratégique sera présentée à l'assemblée générale du mois de novembre prochain et permettra aux membres d'adopter les grandes orientations des trois prochaines années! Ce sera une occasion de mettre en commun notre vision du futur.

Visitez le www.groupemaman.org pour devenir membre ou vous abonner à notre infolettre!

Portrait et état de la situation des groupes citoyens revendiquant des services de sage-femme et des groupes de parents dans les maisons de naissance au Québec

Un rapport final a été produit et déposé au CA du Groupe MAMAN à la fin de l'été 2020. Les objectifs de ce travail étaient de reprendre contact avec les groupes afin de sonder leurs besoins, de relever les difficultés qu'ils rencontrent et de connaître leur structure opérationnelle. Nous souhaitons aussi les accompagner dans les importants défis qu'ils traversent ainsi que colliger les données pour déterminer les outils que le Groupe MAMAN pourrait concevoir dans le futur et le type d'accompagnement requis par ces groupes.

Nous avons réalisé une tournée téléphonique des groupes ainsi que l'envoi d'un questionnaire pour préciser la collecte de données. La grande majorité des groupes ont été joints dans presque toutes les régions du Québec.

Les incontournables du rapport

PORTRAIT GÉNÉRAL DES GROUPES

- Environ 40 % des groupes étaient actifs avant la pandémie, alors qu'un peu plus de 50 % étaient plutôt semi-actifs, c'est-à-dire que les personnes rencontraient des défis de mobilisation et d'organisation rendant impossible la réalisation de toutes les activités souhaitées.
- La majorité des groupes font de l'animation sociale et certains font de l'action sociale. La vie associative était active dans un seul groupe.
- Les groupes citoyens revendiquant des services de sage-femme étaient à toutes les étapes de développement des projets, mais nous sommes à un moment où plusieurs projets sont près d'être réalisés.

DÉFIS LES PLUS FRÉQUENTS

- La mobilisation des personnes et des familles, et la pérennité des groupes constituent les principaux défis.
- Le manque de soutien ou de collaboration constante avec le service de sage-femme et l'absence de ressources humaines est un défi de taille.
- Les défis de rayonnement et le manque de ressources financières sont très présents.

LES LEVIERS D'ACTION

- La consultation des groupes quant à la satisfaction des services est un levier d'action important. La consultation globale pour les grandes décisions ou orientations en lien avec les suivis et les services constitue un levier incontournable, pourtant peu utilisé.
- Établir des liens avec des allié-e-s à l'échelle régionale ou interrégionale est souvent favorable.
- L'engagement des personnes (sages-femmes, aides natales, responsables des services de sage-femme) auprès des groupes et leur autonomie sont aussi des leviers importants.

CONCLUSIONS

- Les besoins en outils et en accompagnement sont variés et multiples. Dans le cadre de sa planification stratégique, le Groupe MAMAN aurait un grand avantage à s'investir dans la réponse aux besoins des groupes, conformément à sa mission d'éducation, de mobilisation et de représentation politique. Les défis rencontrés par les personnes usagères des services de sage-femme ont aussi des échos dans le reste du système de santé et constituent des leviers d'autonomisation des personnes dans leur expérience périnatale. ■

MONTRÉAL - CÔTE-DES-NEIGES

Familles des neiges : le comité de parents de la maison de naissance Côte-des-Neiges est à la recherche d'une relève!

Sarah Landry, maman suivie en 2014-2015 et 2017-2018 et impliquée activement pendant 4 ans au comité Familles des neiges, maintenant co-coordonnatrice du Groupe MAMAN

Redémarrage du comité en 2014 et vitesse de croisière

En 2014, le comité de parents a redémarré ses activités et est vite devenu très dynamique : organisation de causeries à la maison de naissance, de pique-niques, de fêtes de Noël, etc. Plusieurs femmes très mobilisées, avec le soutien d'une sage-femme, ont rendu cela possible!

Belle réussite : la réflexion collective sur des sujets touchant les services de sage-femme

L'année 2017-2018 a été une belle année où toutes les activités courantes ont eu lieu. Au cours de l'année 2018-2019, nous avons mis sur pied un comité « Familles partenaires », inspiré des espaces « patients partenaires ». C'est un espace de consultation des personnes usagères instauré dans les établissements de santé et qui vise à faire participer les patient-e-s dans certaines décisions. Le processus d'agrément du CIUSSS exige des départements qu'ils mettent en place des mécanismes de consultation, et c'est ce qui a inspiré le comité à créer ces rencontres à la maison de naissance. Différents thèmes ont été abordés dans le cadre du projet *Familles partenaires*: les demandes d'AVAC à domicile, la réalité des transferts, les réalités vécues par l'équipe dans les suivis auprès des personnes de plus de 40 ans, etc. Nous avons aussi reçu l'évaluation des services pour l'année précédente et discuté des enjeux soulevés, dont la continuité relationnelle ou des manières de s'adapter aux changements dans l'équipe. Ces rencontres furent porteuses de sens pour les participant-e-s, pour la responsable des services de sage-femme qui les organisait et, plus largement, pour l'équipe.

Plusieurs activités courantes ont été maintenues en 2018-2019, mais non sans défis. Certains parents étaient de retour au travail et, malgré les efforts importants pour transitionner, recruter, faire une passation adéquate, un certain essoufflement a commencé à se faire ressentir.

Nouvel essoufflement

À partir de l'automne 2019, le comité a eu de la difficulté à maintenir ses activités habituelles. Quelques rencontres du comité *Familles partenaires* ont eu lieu, mais il n'y avait plus assez de personnes impliquées pour assurer les activités. La pandémie qui a frappé en 2020 est arrivée à un moment où il n'y avait plus de comité actif.

En août 2020, nous avons tenté de relancer le comité. Les sages-femmes ont trouvé, à notre demande, des personnes intéressées. Quelques rencontres de coordination ont eu lieu, des causeries virtuelles ont été organisées à l'automne et quelques rencontres du comité *Familles partenaires* se sont tenues avec la présence de la responsable des services de sage-femme ou une autre sage-femme attirée. Nous avons notamment pu discuter des sondages d'appréciation des deux dernières années et des défis liés à la pandémie.

Mais ce ne fut pas suffisant pour recréer un mouvement : le défi de ne pas pouvoir organiser nos activités sur place, à la maison de naissance, en raison de la pandémie n'a pas aidé! Pour une relance efficace, il faudrait aujourd'hui rebâtir les outils de communication, créer une cohorte intéressée, mobiliser des bénévoles, etc. Nous souhaitons pouvoir le faire lorsque la maison de naissance redeviendra un milieu de vie pour les parents.

Relancer le comité

Vous êtes suivi-e à la maison de naissance de Côte-des-Neiges et souhaitez contribuer à relancer le groupe? Vous voulez en savoir plus? Écrivez-nous à famillesdesneiges.cdn@gmail.com et consultez la page Facebook: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100010753951969>. Au plaisir de vous compter parmi nous!

Présentation du MZine 2021

Sara Frattolillo

coordonnatrice du MZine 2021

Dossier spécial : Dénoncer le racisme et les discriminations en périnatalité

Le dossier spécial du MZine 2021 se penche sur la discrimination² dont les femmes et les personnes sont victimes lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale. À la suite du sondage mené en mars 2021 auprès de la communauté du Groupe MAMAN, il a été jugé prioritaire de mener une réflexion sur les enjeux de discrimination, et notamment de racisme, dans cette édition du zine.

Qu'elle soit basée sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'origine ethnique, la couleur de peau, la religion, la langue, la scolarité, le métier, la classe sociale, le poids ou la présence d'un handicap, la discrimination nuit au respect des droits fondamentaux des êtres humains. De surcroît, les femmes et les personnes enceintes vivent une période de grande vulnérabilité, où elles sont

particulièrement susceptibles de subir des pratiques abusives ou de vivre des traumatismes.

Les articles de ce zine proposeront donc des pistes de réflexion et de solution aux enjeux de discrimination qui se manifestent dans la sphère périnatale.

L'article *La bienveillance tel un acte de militantisme* (p. 11, Dominique Dominique) présente le concept de violence systémique dont sont victimes les groupes marginalisés et explique la notion de biais cognitif inconscient. L'article suivant (p. 14, Hélène Saint-Jacques) met en relief les enjeux de racisme, d'homophobie et d'hétérosexisme, de capacitisme et de violence horizontale en pratique sage-femme et explique pourquoi le manque de diversité dans la profession a un lien direct sur la qualité des soins et la pénurie professionnelle. L'article d'Ariane Audet à la page 17 expose comment la grossophobie en soins reproductifs pathologise, stigmatise et traumatise les personnes considérées comme grosses. Puis, l'article intitulé *L'histoire qui nous accompagne* (p. 21, Marie-Lou Bartish) démontre comment une approche de soins sensibles aux traumatismes (*trauma-informed care*)

2 Selon la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec, « discriminer, c'est traiter une personne différemment en raison de ses caractéristiques personnelles et l'empêcher d'exercer ses droits. Traiter une personne différemment, c'est la distinguer, l'exclure ou la préférer en raison de ses caractéristiques personnelles. »

De l'amour en boîte pour les FUTURES ET NOUVELLES MAMANS

Tisanes adaptées par trimestre - Boîtes thématiques - Soins corporels restaurateurs



Des solutions concrètes et 100 % naturelles adaptées aux besoins des futures et nouvelles mamans.



Des soins restaurateurs, doux et pratiques créés par une Doula postnatale.



QUATRET.CA



peut faire une différence positive sur l'expérience des femmes et des personnes pendant la période périnatale. Les témoignages de Yasmine (p. 13) et Marielle (p. 25) racontent le racisme qu'elles ont subi lors de leurs parcours périnataux et réitérent l'importance d'une approche de soins sensible aux traumatismes, notamment dans les cas de deuil périnatal.

Nous rencontrons ensuite Catherine Boivin (p. 28), une artiste atikamekw, qui nous raconte comment la grossesse a été une occasion pour elle de prendre conscience de ses droits – tant comme personne autochtone que comme femme – et de se réapproprier sa culture. Puis, aux pages 34 et 35, nous reprenons la Charte des droits pour l'enfantement respecté, un important rappel de vos droits, même en temps de pandémie. Dans cette section, des témoignages d'enfantements respectés (p. 26, Audrey, p. 30 Émilie, et p. 36 Melissa, en anglais) nous rappellent à quel point l'accouchement peut être une expérience gratifiante et satisfaisante, quand la personne qui donne naissance est entourée de bienveillance et de respect.

Un sous-dossier (p. 39 à 51) suit et porte sur les discriminations subies par les personnes à statut précaire. Deux témoignages (Cindy et Rosalinda, en espagnol), ainsi qu'une entrevue avec Myriam Kaszap, infirmière chez Médecins du Monde, et un article à propos de la Maison Bleue, nous permettent de comprendre l'ampleur des difficultés vécues par les personnes enceintes résidant au Québec, mais sans accès à une couverture médicale. Un article par le Groupe des 100 (sans) voix clôture cette section en exposant la situation de France Dufort, une sage-femme formée aux États-Unis, sans droit de pratique au Québec, poursuivie après avoir accompagné une femme enceinte migrante. L'article expose les répercussions que cette poursuite a eues sur le droit de choisir la personne qui nous accompagne lors de la grossesse et de l'accouchement, et sur la notion d'actes réservés en périnatalité.

D'autres articles témoignent des discriminations économiques subies par les femmes, notamment l'exclusion des mères à une pleine protection en cas de chômage à la suite d'un congé de maternité (p. 53, Kim Bouchard). Les réalités d'emploi et d'études

discriminatoires vécues par les sages-femmes (p. 55, Josyane Giroux) et les étudiant-e-s sages-femmes (p. 57, Noémie Gagnon et Aurélie Samoïsette) sont également mises en lumière.

On clôt le dossier spécial avec une liste de recommandations de lectures et d'écoutes (p. 59) et un slam de Marie-Pier Landry (p. 60).

Accoucher en pandémie

Impossible de passer sous silence dans cette édition du zine la pandémie qui a chamboulé nos vies en 2020 et 2021. Grâce à une rencontre avec D^{re} Lory Zephyr, psychologue, nous mesurons les impacts de la pandémie sur la santé mentale des nouveaux parents du Québec (p. 61). Une mère témoigne également de son expérience de grossesse et d'accouchement (p. 64, Léna) en pleine crise sanitaire. Finalement, l'article *La pandémie des doulas* (p. 66, Annick Bourbonnais et Alice Rivard) se penche sur le traitement réservé aux doulas pendant la pandémie alors que l'accès aux lieux de naissance leur était refusé.

Nouvelles des régions

À travers les pages du zine, vous trouverez également des nouvelles des groupes citoyens revendiquant l'accès à des services de sage-femme, ainsi que les dernières nouvelles des groupes de parents des maisons de naissance du Québec.

Remerciements

Au nom du Groupe MAMAN, je tiens à remercier sincèrement les autrices et auteurs, les personnes interviewées, les personnes en soutien à la coordination et à la révision des textes, et toutes celles impliquées de près ou de loin dans la réalisation du *MZine* 2021. Sans votre généreuse contribution, cette édition du zine n'aurait pas été possible.

Merci mille fois et bonne lecture! ■

MONTRÉAL – POINTE-CLAIRE

Des nouvelles du comité Sages-parents de la MDN du Lac-Saint-Louis – West Island Birthing Home

Caroline, pour le comité Sages-parents

Le comité Sages-parents a vu le jour en 2016, à la demande des sages-femmes de la Maison de naissance (MDN) du Lac-Saint-Louis (Pointe-Claire). Prêtes à démarrer ce comité, six mamans bénévoles ont répondu à l'appel. Dans un premier temps, elles ont travaillé sur le guide pour les parents de la MDN, organisé des levées de fonds, telles que la vente de cache-couches portant la mention « Né·e avec une sage-femme », d'autocollants de voiture (*bumper stickers*) et de bracelets, ainsi que des ventes-débarras pour tous les besoins de la MDN et des sages-femmes. Grâce aux fonds amassés, les sages-femmes ont pu se procurer une machine à café haut de gamme pour leurs longues nuits de garde et pour les personnes qui accouchent à la MDN.

Ensuite, le comité Sages-parents s'est attaqué à l'image de la MDN sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et YouTube) en publiant des témoignages, des photos et des vidéos. De plus, il s'occupe des activités de rassemblement des personnes usagères, telles que le pique-nique annuel et les conférences éducatives virtuelles et en personne (avant la pandémie). Depuis l'été 2020, la MDN se prépare pour des rénovations majeures. Le comité a notamment été consulté quant au choix des couleurs et des matériaux, ainsi qu'à l'emplacement des chambres. Les membres du comité Sages-parents sont également responsables de la révision et de la compilation des résultats des questionnaires de satisfaction des personnes usagères de la MDN, afin de soumettre des suggestions et des commentaires à l'assemblée générale annuelle.

Depuis 2019, le comité poursuit sa mission grâce à deux bénévoles qui travaillent avec le dévouement d'une centaine! Le comité Sages-parents reste ouvert aux nouveaux parents qui désirent partager leurs talents et connaissances pour aider la MDN. En raison de la pandémie, les tâches du comité sont moins nombreuses, mais Sages-parents continue de soutenir les merveilleuses sages-femmes de la MDN du Lac-Saint-Louis.

CÔTE-NORD

Donner naissance en région éloignée : tout un casse-tête!

Julie Rousseau, directrice et doula, À la source Sept-Îles
Julie Murray, intervenante en périnatalité
Sara Frattolillo, coordonnatrice du *MZine*

Territoire immense, stress intense

À cause de l'immensité du territoire de la Côte-Nord, donner naissance dans cette région est une expérience complexe pour de nombreuses familles, empreinte de stress et de choix difficiles.

À l'heure actuelle, deux hôpitaux seulement assurent le service pour les personnes enceintes de la région, soit l'Hôpital de Sept-Îles et celui de Baie-Comeau. Bien qu'il y ait d'autres hôpitaux dans la région, à Havre-Saint-Pierre et à Blanc-Sablon, ceux-ci ne pratiquent pas d'accouchements.

Les personnes enceintes qui demeurent dans les secteurs est et nord de la Côte-Nord doivent donc se déplacer à Sept-Îles, à plusieurs heures de leur domicile, et ce, de deux à quatre semaines avant leur date prévue d'accouchement³. Les partenaires restent bien souvent derrière pour travailler, ou doivent prendre des congés supplémentaires – avec les conséquences financières que cela implique – pour espérer être présent·e·s à la naissance. Lorsque le couple a déjà des enfants, la logistique est encore plus complexe pour ces familles!

S'il y a des complications en cours de grossesse, les personnes enceintes sont alors transférées au Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec, parce que l'Hôpital de Sept-Îles n'est pas équipé pour accueillir les naissances prématurées. On parle alors d'un transport d'une durée de huit heures entre Québec et Sept-Îles! Si la personne enceinte est transférée en avion-ambulance, la personne qui l'accompagne doit quant à elle faire la route... C'est très long!

Selon la région où habite la famille, elle peut avoir droit à des remboursements de dépenses, notamment pour son hébergement et ses repas. Par contre, malgré la fusion du CISSS il y a plusieurs années, ces programmes de subventions n'ont pas été harmonisés et sont inéquitables. En effet, certaines familles ont droit à des remboursements complets, d'autres à des montants forfaitaires, généralement bien insuffisants. Dans certains cas aussi, les familles reçoivent une subvention seulement

jusqu'à la date prévue d'accouchement; les coûts d'hébergement et de repas à partir de la 40^e semaine de grossesse sont alors entièrement à leurs frais.

La contribution d'À la source Sept-Îles

À la source offre l'hébergement à très faible coût aux familles qui viennent à Sept-Îles dans l'attente d'une naissance. L'organisme communautaire accueille donc les parents, la fratrie et même la personne-ressource qui les accompagne, s'il y a lieu. Parmi les services offerts, on trouve également de l'accompagnement à la naissance et du soutien à l'allaitement.

Encore dans l'attente d'un service de sage-femme

Bien que la mobilisation ait débuté il y a plus de 10 ans, la Côte-Nord ne bénéficie toujours pas d'un service de sage-femme sur son territoire. Des avancées ont toutefois eu lieu au cours des dernières années. En effet, grâce à une alliance avec le Regroupement des femmes de la Côte-Nord, un organisme local de défense des droits, le ministère de la Santé et des Services sociaux a débloqué les fonds nécessaires pour l'embauche d'un·e chargé·e de projet en 2018. Par contre, le poste n'a toujours pas été pourvu à ce jour (juin 2021). Peu d'efforts ont été déployés pour bonifier l'offre d'emploi pour la rendre plus attrayante ou pour abaisser les exigences du poste dans le but de le rendre accessible à davantage de candidat·e·s. Depuis trois ans, les changements de personnes responsables au CISSS et la pandémie ont fait en sorte que le projet est encore une fois sur la glace.

À court terme, la priorité est de rendre accessible un service de sage-femme aux familles de la région. À plus long terme, l'objectif serait de convertir le bâtiment d'À la source pour en faire la première maison de naissance de la Côte-Nord, pour le plus grand bonheur des familles de la région!

3 Selon la région où la personne enceinte habite, on exige qu'elle se déplace à Sept-Îles à 36, 37 ou 38 semaines de grossesse.

MONTÉRÉGIE

Un pas de plus vers un meilleur accès à un suivi sage-femme en Montérégie!

Kim Couture, porte-parole du Mouvement Maisons de Naissance Montérégie (MNM)
 et représentante régionale du Groupe MAMAN

L'implication citoyenne est un marathon. En 2021, cela fera 15 ans que le MNM s'est formé.

La mobilisation des familles est encore nécessaire, puisque plusieurs d'entre elles n'ont toujours pas accès à un suivi sage-femme dans deux des trois secteurs de la Montérégie.

Mais cet accès tant souhaité est sur le point de se concrétiser! Nous sommes vraiment enthousiastes, puisqu'une responsable des services de sage-femme a été embauchée en Montérégie-Est et elle devrait entrer en fonction à l'été 2021. On sent la volonté des équipes du CISSS pour accélérer la cadence et offrir dans les prochains mois des suivis sage-femme et la possibilité d'accoucher en centre hospitalier ou à domicile. Toutefois, une future maison de naissance n'est pas encore dans les plans.

Le MNM sera interpellé pour faire partie du comité coordonnateur des services de sage-femme et nous accepterons avec grand plaisir. Nous y contribuerons en portant la place des parents dans cette future maison de naissance. Nous souhaitons que les parents qui le désirent puissent s'impliquer dans toutes les étapes de ce projet. Nous ferons valoir cette participation en nous appuyant sur le cadre d'implantation de la pratique sage-femme, produite par le ministère en 2015, où il est prévu que le CISSS organise « la participation des client·e·s et des familles, souvent représenté·e·s par des groupes citoyens mobilisés, à l'ensemble du processus afin de s'assurer que le projet réponde à leurs besoins. »

Surveillez la page Facebook du MNM, on tiendra la grande communauté au courant de tous les développements!



Illustration par Ode Voineau, graphiste

La bienveillance tel un acte de militantisme

Dominique Dominique (elle | she | her)
chargée de projet – Pédagogie et formation,
Regroupement Naissances Respectées (RNR)

Violence systémique est un terme chargé qui suscite l'indignation chez certain-e-s et constitue un sujet sensible pour d'autres. Qu'est-ce qu'il symbolise vraiment? Dans le contexte médical, le terme *systémique* est utilisé pour qualifier un trouble qui affecte la totalité de l'organisme, pas uniquement une partie du corps, mais l'ensemble des systèmes. La violence, quant à elle, représente l'utilisation de la force et du pouvoir, au niveau physique ou psychologique, pour contraindre, dominer, opprimer, détruire ou endommager.

Force est d'admettre qu'elle fait partie du système nerveux central de notre société depuis des lustres, cette violence. Bien des symboles de notre société ont été construits sur des bases de violence. Imposer l'intériorisation de la norme dominante aux groupes dominés est le souffle de vie de nos institutions. Paradoxalement, les groupes dominés vont eux aussi participer et contribuer inconsciemment à leur propre domination. Une fois le carrousel étourdissant de la violence déclenché, comment descendre?

Quelques exemples

Pensons au spéculum, cet outil gynécologique créé par celui qu'on nomme le père de la gynécologie, James Marion. Ce dernier a été érigé en héros alors qu'il séquestrait des femmes noires dans sa clinique privée aux États-Unis pour expérimenter et peaufiner sa création. On pourrait aussi mentionner les grossesses forcées ou les avortements obligés, la stérilisation des femmes autochtones au Canada, les cas de féminicides banalisés dans les médias, le trafic de femmes et bien d'autres atrocités qui marquent l'histoire de violences faites aux filles et aux femmes de notre civilisation dans un silence bouleversant.

Se pourrait-il qu'une forme de violence précurseuse à celles pour lesquelles on s'insurge soit invisible à l'œil nu? Une violence qu'on décide collectivement de légitimer et qui ouvre la porte à tout le reste? Et si nos biais cognitifs, insufflés dans nos institutions, contribuaient à maintenir cette violence vivante, à la perpétuer?



Les biais inconscients

Les biais inconscients sont présents chez tous les êtres humains. Il s'agit d'un fonctionnement cognitif développé au fil de nos expériences, de façon inconsciente, pour assurer notre survie et pour permettre l'identification des sources de dangers imminents. Un mécanisme de survie... lorsque notre survie était un enjeu. Or, le danger est une construction sociale; ce qui peut être perçu comme dangereux est souvent le reflet de la culture dominante, de l'éducation, de l'influence des médias, ou encore peut découler directement du patriarcat agrémenté d'une bonne dose de colonialisme. La peur de « l'autre » provoque l'exclusion de ce qui est perçu comme étant différent, l'exclusion repousse la bienveillance, et l'adversaire de la bienveillance, c'est la violence, aussi diluée soit-elle.

Pistes de réflexion

Alors, intervenant-e-s, accompagnant-e-s, professionnel-le-s de la santé, militant-e-s féministes, parents, ami-e-s, comment la violence systémique s'incruste-t-elle dans vos actions? Quels sont les biais que vous répandez dans le monde qui contribuent à mettre la table à des violences plus visibles? Il n'est plus question de percevoir si la violence est présente ou pas, c'est dorénavant le moment de comprendre de quelle façon nous contribuons tous à la maintenir active. Reconnaître l'influence du système qui maintient la violence vivante en soi-même est une opportunité de reprise de pouvoir, une occasion de porter un regard réflexif sur le monde,

un moyen pour laisser la bienveillance, tel un acte de militantisme, revendiquer la place qui lui revient.

Une formation à surveiller

Le Regroupement Naissances Respectées (RNR), soutenu par le Secrétariat à la condition féminine, élabore un projet innovateur : *Ensemble pour l'égalité et le respect en santé reproductive : outils d'informations sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG)*. Cette formation sur les VOG s'inscrira dans une vision décoloniale et anti-oppressive et sera offerte dès l'automne 2021. Ces formations auront pour mission de favoriser la réflexivité et l'agentivité des participant-e-s.

Ce projet s'insère dans une pratique féministe intersectionnelle qui prend en compte la complexité et la multiplicité des identités des personnes. Tous les participant-e-s auront l'occasion de comprendre les biais cognitifs dans un contexte de violence obstétricale et gynécologique, et pourront transposer ces connaissances pour faire émerger des réflexions sur leur pratique et/ou leurs expériences. L'invitation est donc lancée pour oser cocréer un monde plus bienveillant. ■



LE RCRPQ

Est un acteur de premier plan dans un Québec où toutes les familles ont accès à un continuum de services en périnatalité adaptés à leurs besoins.

Les **CRP** sont membres du Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec **CRÉÉ EN 1999** il regroupe les **CRP** SITUÉS DANS **12 RÉGIONS** DU QUÉBEC.



CHAQUE CRP PROPOSE UNE GAMME COMPLÈTE DE SERVICES PERMETTANT AUX PARENTS ET AUX FUTURS PARENTS D'ÊTRE ACCOMPAGNÉS DANS LEUR NOUVEAU RÔLE :

- Activités physiques prénatales et postnatales
- Rencontre prénatale / préparation à la naissance / Méthode Bonapace / préparation AVAC / préparation à la césarienne
- Rencontres postnatales
- Activités ou groupes pour les pères Portage
- Ateliers pour bébé (massage, stimulation/éveil, etc.)
- Alimentation de bébé
- RCR et premiers soins
- Café-rencontre
- Conférences sur divers sujets touchant la grossesse, la naissance et la vie avec bébé
- Soutien en allaitement (prêt de tire-laits)
- Ateliers de langage des signes pour bébé
- Relevailles (services à domicile)
- Soutien au deuil périnatal
- Soutien à la dépression postnatale
- Vérification de sièges d'auto
- Centre de documentation



Contactez-nous pour plus de détails :  www.rcrpq.com • info@rcrpq.com

Témoignage

Première photo
de famille

Ce petit malaise

Yasmine Kahlaoui
accompagnante périnatale

Trop souvent, il m'arrive de ressentir un petit malaise, une petite boule dans la gorge qui me donne l'indice que quelque chose ne va pas. Ce malaise que l'on ressent quand on sait qu'on devrait agir, mais qu'on ne fait rien. Ce malaise que l'on essaie d'effacer en se disant que ce n'est pas ce que la personne a voulu dire ou qu'elle a sûrement eu une mauvaise journée. Ce malaise, je l'ai ressenti durant mes suivis de grossesse, tant en centre hospitalier qu'en maison de naissance.

« Je pourrais, mais je ne vais pas le faire »

Lors de ma première grossesse, j'ai commencé mon suivi en centre hospitalier. Vers la 18^e semaine, j'ai eu des saignements abondants qui ont engendré beaucoup d'inquiétude par rapport à la suite de ma grossesse et à la vie de mon bébé, qui avait déjà été nommé. Les saignements ont commencé sur mon lieu de travail, où je devais rester debout de longues heures. À l'urgence, on me fait passer plusieurs tests et on me prescrit du repos pour la semaine. Une semaine d'inquiétude plus tard, je rencontre mon médecin. Mon médecin, un homme blanc dans la soixantaine, si ce n'est pas plus, ne me regardait même pas. J'étais accompagnée de ma mère, qui avait insisté pour venir avec moi et poser les questions que je n'oserais pas poser. Ma mère lui demande de prescrire une échographie : « Je pourrais, mais je ne vais pas le faire. » Nous sommes toutes les deux choquées. Ma mère insiste, mais moi, je n'ai pas envie de me battre avec ce médecin. Il ajoute aussi que je dois m'estimer chanceuse d'avoir eu droit à une semaine de congé, et mentionne, sans aucune empathie : « Si vous devez faire une fausse couche, vous allez faire une fausse couche, madame. » Quelle phrase rassurante ! À ce moment, je n'hésitais plus du tout à aller de l'avant avec un suivi sage-femme.

Le mythe de la pratique sage-femme bienveillante

Nous faisons souvent l'erreur de penser qu'avec un suivi sage-femme, nous sommes à l'abri. À l'abri des mots de trop, de l'infantilisation, des interventions non souhaitées et non essentielles, et de la violence. Lors de mes deux suivis avec une sage-femme, j'ai ressenti beaucoup d'infantilisation et de jugement de la part de plusieurs d'entre elles. Après avoir fait l'erreur de mentionner à la sage-femme qu'un des médicaments pour la nausée les plus populaires durant la grossesse était difficile d'accès pour certaines personnes sans assurance, elle m'écrivit une prescription pour ledit médicament en me disant : « Mais là, il ne faut pas que tu ailles le vendre. D'accord? » J'attendais qu'elle rigole, mais ce n'était pas une mauvaise blague. Elle était sérieuse. Encore ce mythe de la personne immigrée rusée qui profite du système!

Il arrive trop souvent que l'on essaie de contrôler le corps des personnes racisées, comme si elles n'avaient pas la capacité de



décider pour elles-mêmes. « Tu attendras d'avoir fini tes études avant de faire un deuxième enfant », m'a dit la sage-femme à notre dernière rencontre. Il est faux de penser que le monde des sages-femmes, des intervenant-e-s périnatal-e-s, des doulas est exempt de violence. En tant que doula, travailleuse et bénévole dans plusieurs organismes gravitant autour de la périnatalité, je peux affirmer que notre communauté a beaucoup de travail à faire en ce qui a trait à la façon dont sont traitées les personnes en marge de la société.

Ce gros malaise

Il est important de garder en tête qu'en tant que femme nord-africaine, mon expérience avec le racisme n'est pas la même que celle d'une personne noire, autochtone ou asiatique. Les expériences que j'ai partagées ne sont qu'une bribe de ce que les personnes racisées peuvent vivre durant un suivi de grossesse. Le mythe du syndrome méditerranéen, par exemple, expose la personne enceinte à un danger de mort. Ce préjugé, très présent dans le milieu médical, consiste à penser que les personnes latines, nord-africaines et afrodescendantes auraient tendance à exprimer plus de douleur qu'elles en ressentent réellement⁴. Dans la salle d'accouchement, ça prend toutes sortes de formes. Ça peut se manifester par le fait de commencer une césarienne sans s'assurer que l'anesthésie est adéquate, en voulant taire rapidement ces personnes avec une péridurale ou en ignorant les douleurs liées à l'allaitement ou d'autres problématiques de santé. Les professionnel-le-s de la santé ont aussi tendance à décider que certaines personnes sont trop inadéquates pour avoir des enfants ou pour élever leurs propres enfants. Au Québec même, certaines personnes noires et autochtones se font stériliser de force^{5,6}. Les personnes noires, autochtones et racisées se retrouvant à d'autres intersections (LGBTQIA2S+, en situation de handicap, travailleuses ou travailleurs du sexe, neuroatypiques, immigrantes...) sont encore plus susceptibles de vivre de la discrimination.

Ce petit malaise, en fait, il est gros. ■

4 <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/558436/ces-cas-isoles-si-nombreux>

5 <https://www.ledevoir.com/societe/600935/autochtones-et-soins-de-sante-une-femme-algonquine-et-crie-denonce-une-sterilisation-sans-son-consentement>

6 <https://www.lapresse.ca/actualites/2021-06-03/la-sterilisation-forcee-encore-presente-au-canada.php>

Enjeux d'exclusions, de diversité et de *bullying* en pratique sage-femme : pourquoi le manque de diversité en pratique sage-femme a un lien direct sur la qualité des soins et la pénurie professionnelle

Hélène Saint-Jacques (elle | she)

maman, auteure, conférencière, doctorante et militante en périnatalité

Ce texte s'inspire d'une présentation effectuée à la Confédération internationale des sages-femmes en juin 2021.

Des recherches internationales documentent les enjeux d'inclusion et de diversité en pratique sage-femme depuis près de 40 ans, même si très peu de recherches documentent la situation au Québec. J'aborderai dans ce court texte les enjeux de racisme, d'homophobie et de capacitisme, qui limitent tous l'inclusivité et l'accessibilité de la pratique sage-femme pour la clientèle et les praticien-ne-s. Finalement, je conclurai sur les dynamiques de *bullying* et de violence horizontale et sur l'importance de ne plus garder le silence lorsque nous sommes témoins de ces situations d'injustice, d'oppression et d'inégalité, que nous jouons un rôle parental, étudiant ou professionnel.

Impact du racisme

La présence du racisme affecte autant les soins prodigués que les membres du personnel soignant qui les offrent. Par exemple, alors qu'une femme noire a 43 % plus de chances qu'une femme blanche de faire une fausse couche et court de 3 à 5 fois plus de risques de mourir en accouchant, le manque de diversité raciale dans les soins, incluant en pratique sage-femme, limiterait l'offre de soins culturellement sécuritaires (pensons à Joyce Echaquan et à Mireille Ndjomou), tout comme l'accessibilité des soins pour les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC)⁷. Au sein des communautés autochtones en particulier, des soins périnataux offerts localement et respectant les coutumes et traditions sont une façon de reprendre le contrôle après des décennies d'oppression et de contrôle, notamment face à la stérilisation forcée récemment décriée abondamment dans les médias.

Des recherches ont aussi permis de déterminer que le racisme

était présent au sein de la pratique sage-femme au Canada et aux États-Unis – d'un-e professionnel-le à un-e autre⁸. Les obstacles structurels imbriqués au processus de légalisation et de reconnaissance professionnelle en Ontario ont quasi systématiquement exclu les sages-femmes racisé-e-s⁹. En 2020, une étude portant sur l'Ontario a démontré que le racisme entre sages-femmes et envers les étudiant-e-s sages-femmes était présent en Ontario : 86 % des sages-femmes et étudiant-e-s noir-e-s, autochtones ou de couleur interrogé-e-s avaient vécu du racisme de la part d'autres collègues¹⁰.

Le racisme est latent et caché, mais il est présent en pratique sage-femme; il affecte le sentiment de compétence et diminue l'estime de soi. Le racisme impacte autant la sélection des étudiant-e-s et leur parcours scolaire que leurs opportunités professionnelles. L'isolement et le manque de soutien vécus par les étudiant-e-s sages-femmes et les sages-femmes devant des cas de racisme ou de discrimination raciale augmentent le risque d'attrition – soit qu'elles quittent la formation ou la pratique.

