

L'importance de la MATERNITÉ

Pourquoi devrions-nous nous préoccuper de la situation des soins de maternité?

Parce qu'ils ne sont pas comme les autres soins de santé. Premièrement, les bébés ne peuvent pas attendre — *on ne peut pas avoir de listes d'attente pour les soins de maternité*. Deuxièmement, *l'expérience d'une femme pendant la grossesse et l'accouchement, qu'elle soit bonne ou mauvaise, peut influencer grandement sur la façon dont elle se sentira par rapport à son bébé, par rapport à elle-même en tant que mère ainsi que par rapport à ses autres relations*. Offrir de bons soins aux femmes enceintes et à celles qui accouchent améliore donc la vie des femmes et des enfants, tant dans l'immédiat qu'à long terme.

L'IMPORTANCE DE LA MATERNITÉ AU CANADA

L'accouchement est un grand événement dans la vie d'une femme qui devient mère ainsi que dans celle de sa famille et de sa communauté. Chaque année, 300 000 femmes mettent un enfant au monde au Canada. La plupart du temps, la grossesse et l'accouchement sont une heureuse expérience, tant pour les femmes que pour les bébés. La grossesse et l'accouchement sont, en fait, tellement banals ou *ordinaires* qu'ils peuvent être invisibles, tant dans la société que dans les programmes politiques et ceux de santé. Parce qu'ils font partie intégrante de la vie, nous avons tout simplement présumé que de bons soins de maternité sont offerts aux femmes et aux familles à toutes les étapes, que ce soit pendant la grossesse et l'accouchement ou pour l'allaitement et les soins à donner au nourrisson.

Les soins de maternité désignent les soins donnés à une femme et à son bébé pendant la grossesse (soins prénataux), l'accouchement et les premières semaines suivant l'accouchement (soins postnataux ou post-partum).

Bien qu'il s'agisse de pratiques courantes, la grossesse et l'accouchement ne sont pas considérés comme des événements physiologiques sains et normaux, mais plutôt comme des troubles *médicaux* pouvant mettre en danger la vie des femmes et des enfants, et nécessitant les soins de médecins spécialistes et beaucoup de technologies. L'accès aux soins médicaux, dans cette perspective, a donc un effet sur le lieu et la manière dont les femmes vivent ces expériences.

Aujourd'hui, au Canada, des réformes touchant la prestation des soins de maternité soulèvent des questions sur leur accessibilité réelle pour les femmes et leur famille. De moins en moins de médecins de famille fournissent des soins de maternité, surtout pendant le travail et l'accouchement. Il est même difficile d'obtenir les soins prénataux courants dans certaines communautés. Il y a également de moins en moins de petits hôpitaux qui offrent des soins de maternité, ce qui oblige de nombreuses femmes à quitter leur famille et à voyager une grande distance pour accoucher.

Les gouvernements, les autorités en matière de santé, les médecins et le personnel infirmier pensent souvent que les changements récents dans les soins de maternité sont un problème de ressources humaines, car il y a moins d'experts pour fournir ces soins. Mais la maternité importe au Canada pour bien d'autres raisons. En effet, les femmes ont de la difficulté à trouver près de chez elles des fournisseurs de soins attentionnés et respectueux, faisant preuve de soutien. Elles ont aussi besoin de fournisseurs de soins qui appliquent les connaissances tirées de la recherche et de l'expérience sur ce qui est bon ou mauvais pour les femmes et leurs bébés.

Vous trouverez dans les pages qui suivent une discussion sur les enjeux et les tendances, ainsi qu'un examen des preuves existant sur les meilleurs moyens possibles de prendre soin des femmes enceintes et qui accouchent.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT AU CANADA

La majorité des Canadiennes vivent une grossesse sans problème et donnent naissance à des bébés en santé. Que ce soit en termes de mortalité maternelle (le nombre de femmes qui meurent par suite d'une grossesse ou d'un accouchement) ou de morbidité maternelle (le nombre de femmes qui ont des complications à la suite de l'accouchement), elles s'en tirent mieux que les femmes des générations précédentes ainsi que les femmes de la plupart des autres pays. Les nouveaux-nés canadiens sont généralement en bonne santé, parce que la plupart des femmes obtiennent des soins prénataux, que notre niveau de vie est élevé et que les accouchements sont faits par des médecins et des sages-femmes compétents et qualifiés. Il est cependant important de souligner que les moyennes canadiennes peuvent masquer des écarts importants dans l'accès aux soins ainsi que dans les autres conditions essentielles à la bonne santé et, par conséquent, à une grossesse sans problème. Par exemple, les femmes et les bébés qui vivent dans certaines régions du Canada, ainsi que de nombreuses femmes autochtones et leurs bébés, risquent davantage de connaître des complications que les autres femmes et bébés canadiens.

Les moyennes canadiennes peuvent masquer des écarts importants dans l'accès aux soins ainsi que dans les autres conditions essentielles à la bonne santé et, par conséquent, à une grossesse sans problème.

QUI A BESOIN DE SOINS DE MATERNITÉ?

La réponse courte est que **nous avons** tous besoin de bons soins de maternité, parce que la santé des mères et des bébés est cruciale pour tout le Canada.

Bien sûr, *toutes* les femmes qui deviennent enceintes ont besoin de soins de maternité. Au Canada, « toutes les femmes » englobent aussi « toutes sortes de femmes » : les femmes dont les familles vivent ici depuis des siècles et les femmes qui sont des nouvelles venues; les adolescentes enceintes tout autant que les femmes dans la quarantaine; les femmes dont c'est la première grossesse tout comme celles dont c'est la sixième. Elles ont de jeunes enfants à la maison ou leurs enfants sont grands, ou elles ont perdu des enfants. Les grossesses sont planifiées ou pas, voulues ou non. De nombreuses femmes ont une compagne ou un compagnon; beaucoup sont seules. Ce ne sont pas toutes les femmes enceintes qui veulent être mères, et certaines ne le deviennent pas parce qu'il se produit des complications pendant la grossesse ou parce que leur bébé sera élevé par une autre personne. Les femmes nécessitent des soins de santé, qu'elles vivent dans de grandes villes, dans l'Extrême-Arctique, dans des communautés côtières isolées, dans de petites villes ou à la campagne. Chaque femme a des besoins particuliers qui varient en fonction de sa langue, de sa culture, de son statut social et d'une infinité d'autres facteurs. Les femmes ont besoin de soins qui respectent leurs croyances et traditions, des soins prodigués par des médecins, des sages-femmes et du personnel infirmier qui les accueillent, elles, leurs compagnons(gnes) et leurs familles.

