

LE PINARD

Bulletin de l'association
canadienne des sages-femmes

LES SAGES- FEMMES

À TRAVERS LE *Canada!*

VOLUME 7 • NUMÉRO 3 • DÉCEMBRE 2017



Message de la présidente et des
co-présidentes

p 2

Ashley Kaye (Fredericton, N.-B.)

p 3

Érica Goupil (Trois-Rivières, QC)

p 5

Sarah Martineau (Toronto, ON)

p 6

Dorothy Green (Tyendinaga, ON)

p 7

Megan Wilton (Winnipeg, MB)

p 8

Tanya Momtazian (Nelson, C.-B.)

p 11



CAM ACSF

Canadian Association of Midwives
Association canadienne des sages-femmes

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE ET DES CO-PRÉSIDENTES

Ce bulletin met en vedette les récits de six membres de l'Association canadienne des sages-femmes. Nous espérons que vous prendrez plaisir à y apprendre comment le parcours de chacune d'entre-elle l'a menée à la pratique sage-femme, et comment chacune a réussi à s'appropriier pleinement cette pratique. Le meilleur atout de l'ACSF, ce sont ses membres; c'est pourquoi il est important de continuer à célébrer les moments quotidiens de la profession. Non seulement les sages-femmes sont la raison d'être de l'ACSF, elles sont aussi le moteur qui motive et fait grandir l'association.

Comme le bulletin s'adresse à toutes les personnes membres, nous aimerions du même coup vous faire part des raisons de l'augmentation du montant de la cotisation prévue pour 2018. Depuis 2008, l'ACSF fournit une aide au fonctionnement général du National Aboriginal Council of Midwives (NACM), notamment en offrant de l'espace de bureau, une employée à temps partiel, du financement pour le rassemblement annuel et une aide au transport lors d'assemblées à caractère politique et de colloques. Certaines années, le NACM reçoit du financement pour ses projets, mais ces subventions sont souvent minimes et consacrées exclusivement à des activités spécifiques. Le travail accompli par le NACM avec le peu de moyens dont il dispose, ainsi que l'engagement dévoué de ses membres, demeurent absolument remarquables. L'ACSF et le NACM reconnaissent que d'autres facettes du domaine de la pratique sage-femme au Canada méritent de s'accroître et de s'améliorer grâce à l'allocation de ressources plus importantes; cette année, toutefois, nous accorderons la priorité à cette facette en particulier.

NACM et l'ACSF poursuivent leur collaboration dans divers secteurs d'activité. Le respect mutuel de l'autonomie de chaque organisme et de ses processus de prise de décision, de même qu'un soutien réciproque sur les plans administratif et financier, constituent les fondements de notre action commune. Lors de

notre assemblée générale annuelle de 2017, l'ACSF et le NACM ont cosigné un protocole d'entente qui énumère dans le détail les principes de notre partenariat et les modalités de notre soutien mutuel. Nous vous suggérons d'en parcourir le contenu en ligne ([lien vers le document](#)).

L'ACSF et le NACM considèrent que leur travail ensemble marque une étape importante du processus de réconciliation dont notre pays a besoin pour que soient enfin traitées les problématiques actuelles résultant de siècles de colonialisme, de violence et de traitements iniques envers les peuples autochtones. Plaçant cet engagement au centre de ses priorités, le conseil d'administration de l'ACSF a pris la décision d'augmenter le montant de la cotisation de 30 \$ par membre à temps plein de l'ACSF, et de verser l'entièreté de ce montant au NACM. L'ACSF elle-même ne percevra aucun montant supplémentaire. En supplant le budget de fonctionnement général du NACM de 30 \$ de plus que ce qui était déjà fourni par chaque membre de l'ACSF, c'est un total **ADDITIONNEL** d'approximativement 40 000 \$ que recevra le NACM pour subvenir à ses besoins opérationnels. Le conseil d'administration croit qu'il s'agit d'un petit pas vers la réconciliation avec cette organisation sœur, et souhaite que ces aides contribuent à en accroître les capacités.

Nous tenons à remercier chaque personne membre pour son travail à titre de sage-femme et pour l'expression de sa solidarité avec le National Aboriginal Council of Midwives.

Katrina Kilroy, Présidente de l'ACSF
Melissa Brown, Co-présidente du NACM
Carol Couchie, Co-présidente du NACM



Suivez-nous sur :
[facebook.com/CanadianMidwives](https://www.facebook.com/CanadianMidwives)



Suivez-nous au [@Canadamidwives](https://twitter.com/Canadamidwives)



www.linkedin.com/company/canadian-association-of-midwives



plus.google.com/u/1/101476818998626764055



<https://www.youtube.com/user/CAMACSF>



Crédit photo: Melissa Langlais, Érica Goupil, Sarah Martineau, Dorothy Green, Tanya Momtazian, CAM, RSFQ

Ashley Kaye

LA PRATIQUE **SAGE-FEMME** ARRIVE ENFIN AU NOUVEAU-BRUNSWICK!

«J'étais encore aux études, en 2009, quand on a commencé à entendre parler de la réglementation de la pratique sage-femme au Nouveau-Brunswick. Donc, l'attente a été longue», raconte Ashley Kaye, SF (Université Laurentienne, 2013) depuis son bureau temporaire du Centre de santé communautaire du centre-ville de Fredericton. Avec la réglementation récente sur la pratique sage-femme au Nouveau-Brunswick, Ashley est une des seules sages-femmes autorisées à pratiquer dans cette province, et elle œuvre actuellement pour l'implantation de services sages-femmes à Fredericton, dans l'espoir d'étendre ensuite ces services à toute la province.