Homophobie et hétérosexisme

Les systèmes d'oppression que sont l'homophobie et l'hétérosexisme diminuent la qualité des soins offerts aux lesbiennes, aux hommes trans, aux personnes non binaires ou s'identifiant comme queer : ces communautés sont plus à risque de vivre de la discrimination¹¹. Le manque d'éducation à propos des communautés LGBTQIA2S+¹² crée une absence de sûreté culturelle et physique lors des soins pour ces populations. Une étude récente soulignait à nouveau la présence d'homophobie et d'hétérosexisme au sein de la pratique sage-femme en Ontario, mais envers les étudiant-e-s et professionnel-le-s¹³. L'effet de ces pratiques combinées est de remettre dans le placard les étudiant-e-s et sages-femmes appartenant à la communauté LGBTQIA2S+, aussi bien face aux collègues, professeur-e-s et personnes chargées

7 BBC (2019). « Pourquoi les mères noires ont-elles plus de risques de mourir en couches? », *BBC News Afrique*. Récupéré de <https://www.bbc.com/afrique/monde-47950831>;

Lancet, T. (2021). « Miscarriage: worldwide reform of care is needed ». *The Lancet*, 397(10285), 1597;

Mederi, S. (2018). « Rompre le silence contre les violences obstétricales », *Le Devoir*.

Récupéré de <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/555066/sante-rompre-le-silence-contre-les-violences-obstetricales>;

Metellus K., A., et Regroupement Naissance-Renaissance (2016). *L'expérience de grossesse et d'accouchement des femmes noires*.

Récupéré de <https://hirut.org/events/flexp%C3%A9rience-de-grossesse-et-daccouchement-des-femmes-noires>;

Wren Serbin, J., et Donnelly, E. (2016). « The impact of racism and midwifery's lack of racial diversity: A literature review », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), p. 694-706.

8 Kennedy, H. P., Erickson-Owens, D., et Davis, J. A. P. (2006). « Voices of diversity in midwifery: A qualitative research study », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), p. 85-90; McLaughlin, E. Y. (2012). *Increasing the Racial and Ethnic Diversity of Direct-Entry Midwives: Exploratory Interviews with Black Midwives and Educators* (completed in partial fulfillment of a Master's degree from the Department of Midwifery), Bastyr University.

9 Nestel, S. (1996). « A new profession to the white population in Canada: Ontario midwifery and the politics of race », *Health and Canadian Society (Winnipeg, Man.)*, 4(2), p. 315-341.

10 Asseffa, F., et Mehari, L. (2020). *Experiences of racism among Ontario BIPOC midwives and students*. Communication présentée au MMRC Midwifery Research Symposium.

Récupéré de <https://healthsci.mcmaster.ca/mmrc/2020-research-symposium>

11 Rowe, K. (2020). « Improving provider confidence and partnership with LGBT patients through inclusivity and education, *Doctor of Nursing Practice Projects*.

Récupéré de <https://scholarworks.seattleu.edu/dnp-projects/>;

Wilton, T. (1999). « Towards unprejudiced midwifery care — Midwifery students' views on homosexuality, *Midwifery*, 15, p. 154-164; Nestel, S. (2007).

Obstructed Labour: Race and Gender in the Re-Emergence of Midwifery. (s. l.) : UBC Press.

12 L'acronyme LGBTQIA2S+ est un parapluie regroupant principalement et non exclusivement les orientations sexuelles et identités de genre suivantes : lesbienne, gai, bisexuel, trans ou non binaire, queer ou en questionnement, intersexe, asexuel, agender, bispirituels. Le + réfère à l'ensemble des identités couvertes sous le parapluie.

13 McCallum, A., Robertson Bly, J., Muehrer, R., et Allemang, E. (2020). *Experiences of Homophobia Among Registered Midwives in Ontario: A Mixed Methods Study of the Incidence and Impact*. Communication présentée à l'Association of Ontario Midwives Seminar.

Récupéré de <https://www.ontariomidwives.ca/webinar/experiences-homophobia-among-registered-midwives-ontario-mixed-methods-study-incidence-and>

du préceptorat ou du tutorat que face à la clientèle, ce qui vient invisibiliser ces identités¹⁴.

Handicap et capacitisme

Le *capacitisme* est un terme semblable au sexisme ou au racisme, mais qui concerne le fait de limiter le potentiel des personnes vivant en situation de handicap, notamment en doutant de leurs compétences ou de leurs capacités, ou encore en refusant des accommodements raisonnables pour pallier les obstacles rencontrés. Le handicap est encore entouré de stigmatisation, de préjudice et d'ignorance. Statistique Canada estimait au recensement de 2017 que 22,3 % des Canadien-ne-s vivent avec un handicap, dont plusieurs sont invisibles sans divulgation explicite. L'impact du handicap sur les études en pratique sage-femme a été documenté au courant des 20 dernières années¹⁵. L'Association professionnelle des sages-femmes de l'Ontario a même reconnu que les sages-femmes en situation de handicap ont été marginalisé-e-s, notamment en se voyant systématiquement refuser leurs accommodements¹⁶. Par exemple, l'adaptation à de nouveaux environnements de stage et le *multitasking* peuvent augmenter le stress et l'hypervigilance des étudiant-e-s dyslexiques, tout en ayant un impact sur leur mémoire à court terme¹⁷. L'absence d'accommodements pour pallier le handicap peut donc contribuer à augmenter le risque d'erreur, diminuer la confiance en soi et augmenter la détresse de ces étudiant-e-s.

Contrairement aux mythes bien répandus, offrir des accommodements ne facilite pas et n'avantage pas les étudiant-e-s vivant avec un handicap. Cela leur permet simplement de performer au maximum de leurs capacités, en étant à égalité avec les autres étudiant-e-s. Le fait de se voir refuser des accommodements peut d'ailleurs contribuer à l'attrition chez les étudiant-e-s et les diplômé-e-s. Il importe aussi de revoir les cursus de manière inclusive pour enlever les obstacles rencontrés par les étudiants-e-s en situation de handicap, puisque les institutions ont une obligation d'accommodements raisonnables¹⁸.

L'absence de vision inclusive du handicap a aussi un impact sur les femmes accompagnées, dont les handicaps peuvent être jugés comme un facteur limitant l'accès à la pratique sage-femme à cause d'une compréhension erronée et de préjugés. Le handicap physique en particulier – peu importe son type et son degré – est encore souvent jugé comme un facteur de risque sans égard à l'impact du ou des handicaps sur la capacité de mener la grossesse à terme à bas risque. Lorsque le suivi est possible, les accommodements sont peu connus ou peu offerts, et l'effort de faire l'éducation de soignant-e-s repose entièrement sur la clientèle. Des enjeux d'accessibilité universelle sont encore

présents, mais l'accessibilité pour un fauteuil roulant n'équivaut pas à une accessibilité pour toutes les clientèles en situation de handicap. L'Association professionnelle des sages-femmes de l'Ontario effectue en ce moment un projet de recherche pour comprendre les obstacles et enjeux d'accessibilité que rencontrent les personnes en situation de handicap par rapport aux services de sage-femme¹⁹.

Bullying et violence horizontale

Finalement, la présence en pratique sage-femme de dynamiques de violence horizontale – d'une personne à l'autre, sans effet de subordination – et de *bullying* est documentée depuis 1995²⁰. Les études indiquent que de 82 à 84 % des étudiant-e-s sages-femmes auraient vécu du *bullying*, autant en contexte de stage qu'en contexte universitaire en Australie et en Slovaquie²¹. Le *bullying* peut prendre plusieurs formes. Outre l'intimidation verbale ou physique, le fait de cacher de l'information ou de donner de mauvaises informations est couramment rapporté, ce qui augmente les risques d'erreurs de la part de la victime, qui est ensuite blâmée. Donner à répétition des tâches en dessous du niveau d'expertise, dévaloriser publiquement le travail ou les compétences d'une personne, ou encore donner tellement de tâches ou des directives imprécises viendront mettre la personne en échec constant. L'un des plus grands enjeux rapportés dans la littérature est la quasi-impossibilité de mettre fin au *bullying* : la pratique sage-femme tolère depuis longtemps ces attitudes et peu de recours s'offrent aux victimes, qui choisissent souvent de changer de lieu de travail, de déménager, ou même de quitter la pratique (ou le programme d'éducation).

Pourquoi ces sujets sont-ils importants? D'abord, parce que nous ne vivons pas dans des silos et qu'il est fort possible qu'une même personne (étudiant-e, sage-femme ou client-e) vive l'intersection de ces systèmes, multipliant les effets négatifs nommés ci-dessus. Par exemple, un-e étudiant-e, personne autochtone, noir-e ou de couleur, membre de la communauté LGBT, peut aussi avoir un ou des handicaps. Son quotidien est donc peuplé de ces microagressions constantes et son parcours est d'autant plus difficile. Puis, parce que cela affecte la santé physique et psychologique des étudiant-e-s et des sages-femmes qui sont victimes de discrimination, d'intimidation, de biais et de stéréotypes. Le sentiment d'imposteur, l'impression de ne jamais être à la hauteur, l'isolement, la détresse psychologique et l'hypervigilance ne sont pas des signes de faiblesses, mais bien des signes d'un système oppressant et inégalitaire. La sage-femme et chercheuse Mavis Kirkham a déjà dit : « Disempowered midwives disempower women ». Il est évident que le manque d'empowerment des professionnel-le-s affecte autant les femmes que les étudiant-e-s et les sages-femmes.

-
- 14 Mander, R., et Page, M. (2012). « Midwifery and the LGBT midwife », *Midwifery*, 28(1), 9-13.
 - 15 Moodley, S., et Mchunu, G. (2018). Integration experiences of students and qualified nurses with disabilities who graduated from selected KwaZulu-Natal nursing education institutions: An exploratory case study. *Curationis*, 41(1), 9, student nurses with disabilities; all races; all ages.
 - 16 Thomas, E., Kibbe, A., Parsons, J., Betkova, Z., Dhama, N., Imrie, T. et Steinberg, J. C. (s. d.). *Disability Justice within Midwifery Practice and Policy* Edan Thomas, Alanna Kibbe, Jill Parsons, Zuzana Betkova, Nimerta Dhama, Tanya Imrie, Jean Catherine Steinberg. Association of Ontario Midwives. Récupéré de <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/AGM%202016%20Resolution%202.pdf>
 - 17 Crouch, A. T. (2019). Perceptions of the possible impact of dyslexia on nursing and midwifery students and of the coping strategies they develop and/or use to help them cope in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 35, 90-97.
 - 18 Sukhai, M. et Mohler, C. (2016). *Creating a Culture of Accessibility in the Sciences*. Academic Press. Récupéré de <https://www.elsevier.com/books/creating-a-culture-of-accessibility-in-the-sciences/sukhai/978-0-12-804037-9>; Howlin, F., Halligan, P., et O'Toole, S. (2014). « Development and implementation of a clinical needs assessment to support nursing and midwifery students with a disability in clinical practice: Part 1 », *Nurse Education in Practice*, 14(5), p. 557-564.
 - 19 Association of Ontario Midwives. (2019). About the Project. *Midwifery Care and Disability in Ontario*. Récupéré de <https://midwiferyanddisability.wordpress.com/about/>
 - 20 Curtis, P., Ball, L., et Kirkham, M. (2006). « Bullying and horizontal violence: Cultural or individual phenomena? », *British Journal of Midwifery*, 14(4), London; Hastie, C. (11 février 2016). « Horizontal violence in the workplace », *Birth International*. Récupéré de <https://birthinternational.com/horizontal-violence-in-the-workplace/>;
 - Hastie, C. R. (1995). « Midwives eat their young, don't they? A story of horizontal violence in midwifery », *Birth Issues*, 4(3);
 - Leap, N. (1997). « Making sense of "horizontal violence" in midwifery », *British Journal of Midwifery*, 5 (11), p. 689.
 - 21 Boyle, M., et McKenna, L. (2016). « Paramedic and midwifery student exposure to workplace violence during clinical placements in Australia - A pilot study », *International Journal of Medical Education*, 7, p. 393-399; Jug Došler, A., Skubic, M., et Mivšek, A. P. (2014). « Perception of mobbing during the study: results of a national quantitative research among Slovenian midwifery students 175, *Coll. Antropol.*, p. 8.

Lorsque les sages-femmes sont victimes de discrimination, l'impact sur la clientèle est disproportionné. La qualité générale des soins s'en trouve aussi affectée, puisque les victimes se trouvent souvent isolé·e·s de leur équipe, ont de la difficulté à obtenir de l'aide et perdent leurs allié·e·s. Cet isolement diminue l'efficacité de l'équipe, augmente les risques d'erreurs et affecte la qualité des soins offerts pour l'ensemble de la clientèle. Le manque de représentativité et de diversité affecte aussi le type de clientèles qui se verront informellement exclues des soins offerts. Malgré ses intentions louables, la pratique sage-femme québécoise attire principalement des candidates femmes blanches et privilégiées : c'est un luxe que de devenir sage-femme.

Et finalement, la multiplication des microagressions vécues au quotidien par les étudiant·e·s et sages-femmes autochtones, noir·e·s ou de couleur, en situation de handicap, membres de la communauté LGBTQIA2S+ ou encore victimes de *bullying* contribuent à un milieu toxique de travail et de formation. Cela engendre un désalignement massif entre les valeurs du *care* qui ont amené ce choix de carrière, et la réalité de la pratique dans un environnement guidé par un modèle de gestion et de décision patriarcal, dont les effets ont été amplifiés par les impacts de poli-

tiques néolibérales en santé. En outre, le maintien de ce système a de graves conséquences et contribue à la pénurie actuelle en pratique sage-femme.

Un sondage de novembre 2020 mené en Ontario et en Colombie-Britannique a démontré que 20 % des sages-femmes faisaient des démarches actives pour quitter la profession, soit le double d'en 2017. 50 % des professionnel·le·s et étudiant·e·s sages-femmes auraient été témoins de *bullying*²², 87 % auraient été témoins de racisme envers l'un·e des leurs²³. Les événements liés au décès de George Floyd aux États-Unis nous auront appris que le silence, surtout des personnes blanches, est violence (*white silence is violence*). **En 2021, afin de mettre fin à ces cycles de violence au sein de la pratique sage-femme, il importe de devenir des allié·e·s, d'utiliser nos voix pour défendre les plus vulnérables, autant au sein de la clientèle et des étudiant·e·s que des professionnel·le·s, et ce, pour une plus grande justice sociale qui nous est tous et toutes importante.**

Note : L'auteurice a été soutenue financièrement par le Fonds de recherche du Québec en culture et société (FQRSC) et le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH). ■

22 Gillen, P., Sinclair, M., Kernohan, G. W., et Begley, C. (2009). « Student midwives' experience of bullying », *Evidence-Based Midwifery*, 7(2), p. 46-54.

23 Asseffa, F., et Mehari, L. (2020). *Op.cit.*

MONTRÉAL – NORD-DE-L'ÎLE

Nouvelles de la Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier

Marie-Pier Connolly, maman et membre bâtisseuse du Comité de parents de la Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier
Wennita Charron, maman, membre bâtisseuse du Comité de parents de la Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier
 et représentante régionale pour le Groupe MAMAN

Depuis les projets-pilotes de maisons de naissance et la légalisation de la pratique sage-femme au Québec vers 1995, de nombreux parents ont revendiqué l'accès à ces services près de chez eux. Plusieurs quartiers de Montréal n'ont pas fait exception. Un premier comité citoyen nommé « Une maison de naissance dans mon quartier, j'y tiens! » a commencé ses démarches dès 2010 dans Petite-Patrie et Villeray. La mobilisation des parents s'est modifiée au fil des années, mais les démarches ont été si longues que le comité a fini par s'éteindre. Cependant, la graine était semée... Au cours des dernières années, trois maisons de naissance ont été planifiées sur l'île de Montréal, dont une sur le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Ahuntsic, Montréal-Nord, Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent, Villeray et La Petite-Patrie). À la suite de l'embauche de la responsable des services de sage-femme, un comité de parents a été mis sur pied et une organisatrice communautaire est venue en renfort. Le comité s'est rencontré pour la première fois en avril 2019.

La responsable des services de sage-femme s'est assurée dès le départ de laisser une place importante au comité de parents pour le développement de la maison de naissance. En effet, le comité de parents a participé activement au processus d'embauche des sages-femmes en collaborant d'abord à l'élaboration de questions pour les entrevues de sélection et en ayant une représentante active pendant les entrevues. Les parents ont aussi pris part aux choix des plans, des matériaux et des couleurs de la maison de naissance, tandis qu'une représentante était présente lors de différentes rencontres avec les architectes et chargés de projet.

Le comité de parents a également participé à d'autres travaux. Il a entre autres défendu ardemment son choix pour le nom de la maison de naissance. En effet, le choix établi par le CIUSSS ne correspondait pas du tout à notre vision. Différentes représentations ont été faites au CIUSSS et au comité de toponymie. C'est avec grand enthousiasme que

nous avons appris que le CIUSSS avait retenu notre suggestion : la Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier! Mme Lanthier était une sage-femme pionnière au Québec et a œuvré dans différentes maisons de naissance de 1978 à 2014.

La dernière année de pandémie a certainement eu un effet sur la date des travaux de la maison de naissance, mais aussi sur les mandats du comité de parents. Les rencontres ont été suspendues en mars 2020 et une seule a eu lieu en présentiel en septembre 2020. Les travaux n'ont repris qu'en mars 2021, avec des rencontres virtuelles. Le comité de parents a dernièrement entériné sa mission, sa vision et ses valeurs. Il travaille présentement à l'élaboration de son plan de gouvernance.

Depuis le début, le comité a rencontré certains défis, le principal demeurant le recrutement. De plus, la représentativité juste des citoyen·ne·s de l'ensemble du territoire s'avère difficile, car les parents du comité résident dans les quartiers Villeray et Ahuntsic. Le comité doit donc élaborer les meilleures stratégies pour rejoindre un maximum de personnes et assurer sa pérennité. Par ailleurs, il est aussi difficile de cibler le bon moment, le bon endroit et la bonne fréquence pour les rencontres du comité. La présence d'une organisatrice communautaire est d'une grande aide pour notre comité. Toutefois, pour différentes raisons hors de notre contrôle, le changement d'organisatrice et l'arrêt du service durant les grandes vagues de la pandémie ont mis sur pause, à quelques reprises, les travaux du comité.

Le comité de parents est tout de même heureux d'annoncer que la construction de la Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier a enfin débuté au printemps dernier! Les premiers suivis de grossesse devraient avoir lieu à l'automne 2021 dans les bureaux temporaires et les premiers accouchements devraient pouvoir se faire dans la maison de naissance vers avril 2022.

« Est-ce que tu veux que ton bébé meure? » Faire un enfant quand on est gros : la stigmatisation par le poids (grossophobie) dans les soins reproductifs

Ariane Audet, Ph. D.

écrivaine, photographe et fondatrice de *Faces of Postpartum*

Ma boîte de courriels déborde :

« Mon obstétricienne, en me donnant les résultats de mon test de diabète, me dit : “T’es limite et t’as pris cinq livres. Si tu continues de même, tu vas l’avoir, le diabète. Ça, c’est si t’as pas un gros bébé qui sera pas capable de passer. Ou pire : qui meurt à la naissance.” Je ne savais pas ce que j’avais fait pour mériter de me faire traiter comme ça... »

La prévalence de la stigmatisation par le poids, mieux connue sous le nom de grossophobie²⁴, dans le milieu médical n’est plus à prouver. Cela fait plus d’une décennie qu’étude²⁵ après étude²⁶, on démontre que le discours de l’« épidémie d’obésité » pathologise, stigmatise et traumatise les personnes grosses. Pire encore, même dans les domaines plus critiques, qui adaptent leur terminologie pour la rendre moins violente, les conclusions sont les mêmes : les gros doivent corriger leur corps afin qu’ils prennent un aspect plus « normal », souvent par des pratiques dangereuses et coûteuses, non seulement sur le plan financier, mais aussi émotionnel et psychologique.

Les soins reproductifs²⁷, qui incluent les suivis en fertilité, gynécologiques et obstétriques²⁸, n’y échappent pas.

Une simple recherche sur Google sur les violences obstétricales donne lieu à des centaines de témoignages horribles. Les médias dénoncent eux aussi le phénomène à coup de témoignages chocs²⁹, espérant faire bouger les choses.

Petite histoire de la grossophobie médicale

C’est un fait que la population nord-américaine a vu son poids augmenter il y a environ 40 ans. Toutefois, à défaut d’interroger les causes sous-jacentes de cette augmentation, la communauté médicale a répondu à ce « problème » en blâmant les gros de devenir de plus en plus gros.

Comme l’écrit Andrea Bombak, sociologue et professeure à

l’Université du Nouveau-Brunswick, les années 1990 et 2000 ont été le berceau d’une construction biomédicale de « l’embonpoint » (*fatness*) en tant que pathologie³⁰. La pathologisation des corps gros est une tendance que l’on retrouve encore aujourd’hui dans les études dites *mainstream*³¹ de l’obésité, dans les agences de santé publique, certains médias, ainsi que dans plusieurs départements de médecine.

Au fondement de cette approche se trouve la présomption que l’individu seul est en contrôle de son poids et que l’embonpoint serait causé par un simple déséquilibre entre l’apport énergétique (calories) et sa dépense d’énergie. En somme, si une personne est grosse, c’est qu’elle a de mauvaises habitudes alimentaires, qu’elle ne fait pas assez d’activité physique et que l’atteinte d’un poids « santé », surtout basé sur l’IMC, est entre ses mains et mains seules.

Pourtant, des dizaines d’indicateurs comme les habitudes de vie, la génétique et l’environnement définissent si une personne est en bonne santé ou non. Pas le poids, pas le tour de taille, pas l’IMC, mais la mise en commun de facteurs.

Mais voilà, quand on parle de gros, nos préjugés passent avant la science.

« L’obésité maternelle » ou la continuation des violences

« C’est la pointe de l’iceberg, ce que je te raconte. J’ai des amies qui ont vécu bien pire. »

Bien pire. C’est toujours ce qu’on me dit lors des entrevues : langage humiliant, infantilisant, froid et sans compassion. Refus d’un accès aux soins, surtout lorsqu’il s’agit de cliniques de fertilité. Discours répété, traumatisant et moralisateur quant aux facteurs de risque. Et pour les personnes marginalisées, une oppression dédoublée en raison de la couleur de leur peau.

« J’étais une bonne grosse », me dit l’une des participantes qui requiert l’anonymat. « Je mangeais super bien et, malgré tout, on me *shame* parce que mon test de diabète est limite. » La cause du diabète de grossesse étant surtout reliée au placenta³², on voit mal pourquoi un professionnel de la santé associerait la diète d’une patiente à un résultat de diabète de grossesse.

« On nous enseigne à parler aux gens de leur poids ou des problèmes d’image corporelle de manière délicate, mais pas de grossophobie comme telle », m’explique la D^{re} Isabelle Vachon,

24 Dans la mouvance des *fat activists* américaines, je choisis délibérément d’utiliser l’expression « stigmatisation par le poids » (*weight-based stigma*), plutôt que grossophobie (*fatphobia*).

25 Linda Bacon et Lucy Aphramor, « Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift », *Nutrition Journal*, 10, 2011.

26 Andrea E. Bombak, « The “Obesity epidemic”: Evolving science, unchanging etiology », *Sociology Compass*, 8/5, 2014, p. 509–524.

27 Incollingo Rodriguez et collab., « Pregnant and postpartum women’s experiences of weight stigma in healthcare », [En ligne], *BMC Pregnancy and Childbirth*, no 20 499, 2020. [<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03202-5>].

28 Andrea E. Bombak, Deborah McPhail et Pamela Ward, « Reproducing stigma: Interpreting “overweight” and “obese” women’s experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare », *Social Science & Medicine*, no 166, 2016, p. 94–101.

29 « Everything you know about obesity is wrong », [En ligne], *Huffington Post*, 19 septembre 2018. [<https://highline.huffingtonpost.com/articles/en/everything-you-know-about-obesity-is-wrong/>].

30 Andrea E. Bombak, *op. cit.*

31 On retrouve deux approches aux fondements de la recherche sur le poids et l’obésité : celle dite *mainstream*, qui considère l’obésité comme une maladie, un « excès » qui doit être combattu et éradiqué. De l’autre côté, l’approche critique remet en cause la classification de l’obésité comme maladie ou problème. *Loc. cit.*

32 <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/diabetes/gestational-diabetes>

obstétricienne gynécologue qui s'occupe surtout de grossesses à risque. « Dans les dernières années, les départements de médecine ont mis l'accent sur la communication ou les *bedside manners*, mais pas vraiment sur un questionnement de fond à propos de l'IMC ou de nos propres biais envers l'obésité. »

Même si elle pratique une médecine intégrative et intersectionnelle et tente d'approcher chaque patient·e d'une manière individualisée, elle avoue avoir souvent suggéré la chirurgie bariatrique à ses patientes qui répondent toutes de manière positive. « Elles sont contentes qu'on aborde les choses, » me dit-elle.

Tout le monde hait les gros corps. Y compris les gros.

La médecin de famille que j'ai interviewée, et qui requiert l'anonymat, est plus critique : « Quand je veux envoyer une patiente pour une biopsie du col de l'utérus, par exemple, la première chose qu'on me demande, c'est l'IMC. C'est extrêmement difficile de se battre contre ça, même si on sait que ce n'est pas vraiment un bon outil diagnostique. Le poids, ça ne veut rien dire, mais on n'a pas le choix de l'utiliser parce que ça fait partie de nos algorithmes. Il n'y a aucun doute qu'en médecine, on considère l'obésité ou l'embonpoint comme une maladie chronique. Je ne pense pas qu'on approche tout ça de la bonne manière. Souvent, je me dis que l'épidémie d'obésité est aux personnes grosses ce que l'âgeisme est aux personnes âgées. C'est sournois. Et ça coûte des vies. Il y a une multitude de raisons qui expliquent pourquoi une personne est grosse, comme il y a une multitude de raisons pour lesquelles une personne est mince. Pourtant, on s'interroge seulement sur l'une d'entre elles. »

Facteurs de risques

Toutes les professionnelles de la santé à qui j'ai parlé ont mentionné, à un moment ou à un autre de nos échanges, les « facteurs de risque » associés à l'obésité maternelle. Bien souvent, c'était l'une des premières explications qu'on me donnait quand je demandais pourquoi le milieu médical faisait une telle obsession sur le poids.

« Les complications obstétricales associées à l'obésité sont très bien connues », me dit l'une d'elles. « C'est notre travail d'expliquer cette réalité aux mamans sans les culpabiliser. » Sans les culpabiliser peut-être, mais l'utilisation même du terme « risque » est culpabilisant, sans compter que les résultats de beaucoup de ces études, ainsi que leur interprétation, sont de plus en plus réfutés. Il faudra admettre une bonne fois pour toutes que la littérature médicale n'est pas impartiale quand il s'agit de parler de poids et de changement d'habitudes de vie, puisqu'une fois encore, selon elle, une bonne santé équivalait à être mince.

Il est important de comprendre que c'est seulement lorsqu'on changera de paradigme et considèrera l'épidémie d'obésité pour ce qu'elle est – non pas une vérité biologique ou épidémiologique, mais bien une construction sociale et la production d'un discours d'oppression – que l'on parviendra à voir ce qu'elle sous-tend : la légitimation et la reproduction d'un pouvoir à travers la stigmatisation des personnes grosses³³.

Dans le cas des violences obstétricales, mettre le blâme sur la mère (le *mother-blame*) est une tactique reconnue et malheureusement bien répandue, ancrée dans l'univers patriarcal, sexiste et raciste³⁴ qui a façonné l'enseignement et la pratique obstétricale et qui lui nuit encore aujourd'hui.

Historiquement, les avancements des pratiques obstétricales et gynécologiques se sont faits par des essais cliniques et chirurgicaux sur des femmes noires, vendues comme esclaves, et sur lesquelles on pratiquait des chirurgies sans anesthésiant puisqu'on disait qu'elles ne pouvaient pas ressentir la douleur. Ces agissements, bien documentés dans l'histoire de la médecine, ont des ramifications³⁵ jusque dans les soins que l'on accomplit encore aujourd'hui³⁶.

« Je suis maman d'une petite fille de presque deux ans », m'écrit Naomi, Québécoise et personne de couleur. « Mon suivi de grossesse s'est bien passé jusqu'à ce que je sois suivi en endocrinologie pour un diabète de grossesse. Là, tout ce que j'entendais était sans arrêt en rapport avec mon poids, et ce, même si je perdais du poids durant ma grossesse et que je contrôlais bien ma glycémie. Ayant eu des troubles alimentaires, c'était extrêmement *triggering*. Le pire, ç'a été durant mon accouchement. J'ai été déclenchée en raison du diabète, qui était bien contrôlé, et je ne vois toujours pas pourquoi on m'a déclenchée. J'ai été en travail pendant cinq jours.

« Ils ont tout essayé : Cervidil, ballonnet et, en dernier, Pitocin. Rien ne fonctionnait. Ils ont dû me mettre des capteurs ventraux pour voir si bébé allait bien à cause du Pitocin. Pendant ce temps, j'avais des contractions et je voulais me lever, mais l'infirmière me disait sans arrêt qu'avec la grosseur de mon ventre les capteurs ne tiendraient pas, et qu'il fallait rester couchée. Imagine ne pas pouvoir bouger durant des contractions! Voyant que ça ne fonctionnait pas, la médecin est venue me voir en me disant, "La dame à côté, elle est plus grosse que toi et a accouché vaginalement, mais elle, son bébé est mort."

« À la fin, j'étais épuisée et la résidente me disait en m'infantilisant : "Ça t'apprend à être patiente! C'est important la patience, quand on va être maman."

« J'ai fini en césarienne. Vers la fin de l'opération, alors qu'ils me recousaient, j'ai retrouvé la sensation [de mes membres]. À plusieurs reprises, j'ai dû leur dire que j'avais mal, mais il a fallu que mon conjoint leur crie en panique que j'étais en douleur pour qu'ils augmentent les anesthésiants. Le séjour à l'hôpital par la suite a aussi été extrêmement difficile, et tout ça m'a traumatisée. Je réfléchis fortement à l'envie d'avoir d'autres enfants. »

Malheureusement, ce témoignage illustre comment d'autres types d'oppressions peuvent s'ajouter à la stigmatisation par le poids, dédoublant ainsi le trauma, selon le même schème de pensées : traitement humiliant, objectification, jugement, rhétorique coercitive, utilisation du discours médical et des facteurs de risque épistémologiquement non fondés, discours moralisateur qui induit la honte, etc.

33 *Loc. cit.*

34 *Loc. cit.*

35 Dána-Ain Davis, « Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology », *Reproductive Biomedicine & Society Online*, vol. 11, Novembre 2020, p. 56-64.

36 Jeanne Alhusen et collab., « Racial discrimination and adverse birth outcomes: An integrative review », [En ligne], *Journal of Midwifery & Women's Health*, Octobre 2016. [<https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>].

Changement de mentalités

Personne n'aime le changement. Le malaise, nos préjugés ainsi que les personnes que l'on a pu blesser par le passé nous guettent. Mais comme le dit D^{re} Vachon, on doit s'interroger sur nos biais pour avancer : « Il y a de l'éducation à faire, mais j'ai espoir que les écoles de médecine sont sur la bonne voie. »

Le *one size fits all*, ça n'existe pas. Les approches doivent être inclusives et multidisciplinaires, tout en individualisant les soins.

« Certains vont dire qu'on exige trop des médecins et qu'on ne peut pas tout savoir ou avoir une expertise poussée en tout, ajoute-t-elle. C'est vrai, mais on bénéficie d'énormément de confiance et de respect de la part de la population. C'est notre responsabilité et notre devoir de s'informer et de confronter nos malaises. Poser des questions ouvertes comme "Voulez-vous en discuter?" et demander le consentement avant toute chose, c'est crucial. C'est vrai qu'on a des *guidelines* et des algorithmes à suivre, mais l'être humain devant nous, dans toute sa complexité, c'est encore plus important. »

Et puisqu'il est toujours plus difficile de déconstruire ce qu'on a déjà inculqué aux gens —patient-e-s, professionnel-le-s ou la société au grand complet —, le travail doit se faire dès l'école et être mis en place sur les plans politique et gouvernemental.

Mais comme toujours, *prendre soin*, ça prend du temps. Et de l'argent.

« On aimerait ça pouvoir prendre deux heures avec chaque patient-e. Pratiquer des soins multifactoriels et une médecine intégrative. Mais c'est impossible. On a 15 minutes par personne... si on est chanceux. Et bien souvent, quand on pose des questions, on ouvre une boîte de Pandore. On n'a aucune ressource à offrir : les listes d'attente en santé mentale sont pleines et on se bat contre nos collègues qui sont, eux aussi, sollicités de toutes parts et n'offrent pas toujours une médecine *up to date* », me dit la médecin de famille avec qui j'ai discuté.

Ça prend quoi, alors, pour faire bouger les choses? « Le changement, ça se fait à la base, » m'écrit Katie DePalma, professeur-e et sage-femme. « C'est *grassroot*. »

À la base : dans les salles de naissance quand on prend le temps d'agrandir, sans en faire de plat, la sangle d'un moniteur trop petit afin que la mère puisse continuer d'être mobile. Quand on accepte d'être en retard parce qu'un parent pense que son poids vient de tuer son enfant mort-né d'un problème génétique. Quand on accepte de remettre en cause ce que l'université nous a appris. Dans l'enseignement et la discussion avec des collègues, qui s'en retournent chez eux et ont des conversations difficiles avec leurs parent-e-s et ami-e-s.

C'est tout simplement comme ça que l'opinion publique se modifie et que des changements systémiques adviennent. Et « ça », on le sait, n'est jamais une mince affaire. ■

SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN

Des nouvelles du comité AVAC-SagLac

Audrey Clavet, doula et représentante du regroupement AVAC-SagLac

En décembre 2019, grâce aux nouvelles lignes directrices de l'INESSS intitulées « Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne » parues en août 2019, et dans le but d'accompagner la démarche d'une maman de la région (Saguenay-Lac-Saint-Jean), un collectif s'est formé pour défendre le droit des femmes et personnes enceintes de choisir leur lieu de naissance lorsqu'elles font un essai de travail après césarienne (ETAC). L'INESSS indique que « le choix éclairé de la femme prévaut en ce qui concerne le lieu de l'ETAC » (référence : Avis de l'INESSS cité plus haut, p. 3). Une plainte collective a été déposée auprès de la commissaire aux plaintes du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans laquelle on pouvait y lire les passages suivants :

Nous considérons que l'entente entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Maison de naissance du Fjord-au-Lac ne respecte pas les recommandations de l'INESSS et contrevient ainsi aux droits des femmes du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Résultats attendus par la plainte :

Nous souhaitons que le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean modifie rapidement et de manière permanente l'entente avec la Maison de naissance du Fjord-au-Lac afin de respecter les droits des femmes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de faire un choix éclairé pour le lieu de l'ETAC sous les soins des sages-femmes, en concordance avec les documents et arguments décrits à la section précédente.

Ce n'était pas la première démarche portée par les femmes de la région pour revendiquer ce droit. Les dernières plaintes avaient mené à une recommandation de réviser les procédures et ententes de la maison de naissance, mais n'avaient finalement abouti à rien.