En général, la grossesse et l'accouchement au Canada sont sûrs, mais nous devons demeurer prudents à la lumière des facteurs suivants :

Nous assistons à une réelle pénurie de fournisseurs de soins de maternité, surtout pour les accouchements. Dans certaines communautés rurales, en raison de la fermeture des maternités et du nombre moins élevé de médecins de famille qui offrent des soins de maternité, il est même parfois difficile d'obtenir des soins prénataux. Dans les petites et les plus grandes villes, ce sont les obstétriciens, à présent, qui fournissent les soins aux femmes qui accouchent. Les obstétriciens et

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT AU CANADA suite

obstétriciennes, en tant que groupe, sont de plus en plus âgés et nombre d'entre eux ne veulent pas ou ne peuvent plus travailler les longues heures que peut durer un accouchement, comme ils le faisaient lorsqu'ils étaient plus jeunes. En raison du manque de personnel, le personnel infirmier qui travaille dans les maternités des hôpitaux se retrouve à prendre soin de plus en plus de femmes qui accouchent en même temps. Les services des sages-femmes ne sont pas subventionnés dans toutes les provinces ni largement accessibles dans les provinces où ils sont réglementés.

Le fait que l'accouchement soit en général considéré comme un événement pouvant en tout temps devenir une urgence médicale à gérer plutôt que comme un événement normal et sain de la vie a accru la dépendance envers la technologie et les interventions. Bien utilisées, les interventions

médicales et chirurgicales comme les césariennes et le déclenchement artificiel du travail (au moyen de médicaments ou de la rupture de la poche des eaux) peuvent sauver des vies. Mais elles ne sont pas sans risque, tant pour les femmes que pour les bébés. En fait, certaines interventions causent de plus amples complications.

Enfin, dans certaines provinces et régions, la réforme des soins de santé a fait augmenter les coûts des soins de maternité. Les soins médicaux et infirmiers sont toujours gratuits, mais d'autres éléments importants des soins prénataux et postnataux, comme les cours de préparation à l'accouchement, les services de sages-femmes, les conseils en allaitement et autres services de soutien ne sont offerts qu'à celles qui peuvent se les payer, selon l'endroit où elles vivent au Canada.

LES FOURNISSEURS DE SOINS DE MATERNITÉ AU CANADA

De nombreux et divers professionnels fournissent certains ou tous les soins de maternité. Il peut être un peu difficile de s'y retrouver.

Les **moniteurs(trices) en périnatalité** et les **conseillers(ères) en allaitement** fournissent essentiellement de l'information et de l'aide spécialisées, avant et après l'accouchement, respectivement. Les moniteurs(trices) peuvent être à l'emploi d'hôpitaux ou de services publics, ou travailler dans des organismes communautaires. Les conseillers(ères) ou consultants(es) en allaitement peuvent avoir un emploi dans le système médical, mais on ne les trouve en général que dans les villes, de sorte que les femmes peuvent ne pas savoir où obtenir de l'aide en dehors des grands centres.

Les **doulas** sont formées pour offrir soutien et confort aux femmes pendant l'accouchement et les semaines qui suivent. Elles peuvent appliquer des techniques non médicales de soulagement de la douleur. Le coût de leurs services n'est pas remboursé par le régime d'assurance-maladie. Les femmes se tournent vers les doulas lorsqu'elles ne peuvent trouver une sage-femme, ne savent pas qui les accompagnera pendant l'accouchement ou souhaitent avoir le soutien d'une accompagnatrice expérimentée.

Les **médecins de famille** peuvent fournir des soins de maternité. Certains et certaines offrent des soins pendant la grossesse, puis à la famille après la naissance, mais tous ne fournissent pas de soins pendant le travail et l'accouchement. En fait, moins de médecins de famille fournissent des soins pendant l'accouchement qu'il y a dix ans, par exemple. Les médecins de famille sont formés pour faire des chirurgies, comme une césarienne, mais ils ou elles peuvent ne pas être en mesure de maintenir leurs compétences, ou l'hôpital local peut ne plus fournir de soins de maternité aux femmes. ►

Wow! Il y a tellement de choix à faire quand on attend un bébé.

Et bien tu n'as pas à réfléchir longtemps sur le choix d'une sage-femme parce qu'il n'y en a pas ici.



Les **sages-femmes** fournissent des soins de maternité aux femmes pendant toute l'année de la grossesse. Elles sont des fournisseuses de soins primaires, c'est-à-dire que les femmes les consultent directement, sans recommandation. Les sages-femmes prennent soin des femmes et de leurs bébés dès le début de la grossesse, et elles leur font passer des tests et reçoivent les résultats, au besoin. Elles offrent leurs services à la maison ou dans des maisons de naissance, et peuvent faire admettre leurs patientes à l'hôpital pour accoucher. Elles sont formées pour faire face à toutes sortes de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Les sages-femmes continuent de prendre soin des femmes et de leurs enfants jusqu'à six semaines environ après la naissance, les aidant pour l'allaitement, les premiers jours des soins au nourrisson et le suivi du rétablissement post-partum. Elles fournissent des soins dans les régions rurales et les communautés éloignées, mais leurs services ne sont pas encore réglementés ni offerts dans toutes les provinces.

Les **infirmiers(ères)** représentent le groupe le plus important de fournisseurs de soins de maternité. Les infirmiers(ères) en obstétrique et en accouchement prennent souvent soin des femmes pendant l'accouchement, mais n'ont pas le droit de les accoucher. Les infirmiers(ères) de santé publique peuvent donner de la formation prénatale et faire des visites postnatales pour vérifier l'état de santé des femmes et des bébés après l'accouchement.

Les **obstétriciens(nes)** sont des médecins ayant suivi une formation supplémentaire intensive en soins de santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, y compris une formation en chirurgie. La majorité des femmes au Canada accouchent en présence d'un(e) obstétricien(ne), car de moins en moins de médecins de famille font des accouchements et les services des sages-femmes ne sont pas accessibles partout.

CE QUE NOUS SAVONS SUR LES SOINS DE MATERNITÉ DE BONNE QUALITÉ GRÂCE À LA RECHERCHE PROBANTE

Nous sommes nombreux et nombreuses à croire que plus il y a de la technologie, mieux c'est, que les soins donnés par un(e) obstétricien(ne) sont toujours meilleurs que ceux fournis par un médecin de famille ou une sage-femme, que les soins en milieu urbain sont toujours meilleurs qu'en milieu rural, et que les grands hôpitaux sont toujours mieux que les petits. Cependant, malgré ce que nous pouvons croire, et malgré les images que nous présente la télévision, la grossesse et l'accouchement n'ont pas à être des urgences que l'on gère. Voici ce que nous savons déjà sur ce que sont les bons soins de maternité.

Les bons soins prénataux devraient être offerts à proximité de la maison.

