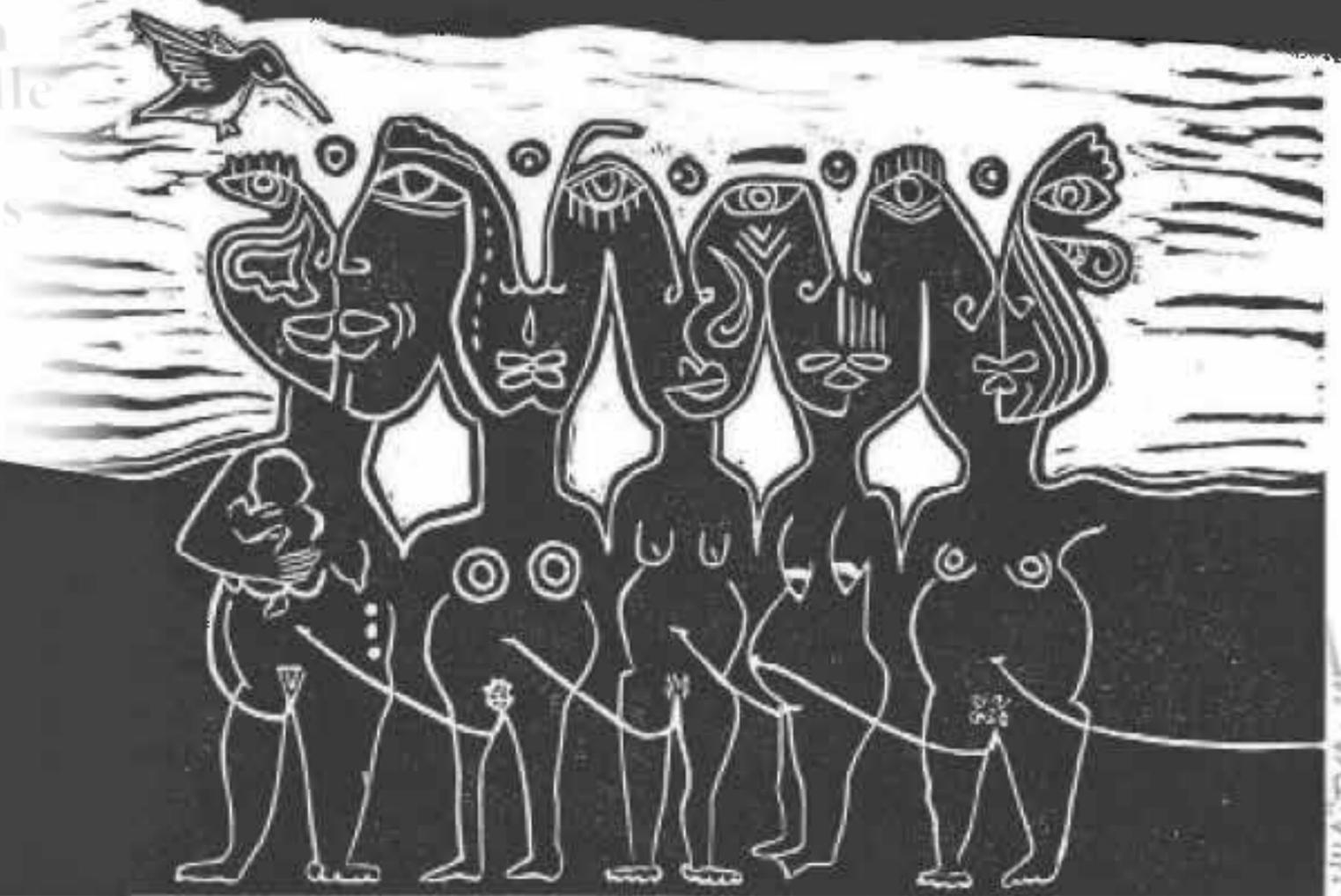


du Québec - App
lièvre et la tortue : biomedecine et pratique
femme - Récit de guérison - Femmes et sages-
femmes militant côte à côte : une affaire du passé?
- La tente rouge - La santé chez les sages-femmes
et étudiantes sages-femmes - Réflexions sur mon
expérience du processus d'enquête professionnelle
- Les examens vaginaux : l'art d'observer pour
mieux les réduire - Visualisation pour les fausses
couches - 11 choses à savoir sur les soins de
plaies en pratique sage-femme - L'homéopathie
- le Rebozo - Les rythmes neurologiques et
alimentaires du
Physiologie
Ch...

les Pas Sages



**Journal des étudiantEs
sages-femmes du Québec**
volume 3, printemps 2016



volume 3, printemps 2016

Matailinéaise

Très chères lectrices,

C'est avec un plaisir toujours renouvelé que je vous présente la 3^e édition du journal de l'association des étudiantes sages-femmes du Québec. Ce journal est un projet qui prend de l'expansion grâce à votre intérêt et à nos nombreuses chroniqueuses et participantes. Nous vous réservons quelques belles surprises pour l'année à venir, restez à l'affût! N'oubliez pas que vous pouvez trouver une version web du journal sur le site conaitreensemble.com sous la rubrique « Nouvelles ». Pour communiquer avec nous : melsagefemme@gmail.com

Bien à vous,

Mélanie B.

Table des matières:

Place aux étudiantes

L'Auberge autogérée des étudiantes sages-femmes québécoises à la recherche de ses locaux -----Sandra Choquet
Approches féministes en santé----- Maude Arseneau-Richard

Articles d'intérêt

Récit de guérison ----- Nerea Chabot Soloaga
Femmes et sages-femmes militant côte à côte : une affaire du passé? ----- Lorraine Fontaine
La tente rouge ----- Isabelle Challut

Réflexion Sage-Femme

La santé chez les sages-femmes et étudiantes sages-femmes -----Mayou Soulière
Réflexions sur mon expérience du processus d'enquête professionnelle ----- Jennie Stonier

Pour la pratique

Les examens vaginaux : l'art d'observer pour mieux les réduire -----Sandra Demontigny
Visualisation pour les fausses couches ----- Jeen Kirwen
11 choses à savoir sur les soins de plaies en pratique sage-femme ----- Mélanie Bergeron-Blais
L'homéopathie ----- Marie-Andrée Beaumier
Le Rebozo ----- Esther Tetreault
Les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né, et leur évolution ----- Ingrid Bayot

Le mot de la fin

Physiologic Postpartum Care: Re-Membering our Global Postpartum Tradition ----- Rachele Garcia Seliga

Image de la couverture par Nerea: Nerea Soloaga (Uhaïtxa) est étudiante sage-femme et nouvelle maman. Elle et son partenaire, Yuri Rousseau, explorent, à travers la gravure, la poésie subversive entourant l'accouchement



Volume 3, printemps 2016
Coordination: Mélanie Bergeron-Blais
Mise en page: Chloé Markgraf
Corrections: Julie Turgeon, Marie-Pier Robillard, et Louis Maltais



www.ageuqtr.org

Place aux étudiantes

L'Auberge autogérée des étudiantes sages-femmes québécoises à la recherche de ses locaux

par Sandra Choquet

Notre projet fou, celui de créer une auberge pour les étudiantes sages-femmes lors de leurs séjours à Trois-Rivières, avance à merveille. On en parle depuis plus de 3 ans, plus concrètement depuis octobre 2015, moment où l'organisme à but non lucratif a été créé et où la collecte de fonds a débuté. Depuis l'automne, vous en avez sûrement entendu parler via Facebook, la radio, la télévision et les affiches dans les maisons de naissance et ailleurs. Grâce à nos efforts, nous avons amassé plus de 25 000\$ en dons d'organismes divers, de généreuses compagnies et bien entendu de donateurs-donatrices indépendants : Association des étudiantes sages-femmes du Québec (5000\$), Association générale étudiante de l'Université du Québec à Trois-Rivières (5000\$), Fondation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (3000\$), Transport Petit (1000\$), dons amassés par les étudiantes sages-femmes personnellement (1700\$), le site de financement en ligne gofundme (4000\$) ainsi que des donateurs anonymes. Merci infiniment!

En raison de la visibilité donnée à notre projet par les médias au début décembre, nous avons reçu quelques offres de maisons pouvant servir de local à l'Auberge. Cette visibilité a également attiré l'attention de la ville sur notre projet. Malgré une entente verbale obtenue par la ville de Trois-Rivières en juillet 2015 concernant l'établissement de notre projet sur son territoire, nous avons obtenu en mars 2016, une décision contraire qui nous obligera à faire une demande de changement de zonage si nous désirons établir notre projet dans un quartier résidentielle à proximité de l'UQTR. Cette nouvelle est arrivée au moment où nous nous apprêtons à déposer une offre d'achat pour une maison sur la rue De Courval, près de l'UQTR. Les propriétaires de la maison ciblée ont refusé de négocier avec nous vu la condition que nous devons inclure dans l'offre d'achat (changement de zonage). Une demande de changement de zonage demande un minimum de 4 mois (6 à 8 mois en moyenne) de procédure ainsi que des frais de 2000 à 3000\$. Nous sommes donc maintenant à la recherche d'une autre maison, à vendre par des propriétaires qui ne sont pas pressés et qui accepteront de nous la louer à partir de septembre 2016 advenant le cas où le changement de zonage ne serait pas finalisé ou accepté d'ici là. Nous désirons nous assurer d'avoir une maison pour septembre 2016 car nous avons toujours comme objectif d'accueillir les premières étudiante à partir de la prochaine session d'automne.

Au niveau de l'hypothèque et de la collecte de dons, tout se passe très bien. Pour l'hypothèque, la Caisse d'économie solidaire Desjardins sera notre partenaire. Cette institution a confiance en notre projet et accepte de nous prêter avec une mise de fonds de 20%. Pour une maison de 160 000\$ par exemple, c'est 32 000\$ que nous devons amasser, en plus d'environ 10 000\$ pour les frais entourant la transaction, un fonds de roulement et l'aménagement de la maison (notaire, taxes de bienvenue, achat de certains meubles, etc.) soit un total de 42 000\$. Avec les 25 000\$

déjà amassé, il n'en manque plus beaucoup. Nous savons que certains donateurs désirent connaître les détails de la maison achetée avant d'effectuer un don. Notre partenaire local, Innovation et développement économique Trois-Rivières (IDETR) fait partie de ceux-ci. IDETR nous réserve une subvention de 10 000 ou 15 000\$ conditionnelle au dépôt et à l'acceptation de notre dossier. Pour déposer notre dossier, nous devons avoir en main une offre d'achat. Malheureusement, cette subvention ne sera disponible que jusqu'à la mi-mai. Il ne nous reste donc que 1 mois et demi pour trouver une maison et déposer notre dossier. Le temps presse. Avec cette subvention, nous aurons atteints le montant de la mise de fonds. Il ne manquera que quelques milliers de dollars pour atteindre notre objectif de 42 000\$. Nous avons confiance de pouvoir amasser cette somme d'ici l'ouverture de la maison en septembre.

Pour l'instant, la priorité est donc de trouver une maison et de débiter les démarches pour la demande de changement de zonage. Nous espérons pouvoir trouver une maison d'ici maximum un mois pour pouvoir profiter de la subvention d'IDETR mais également pour pouvoir informer les nouvelles étudiantes au programme en pratique sage-femme de l'existence de l'Auberge lorsqu'elles recevront leurs lettres d'acceptation au début mai. Nous sommes à un moment déterminant pour la réalisation de notre projet. Nous espérons de tout cœur que les prochaines semaines mettront sur notre chemin les éléments manquants pour sa réalisation.

En vrac :

- Nous effectuerons l'animation d'un 5 à 7 lors du Rassemblement de la communauté sage-femme le 2 avril prochain. Prix de participation et activités de levée de fonds sont au programme;
- Malheureusement, nous ne pourrions pas émettre des reçus aux fins d'impôt pour des dons effectués via la Fondation de l'UQTR;
- Nous sommes toujours à la recherche d'un local pour entreposer les dons de meubles à Trois-Rivières. Merci de communiquer avec nous si vous avez des idées!
- Notre site de financement en ligne est toujours actif www.gofundme.com/aaesfq.

Si vous avez des questions sur le projet, des commentaires ou des suggestions, n'hésitez pas à communiquer avec Sandra Choquet au 450-775-9851.

Merci de votre participation et de votre intérêt envers l'Auberge! Cet endroit sera un havre de paix dans notre vie folle, une porte toujours ouverte où nous pourrions nous rassembler et échanger. Nous avons bien hâte de pouvoir en profiter.

Sandra Choquet est étudiante de 3^e année en pratique sage-femme et est la présidente actuelle de l'Association des étudiantes sages-femmes du Québec. Elle est également présidente et membre fondatrice de l'organisme à but non lucratif l'Auberge autogérée des étudiantes sages-femmes québécoises, fondé en octobre 2015 pour la réalisation du projet. Le comité de travail de l'Auberge est composé de 16 étudiantes sages-femmes ainsi que divers partenaires externes.





Le lièvre et la tortue : biomédecine et pratique sage-femme

par Maude Arseneau-Richard

Le 5 décembre passé, nous étions une belle gang d'étudiantes sages-femmes, de sages-femmes et d'accompagnantes à la naissance réunies autour d'une table à la Maison Parent-Roback pour nourrir une réflexion autour du féminisme dans les soins de santé et de son implication dans la pratique des sages-femmes. Cet atelier, donné dans le cadre des formations offertes par l'AÉSFQ, était animé par deux femmes totalement inspirantes, Lydya Assayag et Isabelle Mimeault, du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). Cet organisme est un vrai bijou, engagé dans la promotion d'une approche globale de santé et dans la défense des droits des femmes, valorisant leur autonomie et leur savoir quant à leur propre santé. Le RQASF a pour mission d'outiller les femmes et de conscientiser la société aux enjeux féministes en matière de santé en offrant de l'information objective par le biais des réseaux sociaux, de formations et d'ateliers, en plus de prendre la parole auprès du gouvernement et des institutions.

Paradigme biomédical et mise à l'écart des femmes

En début de journée, nous avons donc eu droit à une petite histoire de la santé et des différents facteurs ayant contribué à la mise à l'écart des femmes de ce domaine. L'installation du paradigme biomédical, du morcellement des corps où le seul objectif est de réparer, de traiter avec la pharmacologie et les techniques disponibles, sans égard à la globalité de l'être. Au nom de la science, tirer profit des avancées technologiques à tout prix, au détriment du bien-être et du respect des femmes. Contrôler le corps de celles qui portent la vie, de celles qui prennent soin de la relève, n'est-ce pas une bonne façon de contrôler la société? En leur enlevant toute confiance, tout pouvoir, en contrôlant jusqu'à leur image corporelle, il n'était plus à craindre qu'elles viennent ébranler la structure d'efficacité, de rentabilité et d'uniformité mise en place pour « soigner ». Aujourd'hui même, dans nos sociétés supposément égalitaires et évoluées, on retrouve cette mainmise du corps médical dans tout ce qui touche la santé des femmes, de la puberté jusqu'à la ménopause, en passant (ô combien!) par la maternité. Lydya et Isabelle nous ont illustré à quel point le contrôle de l'information est crucial et que beaucoup de médias, en quête de sensationnalisme, n'offrent pas toujours un discours objectif. Il est la plupart du temps basé sur la peur. Les statistiques sont une arme à double tranchant qu'on peut utiliser à sa guise et qui souvent, sorties de leur contexte, servent des discours biaisés qui influencent pourtant la vie de milliers de femmes à travers le monde.

À nous d'être alertes, allumées, sceptiques, de nous interroger, de nous abreuver de sources fiables, indépendantes, crédibles pour

partager de l'information juste aux femmes, avoir une pratique saine et reprendre possession de notre pouvoir sur nos corps et nos vies de femmes.

Violence obstétricale

En après-midi, Lorraine Fontaine du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), nous a gracieusement partagé son expérience sur la violence obstétricale. De tous ses talents de conteuse, elle nous a raconté les femmes et leurs expériences douloureuses, inimaginables, mais vraies. De l'humiliation, de la peur, des accouchements volés, des traumatismes toujours présents des décennies plus tard pour certaines. Au cours de sa tournée du Québec dans le cadre du projet maternité et dignité (voir le site web du RNR), Lorraine a rencontré ces femmes qui ont osé briser le silence et révéler l'impact majeur que ces violences ont sur l'expérience d'enfantement des femmes. La violence obstétricale commence enfin à être reconnue, mais demeure une problématique émergente au Québec. Hélène Vadeboncoeur, chercheuse québécoise de renom, la définit comme suit :

« La violence obstétricale, une forme de violence systémique et institutionnelle, consiste en une intervention ou son absence par laquelle un ou une professionnelle de l'obstétrique cherche à contrôler une femme en train d'accoucher en utilisant des moyens de différents ordres, par exemple physique : la force, la contrainte; ou des dimensions psychologiques : la menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité, ou un geste posé sans son consentement libre et éclairé et explicite. (Dossiers de l'obstétrique, 2003, n° 317) »

Ainsi, les femmes et les professionnels de la santé pénètrent dans ce cercle de violence induit par une organisation des soins inadéquate, des pratiques inutiles, voire dangereuses, mais considérées « normales » et des protocoles qui ne répondent pas aux besoins individuels, faute de temps et de ressources. La violence obstétricale n'est donc pas le fait d'individus, mais d'un système, d'une société. L'organisation de la pratique et la philosophie des sages-femmes au Québec sont en quelque sorte une protection contre celle-ci, mais j'aimerais simplement inviter toutes celles qui liront ce texte à demeurer conscientes et vigilantes, à ne rien tenir pour acquis, afin que la violence ne se fauille pas dans une faille, car personne n'en est à l'abri.

Au terme de cette journée, pas de doute dans notre petit groupe : la profession sage-femme est résolument féministe.

