



## Maternité et inégalités : réalité indissociable mais occultée



Mémoire présenté à

la Commission des relations avec les citoyens

dans le cadre des consultations particulières portant sur le document

*« Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait – Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes. »*

# Table des matières

Préambule .....	page 4
Mouvement d’humanisation des naissances .....	page 4
Contrôle social de la femme enceinte ou qui allaite : À qui appartient le corps des femmes ? .....	page 5
Respect des besoins des femmes et de leur autonomie .....	page 6
Quels choix pour les femmes ? .....	page 9
Empowerment, voix citoyenne et approche globale .....	page 12
La reconnaissance sociale passe par la reconnaissance financière .....	page 13
Recommandations du Regroupement Naissance-Renaissance .....	page 15
Recommandations communes avec le mouvement des femmes .....	page 17
Conclusion .....	page 19

## **COORDONNÉES DU RNR**

### **Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)**

110, rue Ste-Thérèse, bureau 503 Montréal (Québec) H2Y 1E6

Téléphone : 514 392-0308 Courriel : [info@naissance-renaissance.qc.ca](mailto:info@naissance-renaissance.qc.ca)

[www.naissance-renaissance.qc.ca](http://www.naissance-renaissance.qc.ca)

Rédaction, recherche et révision :

Lorraine Fontaine et Nicole Pino, coordonnatrices de dossiers politiques

Claudine Jouny, présidente du RNR et enseignante en soins infirmiers

## **Préambule**

Bien que l'égalité de droit ne soit pas encore une égalité de fait, nous pouvons être fièrEs au Québec des grands pas qui ont été faits en ce sens. Dans plusieurs domaines, comme l'éducation, on reconnaît que les femmes et les hommes sont égaux. De plus, les relations de couples sont beaucoup plus égalitaires qu'elles ne l'étaient dans les générations précédentes. Ce sont d'ailleurs ces grandes avancées qui font dire à certaines personnes que l'égalité est atteinte. Malgré que bien des femmes puissent le vivre ainsi pendant leurs études, leur travail et leur vie de couple, lorsqu'elles deviennent enceintes, cette égalité bascule. En effet, la femme régresse de statut, subissant un lourd contrôle social, son corps ne lui appartenant plus et se voit perçue d'un autre œil par le milieu du travail. On lui dit alors quoi manger, comment se comporter, on la touche sans consentement, on lui impose des interventions sur son corps, on l'objectivise et l'infantilise.

## **Mouvement d'humanisation des naissances**

En premier lieu, rappelons que tous les droits liés à la santé reproductive et sexuelle des femmes relèvent de leurs choix et nécessitent une vigilance perpétuelle afin de maintenir les acquis et avancer vers une plus grande égalité entre les hommes et les femmes et entre les femmes elles-mêmes. Cette vigilance et ces actions doivent être assumées collectivement. Il relève donc de l'état de s'assurer que toutes les femmes aient accès à un soutien adéquat et correspondant à leurs valeurs, incluant l'accès aux groupes de femmes qui les soutiennent et défendent leurs droits.

C'est suivant cette vision qu'est né, au cours des années 70, le mouvement pour l'humanisation des naissances. Ce mouvement, fondé sur le féminisme et les approches auto-santé, cherchait à remettre la femme au cœur de l'expérience de la maternité, particulièrement lors de l'accouchement. Ainsi, il a entre autres travaillé à réinstaurer la pratique sage-femme qui répondait le mieux aux besoins des femmes et de leur partenaire.

C'est dans cette optique que des femmes et des sages-femmes ont créé le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) en 1980. Depuis plus de 30 ans, le RNR œuvre à la croisée du mouvement périnatal, du mouvement des femmes et du mouvement communautaire.

En résumé, voici les gains les plus pertinents :

- La création de chambres de naissance ;
- La présence du père lors de l'accouchement ;
- Le développement de l'accompagnement à la naissance ;
- La légalisation de la pratique sage-femme incluant la loi, l'ordre professionnel autonome, le programme universitaire à l'UQTR et le règlement sur l'accouchement à domicile ;
- La mobilisation pour un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire

- québécois ;
- La promotion, la protection et le soutien du droit des femmes de choisir le lieu et la personne qui les accompagnera lors de l'accouchement ;
  - La réintroduction d'une culture d'allaitement au Québec ;
  - La mise en place du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

Ces gains ont grandement contribué à l'amélioration des conditions de vie des femmes et à leur empowerment. Néanmoins, il reste un énorme travail à faire car les femmes ne sont toujours pas au cœur des décisions liées au déroulement de leur grossesse, de leur accouchement et de leur rôle dans la première année de vie de leur enfant.

## **Contrôle social de la femme enceinte ou qui allaite : À qui appartient le corps des femmes ?**

Une des réalités qui caractérisent l'expérience des femmes durant la grossesse au Québec en 2011 est la multiplicité de tests de dépistage, d'échographies et d'interdictions auxquelles elles sont assujetties. Plusieurs d'entre elles sont mises sous une surveillance accrue, en plus de se faire dicter une panoplie de comportements. Tout ce contrôle exercé sur la femme lui procure un stress important, en plus de nier son autonomie et sa capacité comme adulte de prendre les meilleures décisions pour elle et son enfant. De plus, cette approche centrée sur le fœtus et non sur la femme a des conséquences néfastes à long terme sur l'estime de soi de la femme et sur son empowerment.