Des visites prénatales régulières, au bureau ou à la maison, permettent à la femme et au fournisseur de soins d'établir une relation; le fournisseur peut en apprendre davantage sur la situation personnelle de la femme et souvent parer aux problèmes potentiels. De nombreux médecins et sages-femmes s'occupent des femmes au début de leur grossesse, surveillent la santé de la mère et du fœtus au fil des mois et des semaines, et donnent des conseils entre autres sur la nutrition et sur les changements à prévoir. De bons soins prénataux devraient permettre de discuter du travail et de l'accouchement, de répondre aux questions et aux préoccupations de la femme, ainsi que lui permettre d'exprimer ses espoirs et ses peurs. Ils permettent aussi au fournisseur de soins de prendre connaissance des situations ou des défis sur les plans physique, émotionnel et social qui peuvent se présenter au fur et à mesure que la femme se prépare pour l'accouchement. La plupart de ces soins peuvent être fournis par une variété de fournisseurs de soins qualifiés et compétents, comme les infirmiers(ères) praticiens(nes), qui sont en contact régulier avec les sages-femmes ou les médecins. Les femmes déclarent qu'elles préfèrent, idéalement, n'être suivies que par une seule personne pendant toute la durée des soins, soit la même personne qui prend soin d'elle pendant le travail et l'accouchement. Le fournisseur de soins que la femme voit devrait la connaître ainsi que connaître la communauté dans laquelle elle vit. Ceci comporte de chercher à comprendre ou être prêt à entendre les attentes culturelles concernant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que des aspects pratiques comme savoir si la femme a le téléphone à la maison, si elle utilise le transport en commun et si elle est en sécurité chez elle.

Les tests prénataux doivent être utilisés avec prudence.

Afin de déceler les complications pouvant survenir au cours de la grossesse, les soins de maternité comprennent des tests standards pour mesurer le taux de glycémie des femmes enceintes ainsi que la composition de l'urine et du sang. D'autres tests, utilisés pour dépister diverses maladies, du diabète aux maladies génétiques, deviennent également pratique courante, même si leur sûreté pour la femme et son bébé n'est pas encore confirmée. Même la sûreté des échographies, utilisées couramment, n'est pas prouvée. Il y a des années, les femmes étaient soumises à des rayons X afin d'évaluer la taille du bébé et de prédire la

Les femmes déclarent qu'elles préfèrent, idéalement, n'être suivies que par une seule personne pendant toute la durée des soins, soit la même personne qui prend soin d'elle pendant le travail et l'accouchement.

difficulté du travail et de l'accouchement. À présent, les rayons X de routine ne sont plus considérés sûrs et la pratique a été abandonnée. De même, les évaluations et tests prénataux qui sont considérés normaux aujourd'hui pourront, dans l'avenir, se révéler dangereux. Les femmes et la société en général ont été amenées à croire que l'échographie faisait partie de tout examen médical prénatal de routine. Pourtant, de nombreux articles et preuves démontrent qu'il n'est pas indiqué de faire passer des échographies de routine aux femmes dont la grossesse se déroule normalement.

Certains tests prénataux peuvent être tout à fait légitimes. On doit cependant renseigner pleinement une femme sur les conséquences d'un test, sur les raisons sous-tendant son application et sur ce qu'un résultat positif ou négatif signifiera pour elle et son bébé. Souvent, si sa grossesse ou la croissance de son bébé est jugée compliquée ou compromise, une femme peut devoir prendre une décision pour laquelle elle n'était pas préparée. Un test aura été effectué au cours d'un soin prénatal régulier et soudainement, elle devra réagir à un résultat qu'elle n'a pas demandé.

Les femmes ont besoin d'un environnement respectueux et d'interventions appropriées pendant le travail et l'accouchement.

Les soins de soutien en périnatalité commencent avant le début du travail en renseignant la femme sur ce qui l'attend sur le plan physique ainsi que sur les interventions de la sage-femme ou du médecin. Comment cela se passera-t-il à l'hôpital ou à la maison de naissance? Quelle est la pratique courante et dans quelle mesure sera-t-il possible de respecter les souhaits de la femme? Qui peut l'accompagner? Un(e) conjoint(e)? Sa mère? Des tantes? Ses autres enfants? Un(e) compagnon(e) d'accouchement? ►

Je ne comprends pas pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec mes recommandations. Qui donc accouche ce bébé?



CE QUE NOUS SAVONS suite

Un environnement respectueux et favorable à l'accouchement ne se résume pas à un aménagement, des lits et des coussins.. De plus en plus d'unités d'accouchement dans les hôpitaux sont réaménagées pour répondre aux demandes des femmes de pouvoir prendre une douche ou un bain pendant le travail, et d'avoir une chambre privée où loger la famille après l'accouchement. Mais il est plus qu'évident que ces changements ne suffisent pas s'ils ne sont pas accompagnés d'un changement fondamental dans l'attitude voulant que l'accouchement soit une situation de gestion de crise. Pour commencer, il faut avoir confiance dans le

Des travaux de recherche ont montré que les femmes qui donnent naissance dans une atmosphère calme, patiente et respectueuse de leur capacité à mettre au monde leurs bébés, s'en tirent généralement mieux.

processus physiologique du travail et de l'accouchement. Des travaux de recherche ont montré que les femmes qui donnent naissance dans une atmosphère calme, patiente et respectueuse de leur capacité à mettre au monde leurs bébés, s'en tirent généralement mieux. Leurs bébés et elles nécessitent moins d'interventions, et les nourrissons sont moins susceptibles de perdre du poids ou de montrer d'autres symptômes de traumatisme dans les jours qui suivent l'accouchement.

accouchements ont comporté une intervention médicale ou chirurgicale quelconque. Cette constatation contrevient aux normes établies par l'Organisation mondiale de la Santé et Santé Canada, et les contredit.

Une étude menée en 2006 sur les pratiques d'accouchement au Canada a révélé que seulement 25 % des accouchements dans ce pays sont faits sans intervention. Autrement dit, 75 % des

Il existe de nombreuses preuves à l'effet que lorsque les femmes ne participent pas activement aux décisions sur le déroulement souhaité et prévu du travail et de l'accouchement, — et n'ont pas suffisamment de temps pour examiner l'information qui leur est donnée —, elles vivent un traumatisme émotionnel pendant les semaines et les mois qui suivent l'accouchement. Ce traumatisme n'est souvent pas reconnu, car tous sont censés être heureux que tout ce soit bien passé. Cependant, les femmes disent qu'elles ne cessent de revivre en pensée l'expérience quand elles n'ont pas eu leur mot à dire dans les décisions relatives à leur accouchement. ►

UNE SÉRIE D'INTERVENTIONS

Sans aucun doute, les interventions pour aider à accoucher, — qu'il s'agisse du déclenchement ou de l'accélération du travail, du recours à l'anesthésie épidurale, au forceps, à la ventouse obstétricale ou à la césarienne — et ont réduit la douleur des femmes et sauvé des vies. Il est prouvé, cependant, que leur utilisation courante pendant le travail et l'accouchement comporte des risques pour les femmes et les bébés, et occasionnent souvent le recours à d'autres interventions sans de meilleurs résultats globaux pour les femmes et les bébés.