L'approche globale et féministe de santé

L'approche globale et féministe de santé telle que présentée par le RQASF repose sur 8 « idées-forces » (voir le document *Changeons de lunettes!* sur le site web du RQASF) :

- Elle implique une approche holistique, car elle considère que **l'être humain est un tout**, soit un corps et esprit qui interagit avec son environnement.
- Elle s'ancre dans **l'intersectionnalité** en tenant compte des spécificités physiologiques et sociales des hommes et des femmes, telles que l'homosexualité, les handicaps, la pauvreté, etc.
- Elle prend en considération **les déterminants sociaux de la santé**, tels que le revenu, la scolarité, l'environnement, l'émancipation des femmes, l'équité et le logement.
- Elle mise sur **la prévention et la promotion de la santé**, plutôt que sur le curatif, et croit que la santé relève la justice sociale, donc de l'implication des instances concernées.
- Elle se fonde sur **l'autosanté**, basée sur le respect, l'égalité et la prise en charge personnelle de sa propre santé.
- Elle considère essentiel **le droit à l'autonomie et au consentement éclairé**, ce qui implique d'avoir accès à l'information nécessaire.
- Elle encourage le **sens critique** par rapport aux savoirs universellement admis dans le domaine biomédical.
- Elle est **ouverte aux approches alternatives** bien réglementées et encadrées pour assurer la sécurité et permettre un réel choix.

Cette manière de concevoir les soins de santé est très inspirante et résonne avec notre philosophie, mais implique un changement de paradigme social important qui mérite qu'on s'y attarde et qu'on participe à ce grand mouvement de réappropriation de la santé des femmes, qui est intimement lié à la légalisation de la profession au Québec. Hé oui, on a du pain sur la planche, mais on est capables! Au terme de cette journée, pas de doute dans notre petit groupe : la profession sage-femme est résolument féministe. Pour ma part, j'ai envie de la réfléchir comme telle, de la nourrir comme telle et de la porter comme telle. <3

Merci à Isabelle, Lydya et Lorraine d'avoir si bien animé cette journée.

Merci à Mélanie pour l'organisation et le délicieux dîner.

Merci à toutes celles qui étaient présentes d'être si inspirantes et engagées.

Quelques suggestions de lecture :

- I. *L'histoire du féminisme raconté à Camille* de Micheline Dumont, aux Éditions du remue-ménage (2008)
- II. *Les femmes changent la lutte*, sous la direction de Marie-Ève Surprenant et Mylène Bigaouette, aux Éditions du remue-ménage (2013)
- III. *Manuel de résistance féministe*, de Marie-Ève Surprenant, aux Éditions du remue-ménage (2015)
- IV. *Second début : Cendres et renaissance du féminisme*, de Francine Pelletier, Atelier 10 (2015)

Sites web :

<http://rqasf.qc.ca>

<http://www.naissance-renaissance.qc.ca>

Maude vient des Iles de la Madeleine et elle est mère de deux jeunes enfants. Elle est étudiante sage-femme en première année, membre du CE de l'AÉSFQ, du CA du Groupe MAMAN et aime graviter autour des groupes militant pour l'autonomie des femmes et l'humanisation des naissances.



Récit de guérison

par Nerea Chabot Soloaga

Il y a six mois, j'accouchais de mon premier enfant. Sa naissance fut le paroxysme d'une grande tension dramatique qui débuta à la maison avec une décélération de son rythme cardiaque et qui nous fit aboutir aux urgences. Kaoli aura vu le jour – ou plutôt le néon – dans une pièce exigüe, sa mère attachée à une civière et détachée de ses émotions. C'est parfois ce qui se produit chez les personnes en état de choc. Il existe toutes sortes de chocs et autant de façons d'y réagir qu'il y a d'humains. Dans mon cas, entre autres chocs figuraient celui de devoir expulser d'urgence le petit être qui me dansait au creux du ventre depuis si longtemps déjà, celui de me faire tenir les jambes de force par un inconnu baraqué sans comprendre pourquoi on me parlait encore d'épisiotomie si le rythme cardiaque de mon bébé était redevenu normal, celui d'être observée par une dizaine de paires d'yeux fébriles de trop et celui de voir la main d'une inconnue plonger sur la tête couronnée de Kaoli avant de bien vouloir me laisser le pousser. C'est à croire que lorsqu'il y a urgence, on ne s'appartient plus. C'est la peur et le désir de sauver qui règnent et broient tout sur leur passage. Surtout les attentes élevées d'une étudiante sage-femme, je suppose. Toujours est-il qu'il me fallut plusieurs minutes avec mon nouveau-né visqueux et hurlant sur le ventre, mes crocs de femme-louve prêts à mordre quiconque s'approcherait – sauf son père –, avant de verser des larmes, de chantonner et de humer, encore tourmentée.

Le transfert ne s'était pas complété; je n'étais pas arrivée jusqu'au département d'obstétrique. J'étais donc « libre » – tel était mon sentiment après m'être sentie prise au piège comme jamais –, prête à repartir vers mon nid avec mes deux amours, mes sages-femmes... et mon placenta. Prête à estomper la violence ressentie et à tisser du sens autour de cet épisode tumultueux, bien que consciente du temps qu'il me faudrait pour y arriver. S'il n'en demeure pas moins que beaucoup de joie, de magie et de reconnaissance émanaient de mon vécu d'accouchement – la latence de 3 jours, les balades près de la rivière, la danse cosmique avec mon amoureux, la connexion avec mon bébé... –, je ne parvenais pas, durant les jours et les semaines qui suivirent, à me défaire d'un cocktail de tristesse et de rancœur. J'avais beau relativiser l'ampleur des chocs encaissés, penser à mille et un scénarios pires que le mien, celui-ci me revenait sans cesse en boucle avec la même violence. Et à chaque fois je m'en voulais. Je m'en voulais d'avoir lutté contre mon corps quand il me guidait

vers le sommeil entre les contractions, je m'en voulais d'avoir voulu accélérer le cours des choses pour satisfaire les autres, je m'en voulais de m'être épuisée à pousser en vain et de ne pas avoir eu l'énergie vitale pour libérer mon bébé alors que sa tête comprimée tentait de trouver son chemin, je m'en voulais de ne pas avoir montré les crocs de femme-louve avant. Il est difficile d'expliquer ce sentiment alors qu'on le sait absurde. Sa raison d'être a d'ailleurs peu d'importance ici, puisque c'est une histoire de guérison que je désire vous partager.

Le premier pas vers la guérison est sans doute de la légitimer en reconnaissant qu'une blessure doit être soignée. C'est dans un atelier sur le deuil et les rituels de guérison donné cet automne par la sage-femme pionnière à la retraite Jeen Kirwen que j'ai compris que ma blessure était toujours suintante. Lors de cette formation, Jeen nous a partagé des outils pour guider les femmes sur la voie de la guérison, notamment suite à un accouchement difficile. Elle nous a entre autres enseigné à faire un rituel durant lequel la femme mime son accouchement, mais avec un autre dénouement. Un tel rituel, qui peut inclure ou non le (la) conjoint(e), implique la présence du bébé (une femme ayant perdu son enfant se verrait donc proposer un autre type de rituel), d'une sage-femme et d'une assistante. Il se prévoit à domicile ou à la maison de naissance, préférablement dans l'eau. La sage-femme crée un espace rituel empreint de beauté (bougies, fleurs, etc.) et y accueille la femme, qui arrive « en travail ». Le rituel se déroule bien souvent en moins d'une heure, pendant laquelle la sage-femme peut souligner les étapes nouvellement franchies par le couple par rapport à leur vécu initial. L'assistante emmène alors le bébé dans l'eau au moment de sa (re)naissance, après quoi naît le placenta. S'en suit le classique postnatal immédiat (avec assiette de fruits!) durant lequel la sage-femme et l'assistante laissent la famille savourer sa lune de miel. L'idée est de l'imprégner de cette expérience positive, tant sur le plan conscient que subconscient.

Je quittai l'atelier de Jeen en me promettant de m'offrir ce rituel dans les semaines suivantes. J'y repensai souvent, me demandant si ma blessure valait la peine de mobiliser tant d'énergie ou s'il était préférable de laisser le temps faire son œuvre. Je me demandai aussi s'il valait mieux accepter mon histoire telle qu'elle était plutôt que d'essayer de la falsifier. J'en vins à la conclusion qu'une promesse, c'est une promesse. Dans tous les cas, j'avais envie de vivre l'expérience moi-même avant de proposer un tel rituel à d'autres.

Le premier pas vers la guérison est sans doute de la légitimer en reconnaissant qu'une blessure doit être soignée.

J'en parlai d'abord à mon amoureux, qui était alors en train de lire un récit autobiographique de Jodorowski, père de la psychomagie. Quoi de mieux pour aborder un rituel de guérison! Il accepta de vivre l'expérience avec moi. Je demandai ensuite à l'une de nos amies qui avait suivi la formation à mes côtés si elle voulait bien nous accompagner dans cette démarche. Elle accepta avec joie d'être la sage-femme et l'assistante à la fois.

Puis le grand jour arriva, avec la même part d'inconnu que contiennent tous les accouchements. Pour tout dire, je n'avais aucune idée si j'arriverais à jouer le « jeu ». Mais c'est un peu comme si toutes les cellules de mon corps s'en chargèrent à ma place. Je mimais déjà des contractions à l'arrivée de notre sage-femme. Mon amoureux et moi sortîmes dans le froid de décembre nous balader près de la rivière. À notre retour, les contractions s'étaient intensifiées et je me sentais entrer de plus en plus creux dans le vortex de l'accouchement. Je me glissai entre les pétales de rose qui flottaient sur l'eau du bain que notre amie m'avait fait couler.

La force du rituel, selon moi, repose sur notre abandon dans le processus et notre confiance en la personne que nous avions choisie pour nous accompagner. Celle-ci connaissait d'ailleurs très bien notre histoire et sut trouver les mots qui contribuèrent à la guérison. Au moment où, les yeux fermés, je mimai la naissance de notre bébé dans un moment d'extrême intensité, je pus sentir la peau de Kaoli, que la sage-femme avait réveillé et doucement

*Réminiscences du shack
La fois où en revenant d'une naissance
un troupeau de dindons sauvages
m'attendait
La fois où dans le jardin
un renard roux m'observait
où une centaine de moineaux débarquait

La faune cette fois-là de venir me
murmurer aux papillons du ventre que
je portais la vie
dans la salle de bain exigüe
du pipi sur les doigts
le cœur en émoi

jusqu'à l'aube les flammes sur
leur dance floor
m'envoûtaient par la vitre du p'tit poêle
sa chaleur jusque dans ma
matrice.*

approché de mon corps. Je me mis alors à pleurer du plus profond de mon être, à rire, à déguster ce moment précieux qui m'avait échappé la première fois et qui était là, tout entier, aussi vrai que mon enfant était dans mes bras, tout sourire devant trois adultes en larmes de joie. Je n'avais jamais pensé que mettre en scène cette tranche de vie pourrait avoir un tel pouvoir guérisseur sur moi, sur nous. Encore aujourd'hui, une joie pure me submerge quand je pense au rituel que nous avons mené avec tant d'amour et qui conclut à merveille ce cycle de notre vie.

Plusieurs d'entre nous (ESF, SF, accompagnantes, etc.) avons nous-mêmes vécu des accouchements difficiles. Si ceux-ci peuvent souvent nous rapprocher des femmes auprès desquelles nous travaillons, je pense que notre propre expérience de la guérison intérieure leur serait d'autant plus bénéfique. Comme nous l'a si bien dit Jeen lors de son atelier, il faut prendre soin de nos propres douleurs pour prendre soin de celle des autres.



Image par Yuri Rousseau



Femmes et sages-femmes militant côte à côte : une affaire du passé?

par Lorraine Fontaine

Le RNR fut fondé en 1980 par des femmes, des familles et des sages-femmes dans la foulée des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* auxquels plus de 10 000 femmes ont participé. Le RNR a été de toutes les luttes pour la réinstauration de la pratique sage-femme au Québec. Au cours des années, il a mis en place des coalitions, revendiqué des droits, développé des formations, réalisé des recherches et s'est mobilisé avec des milliers de militantes de tous horizons. Au fil des ans, le financement du RNR a fondu, entraînant une diminution importante des travailleuses (de 5 travailleuses à temps plein à 2 personnes à temps partiel). Cette situation financière toujours plus précaire est le lot des groupes communautaires. Pourtant, les enjeux auxquels les nouveaux parents se butent se sont multipliés.

Se sont aussi multipliés, les groupes privés et lucratifs qui offrent leurs services en périnatalité aux parents-clients. Tout ça fait l'affaire des élus, qui eux mettent en place les outils pour orchestrer le désengagement du gouvernement envers les populations les plus démunies et qui mettent en place des lois contre l'engagement citoyen. Ainsi, les groupes communautaires poursuivant leur mission se sont trouvés de plus en plus obligés de tarifier pour leurs services et de trouver d'autres sources de financement. La société aussi a évolué, passant d'une société axée sur les droits universels à la santé, l'éducation et le bien-être de tous les humains à une société beaucoup plus individualiste. En conséquence, nous sommes tous moins disponibles pour faire la défense de droit, la sensibilisation, la formation et pour militer ensemble pour nos droits. C'est une vieille stratégie de nous obliger à nous tourner vers notre survie et ainsi nous éloigner de nos actions collectives. Mais les êtres humains sont résilients et les femmes et sages-femmes encore plus résilientes. On ne baissera pas les bras aussi vite que ça. On continuera de réclamer une pratique sage-femme et des accouchements à la hauteur de nos rêves.

Le lien entre les sages-femmes et les femmes n'est pas sorti indemne de tous ces chavirements de société et de l'impact opprimant du néo-libéralisme. Quand on s'insère dans un système, il faut prendre garde au loup qui guette dans des lieux sournois et parfois surprenants. Comment alors dénoncer les injustices et revendiquer des changements dans une société qui cherche tant à faire taire la dissidence ? Comment porter la voix citoyenne à ceux qui font la sourde oreille et qui se croient les seuls « expert(e)s » ? On n'a pas d'autre choix. C'est incontournable de faire preuve de créativité et de réinventer nos actions avec de nouvelles personnes qui à leur tour se questionnent sur le statu quo en obstétrique, qui optent pour des alternatives à la vision biomédicale de la grossesse et l'accouchement et qui trouvent des moyens créatifs pour continuer d'agir selon leurs convictions.

Comment alors dénoncer les injustices et revendiquer des changements dans une société qui cherche tant à faire taire la dissidence ?

Depuis quelques années, on sent un vent de renouveau. Les étudiantes sages-femmes osent s'exprimer sur la place publique par des moyens ludiques et créatifs, des groupes se constituent pour se remémorer nos croyances profondes en le potentiel transformateur de l'accouchement, des sages-femmes autochtones œuvrent pour la réinstauration de leur modèle de pratique, des chercheurs se penchent sur des questions difficiles telles que la violence obstétricale, des groupes communautaires, des professionnel(le)s, des associations et même des entreprises osent dénoncer ensemble le démantèlement de nos services publics. Tout cela a insufflé un souvenir de notre puissance comme citoyen(ne)s et nous a

rappelé notre grande créativité collective. Devant tout cela, que fait le RNR? Il s'est retroussé les manches, a reconstruit ses alliances et s'est penché sur des questions difficiles :

Comment nommer et comprendre les souffrances et les détresses que continuent de vivre des milliers de femmes lors de leurs accouchements ?

Comment stimuler la fibre militante et citoyenne pour qu'elle surmonte ses propres peurs et ose dénoncer à nouveau les injustices et proposer des solutions alternatives ?

Comment entrer en dialogue avec les « experts » en obstétrique pour leur faire comprendre l'importance de respecter les droits des femmes en période périnatale ?

Comment actualiser notre mission et rallier nos membres et alliés pour des causes communes ?

Pour ce faire, on collabore avec des chercheurs, on apprend de nouvelles façons d'animer et de mobiliser, on explore de nouvelles avenues, on construit de nouvelles alliances, on continue de croire en la capacité humaine d'aimer, de respecter, de grandir ensemble, de s'ouvrir à de nouvelles possibilités. Et concrètement, ça veut dire quoi tout ça?

Depuis plusieurs années, le RNR cherche des moyens pour mettre en lumière des situations inacceptables qui perdurent. L'une des stratégies employées est la réalisation d'une étude exploratoire avec des chercheurs de l'Université de Montréal (Rodriguez del Barrio, Vadeboncoeur, St-Amant, Fontaine, & Hivon, 2010).