Quand vient le temps de la grossesse, une amnésie collective s'opère et on oublie à qui appartient le corps de chacune des femmes. Le fœtus n'ayant pas de droit juridique, toutes les décisions en lien avec la grossesse et l'accouchement appartiennent d'abord et avant tout à la femme. Malheureusement, plusieurs facteurs contribuent au non respect des besoins et des droits des femmes et ce, ici au Québec, ainsi que partout dans le monde.

Tous les efforts actuels déployés lors des suivis de grossesse visent le dépistage in utero d'éventuels problèmes pour le fœtus. Les stratégies de prévention qui en découlent misent sur la modification des comportements maternels pouvant être nocifs pour le fœtus. On perçoit donc la mère comme étant potentiellement nuisible pour son fœtus, et cette perception justifie le réseau de la santé dans son ingérence paternaliste sur la vie de la femme. Qui plus est, la vie du fœtus semble être plus importante que tout et en son nom, le corps médical n'hésite pas à passer par dessus le droit des femmes, dans le but de sauver « à tout prix » le bébé.

Dans un tel contexte, comment faire pour défendre les droits des femmes, tels que le choix de la personne qui les accompagnera, le lieu où elle accouchera ou les interventions qu'elle subira ou refusera et ce, sans devoir endurer de culpabilisation ? Les femmes sont constamment victimes de manipulations et de menaces — telles qu'un bassin trop étroit, un

bébé trop gros, ou un travail inefficace — pour leur faire accepter des interventions injustifiées. Est-ce que le corps médical se serait substitué à celui de l'Église d'autrefois ?

Le contrôle sur le corps des femmes ne s'arrête pas à l'accouchement. Pensons également à l'allaitement dans un contexte d'hypersexualisation. Dernièrement, nous avons vu dans les médias que nombre de femmes se font mettre dehors d'endroits publics ou de magasins parce qu'elles allaitent, sous prétexte d'atteinte à la pudeur. Voir le geste d'allaiter en public comme un acte vulgaire constitue une distorsion insensée lorsqu'on pense aux publicités sexistes qui abondent sur la place publique. Pourquoi répondre au besoin primaire de nourrir son enfant est davantage déroutant que toutes ces publicités sexuellement suggestives présentant des femmes pratiquement nues ? Pourquoi se permet-on de dicter aux femmes où et comment elles doivent nourrir leur enfant ? Beaucoup de travail reste à faire pour que la société comprenne que l'allaitement est un geste naturel et que les femmes qui le pratiquent ont besoin de soutien, pas de contraintes et de jugement.

## **Respect des besoins des femmes et de leur autonomie**

### **Le corps des femmes de plus en plus défaillant ?**

Le contrôle du corps de la femme se répercute dans une vision de l'accouchement de plus en plus normalisé et ce, circonscrit dans un cadre de plus en plus étroit et rigide. À titre d'exemple, en 1950, on considérait normal qu'un accouchement dure trente-six heures. Cette durée « normale » n'a cessé de diminuer au point où aujourd'hui, les femmes sont menacées de subir une césarienne après huit heures pour « travail dystocique ».

Ce qui doit être considéré aujourd'hui, c'est la négation de la femme comme sujet, réduite au rôle d'utérus imparfait. La femme n'est plus l'actrice principale de son accouchement, elle doit devenir passive et soumise. On tente d'appliquer à un événement humain des règles de gestion industrielle et cette gestion de risque et de peur n'est pas sans dommages collatéraux. Au nom de l'efficacité du réseau de la santé et de l'optimisation de ses ressources humaines, la femme se voit subir sans consentement éclairé nombres d'interventions inutiles, potentiellement dangereuses et nuisibles pour son bien-être ainsi que celui de son bébé. Est-ce que cette efficacité et cette optimisation valent plus que l'autonomie des femmes, que leur empowerment et leur confiance en leurs capacités d'être mère ? Pourtant, ces éléments sont considérés essentiels de la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS. Il est important de se rappeler que, contrairement à d'autres situations qui amènent la population à recevoir des services en santé, la grossesse et l'accouchement ne sont pas des situations pathologiques mais plutôt des événements normaux pour 85% des femmes qui accouchent au Québec chaque année.

Les préoccupations que nous soulevons aujourd'hui sont sensiblement les mêmes que soulevaient les 10 000 femmes qui ont participé aux colloques « Accoucher ou se faire

accoucher »<sup>1</sup> tenus en 1980. Comment se fait-il qu'après trente ans de luttes pour l'humanisation des naissances, nous en sommes encore à constater que les femmes se font accoucher ? Sommes-nous conscientEs que se faire accoucher équivaut à se faire voler la possibilité de vivre sa maternité dans l'épanouissement de soi ? Comment pouvons-nous tolérer une telle régression des droits des femmes ?

### **La perspective des femmes sur leur expérience d'accouchement**

L'organisation des soins, la charge de travail très lourde qui pèse sur le personnel hospitalier ainsi que le manque d'importance accordé à l'expérience de la femme qui accouche font en sorte qu'il est extrêmement difficile d'amener les intervenants à être à l'écoute des besoins des femmes et respectueux de leurs droits. En Amérique du Nord au 21<sup>e</sup> siècle, des centaines de femmes témoignent chaque année de souffrances et de violence vécues lors d'accouchements.