De nombreux fournisseurs de soins et hôpitaux, par exemple, déclenchent le travail chez les femmes enceintes de plus de 41 semaines. Lorsque le travail est déclenché, il s'accompagne très rapidement de contractions très fortes et douloureuses. Pour réduire l'inconfort et la douleur de la femme, on lui fera une anesthésie épidurale ou on lui administrera un autre analgésique. Tant le déclenchement que l'anesthésiant confinent la femme au lit, réduisant sa capacité à bouger pendant que le travail continue. Entre-temps, en raison de ces

Les femmes ont toujours bien apprécié l'aide qu'on leur offre pour soulager les trop fortes sensations et douleurs associées au travail. Mais les fournisseurs de soins n'ont pas à privilégier les moyens médicaux. Tout médicament donné à la mère se transmet au bébé, et plus longtemps le médicament est administré, plus il a d'effet sur le bébé. Les recherches menées au cours des 30 dernières années ou plus ont montré que les femmes qui obtiennent le soutien personnalisé, attentif et compétent d'une seule et même personne pendant le travail (et qui sont libres de bouger comme elles le veulent) ont beaucoup moins besoin de médicaments antidouleur. Certaines études ont démontré que le fait *de ne pas* offrir ou suggérer de médicaments, mais plutôt de proposer aux femmes de changer de position, de bouger, de se faire masser ou autre réduisait leur douleur et augmentait leur sentiment d'être capable d'y faire face. C'est-à-dire que les femmes, emboîtant le pas à leurs fournisseurs de soins, avaient davantage confiance en leur capacité de faire le travail si leurs fournisseurs de soins ne recouraient pas immédiatement aux médicaments antidouleur. Offrir des soins respectueux et attentionnés ne consiste pas à guetter le désastre imminent, mais à surveiller tout changement pouvant nécessiter une attention, tout en aidant les femmes à vivre le travail et l'accouchement. Les interventions chirurgicales ne devraient être proposées qu'au besoin, non systématiquement. ►

RAMENER L'ACCOUCHEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS¹

En réaction au besoin de ramener l'accouchement dans les communautés autochtones, quatre maisons de naissance ont été ouvertes dans différentes régions du Canada.

Le Centre de santé Inuulitsivik à Purvinituq, au Québec, a ouvert ses portes au début des années 1980. Une sage-femme autorisée inscrite au tableau d'un ordre professionnel ou un(e) médecin et une sage-femme de la communauté aident les femmes à accoucher. Ainsi, celles-ci n'ont pas à se rendre à Moose Factory ou à Montréal. Les femmes reçoivent également des soins prénataux et postnataux.

Rankin Inlet, au Nunavut, a une maison des naissances pour le centre de l'Arctique depuis 1993. Lorsque des sages-femmes sont disponibles, les femmes peuvent accoucher à la maison de naissance. Il y a cependant un roulement chronique du personnel. La communauté aimerait idéalement que le personnel compte des fournisseurs de soins primaires inuits en tout temps.

Le programme de formation Ikewirokwas de la nation mohawk forme des sages-femmes au Québec, en Ontario et aux États-Unis.

Le centre Tsi Non:we Ionakeratstha Ona:grahsta se trouve dans la réserve des Six nations de la rivière Grand. Des sages-femmes autochtones employées à temps plein fournissent des soins prénataux et postnataux aux femmes qui en font la demande et font des accouchements. Elles offrent aussi de la formation aux nouvelles sages-femmes autochtones.

¹ Organisation nationale de la santé autochtone. 2004. *Midwifery and Aboriginal Midwifery in Canada*. Ottawa : ONSA.

médicaments, on surveillera électroniquement la réaction du bébé. Les infirmières en obstétrique, étant peu nombreuses, viennent quand elles le peuvent vérifier le déroulement du travail. Il est courant que le rythme cardiaque du bébé montre des signes de détresse en raison des médicaments utilisés et qu'il devienne alors urgent de l'expulser. À cause des analgésiques et du fait que la femme sent moins bien les contractions, il est plus difficile pour elle de pousser. On recourra alors à un forceps ou à une ventouse après avoir fait une incision aux parois vaginales (épisiotomie). Il n'est pas inhabituel que le

déclenchement du travail entraîne une césarienne, car la chirurgie est plus simple pour le médecin que l'expulsion du bébé.

Les preuves existantes ne justifient tout simplement pas que l'on recoure régulièrement à ces interventions. Il est possible d'évaluer la bonne santé d'une femme qui poursuit sa grossesse après 40 ou 41 semaines ainsi que celle de son bébé. Il existe de bonnes raisons médicales de continuer de surveiller tant la mère que son bébé, mais une grossesse plus longue ne signifie pas qu'il soit nécessaire de déclencher le travail.

CE QUE NOUS SAVONS suite

Les femmes doivent donner naissance plus près de chez elles.

Tout comme les femmes devraient pouvoir bénéficier de soins prénataux réguliers à proximité, il est évident qu'il est aussi important qu'elles puissent accoucher près de chez elles.

Au cours des 20 à 30 dernières années, les femmes vivant dans le nord du Canada ont été transportées par avion dans des hôpitaux plus au sud pour donner naissance. Les femmes inuites et autres femmes autochtones qui assistaient les femmes du Nord ont été réduites au silence, empêchées de pratiquer ou menacées d'arrestation. Le Canada recrutait auparavant des infirmiers(ères) sages-femmes dans les postes de soins infirmiers pour leurs compétences en obstétrique et autres soins médicaux, mais a cessé de le faire vers le milieu et la fin des années 1970. Au fur et à mesure que la perception de l'accouchement pouvant tourner au désastre à tout moment s'est répandue, de plus en plus de femmes devaient quitter leur maison, leur famille et souvent leurs jeunes enfants pour aller attendre d'accoucher dans une ville lointaine. Les femmes du Nord, les Inuites, les femmes des Premières nations et autres femmes autochtones décrivent comment cette pratique a enlevé à leur communauté la possibilité de célébrer la naissance, et a coupé les mères et leurs nouveaux-nés des pères et du reste de la famille. D'importantes connaissances et compétences traditionnelles sont aussi en train de disparaître avec le vieillissement des premières sages-femmes.