Originaire de Petitcodiac, au Nouveau-Brunswick, Ashley a quitté les Maritimes à l'âge de vingt-trois ans pour étudier le métier de sage-femme à Sudbury, en Ontario. En 2013, étant donné la rareté des postes de sage-femme offerts dans les provinces de l'Atlantique, elle a décroché une suppléance à Halifax, en Nouvelle-Écosse, qui s'est transformée en emploi à temps plein. Tout en rodant ses compétences cliniques, Ashley est devenue membre de l'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick (ASFNB) pour graduellement se vouer à la défense et à la réglementation de la pratique sage-femme dans sa province d'origine.

En 2008, la Loi sur les sages-femmes du Nouveau-Brunswick a entraîné la mise en place de dispositions législatives permettant en principe aux sages-femmes d'amorcer une pratique dans ce domaine. Malheureusement, le gouvernement n'est pas allé jusqu'à financer les services sages-femmes à travers son programme provincial d'assurance-maladie. Techniquement, les sages-femmes étaient autorisées à offrir leurs services, mais ceux-ci n'étaient régis par aucun organisme de réglementation, et rien n'assurait le paiement pour de tels services, à moins qu'elles choisissent de pratiquer en privé. Le cas échéant, les clientes devaient payer de leur poche et souscrire à leurs propres frais à une assurance (dispendieuse).

La pratique sage-femme était au point mort au Nouveau-Brunswick jusqu'au retour au pouvoir du gouvernement libéral, en 2014. En octobre de cette année, l'ASFNB a rencontré Victor Boudreau, nouvellement élu ministre de la Santé du Nouveau-

Brunswick, dont le parti venait d'inclure à sa plateforme la pratique sage-femme réglementée, afin de proposer l'instauration d'un projet pilote avant la fin de 2015. Ashley explique que l'ASFNB a fait valoir combien la pratique sage-femme pouvait réduire le stress au sein du système de soins obstétricaux tout en améliorant la gamme de choix et de services offerts aux personnes enceintes. «Je crois qu'ils ont saisi le bien-fondé de notre proposition puisqu'ils sont effectivement allés de l'avant avec le remboursement des services sages-femmes par l'assurance-maladie. De plus, ils ont rétabli le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick, qui est notre organisme de réglementation.»

EN 2008,
la Loi sur les
sages-femmes du
Nouveau-Brunswick
a entraîné la mise en
place de dispositions
législatives
permettant en principe
aux sages-femmes
D'AMORCER
UNE PRATIQUE
dans ce domaine.

L'implantation de services sages-femmes à Fredericton: un défi emballant

En décembre 2016, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick annonçait que la province ouvrirait une clinique sage-femme prototype à Fredericton, où quatre sages-femmes œuvreraient sous la gouverne du Réseau de santé Horizon. La pratique sage-femme a été officiellement instaurée dans le système de santé du Nouveau-Brunswick en mai 2017, avec l'embauche d'une première sage-femme,

Melissa Langlais, originaire du Nouveau-Brunswick. Ashley l'a rejointe à Fredericton à la mi-juin. Une troisième sage-femme se joindra à elles sous peu, et l'embauche d'une quatrième sage-femme est en pourparlers.



Les sages-femmes de l'ASFNB, Melissa Langlais et Ashley Kaye, rencontrent le ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, Victor Boudreau, accompagnées de la présidente de l'ACSF de l'époque, Joanna Nemrava.

Depuis, Ashley et Melissa ont beaucoup travaillé de pair avec le service hospitalier de la région de Fredericton en vue de faire adopter des politiques favorisant le travail efficace des sages-femmes. Pour Ashley, le souci premier était d'informer les professionnels de la santé de Fredericton quant au champ de pratique des sages-femmes, «ce à quoi ils peuvent s'attendre d'elles, comment nous pouvons travailler de pair avec elles et se compléter.»

Ashley explique que la portée du métier de sage-femme au Nouveau-Brunswick s'apparente étroitement à celle du médecin de famille pendant la grossesse et au moment de la naissance. Une sage-femme est habilitée à prescrire des médicaments en lien avec la grossesse. Elle peut demander des analyses sanguines et des ultrasons, mais strictement dans le cadre de la grossesse. La sage-femme peut procéder à l'admission des clientes enceintes et ordonner leur congé de l'hôpital, soit pendant le travail, soit après l'accouchement, et prendre soin de la mère et du nouveau-né au cours des six premières semaines postnatales. «C'est donc dire qu'essentiellement, nous jouons le même rôle qu'un médecin de famille dans le cadre de la grossesse.»

À la mi-octobre, les deux sages-femmes étaient enthousiastes à l'idée de recevoir enfin leurs premières clientes. À partir d'une liste d'attente de vingt-cinq à trente clientes, Ashley et Melissa ont fait le choix conscient de n'admettre que les clientes dont l'accouchement était prévu en décembre et au-delà, le temps de se familiariser avec la logistique des soins prénataux dans leur nouvel environnement. De cette façon, elles disposeront également du temps suffisant pour établir des liens de confiance avec chaque nouvelle cliente.

Et qu'en est-il du reste du Nouveau-Brunswick ?

Officiellement, la clinique sage-femme de Fredericton sert de prototype à l'ensemble de la province. Le gouvernement néo-brunswickois attend donc de constater l'ampleur de la demande à Fredericton avant de mettre en branle l'implantation de services sages-femmes ailleurs dans la province. Les systèmes et les politiques actuellement préconisées à Fredericton pourraient être mises de l'avant partout dans la province, bien que l'ASFNB reconnaisse qu'une pression constante devra être exercée sur le gouvernement pour assurer qu'un tel accès devienne également réalité d'un bout à l'autre du Nouveau-Brunswick.