À la suite de cette plainte collective, la commissaire m'a contactée pour m'informer que normalement, les plaintes individuelles devaient être déposées pour être reçues. Elle ajoute toutefois qu'étant donné les faits énumérés, elle décide de faire une « intervention de la commissaire », et demande qu'un comité rassemblant des sages-femmes, des gynécologues et des gestionnaires du CIUSSS soit formé rapidement (ce qui a été fait). Elle demande également que la politique de la maison de naissance en lien avec l'AVAC soit révisée d'ici l'été 2020, à la lumière des plus récentes recommandations et de l'expérience acquise sur le territoire.

Bien sûr, la COVID s'est pointé le bout du nez et les activités de ce comité ont été mises sur la glace.

Au moment d'écrire ces lignes, le comité n'est toujours pas arrivé à ses conclusions. Les démarches sont toujours en cours.

Note : Un merci spécial au Groupe MAMAN, qui nous a épaulé et soutenu dans cette démarche tout au long de l'année 2020.

MONTRÉAL – JEANNE-MANCE

Nouvelles du regroupement Les familles de Jeanne-Mance

Morgane Zagala, coordonnatrice du comité des Familles de Jeanne-Mance

Pour notre groupe de parents *Les familles de Jeanne-Mance*, l'année a été assez difficile. Les mesures sanitaires, telles que l'interdiction de rassemblements et la nécessité de tenir les rencontres en mode virtuel, nous ont poussés à mettre nos activités sur pause. Nous avons réalisé trois jassettes virtuelles, mais très peu de personnes y ont participé. Les activités extérieures, en groupe, n'ont pas été autorisées pendant une longue période. Les conditions météorologiques hivernales auraient dans tous les cas écourté notre programme. Nous avons donc, malheureusement, rejoint un très petit nombre de parents, et nous avons eu du mal à nous faire connaître des nouvelles familles qui utilisent les services de la maison de naissance. Par ailleurs, la salle que nous utilisons habituellement pour nos activités à la maison de naissance, et qui sert également aux rencontres prénatales et postnatales de groupe ainsi qu'aux haltes-allaitement, reste pour l'instant inaccessible.

Actuellement (mai 2021), nous avons peu de détails sur les mesures sanitaires mises en place en ce qui concerne les services de sage-femme. Il semble qu'un·e seul·e accompagnant·e est autorisé·e lors de l'accouchement. L'état dernier, l'autre parent avait été autorisé à assister au rendez-vous de suivi, tandis qu'une deuxième personne significative était autorisée lors de l'accouchement. Cependant, le passage en zone rouge, à l'automne, a nécessité de faire marche arrière. Les accouchements à domicile sont suspendus depuis le début de la pandémie. Certains rendez-vous de suivi peuvent se faire par téléphone. Les déplacements à la maison de naissance sont limités au moment de l'accouchement et les parents doivent rester dans leur chambre au maximum. Lors des accouchements de juin 2020, le port du masque était obligatoire pour la personne accompagnante uniquement lorsque la sage-femme était dans la chambre. Le service est tout de même resté d'excellente qualité, très humain et privilégié par les parents qui veulent un accouchement naturel.

En ce qui nous concerne, nous recommençons à planifier des activités en mode virtuel et à l'extérieur, à présent que la météo est plus clémente et que les mesures sanitaires le permettent.

Depuis 1982, Alternative Naissance est une référence en périnatalité au Québec.

Les services d'Alternative Naissance visent à faire de la grossesse, de l'accouchement et de la vie avec un nouveau-né une expérience heureuse et significative. La qualité de cette expérience a une incidence bien réelle et à long terme sur le lien d'attachement parents-enfants, sur le sentiment de compétence parentale et sur l'épanouissement de la cellule familiale.

Les services gratuits d'accompagnement individuel sont :

- Accompagnement à la naissance
- Accompagnement aux relevailles
- Accompagnement au deuil périnatal

Les activités et ateliers périnataux offerts aux familles sont :

- Rencontres de groupe pour les femmes ayant vécu un accouchement difficile
- Massage-bébé et Massage bébé avec papa
- Ateliers thématiques prénatals et postnatals
- Méthode Bonapace
- Club de lecture
- Etc.

Gratuits pour la plupart.

Les formations professionnelles ayant une approche orientée vers la relation d'aide sont :

- Formation en accompagnement à la naissance
- Formation en accompagnement postnatal - relevailles
- Formation en allaitement



Tous les profits générés par ces formations sont réinvestis dans les services susmentionnés d'accompagnements individualisés pour des familles en situation de vulnérabilité.

L'histoire qui nous accompagne

Marie-Lou Bartish

cofondatrice de la Coalition Reconnaissance Trauma Québec, accompagnante à la naissance chez Étoile de mère, étudiante à la Faculté de médecine de l'Université Laval, au Département de psychiatrie et de neurosciences

Mise en garde : Ce texte traite d'abus et de traumatismes.

Omettre de prendre en considération l'histoire qu'une personne porte en elle est un raccourci dangereux. Les événements marquants de la vie de chaque personne forgent sa personnalité, ses réactions et ses peurs, mais aussi ses forces et sa résilience. Les approches de soins et d'accompagnement au cours de la période périnatale peuvent solidifier la force et la confiance des personnes enceintes ou, au contraire, les replonger dans leurs traumatismes passés, voire créer de nouveaux traumatismes. Les personnes qui font face à de la discrimination systémique sont particulièrement affectées par l'inaptitude du système de santé actuel à adopter une approche de soins sensible aux traumatismes et à accorder de l'espace à l'agentivité des personnes.

L'histoire qu'on porte

Notre histoire est la somme de toutes nos expériences de vie, autant les belles expériences que les plus traumatiques. On marche dans le monde en portant notre histoire. Si celle-ci est empreinte de légèreté, alors le voyage est généralement doux. Par contre, si notre histoire comporte des événements difficiles, on transporte cette lourdeur avec nous. Même si ça ne nous empêche pas d'avancer, notre parcours peut être parsemé d'embûches spécifiques à notre situation.

Notre histoire de vie est donc jonchée d'événements aux origines variées, laissant parfois des traces profondes : pensons entre autres aux traumatismes vécus dans l'enfance, à un historique de violences ou à des événements ponctuels particulièrement stressants.

La manière dont chaque individu sera affecté variera beaucoup. Certains vont intégrer ces expériences en s'adaptant de manière saine ou vivront un réalignement de leurs valeurs qui les amènera à redéfinir ce qui est vraiment important pour eux. Cela peut se manifester par l'investissement d'une mission personnelle, par exemple une implication sociale ou communautaire dans le but de faire changer des choses qui les ont affectés négativement. D'autres vont plutôt tourner la page et essayer de limiter les impacts sur leur vie en faisant abstraction de leur vécu.

Les traumatismes dans la période périnatale

Les traumatismes portés par une personne sont parfois exprimés directement, mais autrement ils se cachent dans un coin et sont plutôt « contrôlés » dans la vie quotidienne. À l'occasion, des déclencheurs peuvent faire remonter à la surface des émotions et même des moments de détresse qui sont associés aux événements vécus. Ces déclencheurs varient grandement d'une personne à l'autre. Par exemple, pour un-e survivant-e d'abus



sexuels, la période périnatale peut regrouper un certain nombre de déclencheurs potentiels. En effet, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des événements de la vie qui partagent plusieurs éléments :

- Des parties du corps sexualisées sont incluses;
- Des situations incontrôlables peuvent survenir;
- Il peut y avoir de la douleur;
- Il peut parfois y avoir des moments où le libre choix n'est pas respecté.

Ces situations périnatales peuvent déclencher ou mettre en alerte le système nerveux et amener une personne survivante à vivre un « retraumatisme ». Les principaux éléments que les survivant-e-s disent trouver les plus traumatiques dans l'accouchement sont : le manque d'intimité, le manque de contrôle, la peur pour leur intégrité, les malaises liés aux examens vaginaux, les jugements par rapport aux choix ou préférences, le nombre de personnes dans la pièce, le pouvoir exercé par ces personnes, leurs attitudes et les mots qu'elles utilisent.

Comme doula, accompagner une personne dans son histoire périnatale, c'est prendre en considération ses besoins en tant que personne, dans sa globalité, et l'aider à vivre ces étapes de manière sécuritaire et positive, peu importe les défis qui se présentent.

Les principaux symptômes

Les études montrent qu'une personne qui a vécu des traumatismes, sexuels ou non, peut en vivre les conséquences même plusieurs années plus tard. Certaines sphères affectées par ces expériences sont associées à des symptômes qui peuvent avoir des impacts sur l'accouchement, l'allaitement et la relation parent-enfant. Voici une liste des principaux symptômes.

- Tendance à l'hypervigilance ou flashbacks de l'abus, particulièrement dans des situations où le taux d'ocytocine de la personne est élevé.
- Possibilité de distorsion cognitive, qui peut rendre le parent hyper-protecteur ou générer de l'anxiété. Le parent peut alors ressentir un sentiment d'impuissance et avoir une impression de ne jamais pouvoir protéger son bébé adéquatement.
- Le risque de dépression étant quatre fois plus grand chez les survivantes que chez les femmes n'ayant pas vécu d'abus, par extension le risque de dépression postnatale est nettement

supérieur (selon des études récentes³⁷, jusqu'à 80 % plus élevé).

- Certaines personnes peuvent avoir l'impression de ne pouvoir compter que sur elles-mêmes. Le résultat est qu'elles n'iront pas naturellement demander de l'aide, ce qui peut aussi avoir un impact sur l'atteinte de leurs objectifs d'allaitement.
- La dissociation ou l'évitement sont des techniques que certaines personnes ont développées afin d'amenuiser les difficultés associées à leur vécu. Certaines décrivent un détachement complet de la situation, certaines réussissant même à rendre leur corps engourdi pendant les événements. Cette dissociation peut se manifester pendant l'accouchement et pendant l'allaitement.
- Les difficultés à entrer en relation qu'un-e survivant-e pourrait avoir peuvent s'appliquer à leurs enfants aussi. Il se peut qu'un parent survivant d'inceste ait des difficultés à trouver les limites naturelles de l'attachement. Par exemple, un parent pourrait choisir de limiter les contacts physiques avec son bébé, avec l'intention de le protéger.

Ces symptômes se manifestent de différentes façons dans la période périnatale et génèrent des réactions qui varient grandement d'une personne à l'autre. Certaines personnes se protègent au quotidien en bloquant des émotions ou parties de leur histoire. Ces mécanismes de protection peuvent avoir un impact sur la facilité (ou la difficulté) pour le parent à entrer en relation avec son enfant pendant la grossesse ou en postnatal. Les sensations et événements de l'accouchement et de l'allaitement peuvent aussi être la source de flashbacks pour certaines personnes. Ces flashbacks peuvent être très déstabilisants et avoir un impact majeur sur le déroulement de l'accouchement. Les hormones de l'accouchement et de l'allaitement entraînent aussi des réactions

physiques et émotives, qui s'avèrent parfois déstabilisantes pour la personne qui n'y est pas préparée. Plusieurs personnes survivantes nomment ce sentiment de perte de contrôle de leur corps comme étant difficile à vivre.

Contribuer au bien-être d'une personne

Omettre de prendre en considération l'histoire qu'une personne porte en elle est donc un raccourci dangereux. Cela signifie qu'on n'a pas conscientisé la portée de nos paroles ou actions et qu'on ignore l'impact qu'elles auront sur la personne assise devant nous. Quand on fait abstraction des particularités d'une personne, on invisibilise ses émotions et son vécu. Par-dessus tout, on manque une belle occasion de contribuer positivement à son bien-être.

L'approche sensibilisée aux traumas

L'approche utilisée dans les soins et dans l'accompagnement peut affecter de manière positive ou négative la personne qui accouche et la relation parent-enfant. S'il est irréaliste de connaître les déclencheurs de toutes les personnes qu'on rencontre dans une journée, il est toutefois possible d'adopter une approche qui évite les pièges « retraumatisants ». Bien qu'elle soit l'objet de recherches et de formations dans le monde anglophone depuis plusieurs années, l'approche sensibilisée aux traumas (*trauma-informed care*) gagne lentement en popularité au Québec.

Dans les approches sensibles au trauma, on retrouve des prises de conscience à chacune des étapes du processus de soins ou d'accompagnement. Le tout passe par la sensibilisation et la formation des intervenant-e-s, l'établissement d'un espace plus sécuritaire, la création d'un lien de confiance, la place accordée au choix et une optique de collaboration entre

37 Pour la liste des références, veuillez contacter l'auteurice par courriel : mlbartish@etoiledemere.ca.

MONTRÉAL – EST-DE-L'ÎLE

Nouvelles du comité de parents de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Geneviève Antonius-Boileau, représentante de l'équipe du RACINES

(Regroupement d'Action Citoyenne Impliqué pour des Naissances dans l'Est avec les Sages-femmes)

Après des années de mobilisation citoyenne et de réunions avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, nous pouvons enfin nous réjouir de l'ouverture imminente de notre maison de naissance, où le début des suivis est prévu pour le mois de juin 2021. La première naissance devrait avoir lieu en janvier 2022. Notre équipe de bénévoles a été guidée avec beaucoup de bienveillance et de sagesse par Josée Lapratte, directrice des Relevailles de Montréal, et avec le soutien de Stéphanie Courcy-Legros, organisatrice communautaire au CIUSSS.

Nous nous réjouissons, mais nous constatons du même souffle qu'il reste beaucoup de travail d'information à faire. La partie n'est pas gagnée d'avance quant à la sensibilisation de l'équipe d'obstétrique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont par rapport au travail des sages-femmes et à l'accouchement physiologique. Par ailleurs, nous avons dû grandement insister pour que le CIUSSS reconnaisse la grande valeur du travail des assistantes natales (AN), qui ne font pas que préparer des repas et changer des draps! Même si ce n'est pas inscrit dans la description du poste, les AN ont souvent une formation d'accompagnante à la naissance et de marraine d'allaitement. Ça fait toute la différence! Ces personnes extraordinaires sont en mesure de faire un grand travail de soutien humain auprès des nouveaux parents, notamment au sein d'équipes comme celle de la Maison de naissance Jeanne-Mance, qui affiche le plus faible taux de roulement chez ses AN.

Heureusement, nos préoccupations semblent avoir été entendues, et une collaboration se tisse entre le CIUSSS et les Relevailles de Montréal afin de mettre sur pied un programme de formation des AN. Nous avons aussi réalisé qu'il y a un certain travail d'éducation à faire auprès du CIUSSS lui-même quant au rôle du regroupement citoyen dans une maison de naissance. Au départ, on aurait dit qu'à leurs yeux, notre apport comme citoyennes se résumerait à choisir entre telle chaise et tel fauteuil... C'était mal nous connaître! Nous poursuivrons donc ce travail d'éducation afin d'éviter que le travail des citoyennes ne soit relégué au second plan. Présentement, nous travaillons à faire valoir notre proposition de nom pour la MDN, en l'honneur d'Anne Courtemanche. Cette sage-femme, l'une des premières au Québec, habitait et pratiquait dans l'est de Montréal. À suivre!

la personne responsable des soins et celle qui en fait l'objet. L'accompagnement efficace et positif d'une personne ayant vécu des traumatismes passe aussi par la reconnaissance de ses forces et habiletés, acquises à travers les épreuves qu'elle a surmontées.

À la lumière de cette approche, les personnes intervenant en périnatalité peuvent donc faire une différence positive sur l'expérience des femmes et personnes enceintes pendant la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et la période postnatale. Une approche sensible aux traumatismes, un consentement donné à chaque étape et une validation des préférences spécifiques sont des facteurs favorisant la prise de parole et l'agentivité des personnes.

L'agentivité

L'agentivité se définit comme la capacité de mener sa propre vie, de faire valoir ses droits et décisions, et de ne pas se sentir soumis à l'action d'autrui. Elle peut se déployer si certains facteurs sont présents. Premièrement : l'accès à l'information. Une personne doit d'abord avoir les compétences nécessaires à la prise de décision. Les rencontres prénatales, notamment avec une doula, peuvent être un moment privilégié pour acquérir ces connaissances. Deuxièmement, l'espace doit être ouvert à la discussion et sécuritaire; une personne doit se sentir à l'aise de verbaliser ses préférences et ne pas se sentir opprimée. Les personnes qui font face à des discriminations systémiques peuvent trouver plus difficile d'atteindre un niveau d'agentivité équivalent à celui des populations privilégiées. Les personnes marginalisées sont aussi particulièrement affectées par l'inaptitude du système de santé actuel à adopter une approche sensible aux traumatismes et à leur situation personnelle ou familiale. L'hétéronormativité et la cisnormativité des suivis périnataux sont des exemples d'irritants qui reviennent souvent. L'ignorance, résultat du peu de temps accordé à chaque personne, crée des environnements peu sécuritaires pour les survivant-e-s. De manière intersectionnelle, ce climat affecte aussi les personnes marginalisées par leur origine, couleur de peau, genre, identité,

format familial, affiliation religieuse, âge, « in »capacité, format corporel, classe sociale perçue, etc.

Lien avec les violences obstétricales et gynécologiques (VOG)

La multiplication des cas de violences obstétricales et gynécologiques (VOG) nous amène à penser qu'une grande partie des VOG ressenties et rapportées résultent d'un manque flagrant de compréhension des personnes humaines dans leur globalité. Une vision trop biomédicale a comme impact d'isoler la grossesse, l'accouchement et l'allaitement du continuum de la sexualité. Par exemple, si le personnel médical considère qu'un toucher vaginal n'est qu'un acte médical servant à évaluer le col de l'utérus, il est possible qu'un-e survivant-e puisse vivre de grandes inquiétudes par rapport à ce geste. Il est nécessaire de se centrer sur l'expérience de l'individu afin de prendre conscience qu'il s'agit d'un acte médical qui n'est pas anodin : ce geste est posé dans une région du corps intime. Une intervention déshumanisée peut avoir un potentiel retraumatisant chez une personne qui a un historique de trauma. En se concentrant uniquement sur le processus reproductif physiologique, la personne, dans sa globalité, est mise de côté. Cela crée des dommages collatéraux qui peuvent affecter l'expérience d'accouchement de même que la relation parent-enfant.

L'approche sensible aux traumatismes propose plusieurs pistes de réflexion, afin de tenir compte du vécu des personnes. Le but est d'éliminer les situations évitables qui pourraient être perçues et vécues comme des violences obstétricales et gynécologiques. Cette approche, qui vise à accompagner positivement toute personne à travers son histoire périnatale, est un outil puissant qui met l'humain au centre des décisions et lui reconnaît la capacité de libre choix. L'approche sensible aux traumatismes nécessite un personnel soignant dûment formé de manière à pouvoir reconnaître des signes de traumatismes, identifier des symptômes de stress post-traumatique, puis s'adapter à l'individu à qui les soins sont prodigués.

Être à l'écoute de l'humain qui est face à nous, est-ce vraiment trop demander? ■

LANAUDIÈRE

Inauguration de la maison de naissance à Repentigny

Geneviève Larocque, maman et représentante régionale de Lanaudière



Maison de naissance de Lanaudière. Crédit photo: Andréanne Boucher

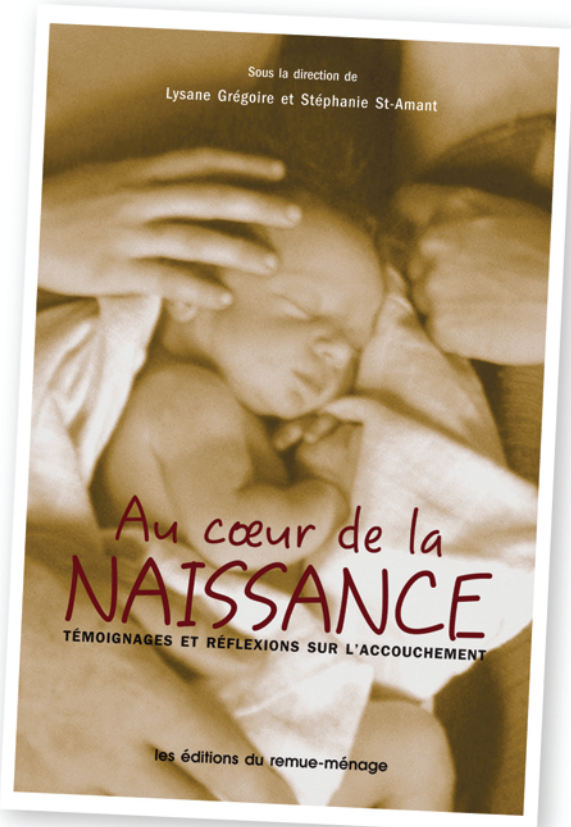
Excellente nouvelle dans Lanaudière : nous avons enfin notre maison de naissance! La construction est terminée depuis le mois de mars dernier et l'équipe du service de sage-femme y est maintenant bien installée. Les consultations ont débuté dans ses bureaux lumineux. Des équipes formées de parents, de sages-femmes et d'aides natales travaillent depuis

des mois afin d'aménager quatre chambres accueillantes et chaleureuses, tout en respectant des critères stricts de prévention des infections. Un beau casse-tête! Il ne reste que quelques semaines (ce sera sûrement chose faite lors de la publication du zine, on l'espère!) avant qu'un premier bébé y voie le jour. Nous aimerions aussi que cette nouvelle maison, avec sa grande salle multifonctionnelle, permette le retour d'un comité de parents dynamique.

Pour Accès Maisons de naissance Lanaudière, l'inauguration de la maison de naissance à Repentigny est un événement très attendu après de nombreuses années de mobilisation dans la région. Je profite d'ailleurs de cette tribune pour remercier toutes les personnes qui se sont impliquées avec cœur dans ce but au fil des années. L'organisme a encore une raison d'être, car nous souhaitons que toutes les femmes et les personnes enceintes de Lanaudière aient accès à des services de sage-femme de proximité et puissent choisir leur lieu de naissance, incluant le domicile. Afin d'atteindre ce but, nous travaillerons en collaboration avec le CISSS de Lanaudière pour développer davantage les services dans le nord de la région, avec un point de services et idéalement une deuxième maison de naissance.

Les publications du Groupe MAMAN

S'offrent
si bien en
cadeaux!



Au cœur de la naissance

Témoignages et réflexions sur l'accouchement

*Sous la direction de
Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant*

Des femmes, et quelques hommes, racontent leurs joies et leurs angoisses, leurs appréhensions comme leurs heureuses découvertes liées à l'accouchement. Ces récits empreints d'émotions aident à mieux apprivoiser cette expérience qui en est invariablement une de transformation. Quelques textes de réflexion apportent un nouvel éclairage, souvent à contre-courant de la culture obstétricale dominante. Pour répondre à la demande, réimprimé en 2012 - également disponible en version numérique.



Près du cœur

Témoignages et réflexions sur l'allaitement

*Sous la direction de
Lysane Grégoire et Marie-Anne Poussart*

Allaiter, c'est bâtir une relation fondatrice avec son enfant. Des femmes témoignent de cette expérience intime et unique qui les a réjouies, même si l'allaitement n'est pas nécessairement toujours simple et facile. Quelques questions abordées : Comment intégrer l'allaitement dans un mode de vie contemporain? Que peut-on apprendre des femmes d'origines culturelles différentes? Quels sont nos rapports à la sexualité en lien avec l'allaitement? Comment envisager l'allaitement dans une perspective féministe ?

Disponibles en librairie ou sur Amazon.ca - N'hésitez pas à recommander à votre libraire de les maintenir sur ses rayons.

Pour plus d'informations www.groupemaman.org

Témoignage

Une histoire de femme, de cœur et de confiance

Récit de maternité de **Marielle M'bangha**, coordonnatrice du Service de référence en périnatalité pour femmes immigrantes de Québec³⁸ et autrice du recueil de poèmes sur le deuil périnatal titré *Dheliel, mon fils, ma chair, mon sang*³⁹.

Anne-Marie Gargano et Sarah Magnan

Administratrices du groupe Facebook Mamans ours en hibernation – donner la vie par temps de pandémie⁴⁰.

Mise en garde : cette histoire aborde brièvement le deuil périnatal.

Connaissez-vous Marielle? Femme de cœur, au service des femmes, elle a fondé, en 2017, le Service de référence en périnatalité pour femmes immigrantes. Cet organisme a pour objectif de créer un village autour de la maman immigrante. Nous partageons ici avec vous sa touchante histoire.

En 2013, la perte de son premier fils *in utero* marque le « devenir mère » de Marielle. Ce douloureux événement lui aura fait profondément aimer la vie et la naissance. Elle retombe enceinte rapidement parce que ses bras restent vides et que son cœur a trop d'amour à donner. Le chemin est douloureux, puisque la mort côtoie la vie, les pleurs côtoient les joies des premiers coups de pied... Y croire sans y croire puisqu'elle sait que le malheur peut aussi arriver. Puis, tout devient réel, son bébé arc-en-ciel, son fils naît! Après la naissance par voie vaginale de son petit ange Dheliel, cette fois-ci, c'est par césarienne que naît son fils Samuel, son col étant bloqué à 5 cm. Assurément, la Vie est de nouveau là et a fleuri en elle. Mais après la naissance, l'anxiété prend toutefois le dessus. Même en ayant son bébé avec elle et bien vivant, la peur que, là, quelque chose tourne mal pour son bébé ne la quitte pas.

En 2015, elle retourne dans son pays d'origine quelques mois, un pays où tout va toujours bien, et elle voit ses parents. Le retour à ses racines la libère de cette peur. Elle s'y ressource pour mieux s'ancrer. De retour au Québec, devenue accompagnante à la naissance et travaillant en périnatalité, Marielle se réconcilie avec la Vie et la naissance.

Elle a envie de porter à nouveau un enfant. Le parcours est sinueux. Malheureusement, pour une femme immigrante, suivi de grossesse rime encore avec infantilisation de la part des médecins et violence obstétricale. On lui annonce d'abord une fausse couche sans examen ni échographie. Il faudra un deuxième avis pour confirmer que bébé est toujours bien accroché. Elle vit trois jours infernaux jusqu'à ce qu'elle entende : « Madame, votre bébé est bien vivant! »

À partir de ce moment, Marielle décide que ni personne ni rien ne pourra lui voler ce bonheur qu'elle a dans le ventre. Ses nouveaux mots d'ordre sont douceur, prendre soin de soi et s'entourer. Elle vivra une grossesse assumée et en pleine conscience durant l'année 2020. À 37 semaines et 2 jours (les 2 jours comptent!), la course au déclenchement naturel commence. Son corps travaille si bien. Pour elle, c'est un pur bonheur de vivre des contractions. Elle arrive à l'hôpital et son col est dilaté à 2 cm.



▲ Marielle M'bangha et son enfant

Encore une fois, le blocage à 5 cm fait des siennes. La douceur prodiguée par son accompagnante lui permet d'accepter ce qu'elle refuse à tout prix : la césarienne. Dans ce tourbillon d'émotions, elle se raccroche au beau qu'elle s'était gardé : découvrir le sexe de son bébé. Elle ne voulait pas le savoir avant la naissance pour que cette histoire soit différente. Son amoureux lui annonce que ce bébé est une fille.

En voyant son bébé enfin là avec elle, elle pleure de toutes ses forces. Elle est de nouveau maman et son chemin vers la guérison est bien entamé. Elle s'enveloppe de bienveillance envers elle-même et envers cet accouchement par le ventre.

Elle tente d'effacer de sa mémoire ce qu'elle a malheureusement entendu en salle de césarienne : « C'est un échec. » Elle reste choquée par la proposition faite par un membre du personnel hospitalier de ligaturer ses trompes en salle de césarienne. Son travail en périnatalité l'a amenée à garder un regard critique sur ce qui se déroule lors des accouchements, et le sien n'y a pas fait exception.

Pour Marielle, les plus beaux apprentissages de la naissance sont la résilience, le lâcher-prise, la foi, la patience et le travail sur soi. Elle grandit encore et chemine toujours vers la paix de son « devenir mère ». ■

38 <https://www.servicedereference.ca/>

39 <https://www.facebook.com/Dheliel>

40 <https://www.facebook.com/groups/548154079191600>

Témoignage

Naissance libre familiale : récit d'un AVA2C non assisté en pandémie

Audrey Clavet

maman d'Elanor, doula et représentante du regroupement AVAC-SagLac

La grossesse en pandémie

Février 2020, deux petites lignes sur une tige en plastique : une quatrième grossesse désirée et attendue. Mais mars 2020 et sa COVID arrivent et viennent changer mes plans, d'autant plus que je mène, parallèlement à la grossesse et la pandémie, un combat depuis cinq ans pour défendre le droit des personnes enceintes de ma région de choisir le lieu de naissance pour leur accouchement vaginal après césarienne (AVAC). En effet, malgré l'ouverture de la maison de naissance en 2015, les AVAC se font obligatoirement à l'hôpital, au Saguenay-Lac-Saint-Jean. La pandémie amène aussi son lot d'inquiétudes, d'ambivalences, de questionnements et de peurs pour ma santé et celle de mon bébé à naître ainsi que la crainte de procédures imposées sous le couvert de la santé publique. Comme pour toutes les familles, mon conjoint ne peut assister aux rendez-vous, et, pour moi, cela n'a pas de sens que j'élabore nos plans et planifie l'arrivée de ce petit être toute seule. Au fil du temps, je ressens de moins en moins le besoin d'aller aux rendez-vous. Je souhaite bâtir ma confiance à la maison.

Lors de la naissance de mon troisième en 2017 (un AVA2C à l'hôpital), j'ai réalisé à quel point je suis bien chez moi, dans la sécurité de ma maison. La force des contractions ne dépasse pas mon seuil de tolérance. Je peux enfanter chez moi. En revanche, dès que j'arrive à l'hôpital, mes craintes de ne pas être capable de dire non, de ne pas être respectée dans mes choix et de me faire imposer des protocoles non désirés me font vivre une détresse intense. Me connaissant, je sais qu'après avoir atteint un certain seuil de douleur, je ne suis plus capable de dire non et cela ravive d'anciennes blessures (#metoo). Les procédures liées à la COVID n'amélioreront certainement pas la situation. Étant doula, je sais trop bien que la détresse provoque souvent un ralentissement de la progression du travail et un dépassement de la tolérance à la douleur, ouvrant la voie à une péridurale et au Synto, qui peuvent mener à des complications tant pour moi que pour bébé étant donné l'AVAC. Pour ma santé mentale, ma santé physique et celle de mon bébé, je décide que l'option la plus sécuritaire sera d'enfanter seule à la maison. Mes sages-femmes, avisées de notre choix, m'informent qu'elles ne m'accompagneront pas, dans le but de se protéger de représailles administratives du CIUSSS pour non-respect des protocoles.

L'embarcation

J'ai des périodes de latence actives depuis 10 à 14 jours, ces périodes durent de 2 à 4 heures et les contractions sont toutes les 5 à 10 minutes. Elles font mal, puis tout s'arrête. Ça tire dans le bas de mon ventre, mais j'ai l'impression que rien ne se passe, que la tête de bébé n'appuie pas sur le col et que celui-ci ne s'ouvre pas vraiment. J'ai toujours su exactement comment mes bébés étaient positionnés. Mais là, je me sens perdue. Je la sens partout. Je ressors à peine d'une période stressante, ayant reçu un diagnostic positif à la COVID, et toute l'inquiétude qui vient avec pour la santé de bébé. Mon corps est prêt, je crois, mais pas ma tête.

J'ai rendez-vous avec ma sage-femme pour un suivi de grossesse, je suis à 40.1 SA. Je lui demande de vérifier le col, elle me dit que je suis à 1+ cm et elle a aussi l'impression que la tête n'appuie pas bien sur le col, mais qu'elle est bien en bas et fixée.

Je retourne à la maison et je poursuis ma routine. Les deux grandes reviennent de l'école et je fais les devoirs avec ma plus vieille. À l'heure du souper, j'ai une grosse contraction, dont la douleur s'élève à 5 sur 10. J'espère que ce n'est pas « juste » une autre période de latence. Puis une deuxième contraction, puis une troisième. Les contractions arrivent maintenant toutes les 7 à 10 minutes et sont douloureuses. Je commence à regretter mon idée d'enfanter en présence des enfants; c'est difficile à gérer, tout ça. Puis 19 h arrive, je les couche et je leur dis que bébé se joindra probablement à nous cette nuit. Je leur chante leurs chansons et, pendant que je chante, la douleur diminue de moitié! Je me remémore un témoignage du livre d'Ina May Gaskin, lu plus tôt cette semaine-là, où la maman a chanté tout au long de la naissance pour gérer la douleur. Ça marche vraiment bien!

Je suis contente que les enfants soient couchés. Je peux enfin essayer de décrocher. Je vais m'installer sur la toilette du rez-de-chaussée pour prendre quelques contractions. J'appelle mon amie pour l'informer de la situation... Elle s'en vient.

Je me fais une grosse tisane de thé du Labrador et je mange quelques galettes à la citrouille. Je danse mes contractions autour de l'îlot de la cuisine.

Mon conjoint, Steve, commence à remplir la piscine dans ma pièce de naissance, située au sous-sol, juste à côté de la chambre des grands. Je m'installe à genoux par terre avec ma tisane et je prends quelques contractions. Elles viennent toutes les 3 à 5 minutes et sont intenses. Il est environ 20 h. Mon amie arrive peu de temps après. Son énergie est douce, apaisante, et je ressens tellement de joie et de confiance émaner d'elle que ça fait du bien. Mon conjoint est plutôt stressé durant les naissances et il a peur de me décevoir si tout ne se passe pas comme prévu. Mon amie est là pour ça, pour nous soutenir tous les deux d'un point de vue logistique et émotionnel.

J'essaie de mettre mon cerveau à *off*, de laisser la place à mon cerveau de mammifère. Le stress empêche l'ocytocine de faire son travail et c'est difficile pour moi, qui suis très cérébrale. Je me fais une autre tisane.

Je descends au sous-sol, et j'entre dans ma pièce de naissance. J'y suis tellement bien. Steve a allumé toutes mes bougies (ça sent bon l'eucalyptus) et les lumières de Noël pour une ambiance tamisée. Il fait chaud. Tout est parfait.

Je m'installe à genoux sur le matelas posé au sol, en appui sur un ballon. Je ne remarque presque pas Steve et mon amie qui entrent et sortent avec des chaudrons d'eau chaude. De temps en temps, quand j'arrive à en attraper un durant une contraction, je réclame des points de pression au sacrum, mais ils ne me

font pas autant de bien que lors de mes derniers accouchements, alors je gère la douleur plutôt seule. J'ai hâte que la piscine soit prête. Je sens que j'atteindrai bientôt la limite de ma tolérance, mais je chante et je souffle encore mes contractions; ma tête va bien, aucune idée noire ne m'envahit, contrairement aux autres naissances.

Je suis bien chez moi.

J'entends mon conjoint me dire que la piscine est prête. J'entre dans l'eau, ça me fait un bien fou. Mon énorme ventre en apesanteur, c'est le bonheur! Je sens que j'ai envie de pousser, ce n'est pas une envie folle, mais je sens instinctivement qu'on y est. Je pousse un peu, mes membranes rompent par elles-mêmes pour la première fois en quatre naissances. Je demande qu'on note l'heure, au cas où. Il est 21 h 40.