Moins de médecins fournissent des soins d'accouchement en raison, en partie, d'un changement dans les directives médicales qui déterminent combien d'accouchements un médecin peut faire chaque année et dans quelles circonstances. Les médecins dans certaines petites communautés peuvent ne pas fournir suffisamment de soins de maternité pour satisfaire à ces directives. D'autres réformes de réduction des coûts dans les services de santé signifient que moins d'hôpitaux régionaux peuvent ou pourront fournir des soins de maternité. ►



Les sages-femmes peuvent soigner les femmes qui accouchent à l'extérieur des hôpitaux, soit à la maison ou dans des maisons de naissance. Elles suivent des normes et des directives qui protègent les femmes, tout en permettant une plus grande souplesse quant au lieu où elles peuvent accoucher.

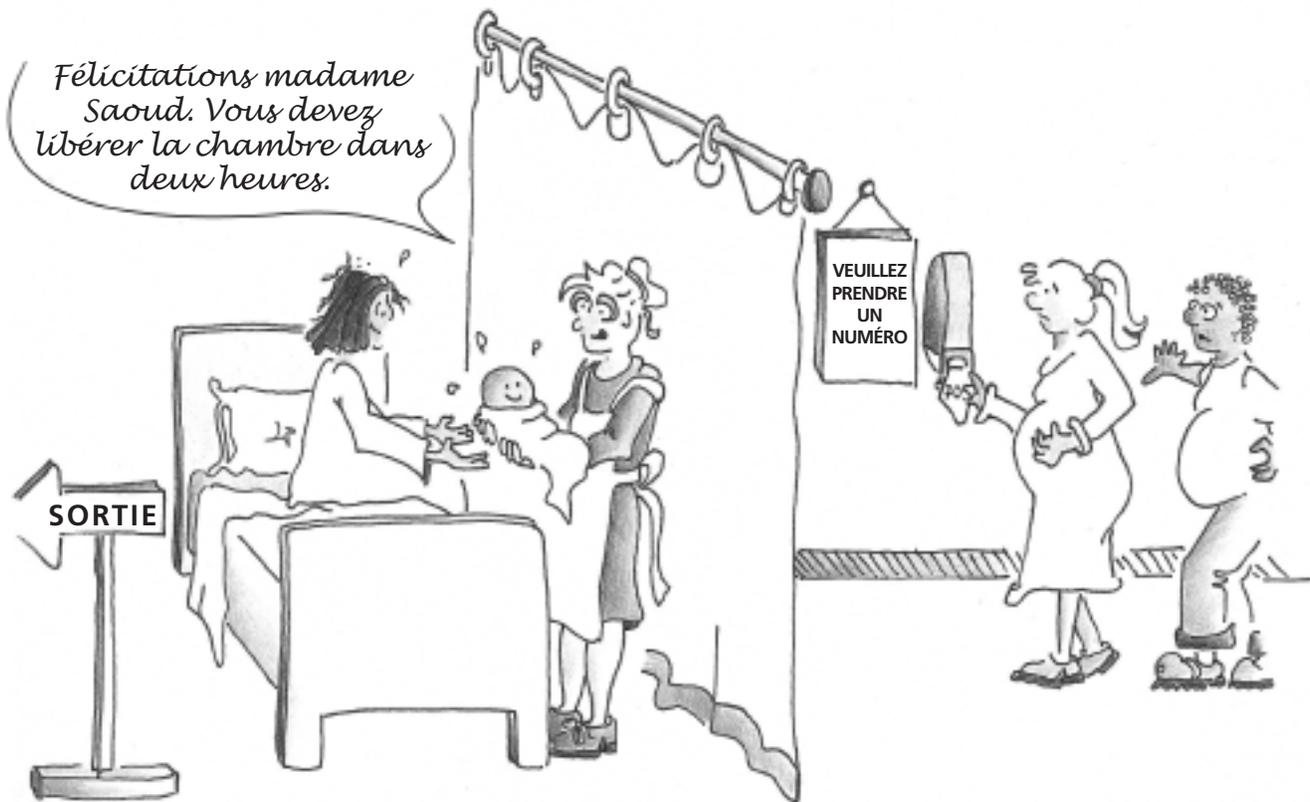
Pourtant, les recherches récentes montrent que l'obligation pour les femmes de se déplacer pour accoucher augmente les risques auxquels elles sont exposées et diminue leur santé ainsi que celle de leurs bébés.

Les sages-femmes peuvent soigner les femmes qui accouchent à l'extérieur des hôpitaux, soit à la maison ou dans des maisons de naissance. Elles suivent des normes et des directives qui protègent les femmes, tout en permettant une plus grande souplesse quant au lieu où elles peuvent accoucher. Si des complications se présentent, les sages-femmes ont des protocoles pour obtenir de l'assistance médicale et pour transporter les femmes et leurs bébés à l'hôpital, si nécessaire. Sauf en Alberta, les médecins de toutes les provinces n'ont actuellement pas le droit de faire des accouchements à l'extérieur des hôpitaux, ce qui limite le choix du lieu où une femme peut accoucher si aucune sage-femme n'est disponible. La majorité des provinces et des territoires ont cependant tardé à financer les soins et la formation des sages-femmes de manière à les rendre plus largement accessibles aux femmes et à leur famille. En date de rédaction du présent document, les services de sages-femmes sont offerts en C.-B., en Alberta (mais il ne y sont pas financés par l'État), au Manitoba, en Ontario et au Québec, ainsi qu'au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les femmes ont besoin d'obtenir une information adéquate sur les personnes pouvant les soigner.

Les femmes et les fournisseurs de soins de maternité savent qu'idéalement, une femme devrait connaître la personne qui l'accouchera. La profession de sage-femme est devenue réglementée au Canada en partie parce que les femmes étaient insatisfaites de recevoir des soins fragmentés. La majorité des Canadiennes reçoivent leurs soins de maternité de toute une série de « soignants ». De nombreuses femmes ont énormément de difficulté à savoir qui prendra soin d'elles. Les cours prénataux et les séances d'information sur les plans de naissance ne les prépareront probablement pas à ce qui se passera en réalité.