Soucieux d'accomplir sa mission, le RNR s'est posé plusieurs questions. Pouvons-nous mieux comprendre les besoins des femmes lors de leur accouchement ? Pourquoi ces besoins sont si peu entendus et respectés ? Pouvons-nous analyser leurs expériences et en dégager des pistes pour transformer nos pratiques afin qu'elles soient plus respectueuses ? Ainsi, depuis deux ans, le RNR et une équipe de recherche financée par le CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes de l'Université de Montréal) se penchent sur la question : L'accouchement en établissement est-il susceptible de donner lieu à de la maltraitance, de la négligence ou de la violence ? Pour mener cette recherche exploratoire dotée d'un tout petit financement, nous nous sommes servis de deux livres québécois de témoignages d'accouchement et d'entrevues brutes de deux études réalisées au Québec au cours des dernières années, recueillant ainsi des centaines de récits d'accouchements. Ces récits ont été analysés selon une perspective féministe relativement à la violence.

Nous dégageons de ces analyses qu'un nombre non négligeable de femmes au Québec témoignent de grandes souffrances et d'expériences traumatisantes lors de leur accouchement et lors du séjour postnatal. Les études<sup>2</sup> démontrent que les femmes marginalisées, racisées, jeunes, autochtones, handicapées, réfugiées, migrantes et sans papiers subissent encore plus les effets décrits. Ces situations sont reliées à l'organisation des services, aux pratiques dictées par les protocoles hospitaliers et aux attitudes des intervenants. Nous avons constaté que les femmes sont plus en mesure de discerner et nommer leurs déceptions et les injustices qu'elles croient avoir subies plusieurs mois, voire

---

<sup>1</sup> En 1980, le ministère des Affaires sociales (MAS), en collaboration avec l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), organise les colloques « Accoucher ou se faire accoucher ». Plus de 10 000 personnes, dans toutes les régions du Québec, expriment alors leur inquiétude et contestent l'emprise du pouvoir médical sur le corps des femmes. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, le morcellement et la déshumanisation des soins et des services sont pointés du doigt. L'utilisation d'interventions, notamment chirurgicales, l'épisiotomie et la césarienne sont critiquées. <http://www.aspq.org/fr/dossiers/perinatalite/52/historique-de-la-perinatalite-au-quebec>

<sup>2</sup> BRABANT, Zoé et Marie-France Raynault. **Healthcare access for migrants with a precarious migration status in Montreal : review of the situation & possible solutions**. Centre Léa-Roback de recherche sur les inégalités sociales de santé, Université de Montréal.

même des années après l'accouchement. Ceci démontre la faiblesse de questionnaires de satisfaction remplis immédiatement après l'accouchement. Ceci souligne également l'importance de mettre en place des études longitudinales pour mesurer avec précision la satisfaction des femmes, le respect qu'elles ont ressenti ainsi que les impacts sur leur santé et celle de leur enfant. L'ampleur du phénomène est trop importante pour ne pas pousser la recherche plus loin.

À titre d'exemple, notre recherche met en évidence que ce qui fait le plus souffrir les mères est lorsqu'on les sépare de leur bébé à la naissance. Des études démontrent que le peau-à-peau dans le postpartum immédiat a des effets hautement bénéfiques sur le bébé même deux ans après la naissance.<sup>3</sup> Ainsi, on constate que lorsqu'on est à l'écoute de la mère, on prend soin du bébé en même temps. Et ce constat s'applique à l'ensemble des soins périnataux.

### **L'amélioration des services doit se faire pour et avec les femmes**

Des efforts sont en cours actuellement, tels que le programme AMPRO<sup>OB</sup> et l'essai clinique randomisé QUARISMA, pour implanter des pratiques basées sur les dernières données probantes afin de réduire le taux de césariennes et le nombre d'interventions non pertinentes. L'aspect positif de ces programmes est que ces efforts interdisciplinaires amélioreront la qualité des soins. Ce qui est cependant manquant dans ses démarches est une concertation et une participation active des personnes principalement concernées : les femmes et les groupes communautaires qui les soutiennent. Rappelons également que l'OMS soutient que les usagères doivent être partie prenante de toutes les décisions en lien avec leur santé et qu'elles ont droit à l'autodétermination.

### **Initiative internationale innovatrice**

Il existe une initiative internationale, inspirée de l'Initiative Amis des BébéS, qui met l'emphase sur l'importance du respect des femmes et sur l'intégration des besoins des mères et de leurs bébés. L'*Initiative Internationale pour la Naissance MèreEnfant* (IMBCI)<sup>4</sup> propose 10 conditions pour que les établissements adoptent des pratiques et implantent des protocoles basés sur les dernières données probantes. Déjà au Québec, nous pouvons être fierEs d'avoir le premier site d'expérimentation. Il s'agit de l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins, qui fut le premier établissement Amis des bébés du Canada et qui est en train d'implanter les programmes AMPRO<sup>OB</sup> et QUARISMA. Tous ces efforts font de ce lieu un exemple à imiter. L'équipe du centre de maternité considère que l'IMBCI est la pièce qui complète leurs efforts vers l'excellence. Nous allons un pas de plus en proposant que cette initiative soit implantée dans tous les hôpitaux comme outil pour éliminer les inégalités que vivent les femmes dans le système de santé. Si seule la première condition était implantée dans tous les lieux où les femmes accouchent au Québec, cela constituerait un pas significatif pour les droits des femmes en périnatalité :

---

<sup>3</sup> DUMAS, Louise et al. **Influence of skin-to-skin and rooming-in on early mother-infant interaction : A randomized controlled trial.** In *Clinical Nursing Research* (2009).

<sup>4</sup> Voir *Les 10 conditions de l'IMBCI* en annexe.