Les sages-femmes de Fredericton, Melissa Langlais et Ashley Kaye.



Érica Goupil

SAGE-FEMME, professeure, CHERCHEURE

«Il y a plusieurs façons de faire avancer la pratique sage-femme au Québec et au Canada.»

Érica Goupil, SF (UQTR, 2011) fait partie d'une génération montante de jeunes sages-femmes québécoises qui militent pour solidifier les assises de leur profession au Québec. Ce qui est particulier chez Érica, c'est qu'elle cherche le moyen de le faire à la fois comme clinicienne, chercheuse et professeure. En plus d'être sage-femme à la Maison de naissance la Rivière, à Nicolet, Érica est inscrite à un programme de doctorat au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), et, depuis cet automne, elle est aussi professeure suppléante au baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR.



QUÉBEC

Native de Saint Lazare de Bellechasse, Érica est issue d'une famille de cinq enfants. C'est sa mère, infirmière en fin de vie, qui lui transmet sa croyance en la capacité de l'être humain de guérir et de s'adapter aux différents passages de la vie. Lors des lectures préparatoires à sa demande d'admission au baccalauréat en pratique sage-femme (BPSF) de l'UQTR, Érica est choquée du fait que les services sage-femme sont inaccessibles pour beaucoup de familles québécoises en raison du nombre limité de sages-femmes sur l'ensemble du territoire. En 2007, Érica s'inscrit au programme fortement contingenté du BPSF de l'UQTR, motivée par la conscience du besoin de défendre les droits des femmes et des familles dans l'expérience de la parentalité.

Tout en poursuivant des études en classe et des stages cliniques dans des centres de naissance, Érica travaille en parallèle à la publication du *Mes Sages*, journal de l'époque du Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ), collabore à la réalisation de trousseaux d'apprentissage pédagogiques avec l'UQTR. Elle travaille aussi en tant qu'assistante de recherche au CEIDEF. En quatrième année, craignant ne pas trouver un emploi à sa sortie de l'UQTR, elle se joint aux sages-femmes étudiantes de sa cohorte pour manifester contre le nombre restreint de lieux de pratiques au Québec.

Maison de naissance et «burn-out»

Érica vient à peine de compléter son diplôme lorsqu'elle rejoint l'équipe de la Maison de Naissance de la Rivière à Nicolet. S'ensuivra une période enrichissante, mais difficile. «J'avais l'impression que je n'en savais pas assez», avoue-elle. Érica arrive aussi à un moment où il y a beaucoup de travail et peu de sages-femmes. «Ça été un été vraiment rock'n'roll point de vue intensité de travail.»

Érica est vite confrontée à des situations cliniques difficiles. Lors de son premier accouchement comme sage-femme, elle aura à poser une ventouse pour un cœur de bébé qui décélère et refuse de remonter. «Bienvenu dans la pratique!» Puis à l'automne, elle contribue à l'ouverture d'un point de service à Victoriaville et remplace la sage-femme en poste, ce qui impliquera un niveau de solitude important, de nombreux déplacements et une

charge de gestion importante. «Je devais travailler 28 heures par semaine, mais j'en faisais beaucoup plus». Érica apprend à ses dépens les effets d'une surcharge de travail. En 2012, des problèmes de santé lui imposent un congé forcé de huit mois.

Doctorat interdisciplinaire en études familiales

Érica considère que la recherche est essentielle au développement de la profession de sage-femme au Québec et au Canada. En 2015, elle profite d'un congé de maternité pour s'inscrire au programme de doctorat en psychologie, concentration études familiales du CEIDEF, à l'UQTR. Ce nouveau programme offert à l'UQTR permettra à Érica d'accéder directement au doctorat avec son baccalauréat en pratique sage-femme, sans passer par la maîtrise. Son doctorat reposera sur l'étude du rôle de la sage-femme dans le développement de la parentalité. «Je pense que la conscience citoyenne naît là et se développe avec la famille qui grandit.» C'est alors qu'elle fait un choix conscient de concentrer ses énergies sur le développement des outils nécessaires au développement de la profession. «Ma fibre militante est là en ce moment!»

L'enseignement, une passion

Un jeu de circonstances – le départ d'une professeure – fait en sorte qu'Érica accepte un poste de professeure suppléante au baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR. Depuis l'automne 2017, Érica donne des cours aux étudiantes de quatrième année ainsi qu'aux sages-femmes en processus d'immigration inscrites au certificat personnalisé en pratique sage-femme. «J'adore mon expérience avec elles et sincèrement, je pense qu'elles me le rendent bien.» Érica explique que l'enseignement lui apporte une satisfaction comparable à son travail de sage-femme. D'ailleurs, elle voit des parallèles entre son rôle d'accompagnatrice auprès des deux groupes. Son souhait serait maintenant de pouvoir maintenir un lien étroit avec la clinique afin que son enseignement reflète l'évolution de la pratique ainsi que celle des enjeux d'organisation de travail et des politiques. «Je rêve vraiment d'être une prof clinicienne qui fait de la recherche, puis je pense que c'est possible, mais dans un contexte adapté, pas dans la structure actuelle.»