Par exemple, une femme voit son ou sa médecin de famille ainsi que le personnel infirmier et le personnel du bureau du médecin au cours des premières semaines de la grossesse. Si elle a suffisamment de chance (ou si elle en a les moyens, car le coût de leurs services est rarement remboursé par le régime d'assurance-maladie), elle rencontrera également un(e) moniteur(trice) en périnatalité ou en soins prénataux). Si elle sait déjà que son ou sa médecin ne l'accouchera pas, elle peut rencontrer l'obstétricien(ne) qui le fera, ainsi que le personnel de son bureau, une fois au milieu de la grossesse. De nombreux médecins forment des étudiants dans le cadre de leur travail. Une femme peut devoir raconter son histoire en matière de reproduction et de santé à tous ces gens. Si elle accouche à l'hôpital, elle doit informer d'autres personnes, commis et personnel à l'admission, de ses antécédents médicaux. Dans la salle d'accouchement, elle rencontrera des infirmiers(ères) en obstétrique. Si son travail est long, le quart de travail peut même changer une ou deux fois. Un(e) obstétricien(ne) vient pour l'accoucher mais, comme ce n'est pas toujours le même médecin qui est de garde, il ou elle peut ne pas être la même personne qu'elle a rencontrée pendant sa grossesse. Elle rencontrera de nouvelles infirmières après la naissance du bébé et, finalement, lorsqu'elle recevra son congé de l'hôpital, une infirmière de la santé publique pourra venir la visiter à la maison. C'est ce qu'on appelle des soins fragmentés! ►



CE QUE NOUS SAVONS suite

En revanche, la pratique et le modèle de soins d'une sage-femme lui permettent de passer beaucoup de temps avec chaque femme à chaque visite prénatale. La femme enceinte rencontre une deuxième sage-femme et, dans la plupart des cas, l'une des deux accompagnera la femme pendant le travail et l'accouchera, parfois avec l'assistance des infirmiers(ères) en obstétrique. Pendant les six premières semaines suivant l'accouchement, la sage-femme visite la mère et l'enfant à la maison régulièrement. Mais comme encore peu de sages-femmes exercent au Canada, cet idéal n'est pas toujours possible. Une sage-femme doit pouvoir prendre des congés à l'occasion et peu d'autres sages-femmes peuvent prendre la relève.

Les sages-femmes, les médecins et les infirmiers(ères) se demandent si la *continuité des soins* est synonyme de *continuité du personnel soignant*. Est-ce suffisant qu'une femme soit soignée par des sages-femmes, des médecins et peut-être des infirmiers(ères) qui partagent une philosophie et des attitudes semblables concernant l'accouchement (la continuité des soins)? Ou est-il possible de maintenir un engagement pour s'assurer qu'une femme puisse compter sur la même personne pour l'accompagner à toutes les étapes de l'année de sa grossesse (la continuité du personnel soignant)?

Il est prouvé que les femmes peuvent tirer profit des deux types de continuité. Lorsque la grossesse, le travail et l'accouchement sont traités avec respect et confiance, et lorsque les femmes obtiennent de bons soins attentifs, la plupart vivent leur grossesse sans aucun problème. Dans cette situation, les femmes et leurs bébés s'en tirent beaucoup mieux.

Les femmes ont besoin de bons soins postnataux.

Après l'accouchement, les femmes et les nourrissons ont besoin d'être bien suivis. Les soins postnataux sont souvent perçus comme un à-côté, comme si le fait qu'un bébé soit né en bonne santé signifiait que la mère et lui n'avaient pas besoin de plus de suivi. Mais il n'est pas facile d'obtenir de bons conseils et du soutien pour l'allaitement ni de s'occuper d'un bébé. Comme pour les autres aspects des soins de maternité qui ont été abordés dans le présent texte, il est prouvé que les femmes et les bébés ont besoin de soutien et d'attention au cours des premières semaines suivant l'accouchement.

La tendance voulant que les femmes obtiennent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures suivant l'accouchement s'explique en partie par le fait que les femmes ne voulaient pas être traitées comme si elles étaient malades. Cependant, cette pratique n'est pas bénéfique pour toutes. La sortie précoce de l'hôpital est appropriée pour celles qui ont du soutien et diminue la perception selon laquelle l'accouchement est une maladie nécessitant une longue hospitalisation. Lorsque les femmes sentent que l'accouchement s'est passé comme elles le souhaitaient et qu'elles sont bien entourées à la maison, leurs bébés et elles s'en tirent bien, de façon semblable aux femmes qui donnent naissance à la maison ou dans une maison de naissance. Cependant, le taux de réadmission au Canada des femmes et des bébés est élevé. Que les femmes vivent loin de tout soin et d'un hôpital ou au contraire très près ne change rien. S'il n'y a pas de fournisseurs de soins de soutien localement, les soins postnataux peuvent être inadéquats.

Certaines difficultés surgissent très tôt. L'initiative Hôpitaux amis des bébés, adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé et par plus de 14 000 hôpitaux dans le monde, comporte un plan en dix points et des critères précis pour les hôpitaux amis des bébés. Seulement cinq hôpitaux et maisons de naissance au Canada ont reçu le statut d'amis des bébés. Les étapes recommandées pour le suivi des mères et des bébés ne sont donc pas nécessairement toujours suivies dans les établissements au Canada. Les femmes déclarent qu'elles ne se sentent pas prêtes; qu'elles n'obtiennent pas le temps ni l'attention dont elles ont besoin pour commencer à bien allaiter. Lorsqu'elles demandent de l'aide, elles se rendent compte que les consultants(es) ou conseillers(ères) en allaitement ne sont disponibles que pendant les heures d'ouverture régulières, alors que les bébés ont besoin d'être nourris toutes les 2 ou 3 heures du jour et de la nuit! Entre-temps, de nombreux obstétriciens(nes), infirmiers(ères) en obstétrique et de santé publique n'ont pas la formation appropriée pour fournir du soutien à l'allaitement. Les nouvelles mères vivent une pression supplémentaire, parce qu'elles ont l'impression qu'elles devraient arriver à allaiter facilement et que si elles n'y arrivent pas tout de suite, elles ne sont pas de bonnes mères. Ce sont plutôt les soins de maternité qui font défaut, pas les femmes!

Non... ma mère ne peut pas aider. ELLE VIT EN INDE.



TOUT CELA, NOUS LE SAVONS DÉJÀ

Nous avons une bonne idée de ce qui est nécessaire. Comment se fait-il alors que ces mesures ne soient toujours pas en place?

Les réformes de la santé et les compressions ont coïncidé avec un certain nombre d'autres facteurs, comme les directives plus strictes concernant le nombre d'accouchements pouvant être faits par les médecins au cours d'une année et la rapidité avec laquelle des soins chirurgicaux doivent être fournis. De moins en moins d'étudiants en médecine assistent à des accouchements sans complication et moins d'entre eux choisissent de se spécialiser en obstétrique et en soins de maternité. Il faut dire que les médias font bien davantage leur travail avec des histoires d'accouchement alarmantes : le bébé qui a été sauvé, l'accouchement extraordinaire et les interventions médicales qui sauvent des vies — qu'avec des accouchements normaux, bien assistés et sans complication, qui méritent tout autant d'être célébrés.