La tempête

La douleur augmente d'un cran, mon conjoint s'installe dans la piscine. Je hurle à chaque contraction, un hurlement profond, viscéral. J'ai toujours hurlé pendant mes accouchements. J'essaie de me contrôler, d'arrêter, car j'ai peur que tous mes muscles empêchent bébé de descendre. Je vais à la recherche de sa tête. Je la sens, bien en haut, une belle boule dure. Je laisse ma main là, et je me rends compte qu'elle avance durant les contractions, même si je hurle. Eh bien! Je peux enfanter en hurlant! Je ne m'en priverai pas!

Tranquillement, la tête avance, je m'accroupis dans l'eau. Je me suis préparée à ne pas la retenir, mais *bordel* que ça fait mal! Je sacre un peu, je dis que je n'y arriverai pas, mon amie rit et me rassure. J'évalue toutes les options, et j'écarte l'hôpital puisqu'elle est presque là. Je n'ai pas le choix. Je sens que je vais y arriver, mais je trouve ça immensément douloureux. Elle est si près et si loin en même temps! Point positif : mon cœur et ma tête sont en harmonie et, malgré l'intense douleur, je ne suis pas en détresse. Mon amie me sourit quand je lève la tête. Je sens mon conjoint stressé et impuissant, mais très présent. Je suis contente qu'il soit à mes côtés dans la piscine.

Quand la tête étire le périnée, je la repousse à l'intérieur. C'est trop intense. Puis je me dis qu'il faut qu'elle sorte. À la contraction suivante, je place mes mains autour de sa tête et je retiens doucement mon périnée pour que la tête sorte. C'est le grand couronnement. Je n'ai pas mal, aucun « anneau de feu ». J'explore doucement et je sens ses yeux derrière. Je sens une mèche de cheveux qui flotte dans l'eau. Je commente mon propre accouchement : « Elle a des cheveux. » Mon conjoint et mon amie éclatent de rire. Tout se passe en quelques secondes et je fais naître sa tête avant la fin de la contraction avec mes mains sur mon périnée et une douce poussée. J'attends que la tête se place d'elle-même et complète sa rotation. Je pousse doucement avant la prochaine contraction pour voir s'il n'y a pas de dystocie de l'épaule, mais elle bouge bien. J'explore avec mes doigts pour vérifier s'il y a des tours de cordon, il n'y en a pas. Je sens tout de manière très vive, je suis très connectée. Loin des états de transe que j'ai déjà vus ou lus, mais ça, c'est moi : cérébrale, informée, gestionnaire et un peu « germaine ». **À la prochaine contraction, elle sort de moi comme un petit poisson. Je la sors de l'eau, elle est déjà rosée, tonique, les yeux grands ouverts et elle soupire doucement : « Ree ! » Elle est magnifique, toute remplie de vernix. Wow! Quelle puissance et quelle naissance! J'aspire les sécrétions avec ma bouche, je frotte doucement son dos pour qu'elle reste tonique. « Viens-t'en, mon bébé ». Je demande encore qu'on note l'heure. Il est 22 h 18. Tout ça en moins de 5 h.**



▲ Moment en famille après la naissance

L'achèvement

À ce moment, nos trois grands enfants nous rejoignent tout en douceur. Mon amie est allée les chercher, ils venaient de se réveiller. Ils s'installent près de moi et observent bébé. Ils ont des étoiles plein les yeux.

J'ai encore des contractions douloureuses, et j'essaie de garder le corps de bébé dans l'eau tout en gérant les contractions et les questions des enfants. Je finis par tirer fortement sur le très long cordon pour faire naître le placenta. Je crois que je tire un peu trop fort, mais je veux que les contractions s'arrêtent. Ça fonctionne, le placenta naît et les contractions douloureuses cessent un moment. On met le placenta dans un bol. Quelques minutes plus tard, je ne vois plus mes pieds dans la piscine tellement il y a de sang. Alors, je décide de sortir. Mon amie et Steve m'aident à sortir avec bébé, puis je m'allonge sur le matelas en mettant bébé au sein avec le placenta tout près. Elle tète déjà comme une championne, et avale à chaque tétée, ce qui me donne de fortes contractions. Je sens le sang couler doucement, mais en continu, je commence à m'inquiéter. Au moins, j'ai des tranchées assez douloureuses, ce qui est positif. Je décide de prendre des teintures mères pour arrêter les saignements. Ça semble fonctionner et les saignements ralentissent. Je suis restée là quelques heures en attendant d'être en mesure de me rendre aux toilettes, où je perds plusieurs caillots. Comme cette naissance m'appartient, je choisis de rester à la maison tout en observant les saignements, quitte à me rendre à l'hôpital si mon état se dégrade.

Mon amie est finalement partie vers 5 h du matin. Nous nous sommes reposés deux heures au lit, puis les grandes se sont levées pour aller à l'école.

Malgré mes symptômes d'anémie et mon très bas niveau d'hémoglobine dans les jours suivants, mon état de santé s'est très vite amélioré.

Finalement, cette naissance était parfaite! Je suis si contente d'avoir pu être « moi » et enfanter. Je suis restée cérébrale, très connectée à tout ce qui se passait en analysant le processus. J'ai hurlé tout au long de la poussée. Et j'ai enfanté pour la première fois dans ma puissance, à ma manière et par moi-même. Je ne changerais absolument rien à tout ça, tout était parfait. Et je n'ai jamais été aussi bien dans mon corps et dans ma tête. ■

Redécouvrir sa culture, ses droits et son art à travers la maternité

Une discussion avec Catherine Boivin

Catherine Boivin est une artiste multidisciplinaire atikamekw. Le MZine l'a rencontrée en mai 2021 alors qu'elle était enceinte de 35 semaines. Elle habite Odanak, une communauté abénaquise du Centre-du-Québec.

Sara Frattolillo, coordonnatrice du MZine

MZine : Parle-nous un peu de toi. Comment te décrirais-tu?

Catherine Boivin : Je suis atikamekw, je suis autochtone, je suis artiste. Je fais de la danse pow-wow, j'écris des blogues, j'aime bien faire de la vidéo. J'aime m'impliquer dans la diffusion et la promotion de ma culture pour faire en sorte qu'elle soit bien vue et qu'arrêtent les préjugés. Je suis une militante. Je me décrirais comme ça pour l'instant.

Je commence aussi à anticiper le rôle de maman. J'ai toujours eu à cœur les jeunes, leur identité en tant qu'Autochtones. Je trouve ça important de les valoriser afin qu'ils puissent s'épanouir, devenir de bonnes personnes, fières de leur culture, et passer au-delà des traumas. J'ai toujours eu cette envie de semer en eux de bonnes pensées, mais on dirait que c'est encore plus présent depuis que je suis enceinte. Je pense à mon enfant et ça nourrit ce côté-là de moi.

Ta grossesse a éveillé en toi un côté maternel envers les jeunes en général?

Oui. J'ai travaillé à la Maison des jeunes dans ma communauté pendant trois ans. Je voyais déjà l'importance de les valoriser. En communauté, ça peut être dur parfois, ça peut être *tough*, ça peut être *rough*. J'ai vécu moi-même en communauté, j'ai cette expérience-là aussi. Des fois, c'est dur : être stigmatisés, vivre les traumas... J'en parle souvent avec ma mère. L'adolescence a été tellement terrible, si je devais revivre ça... oublie ça. Je trouve ça incroyable que j'aie pu passer au travers de cette période-là. Je pense aux jeunes qu'il faut aider à traverser ça. Ma grossesse m'amène à penser que je vais être capable de ne pas donner à mon enfant [la même vie] que celle que j'ai vécue, de faire une coupure.

Avec la naissance de ta fille qui est imminente, dans quel état d'esprit te trouves-tu actuellement?

Je suis impatiente, je suis stressée, des fois j'angoisse, je fais un peu d'insomnie. Je pense au fait que je dois sortir cet enfant de moi! Mais j'ai beaucoup de soutien de mes sœurs et de ma mère. Ma sœur me dit que je vais avoir très mal, mais que je serai bien après! Je suis en préparation mentale, mais aussi dans l'anticipation. Je ne sais pas ce que ça va être, je vais le découvrir.

Tu as fait le choix d'avoir un suivi sage-femme en maison de naissance. Qu'est-ce qui t'a incitée à faire ce choix?

Au début, je ne pensais pas faire ce choix-là, mais tout le monde m'en parlait! Une personne d'ici me disait qu'elle avait fait son suivi là (à la Maison de naissance de Nicolet), et mon conjoint m'en



▲ Illustration par Catherine Boivin

a parlé aussi. Je pensais accoucher à l'hôpital. Ma tante – qui est la voisine de Guylaine, ma sage-femme – m'a dit qu'elle avait déjà travaillé dans une communauté atikamekw obedjiwan et qu'elle était sensibilisée à notre culture. C'est ça qui m'a convaincue! J'ai appelé et j'ai eu une place. Maintenant, c'est elle qui me suit. C'est bien d'avoir un suivi par une personne sensibilisée aux réalités autochtones. Ma sage-femme fait justement la promotion du service de sage-femme auprès des femmes autochtones du secteur. Ce n'est pas toutes les femmes autochtones qui savent que ce service-là existe à Nicolet.

Après 35 semaines de grossesse, comment as-tu apprécié ton suivi en maison de naissance avec une sage-femme?

C'est très bien. Je pensais que le suivi impliquerait beaucoup de stress, beaucoup de rendez-vous, mais non, c'était bien relaxe! On jasait! Elle répondait à mes questions, atténuait mes craintes, mes inquiétudes.

Est-ce que le modèle de soins des sages-femmes rejoint davantage tes propres valeurs?

Oui! Mais moi, je pensais accoucher à l'hôpital, faire la même chose que tout le monde. Je ne m'attendais pas à faire quelque chose de différent, qui se rapproche plus de ma culture et de comment nos grands-mères ont mis au monde leurs enfants. Je pense beaucoup à elles pendant ma grossesse. Cette expérience me ramène à ces femmes, à ma culture, et je me dis que [mon accouchement] ressemblera aux leurs. Je ne pensais pas que ce serait ça! C'est sûr qu'il est possible que je doive aller à l'hôpital. Je

me prépare à tout, il arrivera ce qui arrivera. Mais pour l’instant, je me prépare à un accouchement naturel. J’ai demandé à ma grand-mère d’être présente lors de la naissance. Elle m’a souvent raconté qu’elle était venue au monde dans le bois, sous une tente. Cette connexion-là, cette pensée-là me donne de la force et du courage. Je sais que ça se fait, qu’on peut passer au travers!

Dans l’article publié par Radio-Canada, tu mentionnais que ta grossesse avait été une occasion pour toi de te réapproprier ta culture, ton héritage. Peux-tu nous donner des exemples?

J’ai décidé de garder le placenta. Je vais l’enterrer sous un petit arbre. Nos pratiques ont longtemps été interdites, dont celle-ci, étant donné que nous n’avions pas le droit de récupérer le placenta, qui était considéré comme un déchet biomédical. Les Atikamekw ont fini par avoir le droit à La Tuque et c’est maintenant possible pour toutes les femmes de le récupérer. Après la naissance, il y aura aussi des cérémonies de passage. Je veux me tourner vers ces traditions pour mon enfant. C’était important aussi pour moi de trouver un prénom autochtone (abénakis ou atikamekw) pour mon enfant. Mais c’est dur! En tant qu’artiste, j’ai de la misère à nommer mes œuvres! Alors, donner un nom à un enfant, c’est un gros défi!

Je parlais de racisme systémique récemment avec ma grand-mère... À La Tuque, il y avait une chambre réservée aux femmes autochtones, une chambre isolée, dans le fond du couloir. La chambre 116. Pour nous, se réapproprier notre culture, c’est également se réapproprier une sécurité, le fait d’être bien, de vivre notre grossesse de façon saine, dans un bel environnement.

Avec ma sage-femme, j’ai appris que les femmes ont des droits pendant l’accouchement. En tant qu’Autochtone, il faut prendre conscience de ça encore plus, parce qu’on subit parfois des préjugés et de l’oppression. Il faut se rappeler deux fois plus qu’une qu’on a des droits, pas juste en tant qu’Autochtones, mais en tant que femmes. Le droit d’accoucher comme on veut, où l’on veut.

J’ai été surprise de voir que j’avais le choix d’accoucher ici, à la maison de naissance, et que c’était accessible, simple! Je voyais la maison de naissance comme quelque chose de marginal, mais non, c’est super bien encadré!

Est-ce que ton cheminement vers la maternité a aussi eu un impact sur ton expression artistique?

Où, je me sens encore plus créative! Je fais beaucoup d’art numérique, de vidéos, de sculpture, de peinture, de photographie, de photo-montages... Il y a eu une période où j’étais très fatiguée, léthargique, éteinte du côté artistique. Mais là, tout d’un coup, c’est revenu! C’est en train de repartir. Mon enfant m’inspire. Son battement de cœur m’inspire. Je suis coureuse et j’ai couru jusqu’à sept mois de grossesse. Quand je cours, je pense au fait qu’il y a deux battements de cœurs dans mon corps! Ça m’inspire et je pense à comment explorer cette idée.

Comment entrevois-tu la transition vers la maternité pour toi? As-tu des appréhensions?

Pour l’instant, je visualise beaucoup le côté plus machinal, robotique, les tâches. Je n’anticipe pas encore le contact de l’enfant qui sera présent. Parfois, je pense à quand j’aurai des dialogues avec cet enfant-là. Je n’ai pas trop d’appréhensions pour l’instant, je ne me projette pas trop encore. Je vais laisser le côté émotionnel venir par lui-même. J’essaie de ne pas trop me préparer, je vais laisser les émotions émerger.

Qu’est-ce qu’on peut te souhaiter pour ton passage à la vie de mère, ta matrescence?

Du courage, que la naissance se passe bien et que mes ancêtres soient là, avec moi. J’ai perdu l’une de mes grands-mères qui a eu 10 enfants... J’espère qu’elle et les autres seront avec moi!

Catherine a donné naissance à sa fille Maskowisi le 2 juillet 2021 à la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet. Elle raconte :

«J’étais prête à tout ! Mon plan initial était de faire mon travail à la maison de naissance. Mais l’intensité a augmenté très rapidement. Je suis descendue à Nicolet dans la nuit avec des contractions à toutes les minutes. J’ai perdu mes eaux dans le stationnement de la maison de naissance, alors que mon mari et moi attendions notre sage-femme et ma kokom (grand-mère). Nous sommes entrés dans la chambre pour finalement voir que bébé était prête à sortir et que je pouvais maintenant pousser. Ma kokom a été d’une grande aide; elle m’a permise de me laisser aller et de soutenir plusieurs contractions, le temps qu’on vérifie où en était mon col. Une heure dans la chambre et bébé Watso est sortie. C’était intense, magnifique et incroyable.»

Tous nos souhaits de bonheur à la famille Watso-Boivin! ■

ESTRIE

Des nouvelles de l’Estrie!

Julie Ducharme et Joanie Lacerte, assistantes natales, Maison de naissance de l’Estrie

Les rencontres du groupe SAGE-Famille de la maison de naissance de l’Estrie sont mises sur pause depuis le début de la pandémie, autant à Sherbrooke qu’à Granby. Nous avons fait quelques rencontres à l’extérieur lorsque le niveau d’alerte nous le permettait, puis nous avons fait quelques rencontres virtuelles. La motivation n’était toutefois pas tout à fait au rendez-vous, autant du côté des conférencier·ère·s que des participant·e·s. Nous espérons vraiment pouvoir recommencer bientôt nos belles rencontres hebdomadaires, si dynamiques et riches de partages.

Témoignage

Fierté d'un sinueux AVAC

Emilie, mère de Melker

Mon récit de naissance débute probablement par la naissance de notre aînée. Nous avons bénéficié d'un super suivi sage-femme. J'avais dépassé ma date, rompu mes eaux, tenté de déclencher le travail en maison de naissance, puis j'ai été transférée à l'hôpital, subi une cascade d'interventions médicales, vécu une foule de déceptions et de deuils qui ont finalement abouti à une césarienne au milieu de la nuit quasi 48 heures plus tard. Inutile de dire que cette histoire laisse des blessures et des appréhensions.

Cette fois-ci, sans hésitation, nous optons encore pour un suivi sage-femme. La grossesse se déroule bien. Le choix du lieu de naissance amène beaucoup de recherches et de questionnements, comme il s'agit d'un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Notre choix s'arrête tardivement sur le domicile. Mon corps se prépare en fin de grossesse, je commence à dilater et à effacer tranquillement. Je ne ressens aucune contraction. Je dépasse ma date. Je me sens bien, je sens que mon corps se prépare. J'ai un *stripping* à 40 sem.+4 j. Le lendemain, de petites contractions commencent. Je suis très contente et excitée. C'est la première fois que je ressens des contractions, *mes* contractions. Ça me donne une poussée de confiance en mon corps.

Quand nous allons nous coucher, je remarque que mes contractions sont toutes les sept minutes, mais je ne les trouve pas trop intenses. Si c'est la latence, je dois me reposer et essayer de dormir. Les heures passent, mais je n'arrive pas à fermer l'œil. Les contractions me gardent éveillée. Je voudrais me lever, bouger, faire des sons pour prendre les contractions, mais je ne veux pas réveiller notre aînée. Vers 2 ou 3 heures du matin, c'est plus intense. Je reste allongée, mais je commence à faire des sons graves lors des contractions. Ça donne un indicatif à mon amoureux, qui arrive à les calculer. Elles durent 1 minute toutes les 5 minutes pendant une bonne heure. Je finis par me lever. De toute façon, je ne dormirai pas. On s'active un peu. Je prends une douche qui fait du bien, mais qui n'arrête pas le travail. On appelle Gabrielle, la sage-femme. Pendant notre discussion, je prends une contraction en silence, elle est moins forte que les autres. Comme si j'avais une réserve devant Gabrielle qui m'écoute. On se prépare. On appelle ma mère. Notre fille part. Il est presque 5 h. Mon amoureux finit de préparer la maison. Gabrielle nous rejoint vers 7 h 30. À son arrivée, je prends mes contractions en silence, différemment. On dirait que j'ai une gêne, pourtant, j'aime beaucoup Gabrielle et elle me rend à l'aise. L'intensité s'estompe tranquillement... On essaie de réactiver le travail, mais en vain. Gabrielle quitte la maison. Je suis déçue et exténuée de ne pas avoir dormi de la nuit. J'essaie de me reposer pour aider les choses à reprendre. Cet après-midi-là, j'ai des contractions, très variables en intensité et en fréquence. En fin de journée, nous avons une visite de Kalina, sage-femme, pour faire une évaluation et voir les options. Je suis ambivalente. À la suggestion de Kalina, j'essaie le truc des Graval qui causent de la somnolence afin que je me repose bien la nuit prochaine. Je dors un beau 8 heures d'affilée. Je me sens super reposée et en pleine forme. C'est calme, je n'ai pas de contractions. J'indique à Kalina que nous pourrions nous rendre à la maison de naissance pour notre rendez-vous de 41 semaines.

Bébé va très bien, moi aussi. Je n'arrive pas à dire si j'ai des contractions, c'est juste étrange. J'ai l'impression que je vais ouvrir par en dessous, ça pousse sur mon coccyx, ça tire dans mon bas-ventre. On fait un examen et, étonnamment, je suis à 6 cm et mon col est pratiquement tout effacé. Mon bébé s'engage de plus en plus. Mon corps a donc continué à faire son travail en catimini. On fait le *stripping*. On discute de la rupture de la poche des eaux, je ne me sens pas encore prête. Comme je suis à 41 semaines, on parle de différents scénarios. Je n'aurais pas pensé à accepter de me rendre jusque-là (ça fait partie des facteurs non favorables à la réussite d'un AVAC), mais comme mon corps s'active, que je me sens bien et que je progresse toujours, la situation est maintenant tout à fait envisageable pour moi. Je veux mon AVAC.

Nous rentrons à la maison et tentons les mêmes manœuvres pour déclencher l'accouchement : escaliers, marche, ballon... J'ai des contractions. Je sens que ça bouge, mais rien de significatif. Je chronomètre, c'est variable.

Ce soir-là, je pense beaucoup trop à ma fille. Je finis par dire à mon amoureux d'aller souper avec elle, de s'assurer qu'elle est correcte et qu'elle sait que ses parents pensent à elle et l'aiment. Personnellement, je ne veux voir personne, je veux rester dans ma bulle, je ne veux aller nulle part. Juste être chez moi. Lorsqu'il quitte la maison, je laisse venir les contractions. Je décide de les prendre bruyamment. Je ne calcule plus rien. Il n'y a personne. Je les prends comme je veux. Très fort. Même si c'est la latence, que c'est censé être tolérable, même si je me dis que je dois être capable de gérer ça si je veux envisager mon travail actif. L'intensité augmente. La fréquence aussi. Je souffle mon col. Je me laisse aller... Je finis par texter mon amoureux. J'ai envie qu'il soit près de moi. Je prends un bain pour me détendre en l'attendant... ce qui ralentit les contractions. Découragement.

Nous sommes maintenant à la troisième nuit. Elle est intense. J'ai des contractions que je trouve fortes, ou suis-je peut-être simplement fatiguée? Techniquement, je suis encore en latence. Je dois être capable de gérer. Elles ne sont pas très longues. Plutôt espacées. Suffisamment espacées pour que je somnole entre chacune et que j'aie vraiment envie de m'endormir, mais pas suffisamment pour que je dorme pour vrai. Je suis fatiguée. Après chaque contraction, je ressens le besoin d'aller à la toilette. Je sais qu'il n'y aura rien. Étranges sensations. Je perds beaucoup de mucus.

Le lendemain, je suis déconfite. Confuse. Je ne sais plus quoi faire. Ce n'est pas une si grande douleur, mais ça m'use. Ça fait trois jours que nous sommes là-dedans... Kalina arrive vers 9 h, prend le temps de m'écouter. On se fait un plan, et comme de toute façon nous avons un rendez-vous en obstétrique sous peu, on décide de rompre la poche des eaux ce matin. Je n'en peux plus d'étirer ça. Kalina fait mon examen et, à la surprise de tous, je suis à 8 cm. Tout ce que j'ai ressenti durant la nuit a fait progresser les choses. Je vais bien. Bébé aussi. Une certaine fébrilité s'installe. Vu l'état de la situation, Kalina souhaite appeler Gabrielle et l'aide natale avant de procéder à la rupture, car ça risque d'aller vite.

Une fois les membranes rompues, je me sens mieux. Cette pression que je sentais sur mon coccyx, mon urètre et mon bassin se dissipe. Rapidement, les contractions s'installent. La pause entre les contractions est encore plus agréable.

Il fait un beau soleil. La chambre est pleine de rayons. Je danse avec mon amoureux. Il est près de moi. Nous rions. C'est beau, exactement comme je l'avais rêvé et visualisé. Je trouve que je gère bien la situation. Je sens que je peux prendre mes contractions comme je le veux. À mesure que l'intensité augmente, Kalina m'encourage à pleurer si j'en ai besoin. J'en prends en pleurant, en criant, en hurlant. Je sens qu'on a confiance en moi. Je peux complètement me laisser aller pendant les contractions. Je me sens très calme ensuite. Ça va bien.

J'entrevois l'heure, le temps passe vite. Je n'ai plus de répit entre les contractions, il y a peu de pauses. C'est la transition, en intensité. Je me rappelle mes préparations. Je sais qu'il y a un moment de doute, face à un mur. Je me permets de tout sortir. Je pleure, je crie. Je n'ai pas d'anxiété de performance. Je sais que je peux le faire, mais je laisse sortir tout ce qui me passe par la tête. Je sens que les gens autour de moi ont confiance. Je me sens en contrôle dans mon non-contrôle, en possession de mon laisser-aller. Je trouve ça beau.

On arrive à la poussée. Je ressens une grande satisfaction d'être à cette étape. Ça fait du bien de pousser les contractions. Je me sens active. Je crie. J'ai l'impression de me transformer en loup-garou, en animal. Je fais des sons que je ne comprends pas moi-même. Je sens chaque fibre de mon corps travailler. Je me sens fière. Mon bébé sera bientôt dans mes bras. Je me laisse guider. On essaie plusieurs positions. Je finis par contre par comprendre que ça ne progresse pas comme on le souhaite. D'ailleurs, je le sens en moi que ça ne bouge plus. Bébé ne semble pas bien placé.

À un moment, on parle d'ambulance et d'hôpital. Il y a une cassure. Le sol se dérobe sous mes pieds. Je ne peux plus gérer. La douleur physique et dans mon cœur est insoutenable. D'un côté, je ne peux m'imaginer un transfert en ambulance dans cet état. Je n'y arriverai pas. De l'autre, j'ai tout le scénario catastrophique de notre aînée qui me revient. Ça se bouscule dans ma tête. Si je sors de ma chambre et de ma bulle, je veux illico la péridurale et une césarienne. Je suis catégorique. Si je n'ai pu le faire ici, j'y arriverai encore moins à l'hôpital, où tout m'est si hostile. Je me sens comme le pire échec, encore. Le mot *déception* n'est pas assez fort pour décrire comment je me sens.

Dans l'ambulance, Gabrielle est avec moi, mais mon amoureux ne peut pas m'accompagner en raison de la COVID. Il nous suit en voiture. J'ai les yeux mi-clos. Gabrielle est parfaite, me tient la main, est là au bon moment, écoute mon bébé et me rassure après chaque contraction. Quatorze minutes de transfert. J'ai réussi.

J'ai rapidement ma péridurale à l'hôpital. On doit installer le monitoring avant et l'infirmière peine à trouver mon bébé. Je

suis impatiente avec elle. Je demande encore une césarienne à la gynécologue. Elle fait un examen et me dit que non, on n'ira pas en césarienne à ce moment, mon bébé est juste là, il est rendu. Elle veut me refaire un essai de poussée, plus ou moins 15 minutes, puis utiliser la ventouse ou les forceps si ça ne fonctionne pas. C'est Gabrielle qui m'explique, car ça n'a pas de sens dans ma tête. Parfois, l'ambulance peut aider bébé à se placer. Aussi, avec la péridurale, ça aide à relaxer le bassin et certains bébés peuvent ainsi arriver à passer.

On essaie donc de pousser. Je ne sens rien. Ces poussées n'ont rien à voir avec mes autres poussées. Je suis complètement déconnectée de mon corps. Rien ne bouge. On finit par devoir prendre la ventouse. Une contraction, je pousse, je sens une pression, ça tire, une délivrance, la tête. Puis le corps. Puis un vide. Mon bébé est sur moi. Tout chaud. C'est un garçon. On pleure de joie. Ça a été si vite. Même après trois jours. Il pleure beaucoup. Ça a été éprouvant pour lui aussi. Il ne veut pas boire. Je le garde blotti contre moi et je l'écoute. Je suis tellement fière. Il est magnifique.

Mon transfert et mon expérience à l'hôpital ont été franchement différents de ce que j'avais vécu précédemment. Ça a bien été, c'est allé vite. La marque de la ventouse nous montre bien que sa tête était asynclite. Il ne serait pas passé.

Je n'ai aucun regret. J'ai fait tout ce que j'ai pu. Je n'ai jamais eu peur, ni pour moi ni pour mon bébé. On avait seulement besoin d'un petit coup de main à la fin. Je le vois vraiment comme un accouchement à la maison, mais la naissance à l'hôpital. J'ai la conviction profonde que jamais je n'aurais pu me rendre là si je n'avais pas été suivie par les sages-femmes, qui ont su respecter mon corps et mon rythme très lent, et qui ont cru en moi. Mon corps a fait un travail atypique et était très sensible à l'environnement. Il est peu probable que j'aurais trouvé ma place dans les protocoles de l'hôpital et que mon AVAC aurait été une réussite.

Je suis si reconnaissante de mon suivi et satisfaite de mon accouchement. Quelle expérience cathartique, exutoire et libératrice. Je me sens accomplie et transcendée. L'accueil de mon fils restera une expérience tellement *wild*. Ça me fait pleurer de bonheur et de gratitude. Merci la vie! ■

MONTRÉAL - POINTE-SAINT-CHARLES

Enfin un service de sage-femme dans le sud-ouest!

Yasmine Kahlaoui, membre du comité Sage-Famille

Plus de neuf ans après la création du collectif Naître à la Pointe, le service de sage-femme de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ouvrait enfin ses portes en décembre 2019! Une belle équipe composée de trois sages-femmes, dont la responsable Claudia Faille, ainsi que trois aides natales entreprend cette magnifique aventure! Plus de 60 suivis ont déjà été effectués, bien que la construction de la maison de naissance (qui sera située sur un terrain appartenant à la clinique) soit toujours en attente. En effet, pour l'instant, mis à part le domicile des utilisateur-trice-s, les lieux de naissance offerts sont le centre hospitalier de St. Mary et l'hôpital de LaSalle.

Un des défis majeurs du service de sage-femme de Pointe-Saint-Charles est l'embauche de sages-femmes, dont la pénurie touche tout le Québec. De plus, les professionnel-le-s sont plus attiré-e-s par le travail au sein d'une maison de naissance, ce qui complique davantage le recrutement.

Nous avons aussi créé le comité de parents Sage-Famille, qui est encore en train de se dessiner. Le comité ainsi que toute l'équipe attendent avec impatience la construction de la maison de naissance!

À votre service depuis 1926

95 ans

Deschamps
I M P R E S S I O N



Deschamps Impression
est fière d'être l'imprimeur
de choix du MZine

Ne laissez pas traîner les signaux d'alarme de votre corps
comme une **douleur à la fesse ou au bas du dos.**

« **Maman de 3 enfants, j'aime travailler tout en douceur avec vous et vos enfants. Pour vous aider à profiter de votre grossesse avec plus d'énergie, plus de confort et optimiser le positionnement de votre bassin et de votre bébé pour l'accouchement.** »

- Pour les petits **poupons** comme les **grands**.
- Pour optimiser leur système nerveux afin d'aider les **bébés irritables**, le **sommeil**, le **drainage de l'oreille** et les **difficultés d'allaitement**, les **maux de tête**, les **douleurs au dos**, aux **jambes** et permettre à votre enfant d'être mieux dans son corps.



**TABLE SPÉCIALE
D'ÉLÉPHANT**
pour les enfants!

TABLES ADAPTÉES
pour femmes enceintes
et coussins spéciaux
pour femmes qui allaitent.

**Centre
Chiropratique
Saint-Romuald**

**Dre Brigitte Pelletier,
chiropraticienne, D.C.**



*Plus de 20 ans d'expérience +
Soins en douceur pour petits et grands!*

centre-chiropratique.ca • 418 839-7364

ABITIBI- TÉMISCAMINGUE

Objectif sages-femmes Abitibi-Témiscamingue (OSFAT) : le travail se poursuit

Sophie Richard-Ferderber, membre d'OSFAT

Nos dernières nouvelles datent de l'édition 2018 du zine. Notre article dressait alors un parallèle entre les étapes de la mise en place de services de sage-femme chez nous depuis 2014 et les phases de l'accouchement.

Malgré la promesse initiale du gouvernement du Québec voulant que toutes les régions de la province soient dotées de services de sage-femme en 2018, l'Abitibi-Témiscamingue figure encore aujourd'hui parmi les 3 seules régions administratives sur 17 où ce n'est toujours pas accessible. Après que le CISSS-AT eût enfin obtenu le financement pour l'embauche d'une chargée de projet dans le dossier, trouver une sage-femme disponible et prête à venir en région pour réaliser le mandat fut le principal obstacle à surmonter. Les affichages se sont succédé, sans succès, jusqu'à cette année.

Toujours en phase de transition, mais quelques contractions efficaces

Nous avons vu cette situation comme une phase de transition : celle qui permet de sentir qu'on se rapproche concrètement du but, mais pendant laquelle le degré de difficulté grimpe et la stagnation inquiète. Le départ de notre répondant au CISSS-AT a d'ailleurs retardé le processus.

Alors que les membres d'OSFAT vivaient un certain essoufflement, des éléments prometteurs sont venus nourrir l'espoir. Plusieurs belles personnes qui souhaitaient s'allier à la cause sont spontanément entrées en contact avec nous.

En janvier 2020, nous faisons la connaissance de la nouvelle porteuse du dossier au CISSS-AT. Elle nous offre depuis un suivi enthousiaste tout en démontrant une grande ouverture. En parallèle au réaffichage continu du poste de chargée de projet, le CISSS-AT a même entrepris les démarches nécessaires pour accueillir une stagiaire sage-femme originaire de notre région et pour soutenir la candidature de cette dernière en tant que boursière.

De plus, d'autres étudiant·e·s du baccalauréat en pratique sage-femme originaires d'ici ont pris contact avec nous pour nous aider à faire avancer le dossier afin qu'il soit possible pour elles de revenir en région après leurs études. Certaines personnes se sont regroupées pour former

l'Escouade soutenant l'implantation d'un service de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue (EISSS-AT) et animent une page Facebook pour démystifier leur choix de carrière.

Une sage-femme à la rescousse!

Début 2021, on sent que les astres s'alignent et que le col se dilate! Il faut continuer de pousser. Après un ultime effort de recrutement mettant en valeur une volonté concertée d'OSFAT, du CISSS-AT et du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, une candidate au poste de chargée de projet se lance. C'est avec une grande dose d'ocytocine que notre comité accueille la nouvelle de l'embauche en avril dernier.

Frédérique Cornellier, membre fondatrice d'OSFAT, en témoigne : « Il a fallu s'armer de patience, mais aujourd'hui, nous nous réjouissons que le CISSS-AT et la communauté puissent compter sur une sage-femme d'expérience pour la suite. Nous espérons une candidate qui saurait reconnaître les réalités propres à l'Abitibi-Témiscamingue et qui porterait un regard ouvert et innovant sur le défi que représente le déploiement de services de sage-femme dans une vaste région aux besoins diversifiés comme la nôtre. Ayant notamment contribué à démarrer de tels services dans la communauté crie de Chisasibi et, par le fait même, développé des liens avec le réseau de la santé ici, nous croyons que la personne retenue pourra s'appuyer sur d'excellentes bases. »

Le comité OSFAT se prépare donc à soutenir la chargée de projet dans le processus qui démarre en juillet pour accoucher d'un plan à soumettre au MSSS d'ici un an. Nous sommes persuadées que des sages-femmes pourront ensuite rapidement assurer le service dans notre territoire. Pour ce qui est d'une maison de naissance, puisque le ministre juge que nous n'y avons pas droit, nous entrevoyons des complications, mais nous serons actives et créatives pour également mener la bataille des lieux de naissance alternatifs.



Charte des droits pour l'enfantement respecté : vos droits même en temps de pandémie

Élaborée pour le site Accoucher en pandémie (accoucherenpandemie.ca) par le Regroupement Naissances Respectées (RNR), l'Association québécoise des doulas (AQD, anciennement AQAN) et le Groupe MAMAN.



Droit à l'égalité, à la non-discrimination et aux soins équitables

Chacun·e a droit à l'égalité, à la non-discrimination et à des soins équitables, peu importe son âge, sa religion ou son origine ethnique⁴¹. Personne n'est autorisé à vous discriminer, vous ou votre bébé. L'égalité exige que les femmes et personnes enceintes bénéficient des mêmes protections prévues par la loi en temps de pandémie, y compris le droit de prendre des décisions sur ce qui arrive à leur corps.