*Condition 1 : Que le personnel traite chaque femme avec respect et dans le souci de sa dignité, lui fournissant une information complète et l'impliquant dans le processus décisionnel relativement aux soins qui la concernent et qui concernent son bébé. Ces personnes communiquent avec elle dans un langage qu'elle comprend et respectent son droit au consentement ou au refus éclairés.*

L'IMBCI, ainsi que l'OMS et l'UNICEF, tente de conscientiser le monde à la nécessité de mettre en place des outils pour que les droits des femmes soient protégés par tous ceux qui les côtoient dans ce moment charnière de leur vie. Le Québec pourrait se montrer avant-gardiste et devenir porteur de cette voix. Pour démontrer à quel point l'accouchement peut être un moment de contrôle sur le corps des femmes, citons en exemple le Vénézuela qui a ajouté en 2007 un article sur la violence obstétricale dans leur loi contre la violence faite aux femmes. La violence obstétricale est définie comme suit dans l'article 13 de la loi :

*« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et la conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. »<sup>5</sup>*

Nous saluons cette initiative qui reconnaît et dénonce la violence que peuvent subir les femmes pendant l'accouchement. Il est plus que temps que la situation change.

## **Quels choix pour les femmes ?**

### **Interventions et choix du suivi : des enjeux importants**

Les taux d'interventions obstétricales s'avèrent donc être des indicateurs importants de la qualité des pratiques pour les femmes et les personnes qui les desservent. L'information est source de pouvoir et peut contribuer à l'autonomie des femmes dans leurs prises de décision quant au choix du lieu où elles accoucheront et du professionnelLE qui assurera le suivi. Le droit au consentement ou au refus en est profondément influencé.

Plus d'un quart des naissances du Québec ont lieu dans la grande métropole de Montréal. Les disparités de taux d'interventions en 2009-2010 entre les différents centres hospitaliers sur deux des interventions les plus invasives sont préoccupantes :

- Césariennes : 18 % à 30%
- Épisiotomies (coupure du périnée) : 5% à 25%

---

<sup>5</sup> Traduction en anglais par le docteur Gregorio RP, publié online en novembre 2010 : **Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela – Special editorial**, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111: 201-202.

L'OMS a fixé le taux optimal de césariennes entre 5% et 15%. Quand on dépasse 15%, les taux de mortalités maternelle et infantile grimpent.<sup>6</sup> Quant à l'épisiotomie, sa fréquence est d'autant plus troublante qu'elle constitue une pratique nuisible non-basée sur des données probantes.<sup>7</sup> Il est inacceptable qu'en 2011, des femmes se fassent ainsi mutiler.

Ce n'est pas pour rien qu'un des objectifs visés par les *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012*<sup>8</sup> est la diminution du recours aux interventions obstétricales, notamment les péridurales et les césariennes.

Or, nous savons que les professionnelLES ont un rapport différent avec la technologie. Par exemple, les obstétriciens sont ceux qui ont le plus confiance en la technologie, comme les césariennes et les inductions, et les sages-femmes en sont les moins attachées. Les omnipraticiens se situent entre les deux.<sup>9</sup> Une autre recherche démontre qu'accoucher avec une sage-femme s'accompagne d'une diminution de nombreuses interventions ainsi que d'une plus grande satisfaction à l'égard des soins reçus, comparativement à être assistée par un médecin et ce, pour une clientèle comparable.<sup>10</sup>

Le choix du professionnelLE qui assurera notre suivi a donc un impact important sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum immédiat. Pourtant, les **obstétriciens-gynécologues** suivent **58%** des femmes, les **omnipraticiens 40%**, et les **sages-femmes un maigre 2%**.<sup>11</sup> Les spécialistes que sont les obstétriciens devraient se concentrer sur les grossesses à risque et les omnipraticiens et les sages-femmes devraient s'occuper des grossesses normales. La situation actuelle est injustifiée à tout point de vue : elle coûte plus cher, elle fait une mauvaise utilisation des ressources humaines, ne répond pas à la demande des femmes et a un impact négatif sur leur santé !

De plus, dans plusieurs endroits au Québec, il n'est plus rare que des femmes arrivent à l'hôpital au moment de l'accouchement sans avoir eu de suivi au cours de leur grossesse. Et malgré les annonces récentes d'une pénurie d'obstétriciens, nous affirmons qu'il y en a suffisamment pour s'occuper des grossesses à risque et même pour répondre à la demande des femmes qui souhaitent être suivies par un obstétricien. Ce que nous déplorons par contre, c'est l'inaccessibilité des autres options : omnipraticiens et sages-femmes.

---

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la santé, **Appropriate technology for birth**. Lancet, 2(8452), p.436-437

<sup>7</sup> KLEIN, Michael C. et al. **Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation**. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8

<sup>8</sup> La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, **Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité, 2009-2012** ; Gouvernement du Québec 2010

<sup>9</sup> KLEIN, Michael C. et al. **Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth?**; *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* ; December 2004, Vol. 111, pp. 1388–1393.

<sup>10</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes - Rapport final et recommandations**. Québec (1997), p. 41 à 44.

<sup>11</sup> <http://aopq.org/>

Un sondage CROP<sup>12</sup> nous informe que **26% des femmes souhaiteraient accoucher à l'extérieur de l'hôpital**, option que les sages-femmes sont les seules à offrir. C'est donc près d'un quart des femmes qui ne pourront choisir ni la professionnelle qui le suivra, ni leur lieu d'accouchement. Les listes d'attentes pour une place en maison de naissance en font fois : 3 femmes sur 4 se voient refusées une place. Et ce, sans compter les régions où les services sages-femmes sont carrément inexistants.