Ce ne sont pas toutes les réformes de la santé qui ont donné lieu à des compressions dans les services. L'État a commencé à réglementer et à subventionner la profession de sage-femme dans les années 1990 afin d'améliorer l'accès aux soins, surtout pour les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées. Les administrateurs, les médecins et le personnel infirmier acceptent de façon plus généralisée les maisons de naissance, et il est connu au Canada que les sages-femmes fournissent leurs services dans les hôpitaux et pas seulement à domicile. (Ce qui signifie que les femmes n'ont pas à choisir entre accoucher à l'hôpital ou avec une sage-femme). Mais il est également vrai que la législation, les règlements et le financement visant la profession de sage-femme ont été mis en œuvre inégalement dans le pays, de sorte que certaines femmes ont accès à des sages-femmes, d'autres pas. Comme il a été mentionné précédemment, d'autres réformes de la santé ont entraîné la fermeture de maternités dans de petits hôpitaux et le paiement par les femmes pour des articles de base, comme les couches, pendant leur séjour à l'hôpital. Ces petits changements en apparence signifient que les femmes doivent payer davantage pour avoir accès à certains soins de maternité.

De plus, certaines réformes de la santé sont encore en cours, ce qui signifie que nous ne savons pas encore si elles seront bénéfiques aux femmes et aux bébés. Les praticiens et les décideurs discutent de la mise en place de soins en collaboration qui impliqueraient le partage et l'intégration des responsabilités en matière de soins de maternité. Les discussions portent encore sur le concept, et il n'est pas clair ce en quoi consistent les soins en collaboration et à qui ils seront les plus profitables — le fournisseur, la femme, ou les deux. Est-ce que cela signifie que les soins de maternité sont encore plus divisés, ce que les femmes ont déclaré à plusieurs reprises ne pas vouloir? Il sera important de revenir aux preuves connues des besoins et souhaits des femmes avant de mettre en œuvre de nouvelles politiques.

Les administrateurs, les médecins et le personnel infirmier acceptent de façon plus généralisée les maisons de naissance, et il est connu au Canada que les sages-femmes fournissent leurs services dans les hôpitaux et pas seulement à domicile.

ALORS, QUE FAUT-IL FAIRE?

À la base de bons soins de maternité résident la compréhension que la grossesse et l'accouchement sont des événements sains et ordinaires, et la conviction que la plupart du temps, la mère et son bébé vont continuer de grandir ensemble, comme ils l'ont fait depuis des millénaires. Nous avons les preuves et nous savons comment nous assurer que la grossesse, l'accouchement et l'après sont sains et sûrs, tant pour les femmes que pour les bébés. Nous savons que lorsque les besoins de base sont satisfaits, avec un logement stable et sûr, une bonne alimentation, une pratique stérile et des soins attentifs personnels continus, la plupart des femmes vivent bien leur grossesse. Lorsqu'elles peuvent accoucher près de chez elles ou dans leur propre maison, lorsqu'il est permis à l'accouchement de se dérouler sans interférence et que les femmes se sentent en sécurité, en confiance et bien soignées par des fournisseurs qu'elles connaissent, lorsque les bébés et les mères obtiennent du suivi pendant les premières semaines, que les mères sont soutenues dans les changements physiques et émotionnels et l'allaitement, et que le développement de leur bébé est surveillé, alors les mères et les bébés sont en parfaite santé.

L'excellence des soins de maternité ne devrait pas dépendre du fournisseur, du lieu ou d'une procédure, mais reposer plutôt sur une philosophie et un modèle de soins axés sur la femme et sur la famille. De nombreux fournisseurs pourraient, en fait, offrir aux femmes des soins axés sur la femme et sur la famille s'il y avait un changement dans la définition, le financement et la prestation des services de soins de maternité. Les soins de maternité devraient reposer sur la reconnaissance du fait que l'accouchement est un processus sain et normal, comme nous en avons les preuves. Ils devraient être durables, offerts à proximité de la maison, financés par l'État et fournis par une seule et même personne. Les soins de maternité doivent être disponibles, au besoin, pendant la grossesse, l'accouchement ou les premières semaines critiques suivant la naissance.

Pour que ces facteurs soient mis en place, il faut qu'il y ait une volonté et un intérêt politiques de considérer les soins de maternité comme un élément vital des soins primaires. Nous avons besoin que les responsables des politiques investissent dans la formation des sages-femmes. La formation en soins infirmiers et médicaux doit comporter de nombreuses occasions de participer à des accouchements. Selon les approches actuelles en matière de soins de maternité, les budgets et les efficiences ont généralement la priorité sur les besoins des femmes et des familles. Nous devons revoir notre conception des soins de maternité et notre approche à leur égard si nous voulons offrir les meilleurs soins et soutien possibles aux femmes et aux familles, de l'étape de la grossesse aux soins à donner au nourrisson.

RESSOURCES SUR LES SOINS DE MATERNITÉ

Publications : Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF)

On peut consulter d'autres ressources des CESF à www.cewh-cesf.ca

- « **Les soins de maternité en milieu rural : Un service en voie de disparition** » dans *Le Réseau* du RCSF, vol. 8, n° 3/4, printemps 2006.
Examine le peu de services de soins de maternité offerts en milieu rural et analyse leurs effets sociaux et psychologiques sur les femmes.
Texte en ligne : www.cwhn.ca/network-reseau/8-34f/8-34pg11.html
- **Midwifery Care: Women's Experiences, Hopes and Reflections**, par Meaghan Moon et Lorna Breitzkreuz, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 1999.
Consigne l'expérience vécue par des femmes ayant reçu les services d'une sage-femme afin de savoir si les soins étaient satisfaisants et de vérifier si ces soins correspondaient à la perspective qu'ont les sages-femmes des soins que les femmes souhaitent recevoir. Texte en ligne : www.pwhce.ca
- **Solving the Maternity Care Crisis: Making Way for Midwifery's Contribution**, par Jude Kornelsen, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2003.
Montre comment les sages-femmes sont bien placées pour répondre aux demandes en matière de soins de maternité et émet des recommandations pour améliorer leur contribution à l'intention des décideurs. Texte en ligne : www.bcccewh.bc.ca
- **Want to Know More About Midwives?** Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2006.
Une brochure qui décrit la signification de la profession de sage-femme et sa contribution au renouvellement des soins de santé primaires. Texte en ligne : www.acewh.dal.ca