Sarah Martineau

D'ambulancière PARAMÉDICALE à sage-femme

Sarah Martineau, SF (Université Ryerson, 2017) a choisi initialement le métier d'ambulancière paramédicale plutôt que celui de sage-femme en raison de la durée de la formation, qui était de deux ans seulement. «À l'époque, quand j'étais jeune et pleine d'énergie, je pensais que la vie d'ambulancière serait vraiment plus palpitante, alors je m'y suis lancée.» Aujourd'hui, à quarante et un ans, après une décennie à travailler dans le paramédical au centre-ville de Toronto, elle se retrouve nouvelle recrue au Midwives Collective of Toronto; après trois mois en poste, elle trouve le travail emballant: «J'ai quitté un domaine où je côtoyais des personnes au pire moment de leur vie, pour me consacrer plutôt à un domaine où j'accompagne des personnes dans des moments où une grande force les habite.»

En 2012, Sarah a été admise au programme de formation sage-femme de l'Université Ryerson, où elle a opté pour l'option d'étude à mi-temps: un programme quinquennal qui attire des étudiants plus âgés. En parallèle, elle a continué à travailler comme ambulancière paramédicale à temps partiel. Ses études l'ont confrontée à des situations où les nouveau-nés étaient retirés à leurs mères, et à des grossesses problématiques; elle a vite compris que les sages-femmes devaient parfois prodiguer des soins dans des conditions loin d'être idéales. «Ça ouvre les yeux de beaucoup d'étudiants de constater que les sages-femmes ne sont pas seulement témoins d'histoires qui se terminent bien.»

La communauté 2SLGBTQI

Issue d'une famille d'origine autochtone – «ma mère est de Trinidad et mon père vient d'une Première Nation du nord de l'Ontario appelée Moose Factory» – et fière de son appartenance à la communauté 2SLGBTQI, Sarah apporte à sa nouvelle profession une sensibilité vive pour les personnes et groupes de personnes marginalisées.

Au cours de sa deuxième année d'études à Ryerson, Sarah a fait connaissance d'autres sages-femmes également membres de la communauté 2SLGBTQI lors d'un événement «Queer Beer» organisé dans le cadre du congrès annuel de l'ACSF, à Saskatoon, où elle a pu discuter de préoccupations communes – notamment la diversité de genre et le métier de sage-femme exercé par des personnes allosexuelles.

«Pour moi, il s'agissait de tisser des liens et d'essayer de trouver ma place en tant que professionnelle de la santé issue d'un contexte différent de celui dont proviennent mes clientes, et de trouver comment naviguer dans ces eaux-là. La pratique sage-femme peut parfois être désordonnée parce que la relation de sage-femme à cliente s'avère assez intime, alors j'essayais d'apprendre à l'époque combien de ma vie personnelle je pouvais divulguer aux gens.»

Ces rencontres informelles ont conduit Sarah à s'impliquer au sein du Comité national consultatif sur les politiques d'équité, de diversité et d'inclusion de l'ACSF, qui a récemment travaillé de pair avec l'ACSF afin de s'assurer que le congrès 2017 de l'ICM, tenu à Toronto, soit un cadre sûr pour les sages-femmes allosexuelles ou altersexuelles de tous les horizons.

Mère de deux enfants, Sarah croit que les services sages-femmes offerts aux parents allosexuels ont évolué en Ontario depuis qu'elle en elle-même été cliente. «Plusieurs changements ont eu lieu depuis les dix dernières années, dont la déclaration de l'ACSF sur l'inclusion.» Elle ajoute que l'Association of Ontario Midwives (AOM) s'est elle aussi efforcée de garantir l'accessibilité des services sages-femmes à tous les types de familles, et de donner davantage de visibilité aux familles allosexuelles. Elle suggère que l'offre de conseils sur la fertilité et de services en fertilité rehausserait admirablement le niveau d'aide des sages-femmes canadiennes envers les couples allosexuels.

Nouvelle recrue

«Je considère encore chaque naissance comme une occasion d'apprentissage», affirme Sarah au sujet de ses premiers mois de pratique en clinique. Depuis son embauche au Midwives Collective of Toronto, en septembre, Sarah a dû s'ajuster à un degré de responsabilité plus élevé: «Personne ne me supervise plus beaucoup, personne ne vient vérifier que je fais ce qu'il faut.»

Tout au long de sa première année, Sarah bénéficiera de mentorat et de l'appui inconditionnel de ses collègues de travail. Chacune des sages-femmes du Midwives Collective se dévoue entièrement aux soins requis par ses clientes, et cela va jusqu'au recours à l'épidurale; cette intervention est réalisée par un anesthésiste, le cas échéant, mais c'est une sage-femme qui supervise la procédure et la cliente demeure sous les soins de sa sage-femme attirée. En cas de besoin, une stimulation ou un déclenchement du travail au moyen de médicaments sont possibles, suivant les indications d'un médecin. Les sages-femmes prennent toutefois la mesure des signes pendant le déclenchement, et fournissent un soutien et des soins en continu jusqu'à la naissance.

Un des plus grands défis pour Sarah depuis son embauche a été de soutenir les clientes issues de contextes sociaux difficiles. Elle explique que certaines clientes ont de bonnes ressources et peuvent compter sur de l'aide de provenances multiples, tandis que d'autres sont démunies de soutien, hormis celui des sages-femmes, dont elles dépendent alors complètement. «Ça complique les choses, mais c'est intéressant. C'est le genre de travail qui me plaît.» Un autre défi a été de ne pas ramener son travail à la maison. «Je vais devoir redresser cette situation très bientôt, sans quoi je crains une surcharge de travail et un épuisement. Je veux faire une longue carrière!»