Malgré toutes ces années de travail, il est encore considéré tabou de nommer violence ce que vivent de nombreuses femmes lors de leurs accouchements. Pourtant les mots qu'elles utilisent s'apparentent à ceux



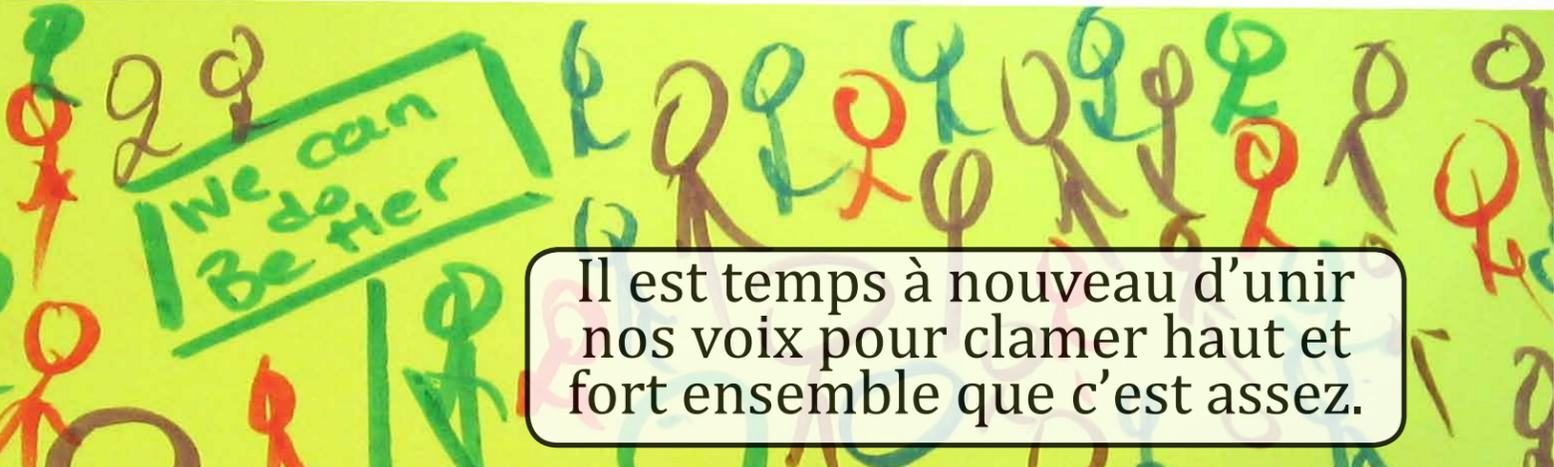
utilisés par des femmes victimes d'abus sexuels et de violence à caractère sexuel. Nous entendons trop souvent une souffrance profonde qui a le potentiel d'avoir un impact de longue durée sur la confiance qu'ont les femmes en leurs corps et en leurs capacités d'être mères. Cette première étude posait la question : « *Est-ce que l'accouchement en établissement peut mener à de l'abus, de la négligence, voire même de la violence ?* » L'analyse de plus de 100 récits d'expériences d'accouchements nous a révélé que la source des problèmes réside en grande partie dans la structure du système de soins entourant la maternité. Les pratiques, les protocoles, l'organisation des soins sont tous basés sur une efficacité qui nie la nature profondément personnelle de l'expérience de l'accouchement. C'est en grande partie la gestion active et la pathologisation d'un événement humain et la primauté du langage de risque et de peur qui ont un impact sur les attitudes des pourvoyeurs de soins et aussi sur les femmes elles-mêmes. Ce que nous dénonçons dans les années 80 a-t-il été normalisé, aseptisé, décoré, déguisé? Les résultats de cette recherche, non publiés encore, ont été présentés à plus d'une douzaine de colloques au Québec, au Canada et à l'international. Les résultats font également partie du cursus de la thèse doctorale en sémiologie de Stéphanie St-Amant, chercheuse qui nous rappelle l'histoire et qui nous invite à réinventer comment nous parlons de nos corps, nos accouchements et nos pratiques. Ces recherches ont déjà porté leurs fruits et trouvent résonance dans les études qui surgissent dans de multiples pays se posant des questions semblables.

Assistons-nous à l'implantation d'un nouveau paradigme entourant l'accouchement? Tel le changement de la marée dans la baie de Fundy, c'est précisément au tournant que la plus grande résistance est sentie. En même temps qu'on voit des attaques aux droits reproductifs, on assiste à la criminalisation du droit des femmes de choisir comment accoucher. C'est en dire long quand une femme américaine qui refuse une césarienne se voit arrêter par la police et imposer une césarienne de force pour finalement se faire enlever son bébé. Tout ça parce qu'elle a refusé de se soumettre au dictat médical. C'est en dire long quand une femme québécoise en train de réaliser un AVAC se voit imposer la méthode de Kristeller malgré ses cris de douleurs et sa demande répétée d'arrêter. Cette violence

systémique révèle un système au service des protocoles et non au service des personnes qui devraient pourtant être au cœur des soins. Chaque fois que nous avons parlé de violence obstétricale devant des intervenants du réseau de la santé, ils deviennent très inconfortables, voire rébarbatifs et sur la défensive. Pourtant il ne s'agit pas d'accusation d'individus, mais plutôt d'analyse d'une structure très hiérarchisée et peu ouverte aux solutions de rechange à l'approche biomédicale. Je postule aussi que les intervenants eux-mêmes peuvent être traumatisés par la violence obstétricale et que les intervenantes communautaires telles les accompagnantes à la naissance et les étudiantes sages-femmes peuvent être victimes de violence vicariant (c'est-à-dire par ricochet de la violence témoignée à multiples reprises).

Dans les 10 dernières années, on a aussi vu l'apparition de lois définissant la violence obstétricale en Amérique latine; des initiatives internationales (Initiative internationale pour l'accouchement mère/Enfant, Respected Maternity Care de l'Alliance du ruban blanc) ainsi que des écrits sur le sujet en Europe (l'auteur Soo Downe, le CIANE, l'AFAR), des recherches dans les pays d'Afrique et d'Asie ainsi que de nombreux films plaidant le droit à l'intimité et l'importance de l'accouchement physiologique sur un plan tant personnel que sociétal. La déclaration de l'OMS sur l'importance du respect lors de l'accouchement est un tournant qui souligne que la qualité des soins dépend également de la qualité de l'expérience de la personne concernée. Ceci n'est qu'une infime partie des efforts faits partout dans le monde pour s'interroger sur la surmédicalisation de l'accouchement et prôner les bénéfices de la physiologie.





Il est temps à nouveau d'unir nos voix pour clamer haut et fort ensemble que c'est assez.

Lorsqu'une bonne idée trouve écho dans plusieurs pays et s'exprime presque simultanément par de nombreuses personnes c'est que nous assistons à un changement de paradigme. Prenons courage alors, car les résistances semblent se multiplier! Le RNR mène actuellement l'étude « *Détresse, souffrance et violence lors de l'accouchement : de la clarification conceptuelle à l'élaboration de stratégies de transfert de connaissances* », avec des chercheuses en sexologie à l'UQAM, Sylvie Lévesque (UQAM), Manon Bergeron (UQAM), Lorraine Fontaine (RNR) et Catherine Rousseau (UQAM). Les connaissances que nous acquérons seront importantes pour les femmes et les intervenant(e)s qui agissent auprès d'elles lors de la période périnatale et permettront la tenue de réflexions sur cette problématique émergente. Nous sommes persuadées que les résultats s'ajouteront aux nombreuses stratégies mises en place actuellement pour améliorer les soins et pour assurer le respect des droits de toutes les femmes et personnes qui accouchent en période périnatale.

Parallèlement à ces études, le RNR s'est formé auprès de Majo Hansotte, philosophe, auteure et animatrice belge qui a développé le concept et le processus d'intelligences citoyennes. Ce processus est pour nous, et toutes celles qui l'ont vécu, une réaffirmation de notre intelligence irréfutable comme citoyen(ne)s et un renouement avec le processus d'empowerment inspirant qui insuffle une nouvelle créativité dans les actions du RNR depuis quelques années. Nous l'avons adapté pour la réalité québécoise et la situation de la périnatalité dans le guide *Maternité et intelligences citoyennes : Comment prendre sa place dans l'espace public*, qui propose un processus interactif pour renouer avec notre voix citoyenne. Convaincues de la puissance et de la pertinence de cette méthode, nous nous sommes tournées à nouveau vers des femmes pour entendre leurs vécus et chercher ensemble de nouvelles voies. Cette fois-ci, certaines de l'importance d'une approche intersectionnelle, nous nous sommes tournées vers des femmes jusqu'alors peu en contact avec le mouvement d'humanisation des naissances. Le RNR a co-créé des ateliers sur le thème « maternité et dignité » avec des femmes vivant à l'intersection de nombreux systèmes d'oppression : femmes sourdes, jeunes, en situation de handicap, racisées, immigrantes, vivant en région éloignée, etc. Pour ce faire, nous avons fait de nombreuses démarches vers des groupes qui assurent des services à ces femmes et nous avons fait appel à des bénévoles incluant des étudiantes sages-femmes qui ont fait leurs stages avec nous. Nous avons donné des ateliers aux Îles-de-la-Madeleine, en Abitibi, à Rimouski et partout dans la région de Montréal avec des centaines de femmes. Leurs histoires et leurs idées ont été rassemblées dans un zine *Maternité et dignité* qui est disponible auprès du RNR et sur le blogue materniteetdignite.wordpress.com.



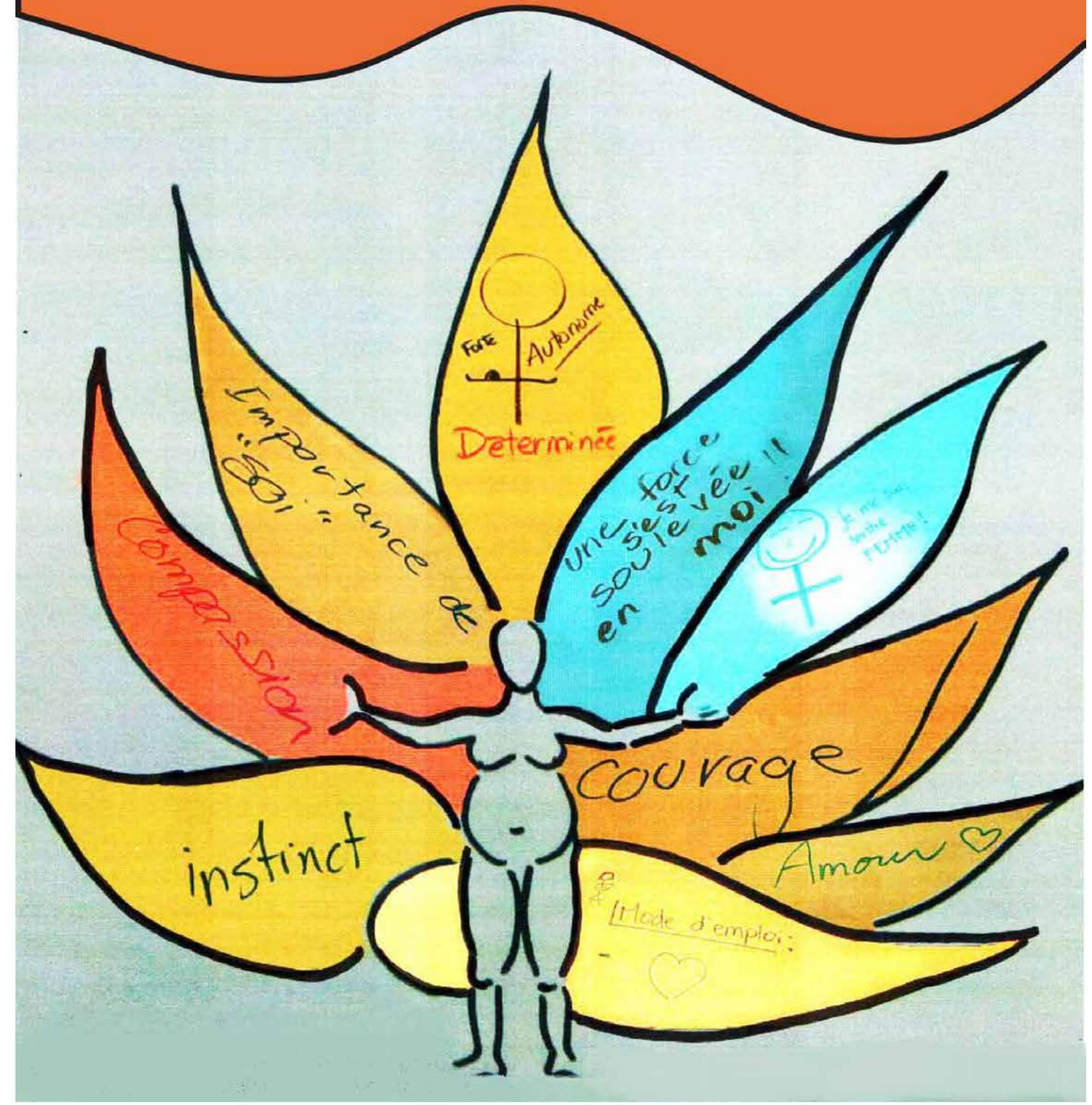
Devant les multiples stratégies employées pour faire taire nos voix citoyennes, je plaide que non, ce n'est pas l'affaire du passé ! La militance femmes et sages-femmes et citoyens et citoyennes de tous horizons est loin d'être désuète. Il est temps à nouveau d'unir nos voix pour clamer haut et fort ensemble que c'est assez. C'est le temps de se rallier à nouveau et de dénoncer les injustices vécues par bien trop de femmes venant des quatre coins de la terre et de tous horizons. Nous vous invitons donc à participer aux actions culminant par la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR) en mai 2016. Nous imaginons déjà des actions régionales autour des thèmes « maternité et dignité » et « violence obstétricale », des soirées cinéma, des panels de discussion et des conférences, des actions de défense de droits, des cafés-causeries, des lettres ouvertes dans les médias ainsi qu'une campagne dans les réseaux sociaux. Certes, on ne peut pas faire ça seules. Nous invitons les membres du RNR, les groupes et les femmes ayant participé aux ateliers « maternité et dignité » ainsi que tous les réseaux, alliances et personnes intéressés et préoccupés par le sujet à communiquer avec nous et à participer à ce qui pourrait être un des tremplins vers un nouveau paradigme entourant la naissance. Communiquez avec nous par courriel : info@naissance-renaissance.qc.ca ou par téléphone : (514) 392-0308.



Lorraine Fontaine est coordonnatrice au Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). Animatrice, conférencière et formatrice, Lorraine Fontaine travaille au RNR depuis 2002. Comme porte-parole des femmes et du mouvement communautaire en périnatalité, Lorraine Fontaine siège au nom du RNR sur des comités du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi que sur des comités d'initiatives internationales pour le respect des droits des femmes visant l'optimisation des soins maternels et infantiles. Elle a notamment contribué à la rédaction de la Charte internationale pour le droit des femmes en période périnatale mise de l'avant par la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.

À titre de coordonnatrice de la Coalition pour la pratique sage-femme, Lorraine a été porte-parole lors d'événements publics, de conférences de presse et de rassemblements devant l'Assemblée nationale. Son expertise dans l'approche globale et féministe de la santé des femmes amène Lorraine Fontaine à participer à de nombreux lieux de concertations où elle bonifie les discussions et travaux par son analyse des enjeux politiques et sociaux liés aux droits des femmes en période périnatale. Sa capacité à rallier des partenaires autour de causes communes a mené à la réalisation de plusieurs recherches qui font avancer la réflexion collective sur les droits des femmes et des familles au Québec.

Dans les ateliers plusieurs femmes sont ressorties inspirées, positives et fortes



Le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) est un regroupement d'organismes communautaires en périnatalité qui œuvre à la croisée du mouvement d'humanisation des naissances, du mouvement féministe et du mouvement communautaire. Le RNR a lutté pour l'accouchement à domicile, pour le développement de nouvelles maisons de naissance, pour le régime québécois d'assurance parentale, pour la place des femmes et des familles dans les maisons de naissance, pour le droit à l'égalité entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes. Ces luttes ont été menées avec d'autres femmes qui croient en la capacité des femmes d'accoucher dans leur plein pouvoir et qui croient profondément que toutes les femmes qui choisissent d'avoir un enfant ont le droit de vivre leur maternité dans la dignité et le respect.



La tente rouge

par Isabelle Challut

«La tente rouge est installée au centre de la pièce. Les pans de tissus rouges délimitent cet espace que nous ne voyons pas encore en entrant. Une musique douce berce notre arrivée et un doux parfum d'huile essentielle émane de la tente.

La gardienne nous accueille, elle est chaleureuse et nous invite à nous installer. Le voile se soulève. Pénétrer dans cet espace me ravit. L'énergie y est douce et accueillante. Des coussins sont disposés sur le sol, des bougies éclairent le centre. Je choisis ma place, un peu inquiète de ce qui va se passer. Que vais-je dire? Puis-je tout dire? Que se passe-t-il réellement dans une tente rouge?

Malgré mes appréhensions, je me sens déjà bien, en confiance, dans ce cocon, avec des femmes que je ne connais pourtant pas personnellement.

J'ai l'impression d'être déjà au cœur de moi, dans cet espace secret que je partage très rarement. Mes angoisses, mes peurs, mes blessures. Pouvoir les dire encore. Pouvoir être écoutée. Rire ou pleurer, sans justifier, sans expliquer, sans rationaliser. Me sentir avec mes sœurs, celles qui comprennent sans juger ou qui ne comprennent peut-être pas, mais qui m'acceptent telle que je suis.

Ça y est. Toutes les femmes sont installées et la porte faite d'un voile si léger est refermée.

Je me sens à l'intérieur de moi dans cet espace vêtu de rouge. Je me sens fragile et j'ai un peu peur. Je me dépose un peu plus sur mon coussin.

La gardienne nous sert une tisane, c'est chaud, ça fait du bien.

Elle prend la parole et énonce les «règles» pour le bon fonctionnement de ce cercle :

«Bienvenue à toutes, cette tente rouge est un espace que nous ouvrons aujourd'hui pour nous retrouver entre femmes, partager un moment et déposer une histoire au centre du cercle. Le rouge symbolise la matrice, le féminin, c'est le rappel de notre sang qui s'écoule lors de nos lunes, du sang qui nourrit notre matrice.

Lorsque vous serez prêtes, chacune à votre tour, vous pourrez prendre cette roche qui sera notre pierre-ronde-de-parole et vous pourrez aussi mettre une goutte de cette huile essentielle de rose sur votre cœur avant de parler.

Chaque femme se présente par son prénom puis partage ce qu'elle désire déposer au cœur de la tente. Nous l'écoutons. Il n'y a aucun commentaire ou conseil. Chacune parle au Je, dépose ce qui monte en elle à cet instant et les autres l'écoutent avec le cœur. Il est important de respecter la confidentialité : ce qui se dit sous la tente ne doit pas être divulgué à l'extérieur afin que chacune se sente en sécurité pour dire sans crainte ce qui l'habite.

Un temps de silence de quelques minutes est observé entre chaque prise de parole afin d'intégrer ce qui est dit.

Nous allons débiter par une courte méditation qui va nous permettre de nous déposer dans cet espace, disponible à ce qui se vit ici maintenant.»

Je me laisse aller dans un état plus tranquille, présente à moi et à ces femmes autour de moi. Je suis toujours un peu inquiète, mais en même temps heureuse d'être là avec ces femmes de tous âges et cette gardienne qui me rassure et qui semble bienveillante, présente à nous.

Je ferme mes yeux et j'écoute sa voix qui me guide vers cet espace à l'intérieur de moi dans lequel je trouverai peut-être quelque chose à raconter dans cette tente très rouge... Car pour l'instant, je ne sais pas du tout ce que je vais partager.»