On ne peut comparer ces listes d'attentes avec celles pour une opération par exemple, puisque la grossesse dure neuf mois, pas plus. Donc, la femme qui n'a pas accès aux services appropriés accouchera quand même, peu importe les soins qu'elle aura reçu ou non. Cette réalité n'est peut-être pas aussi spectaculaire que les salles d'urgences bondées mais elles devraient être une priorité tout aussi pressante car la naissance est un événement d'une énorme importance pour la femme, son bébé, et les enfants qui potentiellement suivront.

### Erreur dans les priorités

Lorsqu'on lit les *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012* et qu'on analyse le financement alloué, il est clair que les domaines ultra-spécialisés sont les grands gagnants.

	Priorités énoncées	Nbr de cas concernés	Investissement annuel annoncé
1	Dépistage systématique de la trisomie 21	1 fœtus atteint pour 800 grossesses <sup>13</sup>	35M / an récurrent
2	Dépistage systématique de la surdité du nouveau-né	72 bébés par année <sup>14</sup>	5 M / an récurrent
3	Fécondation <i>in vitro</i>	3 500 cycles (environ 945 grossesses par année) <sup>15</sup>	25 M / an récurrent
4	Syndrome du bébé secoué	Entre 30 et 40 cas par année <sup>16</sup>	Ateliers dans les hôpitaux
5	Services sages-femmes	Environ 23 000 femmes <sup>17</sup>	0\$

D'ailleurs, pour justifier ces choix difficilement compréhensibles, le site du MSSS décrit en détails les bénéfices nets des dépenses qui seront encourues avec ses investissements.

<sup>12</sup> CSN, Sondage CROP; *Étude sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*; avril 2010

<sup>13</sup> DORÉ, Nicole, LE HÉNAFF, Danielle; *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères (2010); La Grossesse*; Institut national de santé publique du Québec, 2010, p 101

<sup>14</sup> Institut national de santé publique, *Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né : Évaluation des avantages, des inconvénients et des coûts de son implantation au Québec*, Gouvernement du Québec, novembre 2007, p VI

<sup>15</sup> Le taux de succès en 2008 était de 27% selon : Canadian Fertility and Andrology Society. *Human Assisted Reproduction 2008 Live Birth Rates for Canada*, 15 décembre 2008.

<sup>16</sup> TVA Nouvelles; *Syndrome du bébé secoué: des techniques de prévention sont disponibles*; 24 octobre 2002

<sup>17</sup> Selon le sondage CROP, 26% des femmes souhaiteraient accoucher hors centre hospitalier pour 88 600 naissances en 2009.

Pourquoi ne pas appliquer la même logique avec les services de première ligne? Pourquoi favoriser la minorité à des coûts exorbitants et laisser la majorité sans services adéquats ? Investir dans la première ligne permettrait pourtant d'importantes économies, en plus de rejoindre une population plus large.

## **Empowerment, voix citoyenne et approche globale**

### **Politique de périnatalité : forces et faiblesses**

Au Québec, la récente Politique de périnatalité affirme que « Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal » et souligne l'importance non seulement de protéger le processus physiologique naturel de la naissance, mais de mettre en place des environnements permettant de le faire et de respecter la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité.<sup>18</sup>

Nous sommes tout à fait en accord avec les principes énoncés, mais nous déplorons le peu de moyens prévus pour les appuyer. Malgré ces beaux fondements, les solutions mises de l'avant témoignent d'une approche segmentée de la grossesse et de l'accouchement à saveur technologique et ultra-médicalisée. Nous sommes navrées de constater que la Politique ne présente pas une approche globale et féministe de la santé.

Une approche globale et féministe de la santé reconnaît notamment l'égalité comme un facteur déterminant de la santé des femmes tout au long du continuum qu'est la grossesse, l'accouchement, la période postnatale jusqu'au retour au travail, aux études, au bénévolat ou aux soins des enfants et des proches. La période périnatale constitue pour les femmes un choix de vie qui a des impacts sur tous les aspects de leur vie touchant de près leur santé physique et psychologique, leur sécurité économique ainsi que celles de leurs familles.

Une autre lacune importante des stratégies de mise en œuvre de la Politique est l'absence de comités de suivi. Ils étaient prévus, voire même en voie d'être mis en place, mais les fonds ont été coupés. Nous réprouvons cette décision car elle est témoin d'une vision à court terme qui ignore le fait que la consultation et la concertation sont des outils essentiels de communication entre le gouvernement et la population et qu'ils sauvent bien du temps et de l'argent à la longue.

La disparition de lieux de concertation doit être dénoncée car c'est en juxtaposant des opinions différentes dans un contexte collaboratif que nous réussirons à faire avancer l'égalité de fait et que nous maintiendrons une saine démocratie.

---

<sup>18</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*, 2008 p.9

## **La reconnaissance sociale passe par la reconnaissance financière**

### **Pénurie d'effectifs ou absence de volonté politique ?**

Pour résoudre la pénurie d'effectifs en obstétrique, nous considérons que ce n'est pas uniquement une pénurie d'obstétriciens-gynécologues qui est à la source du problème. Le Québec a la proportion la plus élevée de naissances ayant lieu sous la supervision d'un obstétricien-gynécologue au Canada. En tant que spécialistes, ils devraient se concentrer sur les grossesses à risque et laisser les suivis de grossesses normales aux professionnelles de première ligne. Or, il y a présentement une absence de volonté politique réelle pour le développement de la pratique sage-femme. Cette année, une quinzaine de nouvelles sages-femmes termineront leur baccalauréat de 4 ans à l'UQTR et s'ajouteront aux 70 sages-femmes pratiquantes au Québec et elles n'auront aucun emploi en vue et ce, dans un contexte où on dénonce une crise en obstétrique ! De plus, de nombreuses sages-femmes françaises sont toujours en attente d'un emploi. Le ministre de la Santé et des Services sociaux dit publiquement qu'il n'attend que des projets. Pourtant, plus de 16 groupes de citoyens réclamant des maisons de naissance dans leur région ont déposé des projets novateurs. Ces projets soit tombent sur de sourdes oreilles, soit sont pris dans des embûches bureaucratiques ou encore des guerres territoriales. Aucun projet n'a été concrétisé depuis la sortie de la Politique en 2008 ! Et ce n'est certes pas par manque de volonté citoyenne ou par manque d'effectifs.