Dorothy Green

Sage-femme

AUTOCHTONE



Yontkéhats, Dorothy Green, sage-femme autochtone et membre du clan du Loup, a fondé la clinique sage-femme Kenhtë:ke en 2012 dans sa communauté d'origine, sur le territoire mohawk de Tyendinaga, situé juste à l'est de Belleville, en Ontario. Mère de trois enfants, treize fois grand-mère et une fois arrière-grand-mère, Dorothy porte en elle la responsabilité et le savoir ancestral hérités de ses grand-mères et arrière-grands-mères maternelles et paternelles dans le soin et l'éducation des femmes enceintes, de leurs familles et de la communauté.

ACSF : Qu'est-ce qui vous a donné l'envie de devenir sage-femme ?

« J'ai vu la nécessité de fournir des soins culturellement appropriés qui soutiennent notre mode de vie en faisant naître nos enfants entre les mains de notre propre peuple, sur notre terre, en utilisant notre langue, nos traditions, notre culture et nos médecines traditionnelles. Il est de notre responsabilité d'assurer la protection et la sécurité de nos enfants et le bien-être de nos familles. » Très jeune, je savais que je voulais être médecin et aider les gens.

Les histoires de naissance sont importantes et ont un impact sur qui nous sommes en tant qu'êtres humains et comment nous voyons le monde autour de nous. Cela affecte nos relations et la manière dont nous nous lions et nous connectons les uns avec les autres. Ma propre histoire de naissance a impliqué que ma mère donne naissance dans un hôpital militaire. Alors, quand ce fut le temps pour moi de fonder ma famille dans les années 70, il n'y avait pas de cours prénataux, de doulas, de sages-femmes ou de consultants en lactation. Lors de mes propres expériences, j'ai été induit, rasé, donné un lavement, des antibiotiques IV, une épidurale, j'avais mes jambes dans les étriers et mes mains attachées et on m'a donné une épisiotomie. Dans ma première tentative d'allaiter, j'ai cédé à la douleur de mamelons craquelés et saignants et un bébé qui pleurait et je me suis attaché avec une serviette et laissé mon lait se dessécher. En 1982, j'ai donné naissance selon mes propres termes et j'ai allaité avec succès pendant 6 mois. Pendant ce temps, les femmes de la communauté me contactaient et me posaient des questions sur la grossesse et l'accouchement. En novembre 2006, j'ai démissionné de mon poste auprès du gouvernement fédéral après 22 ans et je suis retourné à l'école pour devenir sage-femme autochtone.

ACSF : Où avez-vous fait vos études en pratique sage-femme ?

En 2007, je suis entré au programme concomitant de quatre ans d'enseignement de la pratique sage-femme autochtone à Tsi Non : we lonnakeratshta Ona : grahsta « Le lieu d'accouchement; L'endroit où ils naîtront » au Six Nations Maternal & Child Centre où j'ai obtenu en 2011 un « diplôme avec spécialisation de pratique sage-femme autochtone ». C'était le premier centre d'accouchement autochtone au Canada et il offre un programme d'éducation des sages-femmes

autochtones avec des sages-femmes autochtones depuis son ouverture en 1996. Ce programme nous enseigne que nos propres systèmes de connaissances autochtones (langue, culture, traditions et médecines) sont intacts et les enseignent en coordination avec les systèmes de connaissances contemporains.

ACSF : Qu'est-ce qui vous a poussée à ouvrir un groupe de Pratique sage-femme autochtone ?

J'ai organisé un séminaire sur l'accouchement traditionnel à Tyendinaga avec l'aide des programmes communautaires au début de 2007 pour déterminer s'il s'agissait de quelque chose dont la communauté voulait. Cela m'a conduit à commencer ma formation. J'ai adressé une pétition à la communauté et rencontré le Chef et le Conseil pour établir des résolutions du conseil de bande concernant la prestation de Services de Sages-femmes Autochtones dans la communauté. Après l'obtention de mon diplôme, j'ai travaillé six mois comme Sage-femme Autochtone à Six Nations Birthing. Puis, en mars 2012, je suis rentré au territoire mohawk de Tyendinaga et j'ai établi Kenhtë:ke Midwives, Kontinenhanónhna Tsi Tkahà : nayan « Ils protègent les graines de la baie de Quinte ». Nous avons mis en place la pratique chez moi et à partir de ma voiture pendant que nous fournissions des soins de sages-femmes aux femmes autochtones dans d'autres communautés Haudenosaunee. Au cours des cinq dernières années, notre équipe de naissance s'est composée de moi-même et de deux femmes dévouées, Tewahséhtha Brant, une apprentie sage-femme, et Mary McBride, une accoucheuse. Kenhtë:ke Midwives a fonctionné pendant plus de cinq ans avec des ressources et un financement très limité. Chacune d'entre nous a travaillé pour subvenir à nos besoins et à ceux de nos familles et a fourni des soins aux familles en utilisant le système de troc. Puis, après des années de rédaction de propositions, de plaidoyers en faveur de la reconnaissance des Sages-femmes Autochtones et de lobbying auprès du gouvernement provincial, une annonce a été publiée en février 2017. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a annoncé que Kenhtë:ke Midwives serait l'une des six Pratiques de Sages-femmes Autochtones financées dans la province à recevoir du financement. Nous sommes maintenant en mesure de fournir des soins et services dédiés aux sages-femmes et nous formons des Sages-femmes Apprenties Onkwehón :we. Nous sommes une organisation à but non lucratif avec un conseil d'administration nouvellement formé.



ACSF : Quels types de soins offrent les sages-femmes autochtones en Ontario ?