J'ai personnellement expérimenté ma première tente rouge dans un colloque de doulas à Paris en 2010.

Je décidais quelques mois plus tard d'en proposer au Québec, parmi les activités du centre Pleine Lune. C'est le roman d'Anita Diamant, intitulé La Tente Rouge¹, écrit en 1997, qui a inspiré le mouvement des tentes rouges sur les continents européen et américain. Ce livre met en scène une version romancée d'un épisode de l'Ancien Testament et nous fait découvrir ce lieu de rencontre réservé aux femmes, dans lequel elles s'isolaient pendant leurs règles, où elles mettaient au monde leur bébé et y célébraient la puberté des jeunes filles. Elles vivaient sous la tente des moments de sororité, partageant leurs secrets, loin du monde des hommes.

Le rouge symbolise le sang de la matrice, des règles et de l'accouchement. La tente rouge devient le symbole de ce qui appartient en propre aux femmes.

Le mouvement Bold² qui s'est donné pour mandat de rendre la prise en charge médicale de la grossesse mother-friendly, a également contribué à médiatiser le phénomène des tentes rouges aux États-Unis.

Au Centre Pleine Lune, je suis souvent interpellée par des femmes, qui, après avoir accouché en milieu hospitalier, vivent une insatisfaction profonde, une douleur intérieure, voire de la colère.

Elles cherchent une explication ou simplement une oreille attentive à leur histoire, sans se sentir jugées. Quoi qu'il se passe, quels que soient le lieu d'accouchement et l'environnement choisi, la vague déferlante d'émotions intenses et insoupçonnées surprend souvent les femmes et leur entourage après l'accouchement.

Et le milieu médical que je côtoie dans ma pratique a tendance à rationaliser tout ce qui se passe autour de cet événement et à en exclure le côté initiatique et transformateur.

L'absence de rituels, d'espaces de rencontres intergénérationnels et de transmission entre femmes laisse souvent ces dernières sans ressources et isolées après leur accouchement.

La tente rouge rouvre cet espace de rencontre entre femmes dans lequel l'écoute, la bienveillance et l'accueil de ce qui se vit sont privilégiés. C'est un lieu sacré dédié au féminin, à la maternité, à la sexualité et aux passages de vie. Dans ce cercle, la vie se raconte entre femmes et déborde parfois de la seule maternité.

1 <http://anitadiamant.com/books/the-red-tent/overview/>

2 <http://yourboldbirth.com/projects/>

Quelles que soient les cultures, nous retrouvons des cercles de paroles, de partage entre femmes, depuis la nuit des temps. Ce sont des lieux d'échange, de transmission intergénérationnelle et de célébration des événements de la vie sexuelle des femmes, de la puberté à la ménopause.

Dans la tradition amérindienne, par exemple, la Moon Lodge était l'endroit où se réunissaient les femmes pendant leur temps des lunes (les menstruations), considéré comme un temps sacré durant lequel elles se mettaient en lien avec leur intuition et s'éloignaient de la communauté.

«Une femme ose prendre la roche, dépose une goutte d'huile essentielle de rose sur son cœur, ses poignets et prend le temps de humer ce doux parfum. Elle débute son partage, pleure beaucoup et son histoire me transporte au cœur de la mienne. Tant de similitudes me bouleversent. Elle a osé en parler... merci. Ça me fait du bien de constater que d'autres femmes vivent les mêmes émotions. Je ne suis pas anormale. La gardienne, plus âgée que nous toutes, écoute, calme, bienveillante, rassurante dans sa présence. Elle est totalement à l'écoute de chacune et semble canaliser ce qui se dit afin que les mots circulent en nous, mais ne s'y arrêtent pas.

Je me sens comme avec ma mère qui savait si bien écouter mes blessures d'enfant. Je pouvais tout lui dire, nichée au creux de ses bras. Elle m'aimait, me berçait et je retrouvais la paix en moi. C'est bon de revivre un tel espace d'amour, soutenue par d'autres femmes. Je me dépose encore un peu plus. Mais je ne sais pas encore ce que je vais dire...

Finalement, je ne parlerai pas. Je me présente, mais les émotions sont si fortes que je ne peux que pleurer. Elles me laissent pleurer et ne cherchent pas à en savoir plus. Mon cœur remercie d'avoir rencontré ces femmes.

À la fin, la gardienne propose que l'on se donne la main dans le cercle et à nouveau nous fermons nos yeux. Je ressens beaucoup d'amour. Puis elle passe un ruban rouge que nous enroulons toutes autour d'un poignet. L'une après l'autre, nous coupons le fil et créons un bracelet qui nous rappellera cette rencontre. La tente rouge se termine. Une des participantes entonne un chant très simple et doux et petit à petit, nous reprenons le refrain en chœur.

Et puis la porte de la tente s'ouvre, mais nous n'avons pas envie de partir, bien au chaud dans cet espace de sororité que j'ai vécu rarement dans ma vie. Nous nous serrons longuement dans les bras avant de repartir vers nos quotidiens respectifs.»

La gardienne est en général une femme d'expérience qui peut se déposer dans une présence d'amour, accueillant tout ce qui se dit dans la tente. Parfois, il arrive qu'une ainée, une doula ou une sage-femme d'expérience, se joigne à la gardienne afin de soutenir ensemble toutes ces femmes plus jeunes, en questionnement ou blessées et vulnérables. Se rassembler pour ne plus porter seules des bagages trop lourds.

Les femmes ressortent soulagées, tranquilles, calmes grâce à cette qualité de présence et d'écoute dont elles ont bénéficié.

Miranda Gray, dans son livre Lune Rouge, décrit toutes les facettes du cycle menstruel des femmes et les rituels qui vont les soutenir tout au long de leur vie. Elle explique, entre autres, qu'après l'accouchement, les femmes retrouvent leurs cycles et ont souvent besoin de se replier à l'intérieur d'elles-mêmes afin de renouer avec leur nature cyclique. À ce moment-ci de leur vie, elles sont souvent totalement investies de la Mère et, plus tard, avec le retour des menstruations, elles ont besoin de ce retour à leur nature féminine.

Je pense que le passage dans la tente rouge au cours de la période postnatale aide les femmes à intégrer leur expérience de la maternité. Entourées des femmes de leur communauté, elles peuvent plonger à l'intérieur d'elles-mêmes, aller se régénérer, retrouver leur source et pacifier leurs expériences difficiles.

Une tente rouge peut être ouverte sans être axée sur la maternité, par exemple lors du festival du féminin³, où elle est ouverte sans thème particulier. Entre les rencontres, nous laissons la tente disponible pour venir se reposer, méditer dans cet espace silencieux. L'année dernière, une tente rose y a été offerte pour les jeunes filles.

Il existe aussi des tentes bleues dans certaines communautés, dédiées aux hommes et tenues par un homme.

«Je repars la paix au cœur, soulagée, joyeuse dans mon cœur et surprise du bienfait de cet espace de sororité sans échanges verbaux. Empathie, bienveillance et amour étaient présents et m'ont permis de pacifier et libérer mon trop-plein d'émotions.»

Une tente rouge peut avoir lieu dans une maison, dans un tipi, en pleine nature, dans une yourte... Il est intéressant d'offrir également cet espace sacré dans des événements grands publics afin de faire goûter cette sororité aux femmes qui n'y ont pas accès dans leur communauté. Réintroduire des rituels dans nos vies et des cercles entre femmes fait partie du réenchantement du monde. Ces cercles nous rassemblent dans notre essence, au-delà des mots et apportent une dimension rituelle et symbolique qui nourrit les cœurs et relie les participantes dans un espace sacré.

Isabelle Challut, fondatrice du Centre Pleine Lune, doula et infirmière. Auteure de plusieurs livres, elle enseigne, accompagne et guide les femmes avec joie et passion.

www.centrepleinelune.com



3 <http://www.festivaldufeminin.com>



La santé chez les sages-femmes et étudiantes sages-femmes

par Mayou Soulière

Réflexion sage-femme

La sage-femme, une professionnelle de la santé...

Depuis le cégep, je suis habitée par l'adage de Gandhi qui dit : « Soyons la différence que nous voulons voir en ce monde ». C'est pour ça que j'ai voulu et que je veux toujours être sage-femme. Pour contribuer à vivre dans un monde avec plus de sens, de sacré, de conscience et pour que les femmes reprennent le pouvoir sur leur santé. Mais force me fut de constater que le processus d'apprentissage et le métier de sage-femme ne sont pas toujours aussi bons pour la santé que je l'aurais souhaité. J'ai constaté en stage qu'il est souvent difficile d'appliquer à nous même ce que l'on conseille aux femmes.

Depuis mon congé de maternité, je vois les offres de postes se multiplier dans presque toutes les maisons de naissance. Beaucoup partent en congé de maternité, certes, mais beaucoup d'autres aussi partent en congé de maladie et certaines quittent carrément la profession. Même constat chez les étudiantes. Il semble aussi que plusieurs sages-femmes, après 4 ou 5 ans de pratique, se tournent vers des postes de gestion ou d'enseignement. Cela me mène à croire que la communauté étudiante et sage-femme semble vivre une certaine « crise de santé ». De quelle manière peut-on donc être sage-femme ou étudiante et demeurer saine de corps et d'esprit ? Je ne prétends pas détenir les réponses, je souhaite seulement soulever certaines questions.

Le congé de « maladie » en question

On dit que dans la Chine ancienne, les médecins étaient payés lorsque leurs patients étaient en santé et non lorsqu'ils requerraient des soins. Mythe ou réalité ? Peu importe, cet adage met en évidence l'incohérence de notre système de « maladie » contemporain. Comment se fait-il que nous ne puissions pas prendre des congés de santé préventifs afin de nous « refaire une santé » au moment où on se sent devenir plus fatiguée, plus fébrile ou si on n'a simplement plus le cœur à l'ouvrage ? Parfaitement inscrite dans cette logique de système de « maladie » et non pas de santé, notre entente actuelle ne nous permet pas de prendre de congé sans solde. Notre seule option en situation de santé fragile est donc d'attendre d'être au bout du rouleau, en burnout, pour se voir reconnaître le droit de prendre soin de notre santé fondamentale face à nous-mêmes et à nos pairs, alors que notre santé est hypothéquée et qu'il faudra forcément un long congé pour nous remettre sur pied... Alors qu'il est finalement trop tard.

L'héritage judéo-chrétien

Que l'on en soit conscient ou non, notre héritage culturel catholico-judéo-chrétien joue énormément sur notre construction collective du mythe de la bonne sage-femme. Celle-ci, anciennement sœur et religieuse « entièrement dévouée », sert les femmes par amour et vocation, et exerce une influence plus ou moins importante sur chacune d'entre nous. Elle est toujours de garde dans la joie et l'amour de ce qu'elle fait parce que pour elle, c'est tellement plus qu'un travail être sage-femme ! Elle est toujours disponible, jamais trop fatiguée, n'a jamais besoin de concilier travail et famille puisque la pratique sage-femme est sa vocation. Si l'on part de l'idée que cette sage-femme est glorifiée, il est normal d'imaginer qu'un grand nombre ne se sentent pas à la hauteur, coupables, essoufflés...

...pour être une bonne sage-femme équilibrée, la formation devait être divisée ainsi : un tiers de pratique, un tiers de théorique et... un tiers de RESSOURCEMENT !

Il est facile d'imaginer le malaise que plusieurs sages-femmes peuvent ressentir à mettre leurs limites, là où d'autres n'en mettent pas.

Alors, pensons un peu à celle qui prendrait un congé de santé préventive pour prendre soin d'elle... J'entends déjà les commentaires: était-elle vraiment au bout du rouleau, assez pour se « mériter » un tel repos ? Nous avons du chemin à faire pour que celle-là soit reconnue auprès des institutions qui nous dirigent, mais aussi devons-nous travailler à nous légitimer entre nous-mêmes ! Il me semble difficile d'envisager une réponse positive dans le système actuel, dans lequel un grand nombre de sages-femmes vivent une certaine dose de surmenage sans que cela soit reconnu... Dans un système hiérarchique où la vocation a été institutionnalisée et où les gardiennes de la bonne morale sage-femme (enseignantes, Ordre) ne pratiquent souvent plus depuis plusieurs années.

Le ressourcement

Il est clair qu'accompagner les femmes, les couples et les bébés dans leur grand passage à la famille peut être très nourrissant. Or la vie est parfois imparfaite et tout ne se déroule pas toujours comme les parents ou nous l'aurions souhaité. Dans ces cas-là, même si l'issue est positive, la sage-femme a parfois perdu quelques plumes au détour d'une situation d'urgence intense, d'une série d'accouchements, une accumulation de nuits blanches ou de trop grosses journées de clinique. Il est donc important de s'offrir un espace pour se ressourcer pour une santé fondamentale personnelle et professionnelle. Néanmoins, pour que cela soit possible dans la réalité, il est essentiel que la structure qui encadre nos études et notre pratique reconnaisse cela comme primordial et élève le ressourcement comme élément indispensable à la pratique. Naturellement, pour ce faire, il faudrait prévoir des plages horaires consacrées à cela dans l'équation (ce que je suppose être complexe, mais pas impossible) des sessions et des horaires de gardes.



Jeen Kirwen m'a dit un jour qu'avant la légalisation de la pratique, les sages-femmes qui se regroupaient au sein du Regroupement pour la légalisation de la pratique sage-femme s'étaient entendues que, pour être une bonne sage-femme équilibrée, la formation devait être divisée ainsi : un tiers de pratique, un tiers de théorique et... un tiers de RESSOURCEMENT ! Dans la réalité étudiante actuelle, il semble presque inimaginable que cela soit possible et pourtant, c'étaient les conditions d'apprentissage que s'étaient donné plusieurs sages-femmes de cette époque. Malheureusement, nous sommes bien loin de cela au baccalauréat en pratique sage-femme en 2016. Peu d'espaces sont prévus pour respirer, philosopher et se soutenir au travers des multiples travaux à produire. Je me permets de rêver tout haut... Parfois, les rêves font des petits...

Le Sisterhood ou les cercles de partage

Pour que le ressourcement en question soit possible, il est à mon avis essentiel qu'il existe au sein de la communauté sage-femme et étudiante des espaces sans jugement pour déposer les histoires qui nous ont donné chaud, hors des comités péri et des cours de maïeutique, pour apprendre de nos erreurs et de celles de nos sœurs et encore une fois, pour notre santé fondamentale de sages-femmes et d'apprentissages.

Comme Jennie Stonier l'expose dans sa réflexion sur le processus d'enquête professionnelle (publié en ces pages) : « Afin que l'on puisse être à l'aise pour discuter d'incidents et de questions en lien avec la sécurité, il faut que cela devienne la norme plutôt que quelque chose qui ne se produit que lorsqu'un événement grave a donné lieu à une enquête. Il faut également avoir une garantie que l'on va davantage s'attarder sur l'apprentissage et la prévention plutôt que sur l'identification d'une erreur en vue d'obtenir une sanction. » Pour ce faire, il faut trouver des espaces de partage hors des systèmes hiérarchiques de l'université et des CIUSSS, et penser à une structure de partage horizontale et circulaire.

Dans cet esprit, un premier Cercle Yoni a eu lieu cet hiver pour démontrer de la solidarité à une sœur sage-femme vivant une situation difficile. Cela a permis à plusieurs sages-femmes et étudiantes de partager leurs craintes, leurs histoires difficiles, mais aussi, leur soutien, ce qui permet d'élargir l'apprentissage collectif. Je souhaite de tout cœur que ce Cercle ait propulsé le désir d'une longue tradition de rassemblements basés sur le respect, le partage, la confidentialité et le questionnement

chez les sages-femmes québécoises, un peu à la manière de la tradition des tentes rouges. Pour partager les accouchements difficiles, nos peurs, nos erreurs et nos incertitudes, pour s'améliorer, se solidariser, mais aussi pour que les sages-femmes cessent de souffrir en silence. En effet, je constate que malheureusement, au nom de la confidentialité ou par peur de la sanction ou du jugement de nos pairs, des sages-femmes vivent de l'isolement. Il est normal et sain qu'il existe une pluralité de visions et de sages-femmes, mais encore faut-il s'en donner le droit et s'accueillir les unes les autres dans nos différences. C'est vrai ! Plus j'assiste à des accouchements avec différentes sages-femmes, plus je réalise qu'une sage-femme doit développer un confort dans différentes façons de pratiquer. Dans chaque équipe, il doit y avoir une plus radicale, une plus straight, etc. Mais toutes doivent être de garde ensemble, se soutenir. Dans le contexte actuel, le besoin de se solidariser est criant, parce qu'on accompagne toutes la Vie et parfois la Mort et que les histoires difficiles doivent être partagées et portées par un plus grand nombre pour éviter qu'elles ne se transforment en anxiété généralisée et en burnout !

Conclusion

Depuis un peu plus de 6 mois, je suis en congé de maternité, ce qui me donne un peu de perspective sur la pratique et les apprentissages. Je crois encore que j'ai choisi le métier le plus extraordinaire du monde ! Je reconnais tout le travail qui a été fait par les pionnières sages-femmes et je sais que ma génération aura d'autres combats à mener. Je nous souhaite de le faire dans le respect de nous-mêmes et des femmes, dans la reconnaissance de la différence et la solidarité féminine. Parce que j'ai moi-même plusieurs fois dépassé la limite « saine » et parce que les sages-femmes qui étaient présentes à mon accouchement sont depuis en congé de maladie. Parce que je veux être sage-femme, du plus profond de mon cœur et pour longtemps !



Après avoir été accompagnante à la naissance pendant près de 4 ans au Collectif les Accompagnantes de Québec, Mayou est maintenant étudiante sage-femme. Elle a mis son premier enfant au monde en juillet 2015 et savoure actuellement son congé de maternité.