Nous voulons dénoncer haut et fort cette situation qui nous apparaît clairement comme de la discrimination envers les femmes. Le système médical en place est hautement patriarcal et hiérarchique, composé majoritairement d'hommes. Les obstétriciens-gynécologues reçoivent une rémunération beaucoup plus élevée que les sages-femmes pour les mêmes responsabilités et les mêmes gestes. Les sages-femmes ont présentement des conditions de travail qui s'apparentent à du « cheap labor » et doivent en plus se battre pour essayer d'avoir une certaine reconnaissance malgré leurs grandes compétences. Il n'est toujours pas rare d'entendre du dénigrement à l'égard des sages-femmes de la part de personnes travaillant dans le milieu médical.

Un autre exemple de ce « deux poids, deux mesures » est le fait que les étudiants en médecine sont rémunérés lors de leur résidence. Les étudiantes sages-femmes doivent déboursier pour effectuer leurs stages. Pourquoi un si grand écart ?

### **Groupes communautaires**

Les groupes communautaires en périnatalité qui soutiennent les femmes et leurs familles sont presque exclusivement composés de femmes. Ces travailleuses sont généralement rémunérées entre le salaire minimum et 15 \$ de l'heure en plus d'être la plupart du temps à temps partiel. En plus de devoir composer avec un maigre salaire, ces travailleuses vivent sous le stress constant de perdre leur emploi. En effet, les groupes communautaires dépendant presque entièrement du financement qu'ils réussissent à obtenir, les emplois ne sont jamais garantis et les coupures de postes sont fréquentes. Pourtant, ces postes exigent souvent des connaissances spécialisées et des formations particulières. Et n'oublions pas que

---

## **MATERNITE ET INEGALITES : REALITE INDISSOCIABLE MAIS OCCULTEE**

le travail des groupes communautaires est essentiel pour le bon fonctionnement de la société et répond concrètement et directement aux besoins de la population car c'est elle qui est au cœur des décisions qui y sont prises.

Encore une fois, nous faisons le constat amer que les emplois typiquement occupés par des femmes et, qui plus est, destinés à répondre aux besoins des femmes ne sont tout simplement aucunement valorisés. Le sous-financement chronique, voire grandissant, des groupes communautaires en périnatalité témoigne de cette négligence envers les besoins des femmes, qu'elles soient usagères ou travailleuses.

Cette négligence est d'autant plus honteuse dans un contexte d'effritement des services publics et de communautarisation, c'est-à-dire le transfert ou le détournement de services offerts autrefois dans le réseau public de la santé vers le communautaire sans financement supplémentaire. Nous dévions vers une instrumentalisation du communautaire et une forme de sous-traitance à rabais.

### **Accompagnantes à la naissance**

Plus de 200 accompagnantes à la naissance soutiennent les femmes qui accouchent en centre hospitalier. Ces femmes travaillent dans des groupes communautaires, comme travailleuses autonomes ou dans de petites entreprises. Elles offrent des cours prénataux et sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Elles offrent conseils et soutien lors du travail et accompagnent les femmes durant l'accouchement à l'hôpital. Elles établissent une relation de confiance avec les femmes, proposent des alternatives à la péridurale pour le soulagement de la douleur et assurent une présence continue.

Avoir recours à une accompagnante à la naissance a été démontré très efficace pour diminuer le nombre d'interventions subies par la mère lors de l'accouchement, soutenir l'allaitement et offrir un soutien humain qui rend l'expérience de la maternité beaucoup plus satisfaisante. Le travail que les accompagnantes accomplissent est très important. De plus en plus d'études démontrent que l'accompagnement est le principal facteur qui influence positivement l'accouchement.<sup>19</sup>

Encore une fois, ce métier exercé par des femmes pour des femmes est méconnu, peu reconnu, très peu valorisé et très peu rémunéré. En effet, une étude menée en 2007 révélait que ce soutien coûte en moyenne 540\$ aux parents.<sup>20</sup> Lorsqu'on considère qu'un accompagnement global tourne autour d'une quarantaine d'heures et exige une disponibilité totale, on s'aperçoit qu'il est pratiquement impossible de vivre décemment comme accompagnante.

---

<sup>19</sup> DRISSA, Sia, BLAIS Régis, **L'accompagnement à la naissance : aperçu des bénéfices et des coûts**; Groupe disciplinaire en santé, Université de Montréal; juin 2007; p. 3-12

<sup>20</sup> Ibid, p.15

Nous avons beau brandir les études qui démontrent à quel point l'accompagnement à la naissance est une stratégie économique et gagnante pour la diminution des interventions, le succès de l'allaitement et la satisfaction maternelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux refuse toujours de soutenir financièrement les groupes communautaires qui offrent de l'accompagnement, préférant investir massivement dans la technologie. Pourquoi n'écoutons-nous pas ce que les femmes ont à dire et à offrir ?