41 Vous pouvez consulter les 14 motifs de discriminations interdits par la Charte québécoise ici : <https://www.cdpdj.qc.ca/fr/formation/accommodement/Pages/html/motifs-discrimination.html>

Droit à une alimentation adéquate pour vous et votre bébé, incluant la bonne information et le soutien approprié, peu importe la méthode choisie

Chacun·e a droit à une alimentation adéquate. Personne n'est autorisé à vous empêcher, vous et votre bébé, d'avoir une alimentation adéquate, de l'eau ou un environnement sain. Vous avez droit à l'information et au soutien sur la nutrition infantile concernant le lait maternel ou les préparations commerciales pour nourrissons. Si vous ne bénéficiez pas de ces soins en conséquence des pénuries ou des redéploiements de personnel, il existe un risque réel que vous soyez exposé·e à des traitements non conformes à vos droits.



Droit d'être avec son bébé à tout moment

Chaque enfant a le droit d'être avec ses parents ou tuteurs·trices. Personne n'est autorisé à vous séparer de votre bébé sans votre consentement. Vous et votre nouveau-né avez le droit de rester ensemble à tout moment, même s'il ou elle est né·e petit·e, prématuré·e ou avec un état de santé qui nécessite des soins supplémentaires.



Droit à la liberté, à l'autonomie et à l'autodétermination

Chacun·e a droit à la liberté, à l'autonomie et à l'autodétermination contre la détention arbitraire. Personne n'est autorisé à vous détenir, vous ou votre nouveau-né, dans un établissement de santé.



Droit aux meilleurs soins de santé possible

Chacun·e a droit aux soins de santé et au meilleur état de santé possible. Personne ne peut vous empêcher, vous ou votre nouveau-né, d'obtenir les soins de santé dont vous avez besoin, ou de refuser des soins à l'un·e de vous. Vous et votre nouveau-né avez droit à des soins de la plus haute qualité, fournis en temps opportun, dans un environnement propre et sûr, par des prestataires formé·s aux meilleures pratiques actuelles.



Droit à la vie privée et à la confidentialité

Chacun·e a droit à la vie privée et à la confidentialité. Personne n'est autorisé à partager vos informations personnelles ou médicales ou celles de votre bébé, y compris tous les enregistrements et images, sans votre consentement. La vie privée de vous et votre nouveau-né doit être protégée, sauf si cela est nécessaire pour que les prestataires de soins de santé transmettent des informations pour la continuité des soins.

Droit à l'information, au consentement éclairé et au respect de ses choix et préférences

Toute personne a droit au consentement libre et éclairé. Le consentement est dit libre s'il est obtenu sans coercition ou pression de quelque sorte. Il est éclairé lorsque l'on vous a donné accès à une information neutre, en vous renseignant sur les avantages et les inconvénients d'une procédure, d'un protocole ou une façon de faire particulière. Aucun·e professionnel·le de la santé n'est autorisé·e à vous forcer ou à agir à votre insu ou sans votre consentement. Toute personne a droit à l'autonomie et à l'intégrité physique, à recevoir des informations et à donner son consentement libre et éclairé ou son refus de soins. Chaque parent ou tuteur·trice a le droit de recevoir des informations et de donner son consentement libre et éclairé ou son refus de soins concernant son bébé, sauf disposition contraire à la loi.



Droit de ne pas subir de préjudice ou de mauvais traitements

Chacun·e a le droit de ne pas subir de préjudice ou de mauvais traitements. Personne n'est autorisé à vous blesser physiquement ou psychologiquement, vous ou votre bébé. Les professionnel·le·s de la santé ont la responsabilité de vous traiter avec respect et bienveillance et de ne pas compromettre votre intégrité physique.



Droit à la dignité et aux soins respectueux, peu importe le contexte

Les femmes et personnes enceintes et en travail ont un droit humain fondamental à la dignité et aux soins respectueux. Leurs droits ne peuvent être sacrifiés en raison de la crise nationale des soins de santé.



Droits aux soins de maternité sécuritaires qui protègent la vie et la santé physique et mentale

Les femmes et personnes qui accouchent ainsi que leurs bébés ont droit à des soins qui protègent leur vie et leur santé physique et mentale. Les services d'obstétrique sont des services essentiels qui doivent continuer à être fournis, et toute modification des services en conséquence de la réponse à une pandémie ne doit pas compromettre la sécurité des personnes.



Témoignage

Storm's Birth Story

Accoucher dans une tempête mondiale de manière respectée à la maison, ça se peut.

Fin mars 2020, je suis étudiante en pratique sage-femme à la Birthwise Midwifery School, aux États-Unis. Lors de ma dernière année, j'ai fait un stage chez Home 4 Birth, en Indiana, avec Brandi Wood, sage-femme en pratique privée.

La pandémie de COVID-19 fait exploser la demande pour l'accouchement à domicile aux États-Unis. L'insécurité liée à la maladie ainsi que certaines contraintes (absence de l'autre parent, accouchement masqué, possible séparation entre la mère et le bébé, etc.) font en sorte que les personnes enceintes et leur famille s'éloignent du milieu hospitalier, et même des maisons de naissance pour s'isoler à la maison et y donner naissance en sécurité.

Les sages-femmes s'organisent et s'entraident pour répondre à cette demande. Différentes mesures sont mises en place, tant par les familles que par les sages-femmes, telles que l'isolation à domicile, un test COVID obligatoire pour toutes les personnes présentes à l'accouchement, et un protocole de désinfection de tout ce qui entre et sort du domicile.

Dans ce contexte, lors de notre soirée d'information, nous rencontrons Melissa et Nick. Selon ce qu'ils nous ont communiqué, « ils veulent se sentir respectés et en sécurité ». Melissa est au troisième trimestre de sa grossesse et le couple souhaite que l'accouchement ait lieu nulle part ailleurs que chez eux.

Je suis première sage-femme dans ce suivi tardif et je veux leur offrir le meilleur service, malgré les circonstances. Une autre sage-femme de la région avait été prévue en cas d'accouchement simultané, mais cela ne s'est pas produit.

À l'occasion du premier anniversaire de son fils Storm, Melissa

partage avec nous l'histoire de sa naissance, tout en douceur.

Pour ma part, il y a plus d'un an que mes mains ont tenu le petit Storm lors de son arrivée dans la vie. J'ai été diplômée comme sage-femme (Certified Professional Midwife) peu après. Depuis, j'ai été admise à l'Ordre des sages-femmes du Québec et j'attends de terminer la formation d'appoint qui permettra à mes mains de sage-femme américaine d'accueillir des petits Storm québécois!

Je tiens à remercier sincèrement Melissa et Nick pour le témoignage qu'ils nous offrent, et pour la confiance qu'ils ont eue en moi.

– Isabelle Laprise

Melissa Bales

April 4th, 2020. 5 a.m.

I woke from a light sleep. Nothing abnormal, just another sleepless night at nearly 42 weeks pregnant. I decided to get up, and I walked into our bathroom, still half asleep. I remember stopping to glance out the window. The sky was still dark, but there was the most lovely choir of birds in the trees right outside. They sang and they sang, and I stood there mesmerized. A wave of peace washed over me and I thought "Today is a lovely day to have a baby".

It's a moment I'll never forget.

I went back to sleep, only to wake again a couple of hours later. I felt a few surges, but nothing painful. I contemplated going on with my day as normal. But I felt a strong pull from my baby that I should not. So I ate a light breakfast, drank my morning coffee, and decided to retreat to a warm bath. This was at 11:32 a.m.

I took a photo of my beautiful belly as the water was running, and I just knew that it would be my last. I shed a tear, and got in the water. My husband came in to light some candles as I tried to enjoy some of the last moments with Storm still safe inside my womb.

Just as I suspected it would, the warm water intensified my surges, and I began to feel more pain, but it was extremely manageable. I began to chat on the phone with a few of my friends to let them know that this was likely it. It was time. I felt the excitement grow. Once the pain was no longer eased by the water, I got out and laid down in bed.

This was at 12:45 p.m.

I found the most comfortable position for me was on my side, with a pillow between my legs. I'm not much of a water birther and always find more pain relief from staying stationary, so lying down or using a birthing stool are my go-to positions.

While I relaxed through the waves of labor, my husband told our older children and tended to them. I was getting very chatty and excited.

At 3 p.m. my waves grew in intensity.

I was still hesitant to call my wonderful midwife, Brandi Wood because I truly thought it might be a long labor since I picked up on it so early on, but my husband contacted her anyway to keep her up to date. At this point, I stayed stationary and began to really utilize the hypnobirthing techniques I used with Kohana's home birth.

Things picked up even more so and at 4:30 p.m. my husband made the call to my midwife. Her and her team arrived around

5:30 p.m. or so. At this point I was still thinking it was silly for them to arrive so early. My contractions were not too terribly bad, and I figured I was going to labor through the night and give birth in the early morning. But after an hour or so of them being there, I felt my waters go. The relief I felt was amazing. I felt renewed and refreshed. My waves were stronger, yes, but the pressure had shifted lower into my pelvis and it was much more manageable for a while. I was talking much more at this time. Still trying to crack jokes.

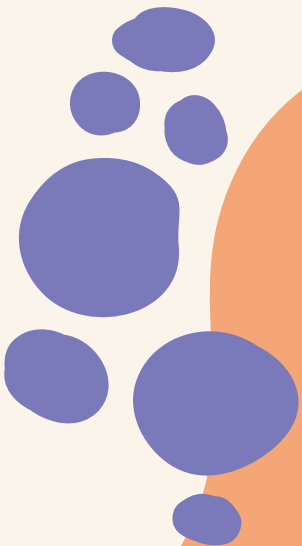
It didn't last too long, however.

I felt myself inching towards transition around 6:30-7 p.m. I needed silence during each wave so I could remain loose and not tense. It was at this time that my midwife and her team encouraged me to move, try the shower or bath, or get on my hands and knees. I tried all of these, but they were all excruciatingly painful for me. Movement and I do not go well together while in labor.

Around 7:30-8 p.m. I hit "the wall." I vocalized to the room "I can't do it. I can't do this" and I sort of laughed at myself internally because I knew that meant baby would be here soon. So did the entire room. I said the magic words and everyone burst into action.

I found at this point I was frozen with each wave as no position felt natural or comfortable, and so I decided to stand with my husband holding me for support. The fetal ejection reflex had started to kick in, but due to Storm's position (OP - meaning his spine was against mine) it felt as if my body's pushing was pointless. He felt stuck, even though he was not. It felt almost as

La naissance de Storm
Crédit photo: Melissa Bales



if my pelvis was numb. It worried me for a moment, but I made the choice right then to trust my body as I felt no danger. Storm was partially in the birth canal, and I could still feel his feet tapping about in my belly. I knew he was just fine. We were safe, and this was a beautiful time.

I became more vocal with each wave, feeling my power in every growl. In those moments, nothing else existed but he and I. My body was hugging him through each peak exactly as it should. I was nothing but a sacred vessel for him. The portal of life.

Seconds later, his head was out and I asked if he had hair. My incredible assistant midwife checked and said “yes! I see some hair!” I smiled and resumed once another wave took hold. My body took over once again and within a few more waves, out he poured from me like a waterfall. Relief. Love. Beginnings.

The assistant midwife and I caught him and I held him up to my then empty belly where he was inside only seconds before.

The first thing I said was “Oh my gosh, he is so SMALL!” Everyone in the room laughed, because he was certainly not small weighing in at 9lb 10oz, but compared to Kohana (10lb, 14oz), Storm felt more like a 6lb babe to me!

I held him close while everyone monitored his heart and lungs as he was slow to pink up. He quickly gave his first little cry only moments later. Within ten minutes my beautiful placenta was born as well.

Storm Wilde was welcomed earth side at 9:00 p.m. on April 4th, 2020.

The rest of that evening was spent with the two of us in bed, nursing, nourishing, and replenishing. We took an herbal bath together. Our three older children spent time meeting him, and they fell in love with him as quickly as my husband and I.

Our midwives left around 1 a.m.

There we sat, a new family of six. A sacred little life born in our home. Together. While the world raged on the outside, we were safe and warm. I cherished those moments, and I still do. His birth was nothing short of magical. He is nothing short of magical. ■

L'École internationale d'accompagnement Cybèle, l'Université du bien-être, vous présente :



L'ÉCOLE DOULA !

CERTIFICATIONS :

- **Doula prénatale** (en ligne)
- **Doula & coach périnatale ©** (en ligne ou en classe)
- **Combo doula & coach et naturopathie périnatale** (en ligne)

FORMATIONS CONTINUES :

- Doula du deuil périnatal
- Doula de la fratrie
- Doula de la gémellité
- Savoir utiliser un rebozo
- Et tellement plus encore !!!

ecoledoula.com
contact@ecoledoula.com



L'École Cybèle, chef de file mondial
 dans le domaine de l'éducation technopédagogique

Entrevue

Accompagner les personnes enceintes sans couverture médicale

Une discussion avec Myriam Kaszap, infirmière chez Médecins du Monde

En mai 2021, le MZine a rencontré Myriam Kaszap, infirmière à la Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire de Médecins du Monde.

Sara Frattolillo

mère de 2 (bientôt 3) enfants et coordonnatrice du MZine

Sarah Landry

mère de 2 enfants et co-coordonnatrice du Groupe MAMAN

MZine : Pouvez-vous nous parler de la mission de Médecins du Monde?

Myriam Kaszap : La mission centrale de Médecins du Monde est de donner accès aux soins de santé à tous. Ça se traduit au Québec avec plusieurs projets qui visent à favoriser l'accès aux soins de santé, principalement pour les personnes marginalisées ou en situation de grande vulnérabilité, qui n'ont pas ou peu accès aux services de santé.

Parmi nos projets, il y a la Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire, des personnes qui n'ont pas de couverture médicale.

On opère aussi la Clinique mobile Montréal – une camionnette qui se déplace pour offrir des soins de santé de proximité aux personnes en situation d'itinérance.

Médecins du Monde déploie aussi une équipe de psychologues pour offrir des soins psychologiques aux personnes de la rue.

Finalement, on coordonne le projet Navigateurs autochtones. Les « navigateurs » aident les personnes autochtones qui vivent en milieu urbain à « naviguer » dans notre système de santé, et aident aussi le système à s'adapter aux différentes réalités culturelles de ces personnes.

Médecins du Monde coordonne plusieurs projets sur le terrain, mais a aussi un volet « plaidoyer » sur plusieurs dossiers. On a donc des équipes qui font du travail sur le plan clinique, mais aussi une équipe active en défense des droits.

Quel est votre rôle au sein de Médecins du Monde?

Je suis infirmière et je travaille à la clinique pour personnes migrantes à statut précaire, donc des gens qui n'ont pas de couverture médicale. Ce ne sont pas des personnes réfugiées; les personnes réfugiées ont un statut migratoire et une couverture médicale offerte par le fédéral, qui est l'équivalent de la RAMQ (la couverture médicale du Québec). On voit plutôt les personnes qui n'ont pas de statut, qui ont un statut précaire ou qui va bientôt expirer, qui ont un visa étudiant sans assurance adéquate, etc. Personnellement, je m'occupe du volet de santé des femmes et des enfants. Je suis infirmière, donc j'évalue les besoins biopsychosociaux des patient-e-s. Comme on est un organisme humanitaire, on a assez peu de ressources et mon rôle est quelque peu élargi; c'est nous, en tant qu'infirmières, qui avons le rôle pivot au sein de l'équipe, ce qui permet de bien connaître l'ensemble des patient-e-s. Toute l'équipe clinique s'assure aussi de nourrir les experts de l'équipe plaidoyer avec ce qu'on observe sur le terrain. Ça fait également partie de nos responsabilités.

Concrètement, quel soutien apportez-vous aux personnes enceintes que vous accompagnez?

Avec nos ressources limitées, on fait de 15 à 20 suivis de grossesse par année. On essaie d'offrir le même calendrier de suivis que dans le système de santé, et ce, jusqu'à 40 semaines de grossesse. Il y a certains soins qu'on ne peut pas offrir; par exemple, on n'a pas, pour l'instant, l'équipement nécessaire pour

Myriam Kaszap
Crédit photo: Mickaël
Theimer



faire les échographies. Cette situation va toutefois changer sous peu grâce à Christie Innomed. Ce partenaire financier nous offre une excellente machine à échographies et on devrait la recevoir sous peu.

Le suivi médical qu'on offre s'arrête à la 40^e semaine de grossesse, donc avant l'accouchement. On informe les patient-e-s des frais de chaque hôpital (qui sont différents) pour les aider dans leur choix et c'est elles qui décident de l'hôpital où elles vont donner naissance. On n'a pas d'affiliation avec les hôpitaux. Il faut savoir que pour un accouchement vaginal sans complications, la facture de l'accouchement va de 8000 \$ à 14 000 \$. Pour une césarienne d'urgence, ça peut monter à plusieurs dizaines de milliers de dollars. Si la personne doit plutôt subir une césarienne planifiée, ça se complique encore plus; au moment de planifier la césarienne, on demande déjà un acompte d'environ 2000 \$! Médecins du Monde accompagne les familles dans leurs démarches auprès des départements de comptabilité des hôpitaux et les informe de leurs droits à ce sujet.

En effet, on fait notamment du *coaching* auprès des familles quant à leurs droits. Malheureusement, on a vu des situations fâcheuses au cours des dernières années, comme des familles qui se sont fait dire qu'elles ne pouvaient pas quitter l'hôpital avec leur bébé sans payer leur facture, ou des cas où on retient l'attestation de naissance de l'enfant tant que les sommes dues ne sont pas payées. Évidemment, ces tactiques-là sont illégales.

Quant aux familles pour lesquelles on ne peut pas assurer le suivi, on les dirige vers la Maison Bleue (si les personnes habitent à proximité d'une Maison Bleue). Sinon, on les recommande à des médecins qui acceptent de faire des suivis de grossesse à prix réduit. Aussi, même si on n'offre pas le suivi complet, on a une entente avec un laboratoire qui nous permet d'offrir gratuitement des tests de laboratoire (prélèvements, tests sanguins, dépistage de diabète, d'ITSS, etc.). On réussit à aider beaucoup plus de familles avec ça.

Qui sont les professionnel-le-s qui suivent les personnes enceintes?

D'abord, les infirmières assurent un rôle pivot; on est au courant de tout ce qui se passe dans le dossier pour pouvoir les diriger vers les bonnes personnes, au besoin.

On travaille aussi de près avec les travailleuses sociales (TS) de Médecins du Monde. Les TS travaillent beaucoup sur la situation migratoire des personnes; ainsi, la situation migratoire de certaines pourra se régulariser au cours de la grossesse, ce qui leur donnera accès à la RAMQ pour l'accouchement. Elles peuvent aussi diriger les patient-e-s à des banques alimentaires, s'assurer qu'elles ont les vêtements nécessaires pour la grossesse et le bébé, etc.

On collabore également avec les nutritionnistes du Dispensaire diététique de Montréal. Cet organisme intervient auprès de personnes enceintes en situation de vulnérabilité. Si la personne enceinte est d'accord, on transmet ses informations au Dispensaire diététique, qui assure aussi un suivi fréquent avec elles sur le plan de leur nutrition.

On travaille aussi de pair avec les médecins généralistes bénévoles qui viennent sur une base régulière pour voir les patient-e-s, et un gynécologue-obstétricien, qui vient environ une fois par mois pour voir certains cas un peu plus complexes.

Accompagnez-vous parfois des personnes qui ne veulent pas accoucher à l'hôpital? Comment les accompagnez-vous, dans ce cas?

Ça n'arrive pas souvent, mais oui, ça arrive. On les informe du mieux qu'on peut et on s'assure de comprendre les motivations qui justifient leur choix, question de pouvoir les outiller en conséquence (raisons financières, valeurs, expériences antérieures d'accouchement à domicile, etc.). Au bout du compte, c'est la décision de la personne qui donnera naissance et notre approche est de respecter son choix.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les personnes enceintes qui n'ont pas accès à la RAMQ?

Il y en a beaucoup. Même celles qu'on accompagne n'ont pas actuellement accès à tous les soins de santé, comme l'échographie. On recommande fortement l'échographie morphologique du deuxième trimestre, mais selon les cliniques, le prix varie entre 150 \$ et 300 \$... Pour quelqu'un qui a de la difficulté à se nourrir, c'est un montant énorme! Ces familles-là ont donc beaucoup de préoccupations financières, d'autant plus qu'une personne sans RAMQ paie généralement encore plus cher pour les services médicaux.

Elles font aussi face à plusieurs blocages administratifs; le système n'est pas pensé pour les personnes sans RAMQ. On demande la carte d'assurance maladie partout! Il y a des façons de pallier ça, mais ça peut devenir très difficile d'y naviguer.

La barrière de la langue est aussi souvent une difficulté supplémentaire. C'est invalidant de ne pas être capable de s'exprimer ou de ne pas comprendre ce qu'on nous dit. Au-delà de la langue, les méthodes de communication peu flexibles (qui demandent que les personnes aient un plan de téléphone) et la méfiance de la part des patient-e-s et des familles (dont certaines risquent la déportation) ajoutent leur lot de difficultés aux suivis.

Quel impact ces difficultés-là ont-elles sur la santé physique de la mère? Sur sa santé psychologique? Et sur la santé de l'enfant à naître?

On contribue en ce moment à un projet de recherche qui étudie l'impact du stress vécu par la mère sur l'enfant à naître. C'est déjà bien documenté qu'il y a un lien direct entre de hauts niveaux de stress vécus par la mère pendant la grossesse et des complications obstétricales, comme le travail prématuré ou la naissance d'un enfant de petit poids, avec tous les problèmes que cela peut entraîner sur la santé de l'enfant au fil du temps.

Ce qui est vraiment dommage, c'est que les personnes enceintes sans RAMQ ont tellement de préoccupations qu'elles ne peuvent pas se concentrer sur leur bien-être pour faire en sorte que leur grossesse et la naissance soient des expériences agréables, positives, transformatrices.



Qu'en est-il de l'accès aux soins de l'enfant né au Canada d'une mère avec un statut migratoire précaire?

Actuellement, les enfants nés au Québec, mais dont les parents n'ont pas accès à la RAMQ, n'auront pas accès à la RAMQ non plus. Si l'un des parents a accès à la RAMQ, alors l'enfant pourra y avoir accès aussi. Cette situation peut poser problème, notamment dans des situations où une femme tombe enceinte d'un Québécois avec RAMQ, mais qu'elle souhaite mettre un terme à la relation et ne pas reconnaître la paternité (dans un contexte de violence conjugale, par exemple). Son enfant n'aurait alors pas accès à la RAMQ. On espère que ces situations-là vont changer avec l'adoption du projet de loi 83, qui semble très prometteur.

NOTE DU MZINE : En juin 2021, le projet de loi 83 sur l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments des enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire a été adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi prévoit l'admissibilité de tous les enfants vivant habituellement au Québec, qu'ils y soient nés ou non, et pouvant démontrer leur intention de rester sur le territoire pour plus de six mois dans l'année suivant leur inscription. Les personnes enceintes sont toujours exclues des dispositions de cette loi, mais des travaux visant à offrir une protection minimale aux personnes enceintes s'entament.

Selon vous, quelles modifications doivent être apportées à notre système de santé pour que toutes les personnes – avec ou sans RAMQ – puissent bénéficier d'un suivi optimal, exempt de discrimination, pendant leur grossesse et leur accouchement?

De mon point de vue, il faudrait que toutes les personnes enceintes qui vivent ici aient accès à des soins de santé gratuits pendant leur grossesse. On connaît les impacts que le stress de la mère peut avoir sur l'enfant. L'enfant, qu'il ait accès à la RAMQ ou non, sera pris en charge par l'État lorsque ses problèmes vont s'aggraver et devenir urgents; ça coûterait pourtant beaucoup moins cher d'avoir une approche préventive. Les personnes enceintes et les enfants qui vivent ici devraient tous avoir accès à la RAMQ! ■



LES PREMIERS
moments

Location de matériel de naissance

Disponible à Montréal et les environs

Piscine d'accouchement | Banc de naissance | Tire-lait électrique

www.lespremiersmoments.ca
info@lespremiersmoments.com

(514) 312-1723



La Maison Bleue, un port d'attache rassurant pour les familles en situation de vulnérabilité

Geneviève Bouchard, présidente du Groupe MAMAN
Sara Frattolillo, coordonnatrice du MZine

Fondée en 2007, la Maison Bleue a pour mission de réduire les inégalités sociales et de favoriser le développement optimal de l'enfant, du ventre de sa mère jusqu'à l'âge de cinq ans. La Maison Bleue s'adresse donc aux familles qui attendent un enfant et qui ont besoin d'accompagnement et de soutien, car elles vivent dans un contexte de vulnérabilité : pauvreté, situation d'abus, de violence, de négligence, toxicomanie, statut migratoire précaire, problèmes de santé mentale, grossesse à l'adolescence, etc.

Grâce à ses équipes multidisciplinaires, c'est tout un village d'entraide qui se bâtit autour de ces familles. En effet, la Maison Bleue est composée d'intervenant-e-s et de professionnel-le-s employé-e-s par le CIUSSS (pratique sage-femme, soins infirmiers, travail social, éducation spécialisée, psychoéducation, etc.) et de médecins de famille rattaché-e-s à un groupe de médecine familiale (GMF). Le modèle d'intervention de la Maison Bleue, qui repose sur une approche de périnatalité sociale, valorise la complémentarité de services médicaux, psychosociaux et éducatifs. En regroupant tous ces services sous un même toit, la Maison Bleue offre ainsi un accompagnement global aux familles. L'organisme fait aussi le pont avec d'autres organismes communautaires de proximité (banques alimentaires, services d'aide à l'emploi, soutien aux femmes victimes de violence conjugale, etc.) et avec des services de deuxième ligne, au besoin.

La Maison Bleue opère maintenant quatre sites à Montréal, soit à Côte-des-Neiges, Parc-Extension, Saint-Michel et Verdun, et offre entre 80 et 100 suivis de grossesse par année, dans chacune des maisons.

Au quotidien, ses interventions commencent donc par le suivi des personnes enceintes lors de leur grossesse : « On travaille à les rassurer, les sécuriser, les déposer, parce qu'elles vivent souvent des situations difficiles. Le principe même de la Maison Bleue est de les accompagner avant même la naissance de l'enfant, parce qu'on pense que ça aura un impact positif sur le bébé », nous explique Mejda Shaiek, sage-femme de la Maison Bleue de Parc-Extension.

Le suivi offert par la Maison Bleue prend en considération que bon nombre des personnes enceintes ont vécu des traumatismes antérieurs : « Le suivi est très porté là-dessus, à mettre un baume sur les blessures du passé. On donne beaucoup d'informations à la personne enceinte pour qu'elle soit en contrôle de son expérience et pour qu'elle soit en mesure de comprendre ce qui lui est communiqué à l'hôpital », précise Mme Shaiek.

L'accompagnement de la famille se poursuit ainsi jusqu'à ce que le dernier enfant de la famille ait cinq ans et fasse sa rentrée à l'école. Malgré toutes les difficultés que les familles peuvent rencontrer, la Maison Bleue prône une approche qui respecte et valorise l'autonomie des familles. L'ensemble du soutien et des outils offerts aux familles contribuent ainsi à leur permettre de prendre en charge leur mieux-être et celui de leurs enfants.

Consultez leur site web au www.maisonbleue.info pour en savoir plus! ■

GASPÉSIE

Un service de sage-femme enfin offert aux familles de la Baie-des-Chaleurs!

Marie-Josée Racine, porte-parole du collectif Accès sages-femmes Baie-des-Chaleurs

C'est à l'automne 2018 qu'une sage-femme responsable du service est entrée en poste au CISSS de la Gaspésie. Le collectif était soulagé que cette perle rare soit embauchée, après tous ces mois d'attente pendant lesquels le poste est demeuré affiché. Nous étions également habités par un grand sentiment de fierté, pour toute l'énergie déployée depuis 2008, qui a nécessité beaucoup de persévérance et de courage, et par une joie immense de voir enfin ce projet se concrétiser.

Une deuxième sage-femme s'est jointe à l'équipe en mars 2020, puis une troisième, en septembre de la même année. Cette équipe dévouée travaille à plein régime depuis quelques mois et, déjà, l'engouement des familles pour le service se fait sentir! Une belle collaboration s'est également établie entre les sages-femmes, l'équipe d'obstétrique de l'hôpital de Maria et les autres professionnel-le-s œuvrant dans le domaine de la périnatalité.

Le collectif, de son côté, demeure actif! En plus de veiller sur la gouvernance du service de sage-femme au sein du CISSS, nous avons réalisé des capsules à partir de témoignages de familles ayant bénéficié du service, afin d'en faire la promotion. Nous travaillons également en collaboration avec le CISSS de la Gaspésie pour le développement du service. Nous souhaitons notamment qu'une quatrième sage-femme

se joigne à l'équipe actuelle afin d'éviter les découvertes de service et l'épuisement. Nous avons également demandé à ce qu'un lieu de naissance à l'extérieur de l'hôpital soit rendu disponible pour les familles. En effet, selon un sondage que nous avons réalisé auprès de 33 personnes ayant bénéficié du service, 75 % de celles qui prévoient avoir un autre enfant souhaiteraient qu'un tel lieu existe et pouvoir y donner naissance. Nous cogitons également au nom que nous aimerions donner au service, qui représentera les familles francophones et anglophones aussi bien que micmaques. Par ailleurs, une douzaine de nouvelles recrues ont adhéré au collectif récemment, apportant un regard neuf sur le service de sage-femme. Quel cadeau de voir les yeux pétillants de ces femmes bénéficiant ou ayant bénéficié de ce service! Une sage-femme participe d'ailleurs activement à nos rencontres, nous permettant de suivre l'évolution du service et de mieux comprendre les enjeux qui en découlent.

Selon l'évolution des mesures sanitaires, nous prévoyons organiser un pique-nique à la plage cet été avec nos chères sages-femmes pour leur témoigner toute notre gratitude et célébrer la vie!

Témoignage

Mon enfantement à crédit

Témoignage d'un accouchement sans la RAMQ

Cindy Pétrieux

Nous n'étions pas en couple depuis longtemps, Ugo et moi, quand nous avons décidé de fonder notre famille. On se voyait peu puisque lui, un Québécois, vivait à Montréal et moi, une Française, je résidais en région parisienne. On a pris cette décision lors d'une de ses visites en France. Il prenait l'avion le lendemain, alors, assurément, ce serait pour dans quelques mois... sauf que la vie en a décidé autrement. Dix jours plus tard, avant même un retard de règles, j'ai su que j'étais enceinte. Le lendemain, ma prise de sang le confirmait. C'est là que tout a commencé!

D'abord, la joie et l'euphorie nous ont envahis. Très rapidement, les questionnements en matière d'organisation pratique nous ont rattrapés : qui, de nous deux, allait traverser l'océan? Où allions-nous accueillir notre bébé et installer notre famille? Nous avons finalement fait le choix de nous établir au Québec, mais qu'allait-il en être de la naissance?

Une préparation à la naissance très... administrative!

Enceinte d'à peine quelques jours en octobre 2015, me voilà en pleines recherches et démarches administratives sur le site gouvernemental d'un pays où je n'avais encore jamais mis les pieds, mais où je projetais de vivre le restant de mes jours. Ayant eu le privilège d'accompagner des personnes immigrantes dans leur parcours en France, j'étais relativement bien outillée pour comprendre les mécaniques gouvernementales. En revanche, j'avais sous-estimé les barrières culturelles. Les acronymes pleuvaient sans que je puisse les rattacher à quelque chose de connu : CIUSSS, CLSC, RAMQ, RQAP... J'ai donc fait des recherches en premier lieu non pas sur la grossesse, mais sur l'organisation sociale et politique au Québec. Un cours 101 accéléré d'univers social!

Nous nous sommes d'abord demandé s'il ne serait pas préférable que j'accouche en France et, qu'ensuite, je vienne avec bébé au Québec. Toutefois, dans ce cas de figure, je vivais la totalité de ma grossesse seule et nous étions alors deux à devoir faire des démarches d'immigration : moi ET bébé. Nous avons rapidement écarté cette solution et commencé à explorer les couvertures d'assurances privées et voyages. Je ne sais plus combien de polices d'assurance j'ai lues, mais je me rappelle que toutes, à ce moment, avaient un délai de carence de neuf mois en ce qui a trait à l'accouchement.

Parallèlement, je faisais des recherches sur les meilleures stratégies d'immigration. Rapidement, j'ai abandonné les pistes d'immigration par l'emploi : qui embaucherait une femme enceinte à l'étranger? Par ailleurs, beaucoup de demandes possibles prennent bien plus que neuf mois à être traitées par les autorités. Le parrainage sembla rapidement notre meilleure option, sauf que nous n'étions pas reconnus comme conjoints de fait, puisque nous n'avions pas habité ensemble au moins un an. En réalité, nous n'avions même jamais habité ensemble. Parrainage des époux? Nous n'étions pas mariés. Un vrai casse-tête! Nous avons alors décidé de nous marier pour nous faciliter la tâche. Quoi qu'il en soit, faire la demande depuis l'extérieur

du Canada n'était pas une option au vu des délais de traitement. J'arriverais donc en faisant la demande du statut « visiteur » et nous ferions les démarches une fois sur place.

Passez par la case immigration et payez 13 000 \$

Maintenant que nous avons décidé qui traversait l'océan et de quelle manière, d'un point de vue légal, il était temps de se questionner sur nos options de suivi et de lieu d'accouchement. C'est mon conjoint qui a fait les téléphones. C'était stressant pour moi de ne pas avoir la main là-dessus et d'être dans l'attente, sans contrôle. Et les nouvelles n'étaient pas bonnes. Ugo avait appelé plusieurs hôpitaux de Montréal et c'était le même prix partout : un dépôt de 13 000 \$ pour accéder à un suivi de grossesse (en 2016). Nous avons eu très peur. Nous n'avions que peu d'argent – surtout des dettes, en réalité – et nous savions que j'allais être plusieurs mois sans revenus.



▲ Cindy, son conjoint Ugo et leur fille

J'ai écrit à tous les organismes liés à la naissance au Québec et, finalement, nous avons contacté Médecins du Monde. Ils offraient une rencontre pour les personnes immigrantes⁴². C'est mon chum qui y a assisté, puisque j'étais toujours en France. Il devait être le seul homme blanc non immigrant. Je me rappelle des personnes dont il m'a parlé qui étaient à cette rencontre, enceinte pour certaines de 38 semaines, sans aucun suivi médical et sans aucune solution d'accompagnement pour l'accouchement. J'ai eu peur de vivre cette même situation, de n'avoir aucun suivi ou de devoir m'endetter à vie en cas de complication. Peur de ne pouvoir venir auprès de mon amoureux pour cette naissance, de devoir enfanter seule en France.