Réflexions sur mon expérience du processus d'enquête professionnelle

par Jennie Stonier

J'ai agi à deux reprises en tant que « témoin expert » de sages-femmes qui faisaient l'objet d'une enquête de l'ordre des sages-femmes de leur province. Ces expériences bouleversantes se sont avérées riches en apprentissages sur le processus même. Le travail du témoin expert consiste à faire un examen approfondi des dossiers médicaux, des recherches récentes et de certains documents juridiques pour en arriver à un rapport écrit dans lequel il exprime une opinion sur les plaintes en question.

Les processus d'enquête ont duré des années et au fil du temps, il est devenu évident que

les dynamiques qui y mènent sont de nature extrêmement complexe. Non seulement ces processus nous en apprennent beaucoup sur la nature paradoxale de la communication et des perspectives humaines, mais ils nous portent aussi à réfléchir aux moyens que nous nous donnons pour atteindre nos idéaux les plus élevés, sans perdre notre humanité. Ils ont par ailleurs permis de mettre en lumière la nécessité d'une réflexion sur les valeurs essentielles et les postulats qui sont à la base de la pratique sage-femme, au Québec et ailleurs au Canada, comme :

- la nature et la mise en pratique d'un choix éclairé;
- la confiance en la capacité des femmes de faire des choix et de prendre des décisions;
- l'étendue de la normalité et son unicité propre à chaque femme;
- les effets de l'expérience clinique sur la perception de la normalité et subséquemment, sur les soins offerts;
- les standards de pratique *versus* la standardisation de la pratique; soins personnalisés *versus* le plus bas dénominateur commun; les lignes directrices *versus* les protocoles.
- Le lien entre les valeurs/normes de la pratique sage-femme et celles de l'obstétrique;
- Les priorités pour la documentation du dossier : ce qu'il est essentiel de noter pour communiquer, afin d'assurer les suivis et l'aspect légal, sans tomber dans la pratique obstétricale défensive;
- les perspectives, les présomptions et les croyances sur lesquelles s'appuie notre conception des soins optimaux, les données probantes, l'erreur, la négligence et la responsabilité.

Mon but, ici, n'est certainement pas d'approfondir ces questions. Je suis néanmoins fascinée par leur pertinence en lien avec des points abordés à chacun des cas faisant l'objet d'une enquête.



Plus j'avancais dans le processus, plus je remettais en question la nature du rôle de « l'expert » dans l'établissement de la responsabilité, du jugement et, dans une certaine mesure, du blâme

Ce que j'aimerais aborder, ce sont les préoccupations que le processus d'enquête a soulevées sur la meilleure façon, pour les sages-femmes, pour les équipes de sages-femmes et pour la profession de sage-femme, d'apprendre des erreurs commises. Plus j'avancais dans le processus, plus je remettais en question la nature du rôle de « l'expert » dans l'établissement de la responsabilité, du jugement et, dans une certaine mesure, du blâme. Je comprends et respecte

le fait que le syndic doit faire le suivi de tout événement indésirable à la demande du coroner. Lorsque se produisent des incidents où la compétence ou le comportement n'ont pas répondu à des normes établies, il est important d'intervenir. Cependant, je constate que, surtout dans les cas où il y a de nombreuses zones grises, le processus d'enquête habituel de notre système de soins de santé n'est pas toujours la meilleure façon d'améliorer la pratique. Ceci étant dit, je ne suggère pas que les sages-femmes créent leur propre équivalent du « old boy's club », ni qu'elles adoptent une attitude de laisser-faire quand certaines pratiques sont remises en question, mais je crois qu'il serait intéressant d'explorer les moyens de faire respecter des normes rigoureuses par un système de soutien plus actif.

Les sages-femmes se doivent de rendre des comptes aux femmes, aux communautés et aux organismes de réglementation avec lesquels elles travaillent. Elles doivent chercher à avoir une pratique la plus idéale possible. Mais la vie n'est pas toujours idéale, et il est important de le reconnaître si l'on souhaite prévoir et éviter les conséquences des erreurs humaines. Chacun peut commettre des erreurs ou avoir des oublis, indépendamment de son expérience, de ses habiletés techniques, de ses connaissances et de son ancienneté. Apprendre à bien se connaître – en sachant voir lorsqu'on approche de ses limites – non seulement en ce qui concerne ses connaissances et ses capacités, mais aussi en tenant compte des paramètres qui peuvent les affecter (le stress, la communication, les perceptions, les croyances, la fatigue, etc.) est un signe de maturité de la part du praticien et de l'organisation.

Il s'est écrit beaucoup de textes sur la nécessité, pour les organismes oeuvrant dans le domaine de la santé, de créer une culture positive de la sécurité. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 Selon ces sources, la meilleure façon de réglementer une profession et d'améliorer les services de soins consiste à chercher, au-delà de l'individu, les conditions latentes, les facteurs humains et la manière dont le système peut avoir contribué à l'incident survenu. Cette approche demande un plus grand engagement, mais, selon le rapport de 2012 du Royal College of Nurses, elle est essentielle si les organismes et les praticiens cherchent à apprendre des événements indésirables, à éviter de répéter leurs erreurs et à enrichir leurs professions de manière à atteindre des standards de pratique les plus élevés possibles. 12

...la sécurité nécessite la création d'un environnement ouvert, libre et non punitif dans lequel les professionnels de la santé ne craignent pas de rapporter des événements indésirables ou des incidents évités de justesse.

Dans la préface du rapport de 2008 de son ministère sur la création d'une culture visant la sécurité des patients, la ministre irlandaise de la Santé et des Enfants déclare que « la meilleure façon de réduire le plus possible les erreurs et d'augmenter au maximum la qualité des soins est d'accepter les erreurs et les échecs et de décrire honnêtement comment ceux-ci se sont produits dans le but d'apprendre et de s'améliorer. Une culture de signalement et de gestion où l'on ne cherche pas à attribuer la faute répond mieux aux intérêts des patients et des praticiens. » 13 La plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'une culture de la sécurité nécessite la création d'un environnement ouvert, libre et non punitif dans lequel les professionnels de la santé ne craignent pas de rapporter des événements indésirables ou des incidents évités de justesse. L'auteur d'une étude va jusqu'à dire que « La culture du blâme constitue un frein à l'ouverture si l'on souhaite que les événements sentinelles soient rapportés, que des leçons en soient tirées et que la sécurité soit améliorée. Le système des erreurs médicales devrait être aboli et remplacé par un système qui vise à identifier, à analyser, à prévenir les erreurs et les événements sentinelles et à en tirer des leçons. » 14

Une étude menée en Grande-Bretagne conclut que « Même [si un professionnel a] un niveau très élevé de compétence, il existe des risques pour le patient... Pour cette raison, les mesures disciplinaires et des formations plus poussées ne sont pas toujours les solutions optimales, et ce, même si ce sont celles auxquelles on a le plus souvent recours... La peur des mesures disciplinaires peut conduire les employés à cacher des informations et à chercher davantage à protéger leurs intérêts qu'à répondre aux besoins du patient. » 15

Et en effet, lors d'une Assemblée générale annuelle de l'OSFQ (2012) j'ai vu plusieurs sages-femmes exprimer leur peur de faire l'objet d'un litige si elles décrivaient certaines pratiques qui sont couramment utilisées dans leur profession, mais lesquelles n'ont pas encore été clarifiées au moyen de lignes directrices réfléchies par l'OSFQ (comme le recours à la médecine douce). D'autres sages-femmes rapportent une détérioration du moral et de la cohésion des équipes à cause de craintes liées à d'éventuels litiges pour des pratiques qui se trouvent dans des zones grises. Les peurs risquent d'interférer avec la capacité des sages-femmes à être pleinement cohérentes et présentes dans une situation. 16,17 La pratique sage-femme est basée sur la relation entre la femme et sa sage-femme, et pour que cette dernière puisse fournir les meilleurs soins possible en toute sécurité, il lui faut pouvoir être pleinement présente dans cette relation. La pratique d'une obstétrique défensive ne permet pas d'offrir les meilleurs services. En fait, un des facteurs qui a motivé les sages-femmes et les femmes à demander que la profession de sage-femme soit légalisée et intégrée au système de santé canadien était le désir d'offrir une solution de rechange à la pratique défensive.

Si des procédures judiciaires peuvent être nécessaires dans certaines situations, il ne faut pas sous-estimer l'impact émotionnel que les erreurs peuvent avoir sur les individus et le fonctionnement des équipes. Toute personne qui a vécu la perte d'un bébé, que cette mort ait été considérée comme évitable ou non, risque de se remettre en question et de se sentir coupable. Il a été démontré que si un praticien avait l'occasion d'exprimer ouvertement ce qu'il ressentait, cela avait une grande influence sur les leçons qui seront tirées de l'évènement et les changements qui seront apportés à la pratique. 18,19

Le programme de gestion des risques AMPRO.ob de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) propose de nombreuses réflexions fondées sur la recherche en lien avec la gestion et la prévention des événements indésirables. Le Module 3 fait état des changements apportés à la gestion des événements à issue grave. On y cite le rapport de 1999 de l'Institute of Medicine

La pratique sage-femme est basée sur la relation entre la femme et sa sage-femme, et pour que cette dernière puisse fournir les meilleurs soins possible en toute sécurité, il lui faut pouvoir être pleinement présente dans cette relation.

(IOM) qui a pour but d'éviter la répétition d'événements indésirables et de promouvoir un processus axé sur l'apprentissage plutôt que sur la recherche de coupables. Ce module reflète le fait que de nombreux systèmes de santé

continuent de percevoir les événements indésirables « par le prisme traditionnel «de la honte et du blâme» qui s'est incrusté dans la culture des services de santé... et l'erreur est associée à tort à la culpabilité, au manque de précaution, d'habileté ou de connaissance et à l'incompétence de la part des intervenants. » Le programme suggère d'examiner les événements indésirables sans émettre de jugements ni chercher de coupable. 20

Actuellement, le réseau des CIUSS au Québec est en train d'explorer un système de signalisation et de prévention des incidents qui vise à utiliser le dialogue et d'autres moyens permettant de voir au-delà de l'individu pour identifier d'éventuelles sources du problème pouvant être liées au système. 21

Andrew Symon, une sage-femme anglaise et spécialiste des politiques et des lois sociales, dit que ce courant vers l'établissement de systèmes de signalement d'incidents ouverts et sans blâme « ne diminue en aucun cas la responsabilité du professionnel ». Au contraire, encourager ces derniers à partager leur expérience et à apprendre de leurs erreurs « peut contribuer à améliorer les soins; ce qui diminuerait l'incidence des événements menant à des allégations de mauvaise conduite ou de négligence ». 22

la meilleure façon de réglementer une profession et d'améliorer les services de soins consiste à chercher, au-delà de l'individu, les conditions latentes, les facteurs humains et la manière dont le système peut avoir contribué à l'incident survenu

En Nouvelle-Zélande, en Australie, en Angleterre et en Irlande, pour ne nommer que quelques endroits, on a adopté des politiques semblables pour la pratique sage-femme et les soins infirmiers. 23,24,25, 26 Il existe un document intéressant, *Implementing Human Factors in Healthcare: Patient Safety First*, (Carthy, J. et al), publié par le Royal College of Nurses de Grande-Bretagne, en 2010, qui a pour but de faire prendre conscience de l'importance des facteurs humains dans l'amélioration de la sécurité des patients. Ce manuel offre un survol de ce qui représente une culture de la sécurité pour les patients et les employés, et il se veut un point de départ sur la façon dont on peut utiliser la compréhension des facteurs humains pour rendre les environnements de travail et les activités professionnelles plus sûrs. On tente d'y expliquer comment et pourquoi se produisent les « différents cas où les employés ne font pas la « bonne chose » même s'ils savent quelle est la « bonne chose » à faire. » 27

Les auteurs font appel aux professionnels des soins de santé pour la création d'organismes qui sont ouverts, justes et bien informés, et où signaler des événements et tirer des leçons de ses erreurs deviendrait la norme. « Afin que l'on puisse être à l'aise pour discuter d'incidents et de questions en lien avec la sécurité, il faut que cela devienne la norme plutôt que quelque chose qui ne se produit que lorsqu'un événement grave a donné lieu à une enquête. Il faut également avoir une garantie que l'on va davantage s'attarder sur l'apprentissage et la prévention plutôt que sur l'identification d'une erreur en vue d'obtenir une sanction. » 28

Selon Mark Gerson, une autorité dans le monde de la médiation et de la résolution de conflit, il existe deux façons de poser des questions : l'interrogation et l'investigation. L'interrogation est fondamentalement envahissante et importune. Elle cherche la faute et non des solutions; elle tend à désigner un coupable et non à inspirer la créativité. L'investigation est plutôt un moyen d'approfondir notre connaissance d'une situation. Elle pose des questions qui permettent de découvrir des informations essentielles à la compréhension des changements qui doivent être apportés.

Je suis convaincue que toutes les personnes impliquées dans les cas d'enquête mentionnés ci-haut avaient pour principale préoccupation que les femmes et les bébés reçoivent les meilleurs soins possible. Nous présentons simplement différentes perspectives sur ce que cela signifie. Cependant, quand un processus d'enquête a pour but de prouver qui a « raison » et qui a « tort », il faut se demander quel objectif est réellement visé et quelle est sa pertinence à l'amélioration des soins. Une telle polarisation empêche de chercher une réponse appropriée; quand chaque partie se concentre à ne défendre que son idée, il n'y a pas d'ouverture aux changements et il n'est pas possible de faire évoluer la pratique.

Puisque la première mission de l'OSFQ est de protéger le public et de favoriser le développement de la profession sage-femme, il me paraît essentiel de trouver collectivement de nouveaux moyens pour que les sages-femmes puissent se sentir suffisamment en sécurité pour offrir des soins qui répondent aux plus hauts standards qui soient.

Je propose la création de forums, qui seraient à la fois sûrs et stimulants, où les sages-femmes pourraient explorer différentes façons de concevoir les aspects essentiels des soins à la lumière de leurs expériences personnelles et collectives et où elles pourraient s'exprimer sans craindre les jugements non constructifs; un environnement où les sages-femmes pourraient se sentir suffisamment en sécurité pour parler franchement, s'ouvrir et, idéalement, apprendre de leurs erreurs, et suffisamment stimulant pour qu'une évolution puisse en résulter.

Ceci n'est pas une mince affaire. Mais si les sages-femmes cherchent à atteindre une forme d'idéal sur le plan de la pratique, elles peuvent aussi rechercher des standards idéaux d'évaluation et de réglementation de leur profession dans le but de gérer collectivement les événements indésirables.

Les organismes de réglementation ne sont pas les seuls à devoir se charger de créer un environnement où il est possible d'apprendre de ses erreurs. Il incombe à chacune de nos équipes de trouver comment faire pour que ce genre d'analyse ait lieu de façon régulière. Les sages-femmes ont pour tâche première de créer un espace dans lequel les femmes se sentent en sécurité. Pourquoi ne pas concevoir un espace où un dialogue constructif et une exploration authentique seraient possibles pour tout le monde? À long terme, cela permettra de sauver du temps et de l'argent de plusieurs façons.

La pratique sage-femme, surtout au Québec et au Canada, est basée sur une tradition de soutien mutuel et d'apprentissage entre les femmes et les sages-femmes, ainsi que les sages-femmes entre elles. Le changement d'attitude et la recherche novatrice offrent un contexte favorable à une profonde réflexion, à l'apprentissage et au développement professionnel. Bien que la profession sage-femme puisse être nouvelle dans le système des services de santé au Canada, son paradigme de soutien existe depuis très longtemps. Les découvertes et réformes récentes sur les comportements à adopter en cas d'erreur s'inscrivent dans l'approche traditionnelle préconisée par les sages-femmes. En fait, je soutiens que la pratique sage-femme a la possibilité, si ce n'est la *responsabilité*, d'ouvrir la voie à d'autres professions du domaine de la santé dans l'acquisition de standards élevés de compréhension et de performance, en se soutenant les uns et les autres de façon à pouvoir admettre ses erreurs, ses omissions et ses négligences pour que celles-ci deviennent une occasion d'apprendre. Je souhaiterais que chacune d'entre nous se penche sur ses valeurs, ses croyances et ses motivations et réfléchisse à ce que notre profession doit représenter au fil de son évolution.

Il s'agit de ma vision personnelle, mais je ne crois pas être la seule à ressentir le besoin que certaines valeurs soient clarifiées. J'aimerais que d'autres personnes se joignent à la discussion pour que ces questions fassent partie d'un échange plus vaste. Après l'effondrement financier en Islande, des gens visionnaires ont organisé des groupes de discussion dans des cafés qui ont permis à plus de 20 000 personnes de prendre part à des échanges en lien avec les valeurs. Il est très prometteur de voir que tant de gens peuvent s'asseoir et discuter ensemble avec honnêteté et faire ensuite des choix novateurs. Il n'y a pas tant de sages-femmes au Québec, et nous avons probablement encore plus de cafés sympathiques où des discussions pourraient être organisées.

Je crois que nous avons les moyens de soutenir des sages-femmes hautement qualifiées pour qu'elles puissent apprendre de leurs expériences et continuer à travailler en utilisant les standards les plus élevés qui soient. Ce peut aussi être une occasion d'explorer comment notre profession peut utiliser à bon escient les inévitables zones grises de notre pratique. Nous pourrions toutes en tirer profit en devenant de meilleures sages-femmes et, peut-être même, de meilleurs êtres humains.