Nous observons les normes de pratique instaurées par l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario. En tant que prestataires de soins de santé de première ligne, les sages-femmes issues du programme Onkwehón :we prodiguent une aide culturellement adaptée aux mères et nouveau-nés en contexte indigène, et ce, en harmonisant les systèmes de connaissance empiriques traditionnels avec le système contemporain. La communauté, la famille, et la femme enceinte bénéficient d'un choix de services qui complètent et supportent leurs croyances et coutumes personnelles. Nous respectons la force et le savoir des femmes enceintes et honorons la naissance en tant que cérémonie profonde et sacrée.

L'idée est de redonner le contrôle aux peuples, familles et communautés autochtones, dans une optique de protection et de sécurité de nos enfants. Nous choisissons de renoncer aux privilèges qu'offre l'hôpital. Nous considérons que le monde hospitalier n'est pas de notre ressort, par conséquent, nous fournissons des soins de soutien. Ces lignes ne sont jamais croisées.

ACSF : Quels sont les défis auxquels font face de nos jours les sages-femmes autochtones de l'Ontario ?

Je pense que l'un des défis c'est le fait de conscientiser les sages-femmes réglementées, les organismes gouvernementaux, le système de soins de santé et le public au fait qu'il existe différents types de formation et de pratique pour les sages-femmes. Il existe des programmes universitaires pour devenir une sage-femme réglementée dont des sages-femmes qui s'identifient comme Autochtones et qui s'occupent de la population générale, y compris des familles autochtones.

Ensuite, il y a nous, les Sages-femmes Autochtones qui pratiquent dans le cadre de l'exemption et qui fournissent des soins de sages-femmes uniquement aux familles autochtones, ce qui signifie des familles ou une seule personne doit s'identifier comme autochtone. Nous sommes formées par notre propre personnel, les Sages-femmes Autochtones qui sont les gardiennes des connaissances en matière de santé des femmes, de reproduction et qui portent la responsabilité de s'occuper de tout le cycle de vie. Nous vivons et travaillons dans nos communautés, gardant notre langue, notre culture et nos traditions vivantes.

Actuellement, le plus grand défi de Kenhtè:ke est que nous n'avons pas de services de santé primaires, et même avec le financement du MSSLD, nous avons besoin de ressources additionnelles pour les médicaments traditionnels, les Praticiens traditionnels, et les travailleurs et les conseillers en santé mentale et en lutte contre les dépendances.

«Les sages-femmes ont le potentiel d'apporter une contribution significative à la santé des femmes et de leurs familles, car cette autonomisation commence dans l'utérus. Dans notre société, les femmes sont le centre de toutes les choses. Nous avons reçu la capacité de créer; nous sommes des donneurs de vie et des nourricières; Nous avons des responsabilités envers nos ancêtres, nos nations, nos clans, nos communautés et les générations futures. Traditionnellement, les femmes recevaient une instruction formelle sur toutes les choses. Ce n'est pas comme ça aujourd'hui ... mais, collectivement, nous changeons cela ... une naissance à la fois.»

– Dorothy Green, sage-femme autochtone



Megan Wilton, SF

Donner des formations en **URGENCES** **OBSTETRICALES** aux **sages-femmes**

du Manitoba... et de la Tanzanie

Megan Wilton, SF (McMaster, 2007), travaille depuis une décennie comme sage-femme dans sa province natale du Manitoba. Mère de deux jeunes enfants, Megan est aussi instructrice de formations en urgences obstétricales et trésorière de la Midwives Association of Manitoba (MAM). L'ACSF a récemment pu rencontrer Megan à Mtwara, en Tanzanie, où elle agissait à titre d'instructrice bénévole en techniques d'urgence au sein de la phase 2 du projet *Amélioration des services de santé maternelle (ISDSM)*.



ACSF : Pourquoi êtes-vous devenue sage-femme ?

J'avais envie d'une carrière où j'informerai les gens et les aiderai à prendre des décisions éclairées. Je suis vraiment comblée par toutes les occasions d'apprentissage et de croissance personnelle que me donne continuellement le métier de sage-femme.

ACSF : Dites-nous en quoi consiste votre rôle d'instructrice en techniques d'urgence.

J'adore être instructrice. L'association offre ce cours trois fois l'an, et je le dirige normalement une ou deux fois sur trois. À mon sens, le programme de techniques d'urgence est surtout axé sur le travail que font les sages-femmes en dehors de l'hôpital. Il est important pour nous, en tant que profession, de jouer un rôle de leader dans notre propre éducation et formation continue. Je trouve que le plus beau dans tout ça, c'est que nous puissions rire toutes ensemble entre participantes quand nous imaginons des scénarios qui, dans la vie réelle, seraient des situations plutôt graves. Ça nous aide.

ACSF : Comment qualifieriez-vous votre expérience d'instructrice en Tanzanie ?

Je dirais que c'est fantastique! À plusieurs aspects, ça s'apparente à ce que je fais au Canada. Au départ, les gens sont un peu timides à l'idée de jouer des scénarios, mais dès qu'ils s'ouvrent à ce concept, ils se donnent entièrement. Il y avait aussi la barrière de la langue, forcément, parce que je ne parle pas bien le swahili; donc nous parlions le «kiswaenglish» dans le groupe. Toutes les participantes avaient déjà été confrontées à au moins un cas d'éclampsie, laquelle est à peine abordée lors des formations en urgences obstétricales au Canada, en raison de meilleurs soins prénatals. Les cas de dystocie des épaules font moins partie de l'expérience tanzanienne

que de la nôtre. Je crois que cette différence est attribuable à un ensemble de facteurs: en Tanzanie, les bébés sont souvent plus petits, et les femmes accouchent majoritairement en décubitus – semblable à la position de McRobert –, et la norme veut qu'on attende la sortie de la tête avant de tenter d'extraire les épaules.