Les intervenant-e-s de Médecins du Monde ont toutefois été rassurant-e-s : les hôpitaux ne peuvent pas refuser des ententes de paiement, quand bien même seraient-elles sur 20 ans, et ils ne peuvent pas refuser une personne sur le point d'accoucher. Ugo est aussi revenu avec quelques astuces et conseils sur les questions à poser ainsi que des informations sur mes droits. Nous avons obtenu les grilles tarifaires des hôpitaux et j'ai ainsi pu voir qu'il y avait des espaces de négociation. Par exemple, la nuit d'hôpital post-partum étant facturée à plus de 3000 \$, alors si je partais dans les 24 h, j'économisais déjà 6000 \$. N'est-ce pas inhumain de construire son projet d'accouchement en fonction des coûts?

Une doula qui a fait la différence

J'étais alors seule, enceinte d'environ un mois, à Paris, avec une activité professionnelle extrêmement prenante. Aucune autre personne de mon entourage proche n'avait d'enfant et je n'avais aucun lien avec ma mère depuis plusieurs années déjà. Ma colocataire, à qui j'exprimais mon angoisse et le manque de présence d'une figure maternelle, me lança alors : « Prends-toi une doula. » Je n'avais aucune idée de quoi elle parlait, mais rendue là... J'ai cherché une doula dans le maigre bottin des accompagnantes à la naissance et j'ai appelé Tatianna.

Nous nous sommes rencontrées. Je ne savais pas trop ce que je faisais là. Et quand je lui ai raconté mon histoire, elle m'a dit : « Tu vas peut-être avoir la chance d'accoucher en maison de naissance. » Je n'avais aucune idée de quoi elle parlait. Elle m'a alors expliqué la pratique sage-femme, l'accouchement naturel... quoi? Pas de péridurale? J'ai ri et rétorqué que c'était bien trop hippie pour moi. Elle m'a prêté le livre *Une naissance heureuse*, d'Isabelle Brabant, et *Le bébé est un mammifère*, de Michel Odent. Je n'ai pas lu le livre d'Isabelle Brabant, car il était impossible à lire dans les transports en commun à cause de sa taille et de son poids. En revanche, j'ai dévoré celui de Michel Odent.

Ce que je lisais sur la naissance physiologique avait tellement de sens, que c'était décidé : je voulais accoucher en maison de naissance avec une sage-femme, et nulle part ailleurs.

À la chasse aux maisons de naissance

Aussitôt, j'ai cherché les coordonnées des maisons de naissance et j'ai demandé à mon chum de les appeler. Toutes celles de Montréal qu'il avait contactées demandaient également un dépôt de 13 000 \$. Je me rappelle avoir dit à Ugo : « Trouve des adresses d'ami-e-s ou connaissances partout au Québec, on va trouver une place! » Il a donc appelé la maison de naissance de l'Estrie en donnant l'adresse de sa mère à Granby. Après tout, on ne savait même pas où on allait habiter. Et là, surprise, on nous

annonce que l'on doit payer « seulement » 300 \$ par rencontre, prix auquel s'ajoutent les frais de laboratoire. À 37 semaines de grossesse, nous allions devoir payer le 2000 \$ de l'accouchement et du post-partum. Ce « forfait » ne comprenait que 3 h post-accouchement à la maison de naissance et nous devions ajouter 75 \$ l'heure pour les heures suivantes. Nous venions de diviser par deux la potentielle facture et j'avais une place pour moi en maison de naissance. En sept semaines, nous avons réglé une grosse partie de l'équation.

En quête d'argent pour payer les frais d'accouchement et tout le reste

Une première grossesse, c'est déjà une potentielle source de stress. Immigré enceinte avec des enjeux financiers, c'est une coche au-dessus! J'ai rejoint mon conjoint à Montréal à près de sept mois de grossesse. Ugo faisait un salaire modeste et, moi, avec le statut de visiteuse, je n'avais aucun moyen de travailler. J'ai même proposé de faire des ménages pour avoir un petit revenu d'appoint, mais sans réseau et enceinte, je n'ai pas trouvé. J'ai essayé de m'inscrire à des activités prénatales, mais connecter avec des personnes inconnues dans une culture inconnue est plus ardu que ce que l'on peut imaginer. J'ai vécu les trois plus longs mois de ma vie.

C'était par ailleurs très confrontant de me retrouver du jour au lendemain « femme au foyer » alors que, quelques mois plus tôt, j'étais présidente-directrice d'une organisation nationale syndicale dans mon pays. Je me suis inscrite à Accès bénévolat, j'ai dit que je voulais participer à des CA, on m'a rétorqué que ce n'était pas raisonnable avec ma grossesse et on m'a orientée vers des offres de bénévolat auprès de la petite enfance. Tout me renvoyait tout le temps à mon identité de mère en devenir quand j'avais besoin de vivre comme femme et citoyenne. Passer d'une identité de personne publique, militante reconnue, à celle d'anonyme que l'on cantonne à sa maternité a été l'épreuve la plus désagréable de tout ce processus. Quand j'ai d'ailleurs finalement eu une occasion de bénévolat auprès d'un organisme de femmes dans les métiers non traditionnels, je me suis fait dire par la directrice avec qui je partageais ma réalité : « Ce n'est pas très féministe de dépendre de son mari. » Je me suis sentie insultée et diminuée comme jamais et cela n'a fait que renforcer mon sentiment d'imposture.

N'ayant aucun revenu et aucune possibilité d'avoir un compte en banque, moi, la femme féministe et indépendante, je me retrouvais complètement dépendante de mon tout nouveau mari. Je savais que c'était temporaire et Ugo a toujours eu le meilleur des comportements, mais devoir payer l'épicerie avec une carte qui ne porte pas mon nom et avoir un compte en banque auquel je ne contribuais pas me faisait sentir terriblement vulnérable.

Mon conjoint et moi venions de vivre chacun de notre côté une année financière difficile. Je devais recevoir une certaine somme d'argent avant mon arrivée au Québec qui allait permettre de couvrir les frais d'accouchement et d'immigration. Je n'ai finalement jamais reçu cet argent, pour des raisons administratives que je ne détaillerai pas ici.

J'étais donc, à ce moment au Québec, enceinte de sept mois et nous n'avions finalement pas l'argent pour mon suivi. Ugo avait beau être québécois, il était rentré y vivre depuis moins d'un an et n'avait pas repris de carte de crédit. Sans historique de crédit, impossible d'obtenir une marge de crédit. Il a fallu que nous

42 <https://www.medecinsdumonde.ca/clinique-pour-les-migrants-sans-couverture-medicale/>

demandions à son père de cosigner une marge de crédit pour que nous ayons les fonds. La marge de crédit a été débloquée alors que j'étais enceinte de 36 semaines et 4 jours, soit 3 jours avant la date limite à laquelle nous devons verser les 2000 \$ pour l'accouchement. C'était de justesse!

Partir enfanter sans la RAMQ ni voiture à 2 h de chez soi

Finalement, le grand jour est arrivé. C'est le soir de la Saint-Jean que ma sage-femme m'a dit qu'il était temps de venir. Mon conjoint n'avait pas encore son permis, il était proche de minuit et notre conducteur du plan A ne pouvait pas nous conduire. Le conducteur de notre plan B habitait à 50 minutes de route de chez nous et nous avons ensuite presque 2 heures de route pour nous rendre à la maison de naissance à Sherbrooke depuis Montréal. Bizarrement, j'étais terriblement sereine. Je crois que j'avais eu le temps de stresser pour bien d'autres affaires autour de la naissance!

J'ai vécu une expérience d'enfantement extraordinaire, si ce ne sont les moments où j'ai douté. La perspective d'un transfert à l'hôpital qui t'endette à vie est très dissuasive de demander une péridurale.

C'est trois heures après la naissance de ma vie que nous sommes revenus à la réalité de notre situation. Notre fille est née le soir, donc rester la nuit à la maison de naissance nous aurait coûté environ 1000 \$ de plus (75 \$/h). C'était hors de question. Or, nous étions à Sherbrooke un samedi soir, sans auto, et nous devions de toute façon revenir pour la visite du jour 1. Nous sommes donc allés à l'hôtel, ce qui nous revenait 10 fois moins cher que de rester à la maison de naissance. Je me rappellerai toujours la face du monsieur au petit déjeuner qui m'a dit : « Oh! C'est tout jeune, ça ! » et à qui j'ai répondu : « Oui! Elle a 12 h de vie ».

Finalement, mon suivi, à compter du 7^e mois de grossesse, et l'accouchement, nous auront coûté environ 6000 \$. C'est une somme importante, c'est certain, mais pour rien au monde je changerais quoi que ce soit aux décisions que nous avons prises pour vivre cette merveilleuse naissance en famille.

Note : Je tiens aussi à reconnaître que même si nous traversons une période de précarité ponctuelle, nous avons, mon conjoint et moi, le privilège d'avoir des formations et expériences professionnelles qui nous laissent envisager que toute cette situation n'était que temporaire. Nous avons également eu le privilège d'accéder à un crédit. Il est important de reconnaître que toutes les personnes à statut précaire ne vivent pas ces privilèges et peuvent se retrouver en très grande difficulté. ■

HAUTES- LAURENTIDES

État des services de sage-femme dans la région de Mont-Laurier

Alison St-Cyr Nadeau, membre du comité sage-femme de La Mèreveille

Après quelques années de dormance, le comité sage-femme de la région de Mont-Laurier renaît de ses cendres. C'est à la suite de la demande de mamans qui criaient au manque de services de sage-femme dans la région des Hautes-Laurentides que La Mèreveille a décidé de se regrouper de nouveau.

Tout d'abord, afin de mieux comprendre la situation, un peu de géographie s'impose! Il faut savoir que les Hautes-Laurentides font partie du grand territoire des Laurentides, qui a une superficie de plus de 20 000 km². Le centre névralgique du CISSS des Laurentides se trouve à Saint-Jérôme, soit à plus de 180 km de l'hôpital de Mont-Laurier et à 201 km de la Maison de naissance du Boisé, à Blainville. Il y a une unité de naissance à Sainte-Agathe-des-Monts (135 km de Mont-Laurier) qui offre la possibilité d'y accoucher et d'accéder à un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC).

Quant à l'unité des naissances de Mont-Laurier, malgré les efforts soutenus pour répondre aux besoins des personnes enceintes, elle ne peut pas répondre à certaines de leurs demandes, notamment celle de vivre autrement leur accouchement. Elles se sentent abandonnées, découragées.

Ici, il n'y a pas de possibilité d'avoir un AVAC à proximité, d'accoucher par siège ou d'être accompagnée par une sage-femme.

Les personnes enceintes qui portent cette étiquette sont donc confrontées à une césarienne planifiée ou d'urgence dans leur municipalité, ou encore à une route de 1 h 30 (pour les résidents du centre-ville de Mont-Laurier) le jour de leur accouchement pour se rendre à Sainte-Agathe-des-Monts pour un AVAC ou à Saint-Jérôme pour une présentation par le siège.

Pour ce qui est des services sage-femme, une maison de naissance est en théorie accessible pour l'ensemble du territoire des Laurentides. En pratique? Pas tellement! Cette maison de naissance est située à Blainville, soit à plus de deux heures de route du centre-ville de Mont-Laurier. Imaginons que vous êtes inscrit·e sur la liste d'attente et qu'on vous appelle enfin. Youpi! Vous devrez alors prendre une journée de congé pour chaque rendez-vous, vu la distance géographique et le temps requis pour le transport, surtout en fin de grossesse, vers la 37^e semaine, où les suivis se font chaque semaine. Et si vous avez réussi à effectuer votre suivi au complet, vous devrez quand même faire deux heures de route le jour de votre accouchement pour pouvoir accoucher dans un environnement en accord avec vos valeurs. Parlons d'accessibilité!

Finalement, nous avons eu vent d'un projet de point de service de sage-femme, qui se situerait dans la région de Mont-Tremblant et serait rattaché à l'hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts. Cela reste un projet, qui peut être appelé à changer. Nous sommes déjà heureux·ses qu'un service semble vouloir s'instaurer plus près de nous. Merci! Il faut cependant garder en tête que ce point de service, pour l'instant, ne comprendrait pas de chambre de naissance, alors que celle-ci permettrait de bonifier l'offre de services aux familles des Hautes-Laurentides qui seraient prêtes à affronter la route le jour J...

Voilà donc un petit résumé de l'état des services dans les Hautes-Laurentides. C'est avec beaucoup d'espoir que nous militerons afin d'offrir plus d'options aux familles de notre vaste région!

Maternar desde la exclusión

Rosalinda Hidalgo, mexicana, antropóloga y activista. Colaboradora en el Comité de Derechos Humanos para América Latina y miembro de la ATTAP-CTI Mamá y mujer bailadora.

Le texte qui suit est le témoignage de ma partenaire sur son expérience de grossesse en tant que femme migrante. Vivre ce processus avec Rosalinda m'a donné à voir la face cachée du système de santé québécois. J'avais déjà une bonne idée du défi qui nous attendait, mais bénéficiant de la RAMQ depuis ma naissance, le choc était inévitable. Chaque rendez-vous médical est précédé d'une visite aux comptes clients, parce qu'on a toujours peur que tu te sauves en douce. Puis, il y a les médecins à payer, car ce ne sont pas des employé-e-s des hôpitaux, mais des consultant-e-s qui facturent à l'acte. Quand on te demande 200\$ pour 10 minutes de travail même si tu es précaire, les sourires semblent moins sincères. Deux images m'ont particulièrement frappé: lorsqu'on nous a exigé un dépôt de 15 000\$ en prévision de l'accouchement et lorsque nous avons préparé les enveloppes contenant 2500\$ à remettre aux médecins après la naissance.

Si mon choc fut surtout de payer pour les soins périnataux de mon enfant, le poids porté par Rosalinda fut beaucoup plus lourd. Son texte témoigne des difficultés en tant que femme migrante, de l'impatience du personnel face à celles qui ne maîtrisent pas le français, de l'anxiété lorsqu'on refusait ma présence aux rendez-vous pour traduire, des doutes sur l'urgence d'une visite médicale semés par le spectre d'une facture de plus à payer. Le système de santé québécois est patriarcal; il annexe les soins périnataux à la santé de la femme. – Hubert

El debut de la maternidad

Mi nombre es Rosalinda, resido en Montreal desde hace dos años. Soy de alguna manera una turista que quedó varada en medio de la pandemia sin la posibilidad de regresar a México, ya que las fronteras estaban cerradas y se habían cancelado los vuelos a México.

Mi maternidad llegó inesperada y en un contexto inimaginado: A los 41 años, con una pareja amorosa pero sin apuestas de futuro juntos, en un país extranjero al mío, con una economía limitada y sin acceso a un permiso de trabajo y a seguridad médica, además en medio de la pandemia que ya todos conocemos. Antes de enterarme del embarazo, ya comenzaba a preparar mi regreso a México, lugar de donde soy originaria. Ya que con el estatus de residente temporal, poco podía hacer. Pero la vida nos da muchas jugadas.

Desde el primer momento que supe que estaba embarazada, aún y con la alegría de lo que es recibir esta noticia, sabía que tenerlo en Canadá no iba a ser fácil, e iba a necesitar de mucha valentía y apoyo para enfrentarme a todo un sistema que me excluía de servicios tan importantes como es la salud perinatal. Sin embargo tenía la certeza de que no iba a ser la primera ni la última mujer que se enfrentaba a un proceso parecido en este país y en esta provincia. Además tenía la dicha de contar con mi compañero y una bendita red de apoyo.

Comparto con mucho gusto este testimonio con la intención de visibilizar las desigualdades que existen en este país y las cuales muchas veces son ignoradas por el grueso de la población.

Como pareja y futuros padres, decidimos dar la batalla para garantizar la atención médica a mí como madre y al bebé. Para ello preparamos las condiciones desde hace casi nueve meses, los trámites para mi regularización migratoria a través del padrinaje, nuestro objetivo inmediato era alcanzar la RAMQ a través de la derogación humanitaria, una vez ingresado mi dossier a migración. Desafortunadamente, hasta el día de hoy solo hemos recibido por parte de migración un acuse de recibido de mi dossier, o sea, sigo

Rosalinda, son conjoint Hubert et leur fils



teniendo el estatus precario al tener solo la visa de turista.

Maternidad Migrante

Ser una madre gestante migrante te coloca de golpe a tratar de entender cómo funciona el sistema de salud de un país muy distinto al que una viene. Una ingenuamente da por hecho que un acto tan sublime como el embarazo debe ser tratado saludablemente como un derecho universal y por las leyes de la vida misma. Sin embargo no es así para todas las mujeres en Canadá, es desigual y excluyente para las mujeres migrantes sin estatus o con estatus precario.

Tener un hijo/o en estas condiciones te enfrenta a múltiples instituciones que te excluyen reiteradamente desde el embarazo hasta después del nacimiento; de entrada al acceso a la RAMQ, y posteriormente a la ayuda social como es la alocaión familiar, ya que una madre con estatus precario carece del número de seguro indispensable para recibir la ayuda mensual. Al no tenerlo, alcanzar los trámites es casi imposible para quienes no son de aquí. Son innumerables los casos de mujeres que han tenido hijos aquí y tienen una deuda con el hospital, o bien que la familia nunca recibió el dinero de la alocaión familiar.

Cómo enfrentar un embarazo sin RAMQ

Buscar la atención médica no fue fácil, encontrar una clínica a precio accesible nos llevó a las afueras de Montreal. La primera mitad del embarazo fui atendida en una clínica donde la mayoría de la mujeres claramente veníamos de distintos orígenes, sin embargo los tratos de las recepcionistas no eran amigables ni pacientes con quienes no hablamos francés a la perfección y con quienes no teníamos RAMQ. De alguna manera esa falsa educación se vivía como un maltrato en un momento donde una debe sentirse bien. Institucionalmente ¿cómo puede ser posible que haya tan poca atención desde un enfoque interlingüístico e intercultural en un país y una región con tanta diversidad? En esta clínica afortunadamente fui atendida por un doctor profesional e hispanoparlante.

Los costos para la mitad del embarazo, que incluían consultas, estudios y análisis de laboratorio, ya sumaban casi los 2500 dólares. Hasta ese momento solo contábamos con el apoyo para los análisis clínicos que nos brindó Médicos del Mundo. A las siguientes consultas ya comenzaba la presión para definir la forma de pago para el parto, el cual se calculaba entre 15 mil y 20 mil dólares. Aunque el papá del bebé es canadiense y cuanta con la RAMQ, la seguridad médica de su hijo no es válida hasta que este haya nacido, o sea la responsabilidad de la vida prenatal sigue siendo casi exclusivamente responsabilidad de la mujer.

Como padres sabíamos que no iba a haber dinero suficiente para pagar los gastos hospitalarios: todos los ahorros y una parte del sueldo de mi compañero se estaban yendo para los pagos médicos. Basta decir que era una pesada carga ir al hospital, o pensar en la próxima cita. En muchos momentos sentí cómo este suceso tan importante en la vida me era arrebatado por la preocupación de los gastos. Un ejemplo de esto fue un día en las últimas semanas de embarazo que no sentí movimientos del bebé. Esto nos llevó de emergencia al hospital, pero en el camino me dio más miedo los costos que íbamos a pagar por una consulta de emergencia, en dado caso que solo fuera una falsa alarma, como de hecho fue.

Como padres pensamos en viajar a México y parir allá para amirorar los altos costos del parto, sin embargo la ola de covid que

azotó a México y la cancelación de vuelos a mi país, nos hicieron quedarnos aquí y hacer frente. Tenía que haber las alternativas.

La Maison Bleue y Alternativas para Naissance

A los cinco meses de embarazo fui aceptada en la *Maison Bleue de Parc-Extension*, y aunque no era el caso más grave, sí era clara la vulnerabilidad. La atención recibida fue un gran oasis con el que voy a estar agradecida toda la vida: la empatía, orientación y el respeto con que fui atendida me hicieron recuperar la plenitud del momento, la dignidad y orgullo de lo que implica sostener la vida en el vientre, pese a las diversas circunstancias de exclusión estructural. La labor de mi partera conmigo fue y ha sido muy importante, sus conocimientos, experiencia y su cariño sostuvieron mi embarazo en medio de la lejanía de la familia y de mi país. Al mismo tiempo comenzamos con *Alternative Naissance* el acompañamiento con una *doula* hispanoparlante quien logró empoderarme y manejar mis miedos e inseguridades, además de su asesoría y su amable disponibilidad.

Sin embargo aún y con la ayuda de la *Maison Bleue* no nos iba a excluir como padres a los gastos hospitalarios que se avecinaban con el parto.

Ante la negación de la derogación humanitaria, la solidaridad

Las madres en proceso de regularización migratoria tenemos la posibilidad en Quebec de solicitar ante el Ministerio de Salud una derogación humanitaria para el acceso a la RAMQ. Solicitamos este recurso, el cual desafortunadamente nos fue rechazado. El tener un embarazo considerado de alto riesgo, el estar casada y en proceso de regularización migratoria, el no poder regresar a mi país, etc. no bastó. Y solo obtuvimos como respuesta el derecho discrecional para responder por parte del Ministerio de Salud. O sea nueve meses no bastaron para tener derecho a la derogación humanitaria.

A los casi 7 meses de embarazo se lanzó la colecta de fondos *GoFundMe Maman Migrante appelle à la solidarité pour la vie*⁴³ organizada por unas amigas en Montreal. Aquí hicimos pública nuestra situación como padres de cómo enfrentar un embarazo sin seguridad médica. La respuesta de familiares, amigos y demás personas solidarias fue contundente y recibimos muchas muestras de solidaridad y cariño tanto de Montreal como fuera del país.

Con la campaña se visibilizó, una vez más, cómo el acceso médico es un privilegio al cual no todas podemos acceder en este país, mucho menos si tienes un estatus precario. Mostró como el sistema de salud de Canadá es patriarcal, pues no reconoce a los hijos de los hombres sino hasta después del nacimiento, recayendo la responsabilidad en el cuerpo de las mujeres, tengan o no tengan apoyo médico, social o económico. Para muchos amigos fuera de Canadá se sorprendieron al conocer cómo el sistema de salud puede ser tan excluyente, pues comparada con Europa y México la atención de un parto es gratuita.

Al momento del parto logramos juntar casi 11,300 dólares, mismos que nos daban un respiro, pero que sabíamos que no iban a ser suficientes en caso de una complicación o un evento inesperado.

Vale mencionar que intentamos todo para obtener la derogación humanitaria, pero 9 meses no bastaron para obtenerla.

El parto

El parto es el momento más esperado de todo el embarazo, donde no solo se mezcla la alegría por conocer al bebé y sino

Avec qui voulons-nous et pouvons-nous accoucher en 2021?

Groupe des 100 (sans) voix

Porte-parole : **Jacinthe Bédard Marleau**

« The sacrament of birth belongs to the family. »

– Ina May Gaskin, *Spiritual Midwifery*

Sage-femme américaine née en 1940,
Présidente de la MANA (Midwives Alliance of North America) de
1996 à 2002

Conférencière internationale
Reconnue pour officialiser la manœuvre de Gaskin

Nous sommes des citoyennes et des citoyens qui avons besoin de témoigner de notre indignation autour des accusations faites contre Mme France Dufort par l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Nous souhaitons débattre des questions et partager nos réflexions sur les droits des femmes qui accouchent au Québec en lien avec les actes réservés entourant les naissances. À l'issue de ces poursuites et de notre mobilisation pour la cause de Mme Dufort, un groupe de réflexion s'est formé : Les 100 (sans) voix.

C'est incontournable, nous avons un profond besoin de rester mobilisé-e-s afin de réfléchir et d'agir pour le respect des droits des femmes enceintes de choisir la personne qui les accompagnera lors de la grossesse et de la naissance de leur enfant. On constate qu'il y a maintenant le « avant » et le « après », comme si ces événements avaient transformé notre environnement ou figé une situation.

Entre 2016 et 2019, deux vagues successives d'accusations visant la notion d'« actes réservés » dans la période prénatale et postnatale nous ont surpris-e-s, choqué-e-s, puis interpellé-e-s. Nous sommes conscient-e-s qu'il y a tant à dire qu'un seul texte ne peut couvrir toute l'ampleur de nos questionnements. Notre sentiment d'alerte et d'urgence prévaut.

Les faits en résumé

Tout a commencé avec cette femme venue d'Amérique latine qui a immigré au Québec par amour, son conjoint étant québécois. Par la suite, elle est devenue enceinte avant d'obtenir le statut de résidente permanente. Son statut temporaire ne lui permettait pas encore d'être couverte par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) – comme de nombreuses immigrantes. Elle a dû payer pour quelques rencontres de suivi avec un professionnel de la santé (incluant échographies et tests de laboratoire), mais ce professionnel a fermé son dossier vers la 35^e semaine de grossesse et lui a dit de s'adresser à l'hôpital pour la suite. En communiquant avec cette institution, elle a appris alors qu'elle devrait déboursier 10 000 \$ en guise d'acompte pour les services médicaux et 2 400 \$ pour l'ouverture du dossier. Par ailleurs, les maisons de naissance et la Maison Bleue n'ont pas plus accepté de leur offrir des services.

Nous sommes alors en septembre 2015, la naissance étant prévue pour la mi-octobre.

En résumé, n'ayant pas accès à une telle somme d'argent, démunie et inquiet, ce couple frappe désespérément à plusieurs portes pour chercher de l'aide et finit par rencontrer Mme Dufort, accompagnante à la naissance et sage-femme diplômée aux États-Unis. Elle accepte de les aider en apportant soutien, information et préparation pour la naissance, d'autant plus qu'elle parle espagnol. Pour aider cette femme, Mme Dufort a fait des rencontres de suivi, écouté le cœur du bébé et procédé à d'autres gestes qui lui ont par la suite été reprochés par la cour. Nous ne souscrivons pas à cette vision voulant que seules les sages-femmes et les médecins au Québec aient le droit de prendre le pouls et la pression, de mesurer l'abdomen, d'écouter le cœur d'un bébé ou de faire un toucher vaginal. Nous adhérons à une vision plus globale de l'acte d'accoucher et des actes réservés qui en découlent. Nous pensons que chaque femme enceinte a droit à l'autonomie quant à ses choix concernant son corps.

Cette accompagnante reçoit par la suite des constats d'infraction provenant de l'Ordre des sages-femmes du Québec l'accusant d'avoir posé des gestes réservés aux sages-femmes.

Après un procès de trois jours en mars 2018, où Mme Dufort a été reconnue coupable d'avoir posé des « actes réservés » à la profession sage-femme, l'OSFQ a lancé une deuxième offensive au printemps 2019 avec l'envoi de faux clients, suivi d'une perquisition chez Mme Dufort. De ces nouvelles procédures judiciaires, une demande d'injonction permanente a été entérinée par le tribunal envers l'accusée. L'OSFQ a continué en envoyant une nouvelle série de constats d'infraction en septembre 2019, qui se sont réglés hors cour.

C'est une histoire complexe pour laquelle nous n'avons pas l'espace d'exposer tous les faits.

Nos réflexions

Depuis le début de ces événements, nous sommes nombreuses et nombreux à considérer que cette situation est injuste et vient sabrer dans les droits des femmes enceintes, bannissant la pratique qui a pourtant été si efficace depuis des siècles. Une femme qui a aidé une autre femme a été poursuivie par l'OSFQ.

Pour vous mettre en contexte, voici un peu d'histoire. Les sages-femmes sont présentes au Québec depuis les débuts de la colonie. Au début du XX^e siècle, la médicalisation des naissances ayant pris de l'essor, un mouvement d'humanisation des naissances a été créé. La pratique sage-femme est née du désir des femmes d'être accompagnées par les sages-femmes lors de la grossesse et de la naissance. Ces sages-femmes se sont formées **depuis que le monde est monde** auprès d'autres sages-femmes et de médecins afin d'acquérir les compétences pour accompagner les femmes. Dans les années 1980-1990, les sages-femmes de l'Alliance des sages-femmes praticiennes du Québec et de l'Association des sages-femmes diplômées du Québec ont souhaité être reconnues légalement. De plus, des femmes ont voulu que toutes celles qui le désirent puissent être accompagnées par ces dernières, gratuitement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé. Des négociations pour la légalisation de la pratique s'en sont suivies et se sont finalisées avec succès en 1999. Toutes les batailles n'ont pas été gagnées par le mouvement d'humanisation des naissances.

Certaines sages-femmes dites traditionnelles ou reconnues dans leur communauté ont témoigné de leurs craintes des pertes des droits des femmes enceintes. Par solidarité pour ces dernières, ces sages-femmes ont maintenu leur service auprès des familles ne pouvant accoucher à domicile. C'est aussi par solidarité que ces sages-femmes ont accompagné les familles établies dans les régions ou territoires éloignés et ne disposant pas de maison de naissance.

C'est dans ce contexte que Mme Dufort a accompagné beaucoup de couples dans leurs projets d'enfantement, et ce, depuis plus de 20 ans. Dans l'histoire de poursuite relatée ci-dessus, elle a été une des personnes à répondre « présente » lorsqu'un couple était en situation de vulnérabilité et que toutes les portes restaient fermées pour eux.

Voici les considérations qui découlent de notre grande inquiétude devant ces faits.

Premièrement, c'est la notion de « prendre soin » qui est attaquée. Depuis toujours, les femmes (grand-mères, accompagnantes à la naissance, consultantes en allaitement, voisines, etc.) ont pris soin des femmes enceintes, particulièrement dans la période postnatale, avec les relevailles et les aides de toutes sortes. Les poursuites intentées à la suite des accusations et de la perquisition nous heurtent, car des actes sont considérés comme réservés alors qu'ils constituent pour nous une manière

de prendre soin. (Mme Dufort a aussi été accusée d'avoir demandé à une mère « comment elle allait » sous prétexte qu'il s'agissait d'une « évaluation »...)

Deuxièmement, dans la période périnatale et à n'importe quelle étape de la vie d'ailleurs, le droit d'obtenir du soutien de la personne qui nous convient s'en trouve bafoué.

Troisièmement, nous craignons que l'OSFQ, tout comme d'autres ordres professionnels, dépasse son mandat de protéger les citoyen-ne-s en poursuivant, par exemple, des citoyen-ne-s qui veulent aider une autre personne qui se trouve dans une situation précaire, de grande vulnérabilité. Il semble que, pour ce qui est de la question des « actes réservés » à une profession, le droit des professionnel-le-s a pris le dessus sur le droit du choix de la femme enceinte. Nous sommes en désaccord avec la manière dont la légalisation de la pratique sage-femme a rendu illégaux certaines formes d'accompagnement.

Depuis plus de 20 ans déjà, la légalisation de la pratique sage-femme au Québec a apporté de la fierté et des victoires aux demandes des femmes enceintes qui souhaitent recevoir des soins et des services de sage-femme.

Malgré tous les services qui existent au Québec, plus d'une femme sur quatre (26 %) souhaiterait accoucher hors milieu hospitalier **et seulement environ 4 %** y ont actuellement accès. Ce vide touche particulièrement les femmes dans les régions éloi-

BAS-SAINT-LAURENT

Les familles méritent mieux

Michelle Roy, maman, doula, marraine d'allaitement, membre du comité de parents des services de sage-femme Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques (KRTB), et coreprésentante de la région du Bas-Saint-Laurent pour le Groupe MAMAN

La dernière année a bouleversé le monde périnatal du KRTB, tout comme ce fut le cas pour la majorité des domaines du *care*. Bons coups, petits pas et points à améliorer se côtoient dans le portrait de la région.

D'abord, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé ont redoublé d'efforts dans la campagne de séduction pour attirer et retenir des sages-femmes nouvellement diplômé-e-s dans la région par l'octroi de deux bourses. Les familles du KRTB ont ainsi eu la joie de voir s'établir une équipe de sages-femmes complète, permettant de couvrir la demande et d'offrir une meilleure disponibilité pour les familles qui choisissent d'enfanter à domicile. La situation a été stable pour un certain temps, mais on observe actuellement une série de départs liés à des congés de maternité ou de maladie au sein de l'équipe de sages-femmes. Nous sommes actuellement en attente de remplaçantes, attente durant laquelle un plan de contingence a été adopté.

L'immensité du territoire du Bas-Saint-Laurent est toujours une contrainte, notamment dans l'accès à tous les choix de lieu de naissance. Loin de l'unique maison de naissance du Bas-Saint-Laurent, la région du KRTB est orpheline de lieu alternatif de naissance, ce qui crée une insatisfaction marquée chez plusieurs familles, en plus de compliquer le recrutement de sages-femmes. Faute de maison de naissance, le service de sage-femme est toujours établi dans les locaux du CLSC et du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG). Après plus d'un an de cohabitation, bien que des relations soient encore à construire entre les équipes du milieu médical et l'équipe de sages-femmes, nous voyons émerger des partenariats qui démontrent hors de tout doute la valeur ajoutée de la présence des sages-femmes dans la région. Depuis quelques mois, les sages-femmes du KRTB contribuent au soutien des équipes de périnatalité en allégeant leurs fonctions par la prise en charge

de rencontres postnatales. Espérons que cette initiative fera fleurir une belle série de collaborations et valorisera le travail des sages-femmes!

Depuis la pandémie, le taux de transferts des parturientes qui ont un suivi sage-femme est globalement élevé. Nous observons que les couples sont peu préparés à vivre le passage à la parentalité. Puisque les cours prénataux du CLSC ne se donnent plus, nous constatons qu'il est difficile pour les parents de se sentir outillés. Le stress additionnel lié à la crise sanitaire, la peur de devoir accoucher masquée et seule ainsi que le refus des doulas en salle de naissance sont des facteurs défavorables pour les familles. Heureusement, certaines doulas de la région donnent des cours prénataux privés en ligne.

On nous a aussi rapporté un sentiment de distance des usager-ère-s vis-à-vis de leurs professionnel-le-s de la santé (manque de proximité dû aux mesures sanitaires, expressions faciales masquées, protocoles additionnels, etc.).

Plusieurs récits de femmes ayant vécu des violences obstétricales ou une dépression postpartum en raison du sentiment d'isolement nous parviennent. Nous remarquons aussi des cas de détresse et de solitude lors d'interruptions volontaires de grossesse.

La pandémie affecte également les comités de parents par les nombreuses activités de promotion des services de sage-femme suspendues et la mise sur pause des services de location de piscines d'accouchement.

Pour finir sur une belle note, un magazine qui traite de périnatalité, le *Doulazine*, a vu le jour dans notre région et est maintenant lu à l'international⁴⁴.

Bref, une année qui révèle un besoin criant de soutien pour les familles et qui nourrit notre hâte de s'investir encore plus pour l'autonomie des naissances à l'avenir.

gnées qui n'ont pas accès à des services de sage-femme, mais aussi toutes celles qui veulent un accouchement libre, selon leurs valeurs et leur vision.

Nous constatons que ces poursuites ont eu pour résultat d'imposer de façon définitive seulement deux choix aux femmes enceintes : les services offerts en milieu hospitalier ou ceux offerts

par des sages-femmes pratiquant dans un point de service de sage-femme.