Jennie Stonier, sage-femme

Salluit Maternity



Références bibliographiques :

- 1) Wikham, S. dans Stewart, M. *Pregnancy, Birth and Maternity Care: Feminist Perspectives*, Londres: BFM, Books for Midwives, 2004.
- 2) Leap, N. et al. dans Davies, L., *The Art and Soul of Midwifery*, Londres: Elsevier, 2006
- 3) Leap, N. et al. Pages 61-74 dans Davies, L., Daellenbach, R., Kensington, M., *Sustainability, Midwifery, and Birth*, New York: Routledge, 2011.
- 4) Carthey, J., Clarke, J. *Guide to Implementing Human Factors in Healthcare*, Londres: Royal College of Nurses, 2012.
- 5) Reason, J.T. *Human Error. Models and Management*. *BMJ*, 320, 768-70, 2000.
- 6) Pidgeon, N.F. *Safety culture and risk management in organizations*. *The Journal of Cross Cultural Psychology*, 22(1), 129-40, 1991.
- 7) Dekker, S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Londres: Ashgate Publishing Company, 2007.
- 8) Madden, D., *Building a Culture of Patient Safety*. Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Dublin: Department of Health and Children, 2008.
- 9) Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, *directives AMPRO/MOREob*, Chapitre 3, 2009.
- 10) Deery, R., *Promoting a sustainable midwifery workforce* dans Davies, L. et al., *Sustainability, Midwifery, and Birth*, New York: Routledge, 2011.
- 11) O'Dea, J., *Cultivating Peace*, San Rafael, CA: Shift Books, 2012.
- 12) Référence 4, p. 15.
- 13) Référence 8.
- 14) Department of Health. *Learning from Bristol: The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 – 1995*. Londres, The Stationery Office. 2001.
- 15) Référence 14.
- 16) Childre, D., Cryer, B. *From Chaos to Coherence*. Boulder Creek, CA: Heartmath, 2004
- 17) Siegel, D. *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*, Palo Alto, CA: Norton, 2010.
- 18) Référence 14.8
- 19) Référence 11.
- 20) Référence 9.
- 21) Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.S-4.2, Québec, 2012.
- 22) Symon, A. *Midwifery discipline: Misconduct and negligence*, dans Mander, R. et Fleming, V. eds. *Failure to Progress: The contraction of the midwifery profession*, Londres: Routledge, 2002.
- 23) Référence 10.
- 24) Murphy-Lawless, J., *Globalization, Midwifery, and Maternity Services*, dans Davies, L. et al., *Sustainability, Midwifery, and Birth*, New York: Routledge, 2011.
- 25) Référence 8.
- 26) Référence 4.
- 27) Référence 4.
- 28) Référence 4.
- 29) Gerzon, M., *Leading through Conflict: How Successful Leaders Transform Differences into Opportunities*, Boston: Harvard Business School Press, 2006. 9



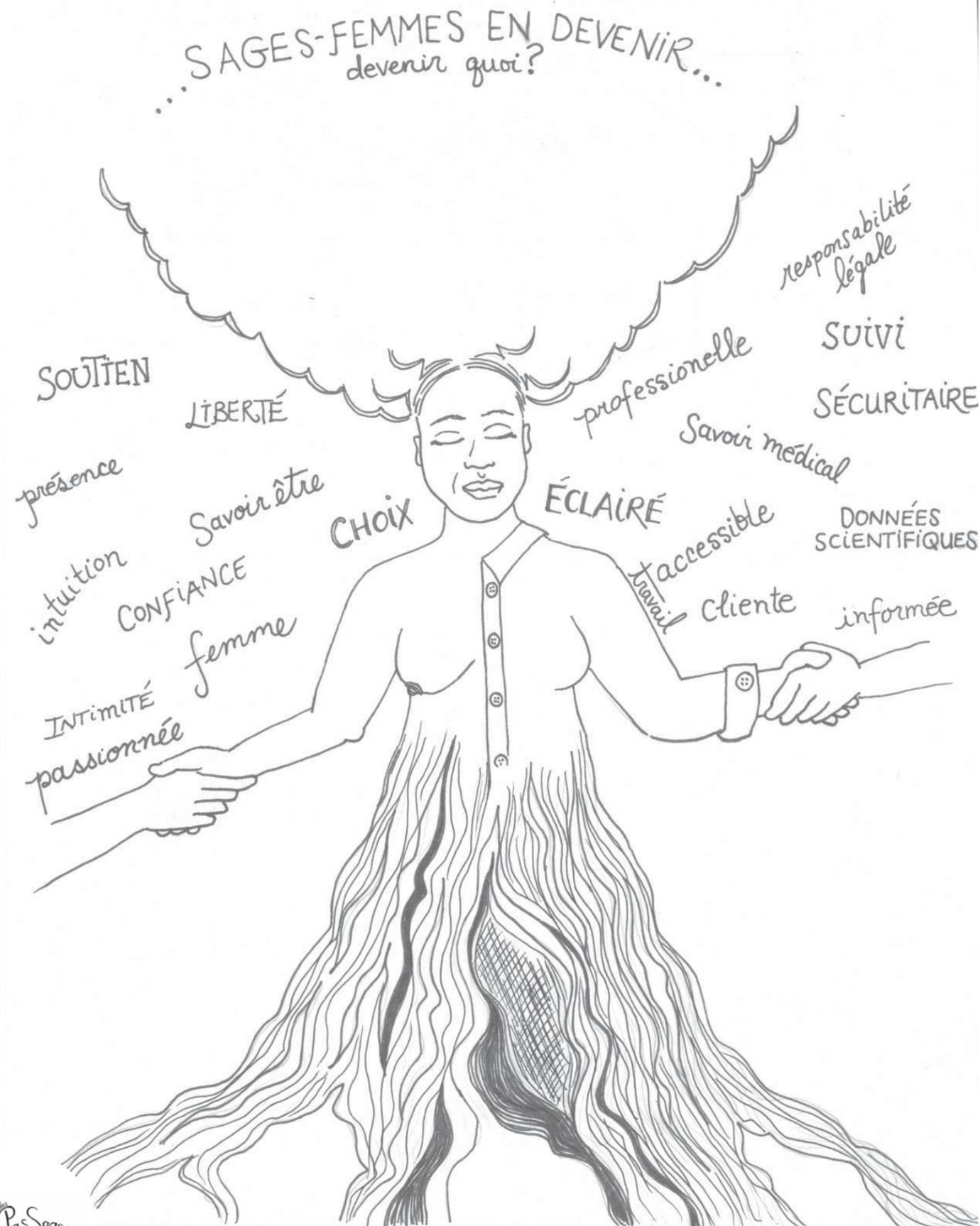


Image par Chloé Markgraf

Les examens vaginaux : l'art d'observer pour mieux les réduire

par Sandra Demontigny

Lors de la première édition du YoniFest, j'ai eu le grand honneur d'être invitée à présenter un atelier intitulé « Les examens vaginaux : l'art d'observer pour mieux les réduire ». Les organisatrices avaient eu vent, via certaines étudiantes ayant travaillé avec moi, que je cogitais la valeur et l'impact (positif et négatif) des examens vaginaux, communément appelés TV.

Au fil de mes années de pratique, je me suis imposé le devoir d'observation. Regarder comment font les femmes à l'accouchement, repérer les signes du travail intérieur qui se fait, même subtils, me laisser être témoin des danses et des chansons qu'elles offrent. J'ai choisi de mettre tous mes sens en mode ouverture. Puis, tous ces savoirs se sont doucement ancrés, me permettant d'évaluer la progression du travail autrement. De façon holistique. J'ai appris à décoder les signaux émis par la mère et son enfant en travail, me permettant par conséquent de diminuer significativement le nombre de TV.

Attention. En toute humilité, permettez-moi de vous mettre en garde. Ce n'est pas quelque chose qui peut se développer rapidement. C'est tranquillement, au fil des années, que l'on peut mettre en opération le résultat de nos observations. Chaque naissance nous apprend quelque chose. C'est le gain d'expérience qui nous permet de sortir un peu plus des sentiers battus, cliniquement parlant.

Verser dans un extrême comme dans l'autre n'a rien de sain. L'idée est plutôt d'analyser les signes qui nous donnent des informations; c'est de d'abord tenir pour acquis que le corps de la femme sait quoi faire. Et qu'il sait nous le dire! C'est faire confiance en ce corps comme nous demandons à la femme de le faire.

Je vous propose donc de commencer (ou de poursuivre) l'observation consciente de la magie de la naissance. Laissez-vous émerveiller. Telle une enfant. Ouvrez vos yeux, votre cœur, vos oreilles et votre 6^e sens. Bien sûr, vous aurez à corréliser vos impressions avec les actes techniques, dont les TV. Et c'est comme ça que vous pourrez constater que telle ou telle manifestation chez la femme est bien souvent associée à un tel niveau de progression.

Lors de mon atelier intégral, j'ai abordé la validité, la précision, les indications, les impacts, les controverses au sujet des examens vaginaux. Je ne peux malheureusement pas me permettre d'ouvrir totalement cette intéressante boîte de Pandore en si peu de mots.

LES FEMMES ET LEUR INSTINCT

Je commencerai avec un petit élan éditorialiste... Un TV, c'est une information ponctuelle. Au même titre qu'un monitoring fœtal. Ça nous donne l'information pour ici maintenant. Nous ne pouvons pas savoir comment était la dilatation il y a 30 minutes ni comment elle sera dans 2 heures. Le TV n'est pas prédictif, quoique souvent, mais pas toujours, ça peut nous donner une idée... à la femme aussi d'ailleurs, qui peut aussi vivre de la déception si le travail n'évolue pas comme elle l'avait envisagé. Utiliser le résultat d'un TV pour déterminer le début du 2^e stade est tout aussi non juste. Au moment où le TV est fait, la femme est peut-être déjà complète depuis une heure...!

Cela amène d'ailleurs mon point suivant. Les stades du travail, définis clairement en durée, reposent sur le résultat d'évaluations tactiles du col de l'utérus par un professionnel de la santé. Il est peu fréquent qu'une femme le fasse elle-même. Donc pour qualifier un travail, le corps médical a privilégié le « savoir » des professionnels de la santé au détriment du savoir des femmes à propos de leur corps et de leur propre processus d'accouchement. Pourquoi ne pas proposer un amalgame des deux?

Nous demandons aux femmes d'écouter leur corps, de faire confiance à leur corps. N'est-ce pas un peu contradictoire? En mettant l'accent sur la progression évaluée par des TV, nous n'aidons pas les femmes à comprendre ce qui se passe dans leur corps. Et c'est tellement fortement implanté culturellement que les femmes n'osent pas donner toute l'importance qu'elles devraient à leur instinct. C'est comme la fable des Habits de l'empereur : le corps médical a fini par ancrer cette définition théorique de la progression du travail. Les femmes savent ce qui se passe dans leur corps. Pourtant, souvent elles doutent et se remettent en question. C'est une triste suite logique puisque la majorité des intervenants minimisent leur savoir expérientiel, le senti charnel et leur instinct de mère. Alors les femmes demeurent avec leurs questionnements intérieurs en s'en remettant au « savoir » des doigts du professionnel qui leur indique comment se déroule leur travail. Je vous propose d'écouter les femmes et surtout, de les amener à verbaliser ce qu'elles sentent, ce qu'elles perçoivent dans leurs entrailles. Cette femme qui accouche, c'est elle l'experte de son accouchement. Idéalement, il faudrait jumeler ces trois éléments : le senti de la femme, les observations de la sage-femme et les outils plus techniques, dont le TV.

OUTILS POUR ÉVALUER LA PROGRESSION DU TRAVAIL

L'observation des signes naturels de progression nous demande de la patience, de la confiance et du lâcher-prise. Mais constater que nous n'avons pas exclusivement besoin des TV pour suivre l'évolution des accouchements est un sentiment vraiment beau, un éloge à la force de la nature. Pour maximiser l'apprentissage, je vous encourage à en parler entre collègues. Partagez vos découvertes. Nous pourrions ainsi majorer la liste des signes observables!

Avant le travail et/ou lors de la phase de dilatation du col :

- Palpation abdominale :
 - évaluer approximativement la station foetale
 - la présentation foetale
 - la position du bébé en palpant le dos et les membres
 - estimation du poids foetal, en sachant que ce n'est pas si précis
- Auscultation du cœur foetal :
 - Le site le plus clair indique la position du bébé, le foetoscope le rend mieux. Entendu vers le flanc maternel : bébé en postérieur probable. CF entendu haut, plus loin de la fosse iliaque : station haute.
 - Le changement de site nous parle de la rotation du bébé. À la dilatation complète, le CF est perçu centré et à peine sus-pubien, traduisant une station assez basse.
 - Un CF avec un son plus « soufflé » peut nous faire penser à la présence d'un circulaire.
- Contractions :
 - Fréquence : habituellement, de plus en plus fréquentes au fil du travail. S'espacent à la dilatation complète, au début de la latence du 2^e stade.
 - Durée : augmente aussi graduellement. Travail actif = 45 sec ou plus règle générale. Encore là, il faut voir l'ensemble du tableau, certaines femmes accouchant avec des CU de 30 sec.
 - Lors de non-progression : l'allure des CU ne change pas malgré les heures qui passent. On attend l'autre phase, le changement de rythme, mais il ne vient pas.
 - Allure générale : bigéminées? peuvent indiquer un bébé en postérieur.
 - Intensité : réflexion intéressante à se faire sur le moyen de vérifier l'intensité : est-ce vraiment si clair et si juste à la palpation? Les femmes avec un surplus de poids pour le moins, je ne suis pas sûre. Personnellement, les signes neuropsychologiques me parlent beaucoup.
- Signes neuropsychologiques et allure générale de la femme : au fil du travail, ces signes sont de plus en plus présents. Endorphines, yeux qui « virent », état de conscience plus altéré, moins de paroles, marmonne, femme concentrée et dans sa bulle, dort et parfois ronfle entre les CU, mange moins, va uriner plus, a chaud, donne des commandements de plus en plus brefs.
- Sons : les sons changent, la respiration est plus sonore. Au début de la poussée spontanée, la respiration et le son se coupent, et un mini-grognement s'ajoute. C'est subtil.
- Le sacrum s'ouvre en phase de transition, il bombe. Cela est perceptible au toucher et même visuellement.

En fin de dilatation : complète ou pas?

- La femme entre dans un état de transe profond. Elle accède à son cerveau reptilien, son cerveau primitif. Elle cherchera probablement à trouver un endroit où elle est bien, son refuge. Elle appréciera la pénombre.
- Elle ferme ses yeux la majorité du temps, sinon la totalité.
- La femme dit qu'elle sent le besoin de pousser. Invitez-la à laisser aller son corps, rassurez-la. Il y aura un temps où elle ne sentira pas seulement pousser et on verra apparaître les premiers efforts expulsifs involontaires. Si ces poussées ne surviennent qu'au pic de la CU, la dilatation s'achève, mais n'est probablement pas complète. Lorsque la femme pousse spontanément dès le début de la CU, durant toute la CU et à chacune d'entre elles, la dilatation est habituellement complète.
- Si vous observez du « spotting » rouge vif, la dilatation progresse bien et la poussée n'est pas si loin. Puis le « spotting » cesse pour faire place aux longues glaires rouges. Elles pendent à la vulve et annoncent une dilatation complète, dans certains cas un 9+. C'est un signe qui me parle beaucoup. C'est celui qui parfois me fait sursauter : « hein? Les glaires rouges? Déjà la dilatation complète! »
- Une ligne rouge foncé apparaît entre l'anus et le haut des fesses lorsque la dilatation est complète.
- L'anus bombe et cela indique le niveau de descente du bébé dans le bassin. L'anus peut toutefois bomber dans d'autres circonstances (on peut faire bomber son anus en poussant vers le bas), il faut idéalement corrélérer cette information avec le reste du tableau clinique.
- Des consoeurs SF m'ont aussi parlé de vibrations rapides visibles sur le bas ventre, comme un tremblement localisé.
- Des selles sont involontairement évacuées. Il est clair que la dilatation est complète depuis un bail, la tête du bébé comprime à ce moment l'ampoule rectale de la mère. Prochaine étape : on verra apparaître le bout de la tête de bébé.



À travers toute cette passionnante cueillette d'informations cliniques, je vous invite à déranger la femme le moins possible. Respectons le silence. Évitions de la toucher, au besoin utilisons un miroir subtilement pour mieux voir si une partie nous semble pertinente à regarder.

LA LATENCE DU 2^e STADE

Il est important que durant tout le travail, mère et bébé travaillent ensemble. Et c'est durant cette phase-ci qu'ils complètent leur danse, leur arrimage vers le sprint final. L'utérus moule le bébé l'amenant doucement à s'engager dans le canal vaginal. Ici, si on ne perturbe pas le processus naturel, on observera une phase de quiétude. Les contractions s'espacent... la mère somnole, elle a les yeux fermés et est bercée par les endorphines. C'est la latence de la fin de dilatation... ou du début de la poussée. On parle de la même chose!

Et maintenant, j'aurais pu discuter de la progression au deuxième stade... quoique la progression du deuxième stade en soi mériterait un atelier! Partie remise. J'aurais voulu aussi vous parler de la bande de col et de différentes situations en travail dont la latence et la rupture prématurée des membranes... les sujets sont infinis.

POUR SUIVRE NOTRE APPRENTISSAGE

Tout ce discours est beau en paroles, mais peut vous sembler ardu à intégrer dans votre pratique. C'est défaire quelques idées reçues et faire plus de place à la confiance et à l'instinct. Augmenter ses compétences intuitives comme sage-femme, c'est se réconcilier avec les inconnus de la naissance. Régulièrement, il faut se parler, se répéter les mêmes phrases que l'on dit aux femmes : « le corps sait comment faire », « ton corps est capable de donner naissance ». Avant de faire chaque geste (sauf en urgence bien sûr!), questionnez-vous : est-ce pertinent?

Et lorsque vous choisissez de faire un TV, aussi bien le faire pour la peine : il faut prendre le temps de bien le faire. Faire des gestes doux et respectueux, opter pour une position optimale et en tirer le maximum d'informations. Et idéalement... bien les utiliser ensuite.

Bonne observation. Bonnes découvertes!

Sandra Demontigny est la responsable sage-femme à la maison de naissance Mimosa à St-Romuald.



Visualisation pour les fausses couches

par Jeen Kirwen

Avant de commencer avec un individu ou bien un groupe, il est important de bien expliquer le phénomène de la fausse couche.

Tout le monde est bien installé et confortable.

Explication :

La conception produit un zygote. Après la formation de ce zygote, pendant 14 jours il y a une division cellulaire effrénée et la formation d'une jolie grappe de cellules. Pour simplifier la génétique à ce moment-là, cette grappe de cellules commence à se diviser: 1/3 deviennent des cellules molles (organes, peau, muscles, tissus, etc.), 1/3 deviennent des tissus durs (les os, le cartilage, les tendons, les dents, les cheveux, etc.) et 1/3 deviennent placenta, cordon, membranes, etc.