### **Inégalités d'accès aux mesures sociales**

Entre 2000 et 2009, il y a eu une hausse du taux de natalité de 21%. Cette hausse est en partie due à l'implantation du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Les parents québécois bénéficient du congé parental le plus généreux en Amérique du Nord. Toutefois, les critères actuels rendent plusieurs femmes inadmissibles au régime car les calculs sont basés sur le dernier rapport d'impôts et donc sur leur lien au marché du travail l'année précédant l'accouchement. Les étudiantes, les travailleuses saisonnières, les agricultrices et les femmes ayant plusieurs enfants se retrouvent exclues du RQAP. Près d'un quart des femmes qui accouchent chaque année n'ont pas un revenu décent dans la première année de vie de leur enfant ! Cela les met dans une situation précaire et contribue à une instabilité et une plus grande vulnérabilité économique. Il est impératif d'offrir un soutien financier adéquat à toutes les nouvelles mères. Mettons un terme à la discrimination basée sur le revenu.

### **Recommandations du Regroupement Naissance-Renaissance**

Pour le mieux être des femmes et l'atteinte d'une égalité de fait, nous croyons qu'il est essentiel que le MCCCCF entreprenne et soutienne des démarches pour sensibiliser les politiciens, les intervenants du réseau de la santé et la population sur les droits des femmes liés à leur santé sexuelle et reproductive en périnatalité. À cet effet, nous recommandons la mise en place de politiques, l'élaboration de lois, la réalisation d'études ainsi que la réinstauration de comités ministériels et interministériels auxquels siègeront les groupes de femmes. Toutes ces démarches augmenteront l'accès des femmes à une information complète afin qu'elle puissent mieux défendre leurs droits. Plus précisément nous faisons les recommandations suivantes :

1. Afin de dresser un **portrait québécois** de l'état de la situation des droits des femmes en lien avec **l'accouchement**, nous recommandons qu'une vaste étude longitudinale soit réalisée sur la perspective des femmes de leur expérience périnatale:
  - a. Que la Ministre de Condition féminine soutienne les groupes de femmes incluant le RNR à obtenir des fonds de recherche de partenariat en collaboration avec le milieu universitaire.
  - b. Que la ministre de condition féminine interpelle le MSSS pour qu'il mette en place des balises et des outils pour que les étudiants en médecine qui se

---

## **MATERNITE ET INEGALITES : REALITE INDISSOCIABLE MAIS OCCULTEE**

spécialisent en obstétrique de même que les étudiants en soins infirmiers soient sensibilisés au besoin de respecter les droits des femmes.

2. Afin que le droit des femmes qui veulent allaiter en public soit respecté, nous recommandons la mise en place de politiques municipales.
  - a. Que le MCCCCF soutienne la mise en place de ces politiques pour protéger les femmes qui souhaitent allaiter en public.
  - b. Que la ministre de condition féminine intègre une sensibilisation au sujet des femmes enceintes et allaitant dans ses stratégies de lutttes contre l'hypersexualisation de l'image corporelle des femmes.
3. Afin d'augmenter le respect des droits des femmes par les intervenants du réseau de la santé et qu'ils reconnaissent l'autonomie des femmes en lien avec la grossesse, l'accouchement et la première année de vie de leur enfant, nous recommandons :
  - a. Que la ministre de condition féminine incite ses homologues dans les autres ministères à se servir de *l'Initiative internationale pour la Naissance MèreEnfant (IMBCI)* comme outil de promotion pour le respect des femmes ainsi que l'amélioration de la qualité des services.
  - b. Que la ministre de condition féminine interpelle le ministre de la justice pour qu'un article de loi soit élaborée contre la violence obstétricale tel que l'a fait le Vénézuéla.
4. Afin de permettre aux femmes de faire un choix informé, aux chercheurs de faire des études basées sur des statistiques récentes détaillées sur les naissances, aux établissements de mesurer avec exactitude leurs efforts vers le soutien à la naissance physiologique et la réduction des interventions, nous recommandons
  - a. Que la ministre de condition féminine réclame au MSSS que les taux d'interventions par établissement, par région et pour le Québec soit rendus publics et mis à jour annuellement.
5. Afin d'assurer d'implanter des mesures gouvernementales qui assurent des conditions de vie décentes pour augmenter l'égalité des femmes enceintes ou qui oeuvrent auprès des femmes en période périnatale, nous recommandons :
  - a. Que le MCCCCF interpelle le MSSS pour s'assurer que le financement des groupes communautaires en périnatalité soit ajusté afin de permettre

d'employer suffisamment de travailleuses et ce, à des salaires qui reflètent la juste valeur de l'expertise requise.

- b. Que le MCCCFC incite le gouvernement à travailler pour que toutes les femmes puissent avoir accès à un congé de maternité qui leur garantit un revenu décent et que les étudiantes, les travailleuses saisonnières, les agricultrices et d'autres qui sont présentement exclues du RQAP y soient intégrées
  - c. Que la ministre de condition féminine demande à l'Institut sur la statistique du Québec d'inclure dans son bilan démographique annuel, le nombre de femmes ayant accouché qui n'ont pas eu accès au RQAP.
6. Afin que nous puissions mesurer l'évolution de l'accès des femmes aux professionnels de leur choix, nous recommandons :
- a. Que les statistiques des proportions des naissances suivies par les différents professionnels – obstétriciens, omnipraticiens, sages-femmes soient publiées dans le bilan annuel de l'Institut des statistiques du Québec
7. Afin de corriger le problème d'inaccessibilité aux soins et aux professionnelles pour assurer le respect du choix des femmes pour le suivi de grossesse et l'accouchement et pour lutter contre la mécompréhension de cette profession, nous recommandons :
- a. Que la ministre de condition féminine mettent une pression pour qu'il y ait des investissements dans le développement de l'accès aux sages-femmes et dans la mise en place d'un réseau de maisons de naissance sur tout le territoire québécois.
  - b. Que le gouvernement du Québec s'engage formellement par des annonces publiques à investir rapidement dans la mise place d'un réseau de maisons de naissance et à consolider les services sages-femmes existants.
  - c. Qu'une étude à coûts et bénéfiques sur les services sages-femmes de cet investissement soit élaborée par le MSSS et rendue publique.