Autres publications

- **Baby's Best Chance: Parent's Handbook of Pregnancy and Baby Care**, 6^e édition, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005.
Un manuel canadien qui offre de l'information de pointe sur la grossesse, l'accouchement et les soins au nourrisson dans les premiers six mois de vie. Facile à lire et recommandé par un large éventail de professionnel(le)s de la santé. En vente sur le site www.publications.gov.bc.ca
- « **Childbirth practices, medical intervention and women's autonomy: Safer childbirth or bigger profits?** », par Maureen Baker, dans *Women's Health and Urban Life*, vol. 4, n° 2, 2005.
Examine les facteurs qui influencent les pratiques en matière d'accouchement et d'allaitement comme les nouvelles technologies, l'évolution du marché du travail, les profits des hôpitaux et des entreprises, et les politiques de choix. Texte en ligne : www.utsocsci.utoronto.ca/~socsoc/sever/journal/contents4.2.html
- **Guide pour la revendication d'une maison de naissance**, par Marie-France Beauregard pour le Regroupement Naissance-Renaissance avec le comité femmes-sages-femmes, Regroupement Naissance-Renaissance, 2006.
Guide pratique pour mobiliser la communauté afin d'avoir accès à une maison de naissance offrant les services de sages-femmes. Texte en ligne : www.naissance-renaissance.qc.ca

- **Les Dix conditions et les normes de pratique pour les hôpitaux Amis des bébés^{MC}. Lignes directrices pour l'Initiative des amis des bébés^{MC} (IAB) de l'OMS/UNICEF au Canada.** Comité canadien pour l'allaitement, 2004. L'initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} est une initiative mondiale mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé et UNICEF qui a pour but de favoriser la santé des bébés en promouvant et en soutenant la pratique de l'allaitement. Un hôpital ami des bébés^{MC} veille à ce qu'une mère puisse prendre une décision de façon vraiment éclairée pour ensuite l'appuyer dans sa décision de façon inclusive. Texte en ligne : www.breastfeedingcanada.ca/html/bfi.html
- **Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences**, par E. R. Declercq, C. Sakala, M. P. Corry et S. Applebaum, Childbirth Connection, 2006. Perspectives et expériences des mères concernant la planification d'une grossesse, le travail et l'accouchement, la vie à la maison avec un nouveau-né, la santé physique et émotionnelle après l'accouchement, et des opinions concernant les choix, le contrôle, les connaissances et les décisions en matière d'accouchement. Texte en ligne : www.childbirthconnection.org/
- **Midwifery and Aboriginal Midwifery in Canada**, Organisation nationale de la santé autochtone, 2004. Discute de la profession de sage-femme dans les communautés autochtones et non autochtones, et présente les nouveaux modèles de soins communautaires offerts par les sages-femmes autochtones. Texte en ligne : www.naho.ca
- **Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales**, 4^e édition, Santé Canada, 2000. Vise à aider les hôpitaux et autres organismes de services de santé à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer les programmes et services de soins à la mère et au nouveau-né. Texte en ligne : www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1_f.html
- **The Birth Book**, par William Sears, M.D. et Martha Sears, R.N., Little Brown, 1994. Ce guide se penche sur l'expérience de l'accouchement et traite d'une gamme de possibilités dans l'intention d'aider les lectrices à prendre en main leurs propres accouchements.

Organisations

- | | |
|---|--|
| • <i>L'Association canadienne des sages-femmes</i> | www.canadianmidwives.org/ |
| • <i>Canadian Doula Association</i> | www.canadiandoulas.com |
| • <i>Childbirth Connection</i> | www.childbirthconnection.org |
| • <i>DONA International</i> | www.dona.org |
| • <i>Irrisuksiiniq – Réseau des sages-femmes inuites</i> | www.naho.ca/inuit/midwifery/whats_new-f.php |
| • <i>Ressources-Naissances</i> | www.ressources-naissances.com/ |
| • <i>La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada</i> | www.sogc.org/index_f.asp |

QUI NOUS SOMMES ET CE QUE NOUS FAISONS

Le groupe **Les femmes et la réforme de la santé** est composé de Pat Armstrong (présidente), Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Margaret Haworth-Brockman, Beth Jackson, Ann Pederson et Morgan Seeley. Nous nous sommes réunies en 1998 pour jeter les fondements d'un groupe de collaboration rassemblant les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes, et le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada. Cette initiative a été financée par le biais du Programme de contribution pour la santé des femmes de Santé Canada. Nous avons donc pour mandat de coordonner la recherche portant sur la réforme en santé et de voir à ce qu'elle soit traduite en politiques et en pratiques. Vous trouverez de plus amples renseignements concernant notre travail sur notre site Web, au www.cewh-cesf.ca/reformesante.

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes du Programme de contribution pour la santé des femmes ont été mis sur pied en 1996 par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada. Les Centres sont des organismes multidisciplinaires dont le fonctionnement repose sur des partenariats entre chercheur(euse)s, organismes communautaires et décisionnaires. Leur principal objectif est de contribuer de l'information permettant la mise en place de politiques éclairées et d'enrichir les connaissances portant sur les rapports sociaux entre les sexes et les déterminants de la santé. Vous trouverez de l'information concernant les organismes membres du PCSF et des liens pertinents à l'adresse www.cewh-cesf.ca.

pour commander :

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse www.cewh-cesf.ca/reformesante ou l'obtenir gratuitement auprès du :

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3

Tél. (sans frais) : 1 888 818-9172

ATS sans frais : 1 866 694-6367

cwhn@cwhn.ca

www.rcsf.ca

Des frais de poste pourraient être exigés. Ce document peut être reproduit à condition de mentionner le nom des auteurs et d'en faire la distribution gratuitement.

Also available in English.

rédigé et publié par :

Les femmes et la réforme de la santé avec l'appui financier du :

Programme de contribution pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada. Nous remercions Lissa Donner, qui a fait les premières ébauches de cette brochure.

Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas forcément conformes à celles de Santé Canada.

Illustrations : **Daniel Godfrey et Tanya Holland**

Mise en page : **Folio Design**

Production : **Réseau canadien pour la santé des femmes**

Impression effectuée par des travailleur(euse)s syndiqué(e)s, sur du papier 50 % recyclé, dont 25 % de fibres postconsumation, par la **Winnipeg Sun Commercial Print Division.**

© 2007 Les femmes et la réforme de la santé

ISBN 978-0-9783104-0-0



Chaque femme vit sa grossesse et l'accouchement de façon unique. Les femmes n'ont pas toutes le même vécu ni les mêmes besoins. Les femmes et les familles ont des philosophies différentes de la naissance d'après leurs connaissances, leurs expériences, leur culture, leurs contextes social et familial, et leur système de croyances. [...] Pour prodiguer des soins adéquats aux mères et aux familles, il faut s'adapter à leurs besoins plutôt que de s'attendre à ce que les femmes et les familles s'adaptent aux besoins des organismes ou des intervenants.

**Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale :
lignes directrices nationales. Santé Canada. 2000.**