Actuellement, au Québec, nous continuons de croire qu'il manque un maillon au système : celui de choisir par qui la femme enceinte veut être accompagnée. Nous résumons cette situation par ce tableau :



Illustration: Manon Gauthier

Il est important pour nous de dénoncer le fait que ces actions de l'Ordre nient totalement le libre choix des familles en ce qui concerne l'accompagnement souhaité durant la période périnatale. Déjà, lors de l'assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Québec, le 2 avril 1981, cette préoccupation était soulevée par Mme Claire Bonenfant (1925-1996) – alors présidente du Conseil du statut de la femme – dans le cadre de la conférence *La sagesse des femmes* : « Il ne faudra pas faire de la maternité un territoire contrôlé par une profession, mais bien **par les femmes elles-mêmes.** »

Lorsque nous avons appris qu'il y avait des poursuites intentées contre Mme Dufort, nous avons été surprises, et surtout vivement indignées d'être confrontées au fait que, pour le moment, la loi sur les actes réservés en matière de santé et le système judiciaire glissent dans cette direction en ne reconnaissant pas :

1. La forme d'altruisme démontrée par Mme Dufort;
2. Les besoins des personnes immigrantes qui n'ont pas accès à des soins périnataux gratuits parce qu'elles ne sont pas résidentes permanentes dans leur pays d'adoption. Pourtant, aussi près de nous qu'en Ontario, toutes les femmes enceintes sans papiers sont prises en charge gratuitement par l'État;
3. L'autonomie et la liberté des individus en ce qui concerne leurs choix en matière de santé et de périnatalité. Il existe, au niveau international, la *Charte des droits des femmes pendant la période de la périnatalité*, qui informe les femmes de tous les pays de leurs droits dans la période périnatale. De cette Charte, nous retenons l'article II : « Toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé, et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis, doula) (...)»⁴⁵.

Depuis le dénouement difficile de ces événements, des femmes d'aujourd'hui réalisent qu'elles ne pourront pas accoucher comme leur mère l'avait fait pour leur propre naissance, sous peine que leur accompagnante ou leur « sage-femme reconnue par la communauté » ou dite « traditionnelle » soit poursuivie... Pourtant, rappelons-le, avant la légalisation des sages-femmes, le libre choix d'accoucher avec la personne de notre choix était encore possible.

Une question s'impose : à travers la légalisation des sages-femmes, les femmes ont-elles perdu leur libre choix d'accoucher avec qui elles veulent?

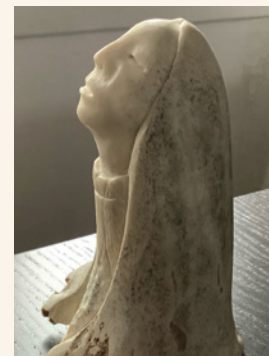
Considérant qu'il est injuste et inacceptable qu'une femme ayant répondu aux demandes des femmes avec tant de compassion et de compétence paie de sa poche pour cette grave injustice (73 000 \$ en amendes et frais d'avocats), nous relançons la levée de fonds commencée en 2017 nommée *L'accouchement est un acte réservé aux femmes* et dont l'objectif est actuellement atteint aux trois quarts grâce à la solidarité et à la grande générosité des personnes qui ont la cause à cœur.

Si vous croyez comme Ina May Gaskin qu'enfanter est un acte sacré qui appartient aux familles, apportez votre contribution en vous rendant sur GoFundMe : <https://fr.gofundme.com/f/laccouchement-est-un-acte-rserv-aux-femmes>.

Merci pour votre soutien! ■

STATUETTE INUIT
Matériau : corne de caribou.
Lachute, 1997.

« J'apprends à me tenir la tête haute,
tirée vers le plus grand que Soi! »
– Danielle Mercier



⁴⁵ L'Alliance du Ruban Blanc pour une maternité à moindre risque, « Le respect dans les soins de maternité : Les droits universels des femmes lors de la période périnatale », [en ligne].
[\[https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf\]](https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf)



**Liquidations et modèles
de plancher toujours disponibles!**



**mondo
bébé**



Les plus grandes salles de montre de meubles pour enfants au Québec.

Entreprise familiale italienne, fondée en 1919 et présente à Montréal depuis 1994.

St-Léonard - 514-379-1579
9265 Lacordaire

Dorval - 514-421-5891
1525 Hymus

www.mondobebe.com



Maternité, chômage et discrimination

Kim Bouchard

avocate au Mouvement Action-Chômage de Montréal

La naissance d'un enfant est toujours un moment unique pour les nouveaux parents. La société reconnaît aux parents, et plus particulièrement aux femmes, le droit de bénéficier d'une période de congé : d'une part, afin que la mère se remette de sa grossesse et, d'autre part, afin que les parents puissent prendre soin de leur bébé. Dans le meilleur des mondes, à la suite du congé de maternité, parental ou de paternité, toute la famille est en forme (!), le bébé a une place en garderie (!) et le retour au travail se passe à merveille (!).

La relation entre la maternité et la protection offerte aux femmes en cas de chômage est précisément la situation qui nous intéresse ici. Croyez-vous qu'une femme qui perd son emploi aura droit aux prestations de chômage après son congé de maternité ?

La question de la protection sociale de la travailleuse enceinte semble aller de soi, mais c'est une question plus complexe qu'elle en a l'air. Au Québec, le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) assure le versement de prestations de maternité, de paternité et parentales aux parents admissibles durant le congé. Le congé aux fins de maternité et d'obligations parentales est un droit reconnu et protégé par la *Loi sur les normes du travail*. C'est en vertu de cette loi qu'il est formellement interdit de congédier ou de pénaliser une personne légalement en congé. En cas de retrait préventif, ce sera la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* qui s'appliquera. Et si par malheur quelqu'un perd involontairement son emploi et se retrouve au chômage, la *Loi sur l'assurance-emploi* (LAE) prévoit le paiement de prestations aux personnes admissibles.

Les femmes et la naissance d'un enfant

Lors de la naissance d'un enfant, la majorité des travailleuses auront droit à un congé. La mère a nécessairement besoin de temps pour se remettre de sa grossesse et le bébé requiert divers soins. Durant l'absence du travail, le RQAP prévoit le paiement de 15 ou 18 semaines de prestations de maternité, 3 ou 5 semaines de prestations de paternité et 25 ou 32 semaines de prestations parentales partageables, selon le choix du régime de base ou du régime particulier.

Au Québec, 98 % des personnes qui accouchent combinent leurs prestations de maternité avec les prestations parentales. Les femmes reçoivent en moyenne 45,3 semaines de ces prestations et plus de la moitié d'entre elles utilisent l'entièreté des 50 semaines disponibles. Concernant l'autre parent québécois, la majorité utilise les prestations de paternité mises à leur disposition pour une durée moyenne de 4,4 semaines. Le tiers d'entre eux seulement réclamera aussi des prestations parentales pendant 12,7 semaines en moyenne. Bien que partageables entre les deux parents, dans les faits, les prestations parentales sont largement versées aux femmes.

Depuis toujours, la garde et les soins des bébés incombent « naturellement » aux femmes. Les statistiques démontrent sans équivoque que le rôle joué historiquement par les femmes dans le partage des tâches reproductives continue encore aujourd'hui

à être activement assumé par celles-ci. Par contre, la participation des femmes sur le marché du travail, elle, a connu une profonde évolution. En 1950, à peine 20 % des femmes étaient actives sur le marché du travail. Conformément à l'esprit de l'époque, on considérait a priori que les épouses, à la charge de leur mari, étaient destinées à devenir mères et ménagères. À l'heure actuelle, de 70 % à 90 % des mères ayant un enfant d'un an ou moins participent de manière active au marché du travail avant la naissance de leur enfant⁴⁶. La grande majorité retournera au travail après le congé de maternité et parental. Un maigre 4,0 % des mères québécoises indiquent avoir l'intention de ne pas retourner au travail, selon les données de l'*Enquête sur la couverture de l'assurance-emploi* de 2017.

La division inéquitable des rôles sociaux implique que ce sont les femmes qui s'absenteront du travail à la suite de la naissance d'un enfant et qu'elles assumeront de façon disproportionnée les coûts économiques, sociaux et professionnels liés à la maternité et à la parentalité. Il est incontournable de reconnaître les conséquences de la division inégale des tâches domestiques entre les genres et ses répercussions sur la vie professionnelle des femmes.

Le chômage

Comme toute personne occupant un travail, les nouvelles mères ne sont pas à l'abri d'une perte involontaire d'emploi. Elles doivent également satisfaire aux conditions d'admissibilité du régime fédéral d'assurance-emploi (AE) pour recevoir un soutien de revenu temporaire. Pour avoir droit aux prestations régulières de chômage, il faut avoir cotisé au régime, cumuler le nombre d'heures requis durant la période de référence (habituellement, il s'agit des 52 semaines précédant la demande de prestations) et posséder un motif de fin d'emploi valable.

Lorsque le droit aux prestations est acquis, les prestataires disposent normalement d'une période de prestations de 52 semaines, à l'intérieur de laquelle des prestations peuvent être payées. Durant cette période, il est possible de combiner les prestations régulières avec les divers types de prestations spéciales (maternité, parentale, maladie, soignant et compassion) pour un maximum de 50 semaines payables.

La LAE prévoit un traitement identique pour tout le monde. Toutefois, certains critères, certaines règles ou restrictions en apparence neutres peuvent engendrer de graves inégalités pour certains groupes vulnérables de la société. C'est le cas en ce qui a trait à la protection en cas de chômage pour les nouvelles mères qui ont perdu leur emploi.

Par exemple, pendant son congé de maternité, une travailleuse apprend que son poste est aboli. Elle reçoit 18 semaines de prestations de maternité du RQAP et 32 semaines de prestations parentales. Puisqu'elle ne peut retourner à son emploi comme prévu, à la suite de son congé de maternité, la travailleuse demande des prestations régulières de chômage. Malheureusement, celle-ci ne se qualifie pas, puisqu'elle n'a pas accumulé d'heures d'emploi durant sa période de référence, qui correspond à la période de son congé de maternité. N'eût été la naissance de son enfant, la travailleuse se serait qualifiée et aurait eu droit à une protection en raison de son chômage involontaire.

46 Rapport Rose, supra note 22, p. 36.

Un autre cas de figure est celui d'une travailleuse enceinte qui perd son emploi. Disons qu'elle se qualifie, théoriquement, à 38 semaines de prestations d'assurance-emploi régulières. Elle reçoit 13 semaines de prestations régulières jusqu'à son accouchement. Ensuite, elle a droit à 18 semaines de prestations de maternité et 32 semaines de prestations parentales du RQAP.

Toujours sans emploi à la suite de son congé de maternité, la travailleuse désire recevoir les 25 semaines restantes de prestations régulières auxquelles elle aurait eu droit si elle n'avait pas donné naissance à un enfant. Or, la LAE ne le permet pas, c'est maximum 50 semaines payables pour toutes et tous sans distinction.

Ici, il faut comprendre que c'est à la suite d'une entente avec le gouvernement fédéral que le Québec a obtenu la permission d'administrer son propre régime de prestations d'assurance parentale. Afin de s'assurer que les personnes vivant au Québec sont traitées comme les autres vivant au Canada, les prestations de maternité et parentales versées par le RQAP sont considérées comme les prestations du régime fédéral d'AE. Donc, en cas de chômage, ce sont les règles de l'AE qui s'appliquent.

Lorsqu'une femme perd involontairement son emploi et qu'elle a reçu des prestations reliées à la naissance d'un enfant, ses chances d'être affectée par les règles de la LAE sont nettement plus élevées que pour l'autre parent. La limite de 50 semaines affecte, dans 95 à 99 % des cas, des femmes en raison du congé de maternité.

Aucune femme ne devrait perdre son droit à une protection en cas de chômage parce qu'elle s'est absentée temporairement du travail en raison de la naissance d'un enfant. Cette situation place les femmes dans un état de grande précarité économique et les enferme dans une position de vulnérabilité et de dépendance face à l'autre parent.

Aujourd'hui, la présence massive des femmes sur le marché du travail, conjuguée à de nouvelles structures et réalités familiales, a entraîné de multiples bouleversements. L'État doit adapter ses politiques sociales à cette réalité. Les femmes n'ont pas à être discriminées et à perdre des droits en raison de leur grossesse et des responsabilités qu'elles assument relativement à leur jeune enfant.

L'exclusion des femmes à une pleine protection en cas de chômage après un congé de maternité entretient l'idée voulant que la femme qui devient mère ne puisse pas maintenir son lien avec le marché de l'emploi. Cette exclusion perpétue aussi l'idée voulant que les femmes puissent et doivent compter sur l'autre parent pour subvenir à leurs besoins et à ceux de la famille. L'idée que le salaire féminin n'est qu'un salaire d'appoint qui ne mérite pas la même protection que celui d'une personne qui n'interrompt pas sa participation au marché du travail pour s'occuper des enfants est également perpétuée. Ce constat est encore plus troublant dans le cas de familles monoparentales, majoritairement dirigées par une mère seule, ou de femmes aux prises avec des problèmes de violence conjugale.

Notons qu'avec le chômage de masse causé par la pandémie de COVID-19, le gouvernement canadien a créé la *Loi sur la prestation canadienne d'urgence* (PCU) et la *Loi sur les prestations canadiennes de relance économique* (PCRE). Ces deux lois basent leurs critères d'admissibilité notamment sur les revenus provenant du versement de prestations de maternité et parentales payées par le régime d'AE ou le RQAP. Cela permet temporairement aux femmes de recevoir une protection en cas de chômage malgré leur congé de maternité. La crise sanitaire a affecté plus de femmes que d'hommes. Elles ont été plus nombreuses à perdre leur emploi et plus nombreuses à devoir s'absenter du travail pour apporter des soins à des proches dans le besoin. Il n'y a aucune raison de ne pas protéger ces mêmes femmes en temps *normal*, il est inconcevable de retourner en arrière!

Au Mouvement Action-Chômage de Montréal, nous croyons que toutes les travailleuses ont droit à une pleine protection en cas de chômage, indépendamment de toute absence liée à la grossesse, à la maternité et aux responsabilités parentales. C'est pourquoi nous avons récemment initié un processus de contestation judiciaire afin que les mères aient accès aux prestations régulières d'assurance-chômage si elles se retrouvent sans emploi, conformément au droit à l'égalité protégé par la *Charte canadienne des droits et libertés*. La pauvreté et l'insécurité économique des femmes concernent l'ensemble de la société et nous devons les protéger équitablement. ■



Les
Relevailles
de Montréal

CENTRE DE RESSOURCES
PÉRINATALES

Une programmation en virtuel et en présentiel* !

Notre centre offre une gamme de services et d'activités pour TOUS les futurs parents et les parents d'un enfant 0-2 ans.

Pour en savoir plus, pour devenir membre et pour vous inscrire :

514.640.6741 - crp@relevailles.com - www.relevailles.com

*Selon les mesures sanitaires en vigueur et la disponibilité.



Le Regroupement Les Sages-Femmes du Québec : une association professionnelle au cœur des enjeux de la discrimination basée sur le genre et du développement d'une profession à reconnaître



Josyane Giroux

présidente du Regroupement Les Sages-Femmes du Québec

Le Regroupement Les Sages-Femmes du Québec (RSFQ) est l'association professionnelle des sages-femmes du Québec. Nous représentons plus de 240 sages-

femmes exerçant partout dans la province et œuvrons au développement de la profession et de sa spécificité à l'intérieur du système de santé du Québec. En collaboration avec les groupes citoyens engagés pour l'accessibilité des services de sage-femme, tels que le Groupe MAMAN et le Regroupement Naissances Respectées (RNR), l'Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ), l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), nous veillons à soutenir l'accès aux services de sage-femme répondant aux besoins de la population.

Nous défendons également le libre choix des lieux d'accouchement pour les femmes et les personnes qui accouchent, en conformité avec les normes de pratique de la profession, ainsi que de sa philosophie de pratique. Depuis l'adoption d'un règlement en 2005, les sages-femmes offrent trois lieux de naissance : maison de naissance, domicile ou centre hospitalier. Parallèlement, la défense des intérêts professionnels, économiques et sociaux de nos membres est au cœur des missions de notre association. En ce sens, le RSFQ est reconnu par le MSSS comme porte-parole des sages-femmes exerçant leur profession légalement au Québec. Ainsi, nous négocions les conditions de travail et soutenons les sages-femmes quant aux enjeux de relations de travail⁴⁷.

Le développement de la pratique sage-femme au Québec

Au Québec, la pratique sage-femme est légalement reconnue depuis 1999. À l'époque, il y avait déjà 6 maisons de naissance où travaillaient 50 sages-femmes dans un modèle unique au pays. Les sages-femmes québécoises, à la suite d'une longue lutte féministe, ont fait le choix d'accompagner les femmes et personnes enceintes qui ont un accouchement normal. Elles transfèrent donc les soins aux équipes médicales si la grossesse, l'accouchement ou la période postnatale répondent aux cas de transfert de leur règlement⁴⁸, dès qu'une médication est nécessaire

pour stimuler le travail ou lorsqu'une méthode pharmacologique de soulagement de la douleur est demandée, voire nécessaire.

En 2008, le gouvernement du Québec a publié sa politique de périnatalité dans laquelle il s'engageait à ce que :

- des services de sage-femme soient offerts dans toutes les régions du Québec;
- 10 % des femmes et personnes qui accouchent puissent accéder aux services;
- il y ait un total de 20 maisons de naissance à travers la province⁴⁹.

Or, selon les données de 2019-2020, seulement 4 % des suivis de maternité sont réalisés par des sages-femmes au Québec⁵⁰ et la province compte actuellement 14 maisons de naissance et 7 services de sage-femme (qui offrent l'accouchement en centre hospitalier et au domicile). Plusieurs régions n'ont pas encore accès aux services. De plus, toutes les maisons de naissance ont des listes d'attente très longues, parfois représentant 30 % du nombre de suivis annuels qui peuvent être offerts par les équipes. Pour le RSFQ, trois raisons principales expliquent ce développement au ralenti :

1. Le manque de reconnaissance de la profession;
2. L'absence de travaux de planification pour le développement des services répondant aux besoins des communautés;
3. La discrimination basée sur le genre que subissent les sages-femmes et, par le fait même, les femmes et personnes enceintes.

1. Le manque de reconnaissance de la profession

D'abord, l'absence de reconnaissance de la profession et de son rôle crucial en santé reproductive et sexuelle dans la société est un enjeu majeur. Le gouvernement a failli à son rôle de démystification de la profession sage-femme et de valorisation de son importance pour le système de santé. Le modèle de pratique des sages-femmes, basé sur la relation personnelle et égalitaire avec la femme et sa famille, la continuité des soins et de la relation, la confiance dans la compétence et l'autonomie des femmes et personnes enceintes et le respect du processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement, n'est pas encore bien compris et reconnu par la société, le gouvernement et le milieu médical québécois.

47 <https://www.rsfq.qc.ca/a-propos/>

48 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1.%20r.%204/#:~:text=9.,10.,autre%20moyen%20de%20communication%20appropri%C3%A9>

49 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

50 Reddition de comptes du RSFQ.

La méconnaissance de la profession mène encore à des refus de collaboration de la part des équipes médicales en obstétrique. Par exemple, plusieurs hôpitaux n'acceptent pas d'étudiant-e-s sages-femmes en stage ou encore de signer des ententes de collaboration avec un service de sage-femme afin de permettre son ouverture. À terme, cela demeure un obstacle dans la diplomation de nouvelles sages-femmes ainsi que dans le développement de nouveaux services ou de projets en interdisciplinarité répondant aux besoins des communautés.

Au jour le jour, les sages-femmes vivent cette pression et se battent encore contre de fausses perceptions sur leur pratique de la part des équipes cliniques et de la population en général. Pour les femmes et personnes qui accouchent, cette mécompréhension du travail des sages-femmes peut parfois les mener jusqu'à vivre de la violence obstétricale lors des transferts. Certaines équipes de soins sont en discordance avec les valeurs de la profession sage-femme et veulent imposer leurs façons de faire rapidement, sans égard à l'intensité du vécu de la personne et du processus intime en cours.

2. L'absence de travaux de planification pour le développement de services répondant aux besoins des communautés

La deuxième lacune importante du développement de la profession sage-femme au Québec est l'absence de travaux de planification de la main-d'œuvre et de suivi des effectifs cohérents avec les objectifs présentés dans les documents de référence du gouvernement⁵¹. Malgré de nombreuses représentations en ce sens par le RSFQ et d'autres instances représentant les sages-femmes et les familles au MSSS, les mises en garde n'ont pas été entendues. Les sages-femmes et les familles sont les principales victimes de ce manque de leadership politique, car la pénurie de main-d'œuvre affecte aujourd'hui toutes les équipes sages-femmes et les oblige à diminuer les services offerts à la population. En ce moment même, plus de 20 contrats ne sont pas comblés dans la province et l'ouverture d'au moins deux maisons de naissance et deux services de sage-femme en région a été retardée.

Au Québec, l'UQTR est la seule institution d'enseignement de la profession sage-femme. Elle a une capacité d'accueil de 24 étudiant-e-s par année depuis l'ouverture du programme en 1999, mais arrive seulement depuis peu à combler ces places, faute de sages-femmes pouvant accompagner les étudiant-e-s en stage. Il est primordial que des travaux de concertation nationale impliquant les groupes et instances directement concernés, incluant les groupes citoyens, soient entrepris. Alors que la pandémie exacerbe les problématiques du réseau de la santé, le MSSS ne cesse de retarder la mise en place d'un comité de travail afin de trouver des solutions et d'établir un plan de développement et de la main-d'œuvre clair et cohérent. Pour y arriver, l'allocation de ressources aux trois piliers de la profession sage-femme, soit l'association professionnelle, l'institution d'enseignement et l'ordre professionnel, sera nécessaire⁵².

3. La discrimination basée sur le genre que subissent les sages-femmes et, par le fait même, les femmes et personnes enceintes

Le troisième élément très important à considérer dans l'analyse du développement des services de sage-femme et de sa lenteur concerne la discrimination basée sur le sexe que les sages-femmes subissent. Tout comme les autres professions liées aux soins et à prédominance féminine, le modèle de pratique des sages-femmes, développé pour répondre aux besoins des femmes et personnes enceintes et dont les services s'adressent majoritairement à des femmes, est à la source de conditions de travail indécentes. Les sages-femmes du Québec, au terme de leur carrière, gagnent à ce jour 5 % de moins que leurs comparables selon les travaux de l'équité salariale, sans compter les nombreuses primes auxquelles elles n'ont pas accès⁵³. De plus, les sages-femmes bénéficient d'une mince compensation, soit environ 2,50 \$ l'heure, pour la grande disponibilité nécessaire au suivi de leur clientèle (communément appelée « la garde »), ainsi que pour le travail en horaire défavorable. Ces conditions de travail, en plus du contexte décrit ci-dessus, mènent à de nombreux départs hâtifs de la profession, accentuant la pénurie de sages-femmes dans la province.

C'est en toute humilité que nous tenons à ajouter que les éléments décrits ci-dessus sont une réalité exacerbée pour les femmes, les personnes enceintes et les sages-femmes issues des communautés autochtones. À ce jour, aucun plan clair n'existe pour permettre aux familles de ces communautés d'avoir accès aux services de sage-femme. La collaboration en est à son point de départ entre les instances gouvernementales et légales, les communautés, les milieux de formation et les associations. Nos collègues du NACM (The National Aboriginal Council of Midwives⁵⁴) et les sages-femmes autochtones pourraient certainement vous expliquer les enjeux en détail. En attendant, en collaboration avec le NACM, nous veillons à ce que des travaux respectueux des besoins des communautés se fassent rapidement pour permettre la formation, l'accessibilité et le développement des services de sage-femme dans les communautés autochtones.

Enfin, appuyés par la Coalition pour la pratique sage-femme, nous poursuivons notre travail afin de revendiquer la mise en place d'une campagne de démythification, de valorisation et de reconnaissance de la profession sage-femme. Nous talonnons le MSSS afin qu'il investisse dans la mise en place d'un comité de travail pour la planification de la main-d'œuvre et du développement en cohérence avec les besoins des communautés. Parallèlement, dès ce printemps, nous entamons la négociation pour le renouvellement de notre Entente⁵⁵, échue depuis le 31 mars 2020. Il est primordial pour la pérennité des services de sage-femme et pour les femmes et personnes enceintes que le gouvernement reconnaisse enfin l'importance de soutenir l'association professionnelle des sages-femmes et qu'il agisse pour améliorer les conditions de travail afin de mettre fin à la discrimination basée sur le sexe à laquelle font face les sages-femmes depuis la légalisation de la pratique. ■

51 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001045/>

52 <https://www.internationalmidwives.org/fr/index.html>

53 <https://www.tresor.gouv.qc.ca/ressources-humaines/equite-salariale/programmes-dequite-salariale/programme-general-dequite-salariale-du-secteur-de-la-sante-et-des-services-sociaux/>

54 <https://indigenoumidwifery.ca/>

55 http://naissance-renaissance.qc.ca/nos-actions/pratique-sages-femmes/coalition-pour-la-pratique-sage-femme/?fbclid=IwARiSvh7346ZltGqr8rk_KF4Rn-pnOukusLJiinGz7tRroejBmStCT-F1Tia58 [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/2cc9532e6a6ab858b8525282f1006ca47a/\\$FILE/2018-016_Annexe%20\(2018-08-22\)_ENTR-RSFQ%202015-2020.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/2cc9532e6a6ab858b8525282f1006ca47a/$FILE/2018-016_Annexe%20(2018-08-22)_ENTR-RSFQ%202015-2020.pdf)

Naître comme sage-femme : n'être qu'étudiant·e

Noémie Gagnon

étudiante sage-femme et représentante étudiante au Groupe MAMAN

Auréli Samoisette

étudiante sage-femme et présidente de l'AEFSQ

Situation des étudiant·e-s sages-femmes (ÉSF)

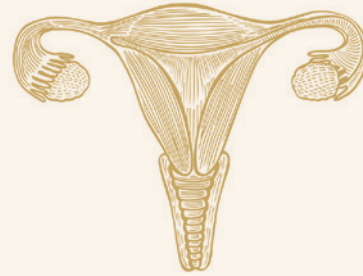
Le parcours universitaire menant à la profession de sage-femme dure quatre ans et demi. La formation est tant théorique que pratique, puisqu'elle compte des cours et de nombreux stages se déroulant majoritairement au Québec. Le principal mandat de l'Association des étudiantes sages-femmes du Québec (AEFSQ) est donc de soutenir ses membres pendant cette période. La présence auprès des familles motive les ÉSF dans l'apprentissage de leur art et les pousse à se dépasser. En revanche, les ÉSF font face à des défis financiers, de formation et de conciliation famille-travail-études.

En effet, les stages constituent une part importante de la formation : les étudiant·e-s auront effectué, à la fin de leur parcours, sept stages cumulant un minimum de 2 352 heures en maison de naissance, dans un centre hospitalier et lors d'un stage communautaire. Ces stages sont effectués selon le même horaire que les sages-femmes, c'est-à-dire imprévisible, de garde et rotatif. Ces éléments rendent difficile, voire impossible, le maintien d'un emploi en parallèle. Aucuns frais de stage ne sont remboursés et aucun salaire n'est versé. La précarité des étudiant·e-s est augmentée par un autre élément : les stages dans des maisons de naissance doivent se dérouler dans un minimum de deux régions québécoises différentes. Des changements qui peuvent survenir à la dernière minute, et ce, aux frais des étudiant·e-s, amènent certaines personnes à déménager jusqu'à cinq fois durant leur formation universitaire. Lors des demandes pour les prêts et bourses, l'aide financière aux études ne tient pas compte de ce genre de particularité propre aux stages. À la suite de revendications de l'AEFSQ et de ses membres, une bourse valorisant la persévérance scolaire est donnée, depuis deux ans, aux étudiant·e-s en stage. Cette bourse soutient particulièrement ceux qui sont de retour aux études ou les parents et qui ne sont plus admissibles au programme québécois de prêts et bourses. Nous estimons que cette bourse équivaut à un maximum de 9 \$ par heure de stage, somme dégressive au fur et à mesure que les heures de stage et de garde augmentent. Ce montant couvre surtout les dépenses associées à la formation et les conditions de stage particulières. Cette compensation n'est pas une rémunération et ne s'accompagne pas du statut de salariée, avec les protections qui y sont associées. Rappelons que les ÉSF ne sont ni couvert·e-s par la CNESTT ni par le RQAP durant les stages. Par contre, une assurance est fournie par l'université en cas de poursuite ou d'erreur professionnelle.

Les cours du baccalauréat en pratique sage-femme sont donnés une fois par année et sont tous préalables aux objectifs suivants : un·e étudiant·e qui échoue à un cours doit donc attendre un an avant de poursuivre son parcours. De plus, pour rester à jour dans ses connaissances, l'ÉSF doit terminer le programme en six ans ou moins. On comprend donc qu'un·e ÉSF qui échouerait à deux cours dépasserait la durée permise pour effectuer le programme.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTES SAGES-FEMMES

du Québec



Notons cependant quelques éléments positifs. Depuis 2020, il est maintenant possible pour les étudiant·e-s enceint·e-s de poursuivre un stage pendant leur grossesse, et de reprendre les semaines manquantes au besoin. Aussi, une procédure claire de demande d'accommodement pour motif de handicap a été ajoutée au guide de l'étudiant·e. Nous espérons que ces mesures faciliteront la rétention et la diplomation des ÉSF. Si tel était le cas, les possibilités de formation et de modèles de stage pourraient être élargies. Effectivement, on semble se trouver actuellement dans un cercle vicieux : le petit nombre de sages-femmes permet de former seulement un petit nombre d'ÉSF à la fois. Si les enjeux de développement de la pratique découlent d'un manque de reconnaissance envers la pratique sage-femme... Imaginez ce qu'il en est du statut des ÉSF.

Rôles de l'association

Depuis sa création en 2011, l'AEFSQ milite afin de promouvoir et de défendre collectivement et individuellement les intérêts de ses membres, soit les étudiant·e-s en pratique sage-femme. L'AEFSQ travaille notamment à sensibiliser les ÉSF par rapport à leurs droits. Nous avons créé un poste de responsable aux affaires pédagogiques afin d'offrir un accompagnement de qualité et constant aux étudiant·e-s qui en font la demande. De plus, nous travaillons avec des ressources externes, dont un·e avocat·e et l'AGE UQTR (Association générale des étudiant·e-s de l'Université du Québec à Trois-Rivières). C'est avec fierté que nous tentons d'améliorer les conditions d'études des ÉSF. Nous continuerons à travailler avec les différentes instances afin de soutenir la santé physique et psychologique de nos membres. De plus, nous voulons valoriser l'accompagnement et la présence auprès des familles. Nous considérons qu'à partir d'un certain moment dans son parcours, l'ÉSF apporte une contribution réelle à l'expérience des personnes enceintes et aux familles. Il est évident pour nous que vocation et rémunération peuvent aller de pair. Depuis la création de l'association, nous assurons une représentation auprès du gouvernement du Québec. Nous étions notamment impliqué·e-s dans les mouvements de grève des stages, en 2019, qui visait la rémunération des stages en pratique sage-femme.

Nous travaillons également à recueillir des statistiques relatives aux stages. Cette analyse des enjeux les plus fréquemment rencontrés nous permettra de mieux les comprendre et de trouver des solutions durables. En effet, les ÉSF évoluent majoritairement

en stage et séparé-e-s les un-e-s des autres, encore plus en cette année de pandémie. Par la promotion des pratiques qui contribuent le mieux à l'épanouissement des ÉSF, l'ASÉSFQ est un point de repère. Cette prise de conscience, cette agentivité sur son parcours et l'avancement des conditions pour la communauté des ÉSF sont également liés à notre collaboration avec Hélène Saint-Jacques. Dans le cadre de sa recherche doctorale, Hélène Saint-Jacques s'intéresse aux stratégies collectives visant à améliorer les conditions d'études en pratique sage-femme. La thèse d'Hélène permettra de documenter, à l'aide de données quantitatives et qualitatives, les enjeux de vulnérabilité, de capacitisme, de racisme, d'homophobie et de colonialisme vécus par les ÉSF. Dans un contexte de pénurie professionnelle sans précédent, nous espérons pouvoir mieux accompagner l'ensemble des familles du Québec. Ces analyses nous permettront, espérons-le, d'apporter un regard constructif, des pistes de solution et des outils en collaboration avec nos partenaires du milieu de la « sage-femmerie » au Québec pour permettre l'évolution des modèles de formation et de pratique sage-femme. Nous voulons prendre activement part aux efforts déployés afin d'augmenter la rétention des sages-femmes. Ultimement, cet objectif s'inscrit dans une perspective féministe puisqu'il permettra de mieux répondre aux demandes des personnes enceintes et des familles voulant

être accompagnées dans l'empowerment et l'autonomie. Nous croyons fermement que de mieux soutenir le parcours des ÉSF, notamment par une rémunération adéquate ainsi que par une couverture à la CNESST et au RQAP, permettra de soutenir les diplômé-e-s en santé physique et psychologique, puis de contribuer à réduire la pénurie.

Pour rester informé·e et soutenir l'AÉSFQ

Il est possible de s'abonner à notre page Facebook (Association des étudiantes sages-femmes du Québec – AÉSFQ). Nous y publions des nouvelles de nos revendications et des articles de toutes sortes pour faire rayonner les initiatives de nos partenaires du milieu de la périnatalité. Aussi, une campagne de sociofinancement est en cours depuis mai dernier. Elle vise à soutenir différentes activités et conférences et d'autres mandats pour promouvoir les intérêts de nos membres. Nous vendons également divers articles (sacs réutilisables, chandails, cotons ouatés) fabriqués par une compagnie québécoise syndiquée, de matériaux bio et recyclés. Le dessin et le logo ont été créés par des étudiant-e-s sages-femmes. Pour plus de détails ou pour participer à la campagne, consultez notre page Facebook. ■



Espace Mā yoga

VOTRE RÉFÉRENCE EN YOGA MATERNITÉ
À MONTRÉAL

256 RUE ST-ZOTIQUE EST.
ESPACEMAYOGA.COM

Suggestions d'écoutes et de lectures



Balados

Les Pieds sur terre : Enceint

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/enceint>

Faces of Postpartum

<https://www.facesofpostpartum.com/podcast>

Les éphémères

<https://baladoquebec.ca/les-ephemeres>

Toutes ou pantoute : Le nourris-tu?