À ce moment-là, je demande au groupe s'ils ont déjà eu un jardin. Si oui, je demande combien de graines de carottes ils ont plantées. Les gens savent en général que chaque graine ne donne pas une carotte; c'est la même chose avec une fausse couche. C'est impossible que chaque conception devienne un bébé vivant. Les statistiques disent qu'entre 35 et 70 % des conceptions ne se rendent pas à terme (les femmes ne savent pas ça). Le corps va expulser une grappe de cellules qui n'est pas viable. C'est la nature; il manque des os, il manque un cœur... Un œuf clair est un placenta avec le cordon et tout, mais pas de tissus mous ou durs. Pour la femme, c'est déjà un personnage qu'elle voit dans sa vie, sa journée et sa famille. C'est un deuil de ce qui aurait pu arriver.

Dans les années 1940 et 1950, les médecins donnaient des injections d'hormones pour permettre à la femme de continuer sa grossesse si elle avait des signes de fausse couche. Ce qui est arrivé: il y avait des bébés déformés, handicapés et non viables. Alors cette pratique a été abandonnée et il n'y avait plus d'interférences avec les fausses couches en train de se produire.

Après cette information, je réponds aux questions.

Quand tout le monde a complété cette partie, nous passons à l'étape de s'allonger pour faire la visualisation. Lorsque tout le monde est confortable et bien installé avec son oreiller ou son coussin pour les genoux ou bien une couverture pour les frileuses, je mets une musique douce et relaxante.

La visualisation commence par une détente de tout le corps; j'invite les gens à s'abandonner dans la relaxation. Après une bonne détente, je demande aux femmes de sentir, visualiser ou imaginer leur utérus. La femme imagine qu'elle est dans son corps et elle est capable de recevoir les sentiments et les «feelings» de cette partie du corps. Elle imagine son utérus comme un organe de génération de vie et elle le remercie d'avoir eu une conception. Finalement, nous mettons de la lumière à l'intérieur et tout autour de l'utérus en le remerciant pour son pouvoir de reproduction et en lui disant comment il est apprécié et aimé.

Aller lentement dans la visualisation, laisser les personnes prendre le temps de sentir et de vivre le processus. Après, on revient en groupe en position confortable. J'invite tout le monde à partager son vécu si désiré. Si c'est en individuel, on offre un câlin. Nous restons attentives à leur besoin de parler ou de s'exprimer.



Jeen Kirwen est sage-femme pionnière de l'Estrie



11 choses à savoir sur les soins de plaies en pratique sage-femme

Pour la pratique

*Ce texte fait suite à la journée de formation offerte en novembre 2015 par Mme Chantale Labrecque Inf. M.Sc. Aujourd'hui consultante pour les établissements d'enseignement, les centres de santé et les compagnies de produits et de pansements, elle enseigne les soins de plaies dans 3 universités québécoises. Les informations qui suivront sont basées sur les enseignements reçus lors de la journée de formation. Ces conseils ne sont pas adaptés à des problèmes ou infections complexes qui peuvent nécessiter des traitements médicaux plus poussés.

1- L'humidité est un facteur majeur dans le processus de cicatrisation

Il est important de conserver des pansements propres qui permettent une humidité optimale et d'éviter de retirer prématurément. Pour une plaie de césarienne par exemple, on parle de 7 à 10 jours! L'humidité stimulera l'activité cellulaire et l'angiogenèse (formation de nouveaux vaisseaux sanguins), favorisera le débridement autolytique (l'élimination physiologique spontanée des tissus nécrotiques), stimulera l'activité des macrophages, diminuera le taux d'infection et diminuera la douleur. *Package deal, on ne s'en passe pas!*

2- La cicatrisation s'effectue en 4 phases

- 1- **L'hémostase** (ou la phase de coagulation). Cette phase dure de 5 à 10 minutes. Elle est caractérisée par la vasoconstriction et l'agglutination de plaquettes.
- 2- **L'inflammation**. Cette phase dure de 2 à 5 jours. Elle limite l'effet des bactéries en neutralisant leur croissance. Attention, cette étape pourrait ressembler à l'infection!
- 3- **La prolifération**. Dure de 3 à 21 jours (plus que ça : soupçonner un problème sous-jacent). Elle est caractérisée par la granulation (formation de petits îlots rouge framboise), la contraction (la fermeture de la plaie) et l'épithélialisation (peau "neuve" rose nacré).
- 4- **La maturation**. Dure de 21 jours à 2 ans. La coloration du nouveau tissu se modifie (par exemple, les vergetures pâlisent).

3- Les sutures et agrafes doivent rester en place de 7 à 10 jours pour un résultat optimal

« Ne touchez surtout pas, madame ».

Cette femme arrive en consultation avec une « belle » plaie de césarienne. Après 2 jours, on lui a retiré les agrafes afin d'éviter les conséquences esthétiques des dites agrafes. On a quand même pris soin d'ajouter un « tape » à suture et on laisse à l'air libre.

Vous vous doutez bien qu'il y a plus d'un problème dans ce scénario! Concernant l'air libre, je vous dirige au point 1 du présent texte!

En effet, bien que ça soit une pratique assez courante en milieu hospitalier, retirer les agrafes ou les sutures après 2 jours (ou même jusqu'à 5 jours) est fort prématuré. Si l'on se réfère aux phases de la cicatrisation, l'on constate que nous sommes toujours en phase d'**inflammation**. Les tissus et les liens nouvellement formés sont excessivement fragiles. L'on recommande plutôt d'attendre de 7 à 10 jours avant de retirer les « points », même si la cicatrice vous semble belle.

En ce qui concerne les « tapes », ils ont été conçus pour maintenir l'épiderme seulement, ils ne peuvent rien pour les plaies plus profondes (telles que les plaies de césarienne). « Ne touchez surtout pas, madame, car vous risquez la déhiscence », c'est-à-dire, l'ouverture spontanée des lèvres de la plaie, pas jojo.

Les plaies issues des agrafes peuvent laisser des marques plutôt impressionnantes après leur cicatrisation. Cependant, ceci n'a rien à voir avec le temps qu'elles ont été laissées en place. Les marques demeurent parce que les agrafes ont atteint le derme profond. C'est la même chose pour les vergetures, elles ont lieu dans le derme profond, c'est pour cela qu'elles « restent » et qu'il n'y a que la coloration qui change. Petite note au passage, c'est aussi pour cela que les crèmes et les hydratants topiques ne peuvent rien contre les vergetures, ils n'atteindront pas le derme profond.

4. Exigez le surjet intradermique pour la fermeture de la plaie de césarienne

Plusieurs obstétriciens savent la faire. Le problème? Ça prend 10 à 15 minutes, plutôt que 30 secondes pour fermer la plaie, puisqu'on la coud au lieu de la brocher. Conséquence d'un surjet intradermique? La cicatrice est beaucoup plus belle, et l'on évite l'effet « boutonnière » des marques d'agrafes permanentes.

5. Plusieurs facteurs peuvent nuire au processus de cicatrisation

- L'infection prend la place de cellules saines
- Le manque d'humidité (voir le point 1 du présent texte)
- Les anti-inflammatoires bloquent l'activité inflammatoire de la phase 2
- Les antidépresseurs peuvent prolonger de 2 à 4 fois le temps de guérison
- Le tabagisme réduit le potentiel de guérison, car la nicotine a un effet vasoconstricteur
- Les déhiscences de césarienne sont beaucoup plus nombreuses chez les fumeuses (environ une sur deux)
- Le stress. Le cortisol a le potentiel de complètement arrêter le processus de guérison
- La dénutrition. Pour favoriser la cicatrisation, nous avons besoin d'un apport calorique supplémentaire important puisque la consommation d'énergie est énorme. Par exemple, une femme de petite taille aurait besoin d'au moins 2500 kcal seulement pour se maintenir "à niveau"
- L'immunodéficience et les hépatites appauvrissent l'efficacité de la phase d'inflammation (phase 2)
- Des soins de plaies inappropriés

6. La couleur des tissus infectés dépend du micro-organisme responsable

Les tissus vivants et sains sont d'un rouge framboise lors de la phase de granulation, ou rose nacrés lors de l'épithélialisation, ces tissus sont d'ailleurs fragiles. Les tissus jaunes, verts, noirs, orange ou autres sont des tissus à débrider (nettoyer) puisqu'ils prennent l'espace de tissus sains, ce sont des tissus dits nécrosés, qui peuvent être humides ou secs.

7. Il n'est pas normal de peser sur une plaie et d'obtenir plus d'exsudat

Un exsudat peut être qualifié de séreux, de sérosanguin, de sanguin ou de purulent (opaque, crémeux et coloré). Un exsudat sain sera transparent ou légèrement jaunâtre et liquide comme de l'eau. L'opacité et la coloration (autres que les susmentionnées) sont souvent des signes d'infection.

Lorsque le fond de la plaie est bien attaché au bord de la peau (ce qui est souhaitable), le fait d'appuyer sur une plaie n'en fera pas sortir davantage d'exsudat. Si vous en obtenez davantage, c'est qu'il existe un espace sous-jacent dans la plaie, ce qui veut dire que le fond de la plaie et le bord de la peau ne sont pas bien attachés, il y a un espace vide entre les deux. Vous pouvez l'explorer à l'aide d'une tige pour en mesurer la profondeur. Ces espaces ne sont pas souhaitables, mais il est difficile de les prévenir.

8. Un bord de plaie qui « roule » cherche l'humidité

Il n'est pas normal d'avoir un bord de plaie ayant un aspect « cordonneux » et rigide. C'est signe qu'elle manque d'humidité. Pensez à utiliser le bain et un vaporisateur d'eau chaude pour le périnée ou un pansement pour l'abdomen, selon la région.

9. En cas d'irritation du mamelon, la lanoline n'est pas nécessairement recommandée

La lanoline est à la base le suint (la partie grasse) collé à la laine, qui a été purifié et raffiné. Elle connaît un haut taux de réactions allergiques qui se présentent sous forme de rougeurs, d'éruptions cutanées et de démangeaisons. Ces signes peuvent apparaître rapidement ou après plusieurs utilisations. Comme ces signes ressemblent beaucoup à ceux que l'on tente de traiter, il peut devenir difficile de bien soigner le mamelon et de distinguer l'effet de l'allaitement de l'effet du produit. Ces réactions sont dues aux impuretés qui se sont glissées dans les produits à base de lanoline lors du processus de raffinage.

La littérature actuelle ne permet pas de dire si l'utilisation de la lanoline est supérieure au fait de ne rien mettre du tout sur le mamelon. Dans ces circonstances, l'on recommande simplement de déposer

une à deux gouttes de lait sur le mamelon et de le masser (le massage active la circulation sanguine et la bonne vascularisation est essentielle pour une bonne guérison). On attend que le lait soit sec avant d'enfiler un soutien-gorge de coton (de préférence). Les compresses d'allaitement doivent être dénuées de côté plastifié. Répéter à tous les boires (en s'assurant d'avoir les mains propres).

Concernant la douleur, il semble que les disques d'hydrogel soient efficaces à cet égard. Certaines études mentionnent une diminution de 50% de celle-ci. C'est à la base de l'eau « gélatinisée » et vous pourriez les recommander à cet effet (attention de les garder bien propres afin d'éviter la macération de la peau).

10. L'ombilic se soigne au sec, parce que ce n'est pas un tissu « curable »

Pas d'humidité pour soigner l'ombilic de bébé, parce qu'il n'y a pas de plaie « vivante » à traiter! Les 4 phases de la cicatrisation ne s'appliquent pas ici. Le tissu du cordon se nécrosera et tombera, c'est son destin. Les recherches actuelles ne montrent donc aucun avantage des antibiotiques ou des antiseptiques par rapport à des soins visant la propreté du cordon ombilical. De l'eau du robinet et un coton-tige feront un excellent travail lors des changements de couche. N'oubliez pas d'avoir les mains propres et de bien assécher (avec un nouveau coton-tige) par la suite!

11. Le périnée se soigne bien avec de l'eau

De l'eau, de l'eau du robinet, c'est Cochrane qui le dit. Il n'y a pas d'avantage même pour le miel comparé à la simple irrigation à l'eau du robinet. 3 fois par jour dans une baignoire. Un vaporisateur avec de l'eau chaude entre-temps. Un essuyage délicat en « tapotage » avec une serviette propre ou des compresses complèteront bien les mesures d'hygiène.

Les vaporisateurs anesthésiants, les antiseptiques, les savons et autres produits parfumés sont à éviter.

On peut mettre du froid les premières 12 à 24 heures et l'on peut donner un analgésique (éviter des anti-inflammatoires après 2 jours afin de ne pas interférer avec la phase d'inflammation du processus de guérison). Mangez bien (le processus de cicatrisation consomme une ÉNORME quantité d'énergie) et buvez beaucoup. Vous pourriez également songer à un émoullient fécal, selon le cas.

Simple et efficace, comme on l'aime. Bonne guérison!

Mélanie est étudiante en 2e année en pratique sage-femme et mère de cinq enfants. Elle est très impliquée dans l'organisation de diverses activités pour l'A.E.S.F.Q.





Image par Françoise Hasty

L'homéopathie

Marie-Andrée Beaumier

Samuel Hahnemann est né le 17 avril 1755 en Allemagne. Adulte, il devient médecin et exercera aussi les métiers de chimiste, traducteur et écrivain. Déçu de la pratique traditionnelle de la médecine de l'époque qui consiste à compartimenter le corps humain, il se consacre rapidement à ses propres expériences. Il expérimente méthodiquement toutes les substances pouvant devenir des médicaments. Il fut ainsi le premier à expérimenter l'action pharmacodynamique des médicaments.

Hahnemann met en pratique ses principes d'homéopathie à partir de 1796, mais c'est à compter de 1800 qu'il commence véritablement à la pratiquer. À partir de cette date, il garde toutes ses observations dans ses livres de cas, les journaux de malades, etc. C'est à Leipzig que seront formés ses premiers disciples, tels que Stapf, Gross, Moritz et Wilhem Müller. Aussi c'est en 1811 qu'il publie *La Matière médicale pure*.

Hahnemann, qu'on surnomme le père de l'homéopathie a découvert qu'en diluant et en dynamisant des remèdes (parfois les mêmes substances utilisées par l'apothicaire c.-à-d. le pharmacien), il arrive ainsi à soigner ses patients en profondeur. Il est très tôt convaincu que l'être humain n'est pas seulement *matière*, mais qu'il est aussi énergie (donc vibration). Le fait de diluer et de dynamiser ainsi les remèdes homéopathiques fait en sorte que leur toxicité est pratiquement nulle et qu'il arrive ainsi à toucher à la sphère physique, psychique et matérielle de l'humain. La dilution et la dynamisation étant indissociables et étant l'ensemble des opérations qui amènent le médicament de l'état pondérable (qui a une masse mesurable) à l'état infinitésimal (qui est infiniment petit) ainsi que l'action de le rendre dynamique, crée un remède unique. Celui-ci est toujours brassé 100 fois à chaque nouvelle dilution, 1CH, 2CH, 3CH, etc. Plus, la dilution est élevée, par exemple 30CH, moins il y aura de matière dans sa composition initiale, le remède devient alors énergétique et vibratoire. Par la suite, il est important de redynamiser le remède lorsqu'il sera consommé pour un traitement soit en brassant le tube de granules ou en brassant la bouteille d'eau dans laquelle auront été mises les granules homéopathiques afin de lui redonner son plein potentiel. Cette nouvelle médecine est pour Hahnemann une révolution.

L'homéopathie se base sur la prémisse que le corps possède en lui la force de générer un processus naturel de **guérison par sa propre énergie vitale**. À partir de cette prémisse, Hahnemann soutenait qu'il importait plus de trouver les moyens de stimuler le processus naturel de guérison inhérent à tout organisme vivant que de connaître l'agent pathogène spécifique ou le diagnostic.



Ainsi, l'homéopathe s'efforce de découvrir minutieusement tous les **symptômes** du patient afin de déclencher ou de soutenir le processus de guérison correspondant. Le praticien cherchera donc à savoir quand et comment les symptômes se manifestent, ce qui les amplifie ou en diminue l'intensité, les heures où ils apparaissent, les actions qui les exacerbent ou les soulagent, etc. C'est ce qu'on appelle pratiquer l'homéopathie uniciste, travailler avec un remède à la fois.

Le terme homéopathie veut dire :

Homéo : semblable, similaire

Pathos : malade, affection

Ses trois lois sont :

Loi de similitude : Si un individu en santé ingère une substance administrée à forte dose, cela provoquera chez lui des symptômes particuliers. Si cette même substance est prise à une dose infinitésimale (infiniment petite) et est dynamisée, elle pourra faire résonance avec les mêmes symptômes chez un individu qui en serait atteint et ainsi les faire disparaître.

Loi de l'infinitésimalité : Des substances d'origine soit *végétale, animale, minérale ou chimique* sont d'abord macérées afin d'obtenir une teinture mère de laquelle on prélève une goutte que l'on diluera et dynamisera. Ce processus sera répété jusqu'à l'obtention de la dose infinitésimale désirée.

Loi d'individualisation : L'homéopathie considère chaque individu comme un être unique ayant ses propres symptômes psychiques et physiques et son propre terrain héréditaire. Devant la maladie, chacun réagit à sa manière.

La théorie des miasmes

Quelque chose se cache sous les couches apparentes de nos maux. Samuel Hahnemann, en était convaincu. Il y a 200 ans, il nomma « miasmes » ces « modèles énergétiques » à l'origine de l'ensemble de nos maladies chroniques. Il identifia alors trois miasmes fondamentaux : la psore (issue de la gale), la sycose (issue de la gonorrhée) et la luèse (issue de la syphilis). Ces miasmes se combinent entre eux, s'aggravent, se compliquent et se transmettent de génération en génération.