Il arrive qu'une
sage-femme
possède des
connaissances
mais qu'elle
ne dispose pas
des ressources
nécessaires à leur
**MISE EN
PRATIQUE.**

Le cours fait une place importante à l'enseignement didactique, ce qui est à la fois une bonne et une mauvaise chose. Certaines sages-femmes n'ont reçu que deux années de formation, durant lesquelles elles n'ont pas eu la chance d'étudier les anomalies de naissance avant de se lancer dans la pratique. Pour elles, mon cours est sans doute la première fois où elles abordent le côté théorique de ces anomalies. Le plus difficile, c'est de bien répartir le temps de classe pour couvrir à la fois la théorie et la pratique. Le ratio d'enseignement est légèrement différent de ce qu'il est au Canada, alors nous avons habituellement besoin d'un peu plus de temps pour pratiquer des scénarios cliniques. Malheureusement, il n'est pas toujours possible pour chaque étudiant d'avoir une pratique complète de chaque scénario clinique.

Il arrive qu'une sage-femme possède des connaissances mais qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires à leur mise en pratique. Par exemple, devant un cas d'hémorragie post-partum, la plupart d'entre elles n'ont pas de médicament de deuxième intention. Le curriculum est adapté à ce contexte mais, malgré tout, les installations à l'intérieur même de la Tanzanie varient d'une à l'autre de manière frappante; certaines cliniques ne possèdent pas de tensiomètre fonctionnel pour mesurer la tension artérielle. Tant que le statut de la femme et l'accès aux soins de santé ne seront pas améliorés, les pré-éclampsies et l'éclampsie continueront à sévir, et d'ici là, elles devront être en mesure d'y répondre du mieux qu'elles peuvent.



ACSF : Qu'est-ce qui vous plaît dans le fait d'exercer au Manitoba ?

Au Manitoba, nous sommes tenues d'offrir 50 % de nos services aux populations prioritaires, lesquelles sont généralement mal desservies par le système de soins médicaux, par exemple des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, des moins de dix-neuf ans, des autochtones, des nouveaux arrivants, etc. J'ai vraiment l'impression que les sages-femmes peuvent jouer un rôle important en aidant la communauté à soutenir les personnes qui autrement ne recevraient pas de soins prénataux adéquats. Même si la question est controversée, j'aime travailler dans un modèle d'employée. L'un des éléments positifs est que nous comptons vraiment nos heures. Donc, si vous travaillez plus de 40 heures par semaine, vous cumulez ces heures en temps supplémentaire. Cela m'aide à avoir un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle.

ACSF : Pourriez-vous décrire dans le détail votre champ de pratique au Manitoba ?

Notre champ d'exercice varie beaucoup d'une communauté à l'autre. Certaines sages-femmes ont des privilèges d'ocytocine et de péridurale dans leur hôpital, mais la plupart n'en ont pas. Nous prescrivons la contraception et traitons les IST. Dans notre nouvelle réglementation, nous sommes également autorisés à traiter les partenaires de nos clients, ce qui est extrêmement utile pour traiter les IST pendant la grossesse et fait de nous des professionnelles de santé communautaire très utiles. À Winnipeg, la plupart des cliniques font partie de centres de santé communautaire, et les sages-femmes y jouent vraiment un rôle clé dans la santé des communautés. Leur présence facilite aussi leur intégration parmi les autres professionnels de la santé et des soins, puisque les clientes obtiennent ainsi un suivi complet en un seul et même endroit.



Tanya Momtazian

La pratique **sage-femme** en **RÉGION RURALE** en **COLOMBIE-BRITANNIQUE**

« Vous apprenez vraiment beaucoup quand vous sortez de votre zone de confort de sage-femme et voyez les soins de différentes perspectives. »

Depuis dix ans, Tanya Momtazian, SF (UBC, 2007), exerce la profession de sage-femme à Nelson, en Colombie-Britannique. Tanya fait du tutorat auprès d'étudiantes en pratique sage-femme à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) et est vice-présidente du College of Midwives of BC (CMBC).



COLOMBIE-BRITANNIQUE



Originaire de Calgary, en Alberta, Tanya a lutté pendant de nombreuses années pour la défense de la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes. Lorsqu'elle a entendu parler du Programme de formation sage-femme de l'Université de la Colombie-Britannique, elle a aimé le fait que la profession de sage-femme était une profession qui incluait un volet de sensibilisation et une profession de santé qui ne mettait pas l'accent sur la maladie. Après des placements dans diverses régions de la Colombie-Britannique, Tanya s'est installée à Nelson, en Colombie-Britannique, où ses parents habitaient à proximité pendant une partie de l'année et où la profession de sage-femme était bien intégrée à la communauté et à l'hôpital local.

Apple Tree Maternity : une solution pour concilier vie professionnelle et vie privée

En 2007, Tanya a décroché un poste à la clinique sage-femme Kootenay Community Midwives, travaillant en équipe avec deux autres sages-femmes.

En 2011, un regroupement local de médecins a entrepris un processus de cartographie du parcours des patientes qui a débouché sur la création de Apple Tree Maternity, un modèle innovateur déjà éprouvé au sein de la pratique sud-vancouveroise South Community Birth Program impliquant le travail jumelé de médecins et de sages-femmes afin de répondre aux besoins de la communauté en matière de soins de maternité.