Épisode sur la périnatalité et la justice reproductive

<https://www.toutesoupantoute.com/episode/sze8-le-nourris-tu-un-episode-sur-la-perinatalite-et-la-justice-reproductive/>

Quantik MAMA - Tisser l'invisible

<https://quantikmama.com/podcasts/>

Luna podcast

<https://lunapodcast.com/luna>



Documentaire

Briser le code

<https://briserlecode.telequebec.tv/>



Livres

Le ventre des femmes – Françoise Vergès

Maman noire et invisible : Grossesse, maternité

et réflexion d'une maman noire dans un monde blanc

– Diariatou Kebe

Killing the Black Body – Dorothy Roberts

Revolutionary Mothering Love on the Front Lines

– Alexis Pauline Gumbs, China Martens et Mai'a Williams

Medical Bondage : Race, Gender, and the Origins

of American Gynecology – Deidre Copper Owens

Reproductive Justice : An Introduction

– Loretta Ross, Rickie Solinger

Undivided Rights : Women of Color Organizing for Reproductive Justice – Jael Silliman, Marlene Gerber Fried, Loretta Ross

An act of genocide : Colonialism and the Sterilization

of Aboriginal Women – Karen Stote



L'importance d'un bon départ

LA LIGUE LA LECHE OFFRE À VOTRE FAMILLE UNE EXPERTISE COMPLÈTE ET GRATUITE EN ALLAITEMENT

Contactez une monitrice en téléphonant au 1-866-ALLAITE ou en écrivant à information@allaitement.ca



la référence en allaitement



Ligue La Leche



ligue_la_leche



information@allaitement.ca



1-866-ALLAITE (255-2483)

Texte de **Marie-Pier Landry**

Poèmes-images du collectif **Les Arrimées** (Nicole E. Sclosser et Marie-Pier Landry)

Pour être souveraines
Du territoire de nos chairs
Jusqu'à la frontière de nos ovaires

La possibilité d'enfanter
Comme un boulet qui se tait
Qui se terre

Des choix qui n'en sont pas
Des droits qui n'en sont pas
Et toutes les fois où notre liberté
d'exister et de nous autodéterminer
Est mise sous bâillon
Ça mériterait de constituer un bastion
Un ramassis de femmes et de personnes
éclopées, tuées et ressuscitées
Survivantes
C'est-à-dire *plus* que vivantes

Pour reprendre nos corps et consciences
Pour enfin démanteler les violences

À coups de sororité
D'intersectionnalité
Pas blanchisée
Ni académisée

On n'a pas fini d'être objectifiées
D'être « prises en charge »
Pour faire taire notre rage

Les hystériques, on les veut soumises
Et on les ramène au silence
Avec des diagnostics de dépression
post-partum
L'imposition de péridurales
Et des infusions de charge mentale
Assommantes.
Assommantes.

Assommées, on nous somme
de nous taire
Mais nous ne sommes pas prêtes
de le faire

Fuck le spéculum
Inventé par un homme
Violant à répétition le corps et l'âme
D'une femme
Vendue comme si elle n'était rien
Rien.
Non, y'a pas rien là
Puis y faut pas juste le dire tout bas
Parce que le patriarcat
S'est imprimé jusque dans le drap
Marital
Parce que le patriarcat
S'est imprimé jusque dans le drap
D'hôpital

Checkez-nous ben crisser des ciseaux
Dans la surmédicalisation du social
Plutôt que dans nos périnéales

FINIS
Les expressions abdominales
Les refus de péridurale
Les déchirures vaginales
Imposées par l'environnement médical

FINIS
Les touchers vaginaux en série
Les consentements pris pour acquis
La banalisation de nos cris
L'hétéronormativité à tout prix
Le colonialisme jusque
dans la mise au monde
L'ocytocine de synthèse
comme une bombe
Les solutés, les césariennes et les sondes
À outrance

FINIES
La psychiatrisation
de douleurs physiques
La honte dans les examens gynécologiques
La pathologisation du physiologique



Regardez bien les sorcières
Reprendre leurs droits
Reprendre leur joie
À coups de voix rauques et libres
D'enfantements orgasmiques
De verveine marocaine pour les coliques

Regardez bien les sorcières
Reprendre leurs droits
Reprendre leur joie
De césariennes raréfiées et humanisées
D'allaitement et de biberons choisis et
non subis

Regardez bien les sorcières
Reprendre leurs droits
Reprendre leur joie
À coups de grossesses
interrompues volontairement
Légalement
Sans aiguilles à tricoter ni culpabilité

Regardez bien les sorcières
Reprendre leurs droits
Reprendre leur joie
À coups de politiques
publiques cohérentes
Et de pratiques soignantes basées
sur les données probantes

Regardez bien les sorcières
Reprendre leurs droits
Reprendre leur joie
À coups de pommes croquées
avec avidité
Et de fruits portés lorsque désirés



Regardez bien

Car nous sommes souveraines
Du territoire de nos chairs
Par-delà la frontière de nos ovaires

Entrevue

La santé mentale des parents en temps de pandémie

Une discussion avec D^{re} Lory Zephyr, Ph. D., psychologue

Lory Zephyr est docteure en psychologie et s'est fait connaître grâce à ses livres Maman en construction et Ça va, maman? Spécialisée en santé mentale parentale, et particulièrement en intervention basée sur la théorie de l'attachement, elle est également la cofondatrice du balado Ça va maman?, qui offre aux femmes un endroit sécuritaire pour se confier sur les difficultés de leur quotidien. Le MZine l'a rencontrée en mai 2021.

Sara Frattolillo, mère de 2 (bientôt 3) enfants
et coordonnatrice du MZine

MZine : Comment vont les nouveaux parents du Québec?

Lory Zephyr : Pour les nouveaux parents, [accueillir un enfant] est déjà une étape chargée; on veut être les meilleurs possibles! Je pense que ce qui est difficile pour les nouveaux parents en ce moment, c'est le manque de l'entourage. Même si on a l'impression qu'on a ce qu'il faut pour être parents, c'est difficile de ne pas avoir le regard d'un membre de la famille qui vient te dire que tu fais une bonne *job*, ou l'aide de quelqu'un à qui tu peux laisser ton enfant un petit peu pour te reposer. Les parents auraient aussi le désir que l'enfant crée des liens avec leur famille, soit bercé par les grands-parents, puisse les voir et entendre leur voix. Ce sont des situations très difficiles en ce moment.

Selon toi, quels enjeux de santé mentale la pandémie a le plus fait ressurgir chez les nouveaux parents, particulièrement chez les personnes ayant porté l'enfant?

C'est fort probablement l'anxiété. Il y a de l'anxiété par rapport à la pandémie et l'inquiétude d'attraper le virus, l'anxiété [liée au fait] que mon partenaire ne puisse pas se présenter à l'accouchement, que je n'aurai pas d'aide de l'entourage, etc. Il y a aussi beaucoup de préoccupations par rapport à la suite : quand on sera à la maison, à quel point devra-t-on faire attention avec le bébé, est-ce qu'on se permet de sortir ou non?

Je pense que ces inquiétudes ont causé beaucoup d'isolement, et malheureusement, isolement et anxiété cohabitent souvent. Pour vous donner un exemple : combien de personnes enceintes sont allées seules à leurs rendez-vous de suivi ou à leurs échographies, où elles ont peut-être eu de mauvaises nouvelles? Elles ont dû gérer leur anxiété toutes seules. Il y a parfois eu une absence d'apaisement qui aurait pu être répondu par la présence de l'autre parent.



▲ D^{re} Lory Zephyr | Crédit photo: Bazelais Zephyr

Justement, certaines femmes et personnes enceintes ont perdu la possibilité d'être accompagnées pour leurs suivis, de donner naissance dans le lieu de leur choix, d'avoir la présence d'une doula et même d'accoucher en présence de leur partenaire. Plusieurs nous décrivent ces expériences-là comme des deuils. Quels impacts psychologiques cette perte de pouvoir peut-elle avoir sur le parent? Et sur la relation avec son bébé?

Ça va dépendre de la personnalité de la personne, du contexte conjugal, de plein de choses. Il y a tout un processus d'anticipation avant la naissance; on s'imagine que ça va avoir lieu dans tel contexte, que ça va se dérouler de telle façon. Quand on a l'impression que les choses nous arrivent, qu'on les subit, c'est là que ça peut faire vivre de l'impuissance; je n'ai même pas mon mot à dire, je n'ai pas de sentiment de contrôle, d'*empowerment*. Je peux avoir l'impression que ma vie ne ressemble pas à mes valeurs, à mes choix, et ça peut faire vivre de la déception. Dans le deuil, il y a cette notion de déception.

Pour certaines personnes, la déception peut être si grande que ça peut les amener à entrer dans la maternité sans se sentir tout à fait disponibles pour connecter avec leur bébé; elles sont encore tellement prises par cet accouchement qui ne s'est pas déroulé comme elles l'auraient voulu que, quand elles arrivent dans le quotidien, elles sont encore plongées dans ces moments-là. Ce n'est pas qu'elles n'aiment pas leur bébé. Elles sont encore prises dans l'intégration de leur expérience, et ça peut faire en sorte qu'elles se déconnectent un peu de leur bébé. S'il y a des parents qui lisent ça et qui s'inquiètent, rappelez-vous que les bébés sont patients, plus patients qu'on le pense. Si je suis prise dans ces deuils-là, cette déception-là ou dans les frustrations et la colère, je peux quand même essayer d'être présente pour mon bébé,

de lui donner les soins dont il a besoin. J'essaie le plus possible d'être dans la chaleur, mais je peux me permettre d'y aller à mon rythme. J'intègre cette expérience-là pour me rendre, petit à petit, de plus en plus disponible pour mon bébé. On espère que cette expérience-là va finir par s'équilibrer, s'apaiser, pour rendre la mère de plus en plus disponible à son quotidien avec son enfant.

Le sentiment de solitude est déjà présent pendant les congés parentaux, particulièrement le congé de maternité. Est-ce que la pandémie a exacerbé ce sentiment d'isolement?

Oui! Ce serait étonnant de dire non! Mais il n'y a pas que du négatif, là-dedans. Il y a habituellement de la détresse associée à la solitude et à l'isolement. Et oui, ça fait souffrir; ça peut venir avec de la déprime, de l'anxiété, et une estime de soi plus faible dans son rôle parental. Cela dit, il y a certains couples pour qui, au contraire, la solitude les a amenés à trouver un rythme qui est beaucoup plus doux, où ils arrivent à passer du temps ensemble, à construire leur cocon. C'est le cas particulièrement pour les couples où la famille élargie est habituellement accaparante ou envahissante. Il peut donc y avoir aussi des éléments positifs à ça! Chaque couple a besoin de déterminer ses propres besoins.

En plus de la pandémie, d'autres événements ont été marquants en 2020, notamment le décès de Joyce Echaquan et le meurtre de George Floyd. Comment ces tragédies et les discussions qu'elles ont suscitées autour du racisme ont-elles eu un impact sur la santé mentale des parents du Québec, particulièrement des parents racisés ou autochtones?

J'ai envie de dire que le meurtre de George Floyd a apporté une lumière, pas tant pour les personnes racisées que pour les autres. Pour les personnes racisées, c'est notre vie, on vit avec ça. Ce *wake-up call* n'était pas pour les personnes racisées, mais pour les autres. Quant à l'effet que ça peut avoir sur la santé mentale, c'est sûr que ça peut être confrontant d'avoir ces images-là au quotidien. Pour certaines personnes, ça les ramène à leur vécu, à revivre une situation traumatique. Être exposé-e à ça dans les médias ou les médias sociaux de façon constante, ça peut être intense. Elles peuvent ressentir des tensions corporelles et ça peut affecter leur fonctionnement quotidien. Pour d'autres personnes, ça peut ne pas avoir fragilisé leur santé mentale, parce que ce sont des réflexions qu'elles ont déjà eues, mais qui leur permettent maintenant d'avoir des dialogues différents.

Quels effets bénéfiques la pandémie a-t-elle pu avoir sur la santé mentale des nouveaux parents?

Moi, ce que j'ai vu et que j'ai trouvé très beau, c'est qu'avec les papas et les co-mères à la maison en télétravail, quand la maman est fatiguée, les partenaires pouvaient prendre la relève, mettre le travail sur pause et laisser la mère aller se reposer ou faire une marche. C'était en quelque sorte un congé parental prolongé, tout en assurant une stabilité financière.

Je pense aussi aux notions de l'importance de l'autre. Comme ça nous a été enlevé, plusieurs personnes ont réalisé l'importance d'aller voir plus souvent leurs parents ou leurs amis, par exemple. Je nous souhaite de refaire davantage de place à l'humain. Parfois, avec toutes les responsabilités et les tâches de la parentalité, le rythme de vie est très rapide et les liens entre les humains se perdent un peu. J'espère qu'après le déconfinement et le retour à la vie normale, on va apprendre à apprécier un peu plus ces moments-là ensemble.

Oui, on peut remettre nos priorités à la bonne place en constatant ce qui nous manque le plus.

Oui, vraiment. Cela a amené certaines personnes à se questionner sur leurs valeurs. On a passé plus de temps avec les enfants et on voit les bénéfices de ça. Est-ce qu'on veut revenir dans le trafic, le travail, les exigences du quotidien, ou est-ce qu'on veut revenir un peu plus à notre bulle? La pandémie va peut-être nous amener à faire des choix différents, alors qu'avant, on ne se posait même pas la question de savoir si ça [notre mode de vie] *fitte* avec nous.

Pandémie ou pas, c'est un travail que tout le monde doit faire dans sa vie, se demander : Est-ce que cette vie-là est encore pour moi?

Quel genre d'héritage, de traces, va laisser la pandémie de COVID-19 en termes de santé mentale périnatale?

L'avenir le dira, mais j'ai assisté à une conférence récemment qui montrait que la pandémie semblait avoir fragilisé le rôle du père. À cause de la pandémie et des mesures sanitaires, il semblerait que les pères soient encore moins investis comme parent. Pour une échographie, un rendez-vous de suivi et même un accouchement, c'est la mère, la personne qui porte l'enfant, qui est permise. Les pères et co-mères étaient les parents de second plan; le message était « on n'a pas vraiment besoin que tu sois là, donc viens pas! » Bien sûr, on comprend pourquoi du point de vue sanitaire, mais on peut se demander si ça va avoir amené un certain déséquilibre dans la dynamique familiale, dans le couple, avec un parent qui se sent comme le parent et l'autre, comme le « travailleur ». Quand l'autre parent va vouloir revenir dans son rôle de parent, est-ce qu'il va se sentir compétent ou, au contraire, inconfortable, peut-être même au point de se désengager? Ce sera quelque chose à surveiller au cours des prochaines années. C'est Francine de Montigny qui a partagé des résultats à ce sujet.

On peut aussi se demander : comment les parents vont-ils sortir de la pandémie? La pression mise sur les parents pendant la pandémie était énorme. Les stratégies qui ont été mises en place pendant la pandémie – alors que les parents devaient cumuler plusieurs rôles – étaient adaptatives. Au sortir de la pandémie, il va falloir être capable de lâcher prise sur certaines choses, mais va-t-on être capable de le faire? Ou est-ce que les parents vont avoir l'impression qu'ils doivent encore en faire autant? Est-ce qu'on va réaliser que c'est correct maintenant que les enfants aillent chez leurs grands-parents? Est-ce que les nouveaux parents, tout particulièrement, tellement habitués à assumer tous les rôles, tout le temps, vont ressentir de la culpabilité, de l'inconfort? J'ai hâte de voir comment on va s'ajuster à l'après-pandémie. L'adaptation qu'on a dû faire pendant la pandémie n'était pas normale. Il va falloir retrouver un équilibre qui est beaucoup plus doux et bienveillant pour les parents. Toute la charge qui était sur les parents, plusieurs ne réalisent pas à quel point c'est lourd. En sortant de la pandémie, ça va être important de s'aider et s'entourer.

Justement, dans la prochaine année, de quoi les nouveaux parents auront-ils besoin pour trouver leur équilibre et leur bonheur familial?

Ah, chaque parent doit se poser la question! Mais ce serait assurément de se rappeler qu'on n'est pas seuls. Pendant la pandémie, on devait accepter qu'on était seuls et qu'on devait se débrouiller ainsi. Mais en revenant au quotidien, en retrouvant l'accessibilité aux tantes, aux oncles, aux grands-parents, aux gardien-ne-s, il faudra se rappeler que oui, il faut un village pour prendre soin des bébés, mais il faut aussi un village pour prendre soin des familles! C'est pas parce qu'on s'est habitué à faire tout ce qu'on fait sans ce village qu'il faut oublier que le village existe! Il existe et il est nécessaire.

C'est trop beau, il faut finir comme ça! Avais-tu autre chose à partager?

À toutes les belles initiatives comme vous, qui continuent d'être présentes pour les mamans et les parents : continuez! Ça fait du bien! Aux parents, continuez de réfléchir aux choses qui vous aident, qui vous font du bien et à comment vous pouvez leur faire plus de place pour trouver votre équilibre. Parfois, on se concentre beaucoup sur les enfants, mais c'est aussi important de prendre soin de soi, de trouver des organismes qui peuvent vous aider, des ressources qui peuvent vous outiller. Ça vaut la peine de le faire! ■

LAVAL



Rencontres prénatales de groupe chez MNL en temps de pandémie

Laval : patience et persévérance

Lysane Grégoire, directrice générale de Mieux-Naitre à Laval

En 2008, une mobilisation a pris forme grâce au soutien de la Table de concertation de Laval en condition féminine, afin que les familles de la région aient accès à une maison de naissance et aux services des sages-femmes, de même qu'à des services communautaires spécialisés en périnatalité. Il aura fallu 7 années pour que le centre de ressources périnatales (CRP) de Laval ouvre ses portes en 2015 et 11 ans pour qu'il obtienne un financement récurrent en 2019. À la fin des années 1990, d'autres citoyennes avaient tenté l'ouverture d'un CRP, sans succès, tout comme un autre comité peu après s'est essayé pour une maison de naissance.

Nous ne savons pas encore combien d'années cela prendra pour que la maison de naissance de Laval ouvre finalement ses portes, mais, chose certaine, ce jour arrivera pour ces futurs parents qui sont de plus en plus nombreux à réclamer ces services pourtant offerts dans toutes les autres grandes municipalités au Québec.

Cela dit, les astres semblent bien vouloir s'aligner pour nourrir notre espoir. Le projet de Mieux-Naitre à Laval (MNL), qui s'est dessiné il y a une dizaine d'années, visait à joindre, sous un même toit, une maison de naissance et un CRP. Depuis que l'organisme a pignon sur rue, les familles ont exprimé leurs besoins et elles en veulent encore davantage pour bien accueillir leur bébé. Ainsi, plusieurs volets de services seraient nécessaires et il serait si pratique de les retrouver sous le même toit.

D'une part, les mères qui participent aux activités du CRP apprécient le milieu de vie qui leur est offert pour développer des liens avec d'autres parents et elles aimeraient avoir accès à un comptoir alimentaire santé pour demeurer sur place au-delà des activités auxquelles elles s'inscrivent.

Les futurs parents se questionnent aussi beaucoup sur ce qu'ils doivent acheter pour se préparer à la venue de bébé. Le contexte de surconsommation fait pression sur eux et, dans une perspective écologique et de

consommation avisée, nous souhaitons développer une écoboutique des essentiels à se procurer, incluant un système d'échange de biens (poussettes, meubles...) entre parents et une friperie.

Les femmes et les personnes qui accouchent souhaitent également avoir accès à diverses ressources professionnelles spécialisées en périnatalité (physiothérapie, acupuncture, ostéopathie, chiropractie, massothérapie...). Un jardin commémoratif pour vivre des rituels en mémoire des petites vies qui nous quittent prématurément, un CPE et une halte-garderie communautaire complèteraient bien la vision de ce projet collectif qui a pour nom : Ensemble pour accueillir la vie.

Ce beau projet a continué de prendre forme avec les outils de développement de la génératrice d'innovation sociale du Pôle régional d'économie sociale de Laval en 2019-2020. Puis, la région s'étant dotée d'une Politique régionale de développement social (PRDS), portée par la Ville et le CISSS, le projet sera prochainement sur la table d'une cellule de travail liée à un objectif de cette politique : « Favoriser l'implantation ou la consolidation de services ou de projets collectifs ou concertés qui répondent à des besoins pour lesquels les citoyennes et citoyens en situation de vulnérabilité ne peuvent obtenir de services sur le territoire de Laval. »

Plusieurs partenaires ont accepté de se joindre à cette cellule de travail, dont le CISSS, partenaire incontournable pour la mise en place de la maison de naissance. C'est donc un grand pas dans la bonne direction, car ce sera la première fois depuis 2012 que le CISSS accepte de se joindre à la discussion en vue de l'implantation des services de sage-femme à Laval.

La patience et la persévérance demeurent de mise et MNL s'engage à poursuivre la mobilisation citoyenne autour de ce projet et veillera à ce que cette voix ait l'espace pour s'exprimer, qu'elle soit entendue et écoutée à toutes les étapes du développement du projet.



Témoignage

Ma grossesse et mon accouchement chamboulés par une pandémie

Léna Serre

maman de Soa et Silao, membre de la communauté LGBTQIA+

Présentation

Pour notre premier bébé, porté par ma conjointe Pauline, c'est moi qui ai eu l'idée d'aller visiter la maison de naissance et de rencontrer les sages-femmes. Pauline a été conquise et nous avons vécu une grossesse et un accouchement paisibles, respectueux, en nous sentant accompagnées dans ce grand saut vers la nouveauté et le rôle de parents. Nous nous sommes ensuite impliquées dans le comité de parents de notre maison de naissance, ce qui nous a ouvert les portes des milieux féministes et nous a fait connaître le Groupe MAMAN. Nous sommes de ferventes défenseuses de la pratique sage-femme et de l'accouchement respecté. Comme nous l'avions prévu et puisque nous avons ce luxe en tant que couple de même sexe, c'est moi qui ai porté notre deuxième enfant, trois ans après le premier. C'est lors de cette grossesse et à la suite des directives que nous avons trouvées injustes depuis le début de la pandémie que ma conjointe a voulu s'impliquer davantage et a décidé de devenir membre du Groupe MAMAN.

Mon histoire

J'ai choisi un suivi avec sage-femme pour la dimension humaine des rendez-vous. Je sais, pour avoir eu un premier suivi avec elles (sans avoir été la personne qui accouche), que les sages-femmes prennent leur temps, apprennent à nous connaître. Ce sont des rencontres humaines avant d'être médicales.

Plus que tout, je voulais un accouchement à domicile. Avant même d'être enceinte, j'avais cette conviction profonde que je voulais accoucher dans l'eau, dans le confort de mon chez-moi. Ma grossesse était à l'origine prévue pour se terminer au cœur de l'hiver, alors je m'imaginai donner naissance dans le sous-sol

de ma maison, près du poêle, dans la piscine d'accouchement. Finalement, c'est en juin que bébé devait arriver, alors on a abandonné le feu et décidé que le salon serait le lieu de naissance de notre deuxième bébé.

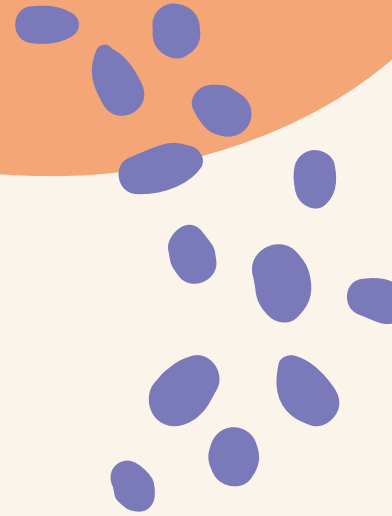
Puis est venue la pandémie... et avec elle, l'arrêt des accouchements à domicile, les rendez-vous par téléphone, à raison d'un sur deux, ainsi que l'impossibilité pour ma conjointe et ma fille de m'accompagner aux rencontres en personne. Elles ont donc perdu leur suivi et ma fille, déjà très préparée et heureuse d'assister à la naissance de bébé, s'est vue écartée du projet. La dimension humaine de mon suivi a pris le bord. Très vite, j'ai demandé à ma conjointe de faire les rendez-vous téléphoniques à ma place. Elle retrouvait ainsi un semblant de suivi. Et j'avalais mieux ces « rencontres » qui me déprimaient grandement, sans vraiment que je puisse mettre des mots sur le pourquoi. Les rendez-vous en présentiel, eux, s'ils se passaient toujours bien, me perturbaient. Au lieu du visage souriant et rassurant de mes sages-femmes, je ne voyais qu'un masque et des lunettes de protection. La maison de naissance si vivante et joyeuse était devenue fantomatique, vide, résonnante d'absence. Anxiogène. C'était alors mes seules sorties en dehors de la maison, mes seules interactions avec d'autres personnes que ma femme et ma fille. Et pourtant, ça ne me mettait pas en joie.

J'ai vécu plusieurs semaines dans une sorte de déni. J'ai stoppé toute préparation et toute lecture, et j'essayais de me rassurer en me disant que peut-être les choses reviendraient à la normale d'ici la naissance. Mais non.

Mon projet de naissance a complètement pris le bord et même si on a proposé plein d'idées pour le rendre possible ou l'adapter, on s'est buté à des « non » sans appel et sans discussion. J'aurais aimé sentir, à ce moment-là, au travers de toute ma détresse de mon enfantement volé – parce que c'est comme cela que je le ressentais –, que mes sages-femmes n'étaient pas vraiment d'ac-



◀ Léna et Pauline, à la maison de naissance, qui présentent leur nouveau-né à sa grande sœur lors d'un appel vidéo
Crédit photo: Chloé Dagnault



cord avec tout ça, mais qu'elles n'y pouvaient rien. Malgré tout, avec toute la résilience dont j'ai été capable et après avoir très longtemps flirté avec l'idée d'un accouchement non assisté sans oser me lancer, j'ai revu mon projet de naissance, validé avec les sages-femmes. Le jour J, j'ai donc effectué une grande partie du travail chez moi, auprès de ma fille et dans la piscine, comme prévu. Mais le travail a avancé très vite et il m'a fallu quitter le confort de mon cocon pour me rendre à la maison de naissance. J'ai la chance, à travers tout ça, d'avoir accouché le jour où les accompagnantes ont été réautorisées. J'ai donc appelé la mienne. C'est la seule qui a dû porter le masque dans la chambre de naissance, avec les sages-femmes, bien sûr.

Les conséquences aujourd'hui

J'ai accouché il y a maintenant bientôt 11 mois. Tout de suite après mon accouchement, toute concentrée que j'étais sur mon allaitement qui ne démarrait pas bien du tout, je vivais bien la façon dont les choses s'étaient déroulées, persuadée d'avoir fait la paix avec tout ça. Aujourd'hui, plus vraiment.

Je ressens une colère sourde vis-à-vis de cette première moitié d'année 2020. J'ai l'impression de m'être fait voler ma grossesse et mon accouchement de rêve. Plus le temps passe, plus je suis persuadée que mon accouchement, qui s'est terminé avec

ventouse, hurlements, peur et transfert pour suture (donc séparation de mon bébé), se serait bien déroulé et mieux terminé si j'avais pu rester chez moi. Quitter ma fille m'a déchiré le cœur. Le trajet vers la maison de naissance m'a sortie de ma bulle. L'inconfort de la baignoire par rapport à la piscine m'a déconcentrée.

Aujourd'hui, je regrette que les mesures en place lors de mon accouchement aient été les mêmes pour tout le monde, alors que j'étais dans une région à l'époque peu touchée et qu'aujourd'hui, même en zone rouge, les accouchements à domicile sont possibles (et j'en suis ravie pour celles qui en bénéficient). Je regrette que ma fille, qui s'avère être une super grande sœur, ait été privée de la naissance de son frère, comme d'un tas d'autres choses cette année, alors que notre choix et son désir étaient qu'elle soit là.

Je me rends compte que j'ai passé ces mois en mode survie et acceptation pour le bien de mon bébé et que maintenant qu'il est là, en pleine santé et avec son sourire dévastateur, tous ces deuils que j'ai dû faire me rentrent dedans avec force, accompagnés de bien des regrets. ■

ÎLES-DE-LA-MADELEINE

État des lieux aux Îles-de-la-Madeleine : le service de sage-femme toujours inaccessible

Jan Kelly, doula, coordonnatrice d'Allaitement Sein-Pathique, membre du conseil d'administration du RNR, et membre du comité Santé des femmes Gaspésie-les-Îles (et du sous-comité dossier sage-femme)

Les femmes et les familles des Îles revendiquent l'accès au service de sage-femme depuis les années 1980! Le groupe d'entraide Allaitement Sein-Pathique a été mis en place en 1993 pour mieux soutenir la période périnatale dans la communauté. Malgré les vagues d'efforts de ce groupe et de plusieurs autres depuis plus de 30 ans, le service n'est toujours pas accessible pour les familles madeliniennes.

Il y a plusieurs obstacles à l'avancée des travaux pour le moment. Déjà, il y a cinq ans, l'étude de faisabilité avait été refusée. De plus, plusieurs

médecins et membres du personnel infirmier sont préoccupés par leur exposition professionnelle aux accouchements lors de l'arrivée des sages-femmes. Certains médecins sont toutefois très favorables à l'arrivée des sages-femmes. Dans ce contexte, le sous-comité dossier sage-femme Gaspésie-les-Îles explore l'idée de mettre de l'avant une approche cohérente avec une collaboration interprofessionnelle. Les prochaines étapes pour notre région sont d'interpeller le CISSS concernant le refus de collaboration et d'inviter les organisatrices communautaires.

La pandémie des doulas

Annick Bourbonnais

présidente de l'Association québécoise des doulas (AQD)

Alice Rivard, coordonnatrice de l'AQD

Lors de la pandémie de COVID-19, les doulas ont vu leur pratique chamboulée. Comment accompagner dans un contexte où on leur refusait l'accès aux lieux de naissance, aux parents, puisqu'ils sont alors considéré-e-s « au même titre que tout autre visiteur-euse de l'hôpital⁵⁶ »? Comment s'adapter à cette nouvelle réalité?

Depuis le début de la pandémie, les doulas se sont vu refuser l'accès à la majorité des lieux de naissance en zones jaune et orange, malgré les directives ministérielles permettant leur présence. Comme leur application fut laissée à la discrétion des établissements, l'équipe médicale en place pouvait refuser l'accès aux doulas. Il s'agissait d'une atteinte aux droits des personnes qui accouchent, qui furent ainsi privées de soutien et brimées dans leur droit d'être accompagnées par la personne de leur choix. Le problème était encore plus grand pour des personnes ayant des besoins spécifiques, par exemple celles qui n'ont pas de partenaires ou les nouveaux-elle-s arrivant-e-s et qui n'avaient pas de réseau pour les soutenir et les accompagner.

À la base de ce refus, on relevait la peur de contamination des équipes de soins. Pourtant, « cette règle, déterminée de façon arbitraire par le gouvernement, d'empêcher la présence des accompagnant-e-s a été maintenue malgré l'évolution de nos connaissances, des mesures de protection efficaces et des tests

de dépistage disponibles rapidement, et même une fois que la vaccination allait bon train⁵⁷ ». Les doulas sont des professionnel-le-s formé-e-s, qui prennent la sécurité de leurs client-e-s, la leur ainsi que celle des équipes médicales très au sérieux. Ne pas les considérer ainsi dénotait une mauvaise connaissance de leur rôle et de leur formation.

Il est essentiel de comprendre que les doulas ne sont pas des adversaires, mais des allié-e-s. Iels travaillent en complémentarité avec l'équipe de soins, en offrant une présence constante et un soutien émotif et psychologique aux personnes qui accouchent. Les doulas assurent un rôle de courroie de transmission d'informations, facilitent le travail avec les techniques qu'ils proposent à leur clientèle, contribuent à réduire le stress et aident à diminuer le nombre d'interventions médicales, comme le prouvent les études⁵⁸. Si les doulas étaient encapsulables, on l'aurait fait il y a longtemps!

Devoir négocier la présence de tel-le-s allié-e-s, alors que l'on connaissait les mesures de protection efficaces, que les doulas sont des professionnel-le-s formé-e-s et non des visiteur-euse-s, qu'il y avait clairement un manque d'effectif et que cette situation causait du stress aux personnes qui voulaient être accompagnées, devenait de plus en plus difficile à justifier. Le gouvernement Legault aurait dû démontrer un leadership clair en cette matière pour contrer le caractère arbitraire de leur admission en centre hospitalier. La place des doulas aurait dû être auprès des familles. Comme toujours, iels font partie de la solution, et non du problème. ■

⁵⁶ Ricochet, [En ligne]. [<https://ricochet.media/fr/3641/ma-doula-jy-ai-droit>]

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Ellen D. Hodnett, Simon Gates, G. Justus Hofmeyr, Carol Sakala, *Continuous support for women during childbirth*, [En ligne], 2017.

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483123/?fbclid=IwAR27m9EpecKCORZyhNi6qD2ayi4IEhj4HWej2bigg9Twx9a7wAau927D74#CD003766-sec1-0001title]

L'AQAN devient l'AQD

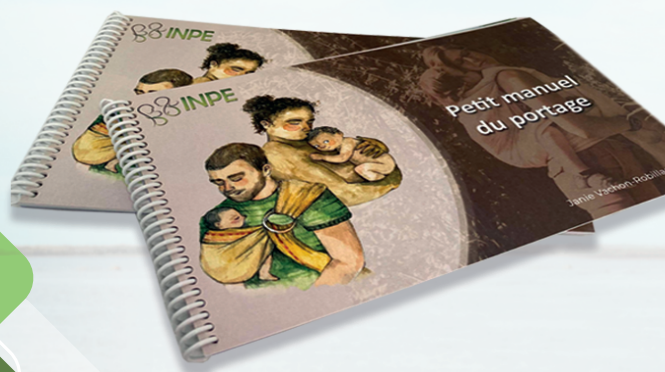
Association Québécoise des Doulas

pour mieux desservir la communauté, valoriser et faire connaître la pratique de l'accompagnement dans tout son spectre (fertilité, naissance, postnatal, interruption de grossesse, deuil périnatal, en fin de vie)

Devenez membre si vous faites partie des métiers de l'accompagnement!

www.aqdoulas.com

Parution du premier manuel pratique pour porter son bébé!



Disponible sur www.accesportage.com/petitmanuel



INPE.CA

Institut National du Portage des Enfants

- Pour trouver une monitrice près de chez vous
- Pour suivre une formation conseillère en peau à peau ou de monitrice en portage



AQCPP

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
de chiropratique pédiatrique et périnatale

Ma grossesse, **mes** enfants

NOTRE santé

NOTRE chiropraticien de famille

info@aqcpp.com | www.aqcpp.com

SUIVEZ-NOUS SUR FACEBOOK!

Notre mission

Promouvoir des soins chiropratiques de haute qualité et sécuritaires, adaptés aux besoins particuliers des nouveaux-nés, des enfants et des femmes enceintes tout en faisant mieux connaître ces types de soins aux membres de la profession, aux autres professionnels de la santé et au public en général.

Conseil santé et soins offerts:



Femmes enceintes



Nouveaux-nés



Enfants



Adolescents

Apprivoiser la fertilité avec la méthode symptothermique

ATELIERS ET FORMATIONS | SUR INSCRIPTION

Santé du cycle
menstruel

Contraception
naturelle

Conception
naturelle

Retour de la fertilité
après une naissance

Périménopause

ATELIERS D'APPRENTISSAGE

ACCOMPAGNEMENT TÉLÉPHONIQUE

NOUVEAU FORMATIONS POUR PROFESSIONNEL.LE.S DE LA SANTÉ

NOUVEAU CAUSERIES EN LIGNE

ACTIVITÉS D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION

RESSOURCES ET BOUTIQUE EN LIGNE

Informer Éduquer Accompagner **Depuis 1955**

Seréna Québec est le seul organisme spécialisé en gestion naturelle de la fertilité au Québec. Reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'organisme est indépendant et travaille en continu avec une équipe de médecins-conseils pour veiller à maintenir et à perfectionner la méthode symptothermique (MST). Seréna Québec offre des services d'information, d'éducation et d'accompagnement selon les 5 champs d'application de la MST suivants : santé du cycle menstruel, contraception naturelle, conception naturelle, retour de la fertilité après une naissance et périménopause.