## **Recommandations communes avec le mouvement des femmes**

Il est impératif que les **groupes de femmes soient inclus** dans tous les processus d'élaboration de plans d'action, de politiques et de leur mise en œuvre. C'est pourquoi le RNR se joint à la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) et au Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) pour recommander :

---

### **MATERNITE ET INEGALITES : REALITE INDISSOCIABLE MAIS OCCULTEE**

1. Que le MCCCCF initie un comité de travail interministériel et intersectoriel sur l'accessibilité, l'universalité, la gratuité et la qualité des services de première ligne en santé des femmes. Ce comité de travail réunirait minimalement des représentantes des groupes de femmes, des groupes en santé des femmes, du MCCCCF, du MSSS, du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT), du MÉLS et des Directions de la santé publique (DSP);
2. Que le MCCCCF incite le MSSS à réaliser une politique gouvernementale en matière de santé des femmes avec des orientations claires qui intègrent une approche globale de la santé, une analyse différenciée selon les sexes (ADS), une analyse intersectionnelle et un renforcement des espaces de participation citoyenne. Cette politique se concrétisera dans un plan d'action national, de même que des plans d'action régionaux.

Il est impératif **que les groupes de femmes soient financés adéquatement** non seulement pour assurer les conditions de vie décentes de leurs travailleuses mais aussi pour les soutenir dans leurs actions. Les groupes de femmes jouent un rôle essentiel dans la société démocratique de par leur expertise et ainsi portent à l'attention des décideurs les inégalités et les injustices persistantes et de travailler collectivement pour leur élimination. C'est pourquoi le RNR se joint aux autres groupes de femmes pour recommander que les enveloppes de soutien aux groupes de femmes soient maintenues et bonifiées, notamment pour les organismes de défense des droits tels que la **Fédération des femmes du Québec**.

Le gouvernement doit placer des balises et maintenir en place des outils pour que les politiques, basées sur un consensus social, soient mises en œuvre. La ministre de la condition féminine a un rôle précis bien circonscrit dans la loi dont l'envergure des responsabilités est si vaste qu'il lui faudrait une plus grande marge de manœuvre et de beaucoup plus de ressources. Pour cela, il est essentiel que les instances gouvernementales relatives à la condition féminine soient maintenues. C'est pourquoi le RNR ajoute sa voix à celles des nombreux groupes de femmes qui recommandent :

3. Que le gouvernement maintienne et renforce les instances actuelles;
4. Que le ministère de la Condition féminine ne soit pas jumelé à d'autres ministères et que la promotion du droit des femmes à l'égalité soit le seul mandat de la ministre de la Condition féminine;
5. Que le Secrétariat à la Condition féminine soit maintenu et le rôle de sa sous-ministre, renforcé;
6. Que le Conseil du Statut de la femme soit maintenu et que son rôle soit renforcé;
7. Que ces trois instances soient dotées de ressources humaines et financières à la hauteur de leur mission.

## Conclusion

### **Grossesse, accouchement et période postnatale : n'oublions pas la femme dans l'équation.**

On dit qu'on est à l'ère de l'interdisciplinarité et cette approche va certes apporter une plus grande collaboration entre les intervenants en obstétrique. Mais si, dans nos efforts louables pour nous assurer que nos pratiques sont efficaces, basées sur les dernières données probantes, et organisée en réseautage, nous ne nous penchons pas sur nos attitudes envers les femmes, nous affaiblissons nos services et ne respectons pas leurs droits.

Les lacunes et les inégalités persistantes en regard aux droits des femmes face au système de santé auront des conséquences à long terme sur leur santé, celle de leurs enfants et de leurs familles. L'expérience des femmes y est intimement liée. Le non respect de leur intégrité et de leur droit au consentement libre et informé a pour conséquence un effritement de leur santé, de leur confiance en leur capacité d'être mère et une perte de résilience face aux défis auxquelles elles seront confrontées dans la première année de vie de leur enfant et pour les années à venir.

Il est temps pour un changement de paradigme. Ce changement fait face à de grandes résistances dans plusieurs sphères. Nous invitons les politiciens et politiciennes à s'allier à la population pour susciter ce changement non seulement parce qu'il apportera une plus grande égalité mais aussi parce qu'il libérera des ressources humaines et financières qui pourront être dirigées ailleurs.

Nous appelons ainsi la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine et le gouvernement québécois à nous soutenir dans la défense des droits des femmes en période périnatale et à continuer de lutter contre les inégalités persistantes dans le réseau de la santé, et dans le partage égalitaire des rôles parentaux entre les hommes et les femmes en se servant des instances à sa disposition. Nous vous demandons également d'intervenir auprès du gouvernement fédéral pour défendre les droits des femmes et refuser tout recul en matière de droits liés à la santé sexuelle et reproductive.