Ce processus de cartographie a révélé des lacunes dans la communauté en ce qui concernait certaines problématiques

liées à l'allaitement et à la santé mentale. À cette époque, les médecins de famille de la communauté luttait pour maintenir leurs services de maternité viables. Pour la clinique Kootenay Community Midwives, dont l'équipe se composait de seulement deux sages-femmes et demie, la situation semblait insoutenable.

Les deux groupes se sont donc réunis. On a alors émis l'idée d'une pratique jumelée, dans l'espoir qu'une clinique collaborative puisse procurer à son personnel plus de souplesse, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et afin de combler certaines lacunes dans l'offre de soins à la communauté.

Apple Tree Maternity a vu le jour en 2013. La clinique suit le modèle de soins de sage-femme au pays, offrant des services de naissance à la maison, le soutien périnatal et les visites à domicile. La présence de médecins vient compléter l'offre de services, notamment par une prescription plus vaste (médicaments pour la thyroïde, antidépresseurs). La clientèle de la nouvelle clinique est issue d'horizons sociaux

diversifiés, et vit parfois sous le seuil de la pauvreté. Tanya est heureuse de pouvoir prendre soin de ces gens. Cela lui rappelle pourquoi elle a choisi de devenir sage-femme.

« J'ai récemment eu une mère qui vit dans une pauvreté alarmante. C'était un travail très difficile, 4 jours d'induction et un processus très long et elle a fini par avoir une césarienne, mais elle est sortie de cette naissance transformée, très forte, très compétente et bien ancrée. »

Tanya était
**UNE DES
PREMIÈRES
sages-femmes**
de la Colombie-
Britannique à obtenir
une certification en
**PRATIQUES
SPÉCIALISÉES.**

Certificats en pratiques spécialisées

Tanya était une des premières sages-femmes de la Colombie-Britannique à obtenir une certification en pratiques spécialisées. En 2012, après avoir complété à distance une maîtrise en santé publique de l'université Johns Hopkins, elle s'est sentie appelée à se perfectionner suite à l'ouverture de Apple Tree Maternity.

Appuyée par l'équipe d'obstétrique et d'infirmier de l'hôpital Kootenay Lake, à Nelson, Tanya a complété une formation d'assistante en chirurgie césarienne, le Surgical Assist Training with C-Section (SATC). Elle explique que les hôpitaux des grands centres peuvent souvent compter sur l'assistance de médecins résidents ou de médecins de famille, mais que dans un centre plus petit situé en région rurale, «c'est très avantageux d'avoir une paire de mains supplémentaire qui possède ces compétences spécifiques, surtout en situation d'urgence.» Elle et une autre sage-femme assistent chirurgicalement environ 20% des quelque 180 naissances de Apple Tree Maternity par année. «J'ai servi d'assistante à deux reprises la semaine dernière!» L'hôpital de Kootenay Lake est le grand centre de référence pour l'ensemble de la région, et Apple Tree Maternity traite approximativement les deux tiers des naissances à l'hôpital.

Tanya détient une certification en acupuncture pour réduire la douleur au travail et le post-partum immédiat. Elle s'est découvert un intérêt pour l'acupuncture en côtoyant une docteure en médecine chinoise avec qui travaillaient les sages-femmes de Kootenay. La présence de cette docteure lors de l'accouchement de Tanya a convaincu celle-ci des bienfaits éventuels de l'acupuncture pour la communauté. En vue d'obtenir son certificat, Tanya a dû se rendre régulièrement à Vancouver au cours de plusieurs mois afin d'en étudier la théorie et la physiologie auprès de docteurs en médecine chinoise. Elle a ensuite mis en application ses nouvelles connaissances auprès de nombreuses

patientes, prenant note de chaque point traité, des personnes qu'elle traitait et de la raison du traitement. Elle a ensuite soumis un rapport à ses enseignants, qui lui ont accordé le certificat, puis au CMBC, qui a accepté de reconnaître son certificat. Tanya a souvent recours à l'acupuncture pour accélérer le travail, pour traiter un mauvais positionnement du fœtus, pour réduire les maux de dos liés à l'accouchement, et pour réduire le degré d'anxiété de ses clientes.

**Tanya détient un
certificat en
acupuncture,
une méthode qui
peut réduire la
douleur pendant
le travail et
immédiatement
APRÈS LA
NAISSANCE.**

Pour répondre à la demande accrue occasionnée par l'arrivée de nouvelle clientèle à Apple Tree Maternity, Tanya a également obtenu un certificat de pratique spécialisée en gestion de la contraception, auprès du British Columbia Institute of Technology (BCIT), qu'elle a complété avec une formation en insertion de dispositif intra-utérin (DIU). Tanya explique qu'elle ne pratique plus beaucoup d'insertions de DIU étant donné que les sages-femmes n'ont pas encore de code de facturation pour ce service, qui est considéré comme un «acte délégué», c'est-à-dire un acte qui déborde du champ de compétence de la sage-femme mais qui est permis par le groupe de médecins. Tanya est en outre certifiée en traitement des infections transmissibles sexuellement, grâce à une formation en ligne obtenue elle aussi auprès du BCIT.

Jusqu'à quarante sages-femmes de la Colombie-Britannique possèdent désormais un champ de compétence élargi. La compétence la plus recherchée est le certificat en gestion de la contraception, suivie de celui d'assistante en chirurgie (dix-huit sages-femmes l'ont obtenu, et d'autres sont en voie de l'obtenir). Tanya se dit confiante que d'autres certificats de spécialisation seront bientôt offerts, par exemple en déclenchement ou accélération du travail, ce qui conférerait aux sages-femmes l'autonomie de prescrire de l'ocytocine et de la prostaglandine pour déclencher un accouchement.