Cette théorie des miasmes reste jusqu'à ce jour la seule explication scientifique cohérente à la récurrence obstinée et à la transmission de maladies toujours plus nombreuses et pernicieuses. En comprenant la nature des miasmes, leurs manifestations et leur développement, nous pouvons découvrir les racines profondes de nos problèmes de santé.

CATALYSEURS D'ÉNERGIE

L'observation clinique a permis d'associer à chacun des miasmes des signes physiques et des états d'esprit caractéristiques. Pour nous libérer de nos blocages et faire reculer nos frontières intérieures, l'homéopathie utilise donc des remèdes spécifiques pour traiter les miasmes. Ces remèdes individualisés agissent comme des catalyseurs.

LA PSORE

La psore, c'est le miasme fondamental, la faille énergétique originelle, la prédisposition de base aux nombreuses maladies de l'humanité. En effet, les premières maladies chroniques affectaient la peau. Elles n'ont pas cessé de se compliquer depuis, pénétrant progressivement à l'intérieur de l'organisme pour atteindre la cellule, l'infiniment petit. Les maladies auto-immunes d'aujourd'hui illustrent bien cette évolution.

La psore est née de la suppression des maladies de la peau, ou plutôt de la tentative de les éliminer. En apparence, la maladie semble guérie, mais, en réalité, on n'en a pas détruit la racine. Les nombreux cas d'eczéma infantile suivis d'asthme quelques années plus tard en sont un bon exemple.

Les maladies dites psoriques consistent au départ en des éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons. Elles se compliquent chez la personne qui en est atteinte ou chez ses descendants et peuvent générer une grande diversité de réactions organiques, en réponse à des agressions externes comme les abus ou carences alimentaires, les passions désordonnées, le climat, l'hérédité, etc. Ces dérèglements touchent l'ensemble des organes et de leurs fonctions. Ils peuvent se traduire par des affections cutanées, des désordres nerveux, mentaux, sensoriels, digestifs, respiratoires, hépatiques, etc.

Progressivement, l'organisme s'épuise. Il devient de plus en plus vulnérable aux attaques multiformes de la psore. Ce combat entre nos forces de santé et ce karma pathologique est l'écho d'un état psychique psorique bien particulier.

LA SYCOSE

Le syndrome sycotique prend racine dans la tentative de suppression des symptômes de la gonorrhée. La sycose nous est transmise par un contact sexuel direct ou de façon héréditaire. L'influence sycotique catalyse les effets des maladies

psoriques, ajoutant de ce fait à leur morbidité. Elle induit une déficience des réactions métaboliques, un affaiblissement du pouvoir immunitaire qui s'exprime paradoxalement par de l'hypersécrétion et une tendance à l'hyperplasie et aux excroissances de toutes sortes. C'est comme si l'organisme, pour compenser le déséquilibre, en faisait trop : allergies, infections de nature oto-rhino-laryngologique, kystes, fibromes, verrues, condylomes, etc. Les maladies psoriques s'aggravent par la contamination sycotique, et le pronostic devient de plus en plus incertain à mesure que la force vitale épuise ses ressources.

LA LUÈSE

Le miasme luétique provient d'un traitement, chez soi ou ses ancêtres, qui n'a éliminé que les symptômes externes d'une syphilis sans s'attaquer à sa dimension cachée et transmissible. Ce miasme, comme les autres, ne transmet pas les symptômes primaires de la maladie, mais bien la programmation à développer un ensemble de tendances pathologiques caractéristiques. La luèse est le miasme le plus néfaste qui soit. Son action est si intense, profonde et complète que nos mécanismes de défense s'avouent impuissants à la surmonter. Les atteintes pathologiques impliquent des dégénérescences physiques, nerveuses et mentales, la destruction des tissus superficiels et profonds et des dommages irréversibles aux organes essentiels. Il entraîne des ulcères, une destruction des cellules nerveuses, des attaques auto-immunologiques, des pathologies cardiaques, etc. La maladie d'Alzheimer et le cancer sont des maladies redevables à la luèse.

MIASMES MODERNES

Depuis Hahnemann, d'autres homéopathes ont postulé l'existence de nombreux miasmes, comme la tuberculose, le cancer ou la malaria. Ils avancent l'hypothèse de la création de miasmes modernes par l'homme, à travers l'utilisation de tous les polluants modernes internes et externes... Les dynamiques miasmiques façonnent notre santé parce qu'elles s'inscrivent dans les profondeurs méconnues de la nature humaine. C'est à ce niveau, là où se créent les liens de cause à effet entre le corps et l'esprit, la santé et la maladie, la vie et la mort, que peuvent agir les remèdes homéopathiques bien recommandés pour nous aider à nous libérer de nos maladies.

Après une existence de travail acharné, Hahnemann meurt le 2 juillet 1843 à l'âge de 88 ans. Il nous a légué ses différentes éditions de « L'Organon, l'art de guérir », écrits extrêmement inspirants et aidants pour tout homéopathe! En quelque sorte grâce à lui, il existe environ 650 remèdes homéopathiques à ce jour.

Pour conclure cet article sur les origines et les fondements de l'homéopathie, et puisque le sujet qui nous intéresse ici est la naissance, je partage avec vous un petit protocole homéopathique pouvant être aidant pour l'accouchement. Ce n'est pas nécessairement une formule à utiliser automatiquement pour tous les accouchements, mais je constate depuis plusieurs années qu'il accompagne fort bien la femme qui s'apprête à donner naissance...

Protocole homéopathique pour l'accouchement

Dans ce protocole, les dilutions K (Korsakoviennes) sont proposées parce que je travaille en grande partie avec celles-ci dans ma pratique. Par contre, elles peuvent être remplacées par les dilutions CH (Hahnemaniennes). Pour la 30K, on utiliserait la 9CH et pour la 200K, la 15CH.

Avant l'accouchement, pour aider l'induction naturelle du travail dans les derniers temps, si le travail est mûr (à partir de 38 semaines lors d'un accouchement prévu à terme) :

CAULOPHYLLUM 30K : dilatation du col

ACTEA RACEMOSA et PULSATILLA 30K : contractions efficaces et bonne expulsion du bébé

GELSEMIUM 200K : trac et anticipation de l'accouchement

-Mettre 3 granules de chaque remède dans une bouteille de 500 ml d'eau. Bien brasser la bouteille avant chaque gorgée afin de redynamiser le mélange. Boire une dizaine de gorgées par jour.

Pendant l'accouchement, pour aider à son bon déroulement :

Les trois mêmes remèdes précédents avec l'ajout de **CHAMOMILLA 30K :** spasmes utérins, antidouleur.

Suivre les instructions ci-haut. Boire une gorgée toutes les 5-10 minutes, et ce dès le début du travail d'accouchement.

Après l'accouchement pour aider les réparations (contusions, déchirures s'il y en a, etc.) et les tranchées utérines :

ARNICA MONTANA en 30K : réparation des tissus, réduit les risques d'hémorragie et soigne les contusions internes/externes.

CHAMOMILLA en 30K

Une bouteille de 500ml d'eau mélangée avec ces 2 remèdes. Gorgées fréquentes qu'on espace quand la douleur s'apaise. Peut être pris pendant quelques jours.

CAS SPÉCIAUX :

Pour une grande perte de liquides vitaux : CHINA 30K.

Pour soigner une infection : PYROGENIUM 30K.

Pour aider un bébé à se retourner s'il est en siège avant l'accouchement : PULSATILLA 200K.

Lors d'un travail long et difficile : SULFUR 30K peut être d'un bon secours.

Les nouveau-nés peuvent être traités par l'homéopathie, le traitement est doux et efficace, si bien recommandé.

Même si la maman reçoit une épidurale ou d'autres analgésiques pendant le travail, elle peut continuer à prendre l'homéopathie tel qu'indiqué ci-haut sans problème.

Pour une cliente qui a tendance à faire des hémorragies en post-partum : CHINA 30K, ARNICA 30K, PHOSPHORUS 30K et MILLEFOLIUM 30K.

Pour cicatrice de césarienne : ARNICA MONTANA 30K et STAPHYSAGRIA 30K.

Sources :

Écrits de Samuel Hahnemann

Sylvie Gendre, directrice et enseignante à l'École d'Homéopathie Classique de Trois-Rivières

L'origine de nos maux, tiré de « La Médecine des femmes » de Mona Hébert

Wikipédia

L'homéopathie retrouvé sur Passeportsante.net

Marie-Andrée Beaumier est homéopathe uniciste et accompagnante à la naissance depuis près de 10 ans. Elle travaille en soutien à l'allaitement depuis 16 ans. Elle est mariée et a deux enfants. Elle habite la région de Lanaudière.



Le Rebozo

par Esther Tetreault



Le mot rebozo signifie « châle » en espagnol. C'est un châle traditionnel mexicain utilisé dans la vie de tous les jours

Je suis tombée dans les rebozos, comme Obélix dans la potion magique!

C'est en 2007 que nous nous sommes rencontrés, lors de ma formation de base en accompagnement à la naissance. Deux petites techniques et un grand coup de foudre! Je savais à ce moment-là que la prochaine formation que je m'offrirais serait à propos de l'utilisation du rebozo en périnatalité. Et c'est ce que je fis la même année.

Le mot rebozo signifie « châle » en espagnol. C'est un châle traditionnel mexicain utilisé dans la vie de tous les jours (accessoire mode, aide à transporter les provisions, porte-bébé ou hamac pour bébé...). Il est fort utile également pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Il est généralement tissé à la main en coton ou en soie, orné d'une frange à chaque extrémité et il n'est pas extensible. Ses dimensions peuvent varier de 1,50 à 3 m de long et de 60 à 75 cm de large. De nos jours, ils sont le plus souvent tissés mécaniquement, en acrylique.

Traditionnellement, le rebozo était offert par la mère à sa fille lorsque cette dernière se mariait et bien souvent entrainé en même temps dans la maternité. Le choix de la fibre, des couleurs et des motifs représente la personnalité de la future maman. Le rebozo est une expression de l'art, de l'histoire et de la culture du Mexique. À une époque, on pouvait connaître le statut d'une femme dans la société à la qualité de son rebozo. Il est encore utilisé en milieu rural, mais peu présent dans les grandes villes.

Il facilite le transport de tout ce qu'on a besoin de transporter (des charges d'eau, du bois, des provisions...). Il aide à protéger le dos, ainsi qu'à protéger la grossesse.

Les sages-femmes traditionnelles utilisent le rebozo pendant la grossesse pour soulager les inconforts, lors de l'accouchement pour faciliter le travail et pour tous les soins destinés à la femme. La technique au rebozo la plus connue pratiquée par les sages-femmes traditionnelles mexicaines se nomme « Manteadá » (bercement de l'abdomen avec le rebozo).

De cette première initiation avec le rebozo dans le contexte de la périnatalité, s'est ouvert à moi tout un monde de possibilités. J'ai découvert un savoir, un art. J'étais en amour avec ce bout de tissu qui devenait le prolongement de moi-même. C'est ce que j'aime dans l'utilisation du rebozo, c'est qu'il devient le prolongement de mes bras. Il me permet de toucher, de manipuler et de sentir l'énergie et les blocages sans toucher avec mes mains. Ce qui peut être pratique pour accompagner les femmes qui n'aiment pas le contact rapproché. Selon mon expérience, le rebozo permet un recul et cette distance est appréciée. Le rebozo, en devenant le prolongement de mes bras, facilite les manipulations tout en réduisant

l'effort nécessaire pour les appliquer et tout en protégeant ma posture. Je pense ici à la compression des hanches pendant l'accouchement. Les femmes qui aiment qu'on presse très fort leurs hanches à chaque contraction nous demandent généralement de ne pas arrêter. Or, il est très forçant de le faire et de maintenir cette double pression à bout de bras, on se fatigue très vite. Avec l'aide du rebozo, il est très facile de le faire, pas forçant du tout et on peut même l'installer et le laisser en place.

J'ai suivi une formation en anatomie et périnatalité. Découvrant les os, les articulations, les ligaments du bassin, la physiologie de l'accouchement, la descente et les rotations effectuées par le bébé afin de naître; je me souviens très bien de l'éveil vécu à ce moment, sur toute l'importance de la mobilité pendant l'accouchement. À cette époque, un livre est venu enrichir mes apprentissages : *Bouger en accouchant* de Blandine Calais-Germain. Ce livre a été un moteur d'apprentissage magistral! Il venait compléter et approfondir mes connaissances en anatomie et confirmer l'importance de la mobilité pendant l'accouchement. Dès lors, le rebozo est devenu une véritable passion! Puisqu'il permet justement cette mobilité, peu importe la position ou le mouvement de la femme pendant l'accouchement. Ce fut une telle révélation que je n'ai plus jamais accouché ou vu un accouchement comme avant. C'est comme si je pouvais voir au travers du corps de la femme tout au long de l'accouchement. Avis aux intéressés, c'est selon moi deux formations qui se complètent très bien.

J'ai eu la chance d'être co-formatrice au Centre d'Études Périnatales de 2008 à 2011, où j'enseignais entre autres l'utilisation du rebozo. Le cursus présentait différentes techniques et principes d'utilisation. En parallèle, je poursuivais dans ma pratique de doula l'expérimentation du rebozo. Je l'utilisais avec mes clientes, mes amies enceintes, mon mari, mes enfants et bien sûr lors de mes propres grossesses et accouchements. Comme j'aime offrir des périodes de détente et d'énergisation en rencontres prénatales aux mamans que j'accompagne, je leur offrais de le faire en partie avec le rebozo en échange de leurs commentaires. C'est ainsi que j'ai pu parfaire plusieurs techniques apprises en formation ou en fouillant le web. Comme je suis autodidacte dans la plupart de mes apprentissages, le web offre une belle source d'information et d'inspiration. C'est suite à la fermeture du CEP en 2011 que des consœurs doulas qui me savaient passionnée par le rebozo m'ont demandé de monter une formation sur son utilisation étant donné qu'une telle formation n'existait pas au Québec. C'est ainsi qu'est né l'Atelier Rebozo en 2012. J'ai travaillé pendant un an à monter cette belle formation pratique présentant plusieurs techniques couvrant les périodes pré/per/postnatal, en plus du soin rebozo, des techniques de massage au rebozo et du portage. J'y partage toutes mes connaissances et ma passion!

Le rebozo est un outil polyvalent permettant de masser et de mobiliser le corps de la femme, que cette dernière soit assise, debout, couchée sur le dos ou sur le côté, à quatre pattes, sur un ballon, en suspension.

Pour la pratique

En prénatal

Au cours de la grossesse, le rebozo est un allié de tous les jours.

Qu'il soit soutien, outil de détente et de relaxation ou encore tout simplement châle réconfortant; il permet de relâcher les tensions, de soulager certains maux de grossesse, de faciliter le quotidien et d'embellir notre ronde silhouette tout en conservant une bonne posture.

À l'accouchement

Lors de l'accompagnement à un accouchement, je ne m'en sers évidemment pas toujours, mais le rebozo est facile à traîner et je le sais disponible dans mon sac, au besoin. Pendant l'accouchement, le rebozo est un outil merveilleux permettant de faire des bercements, des effleurages, des étirements, des suspensions... Il facilite le positionnement ainsi que la mobilité (même sous péridurale)... On peut l'utiliser pour relancer le travail, pour repositionner le bébé, pour diminuer la douleur des contractions sans en diminuer l'efficacité, pour optimiser la poussée tout en protégeant le périnée. C'est un outil indispensable à avoir sous la main.

Le rebozo est un outil polyvalent permettant de masser et de mobiliser le corps de la femme, que cette dernière soit assise, debout, couchée sur le dos ou sur le côté, à quatre pattes, sur un ballon, en suspension...

Un truc que je trouve bien utile lors de naissances, surtout en centre hospitalier, c'est de mettre le rebozo autour de la tête de la femme afin de réduire les bruits et autres sources de dérangements autour d'elle et lui permettre de rester centrée en elle-même et de préserver son contact avec son bébé. J'utilise aussi le rebozo pour relâcher des tensions et masser, voir bercer la femme (et son bébé!). Il y a ça de beau avec le rebozo, prendre soin de la femme ET de son bébé! Le rebozo est pratique également pour les suspensions en tout genre (debout, accroupie, assise). On peut passer le rebozo autour de nos épaules pour que la femme s'y suspende ou encore utiliser la barre de squat ou un cadre de porte. Il suffit de faire un nœud au bout du rebozo et de le coincer dans le haut d'une porte. On s'assure que la porte reste bien fermée et on tire très fort sur le rebozo pour que le nœud se coince fermement dans le haut de la porte. Ensuite la femme peut s'y suspendre si elle le désire. L'avantage de la porte selon moi est qu'on installe le rebozo et on le laisse en place. La femme peut l'utiliser à sa guise seule face à la porte ou encore dos à la porte en s'y pressant le sacrum. Du coup, on a les mains libres pour autre chose. Le rebozo peut être utile également au moment de la poussée pour les femmes qui ont besoin d'un second souffle à ce moment-là ou pour leur permettre de recentrer leur énergie.

En postnatal

La grossesse et l'accouchement ont agrandi le bassin à plusieurs niveaux. Le relâchement hormonal a permis une plus grande mobilité des articulations, une ouverture maximale de tout le bassin. Après l'accouchement, le rebozo est fort utile pour refermer le bassin en postnatal immédiat, ainsi qu'au cours des premières semaines suivant la naissance. Ce qui permet à la femme de retrouver son centre de gravité d'avant la grossesse et d'être soulagée des

inconforts reliés au relâchement des articulations du bassin. On peut également utiliser un rebozo pour bander le ventre de la nouvelle maman afin d'éviter la sensation d'affaissement.

Soin Rebozo

Je ne peux pas vous parler du rebozo sans vous parler du Soin Rebozo. Il est offert à la nouvelle mère au minimum 40 jours après l'accouchement (ou n'importe quand par la suite lorsqu'elle se sent prête). Ce soin est un rituel permettant de marquer le retour à la vie quotidienne, la fin d'une étape. Il est généralement précédé d'un massage à 4 mains, parfois d'un bain aux herbes ou tout autre rituel ou symbolique important pour la mère. Il s'agit d'une fermeture physique, psychique et émotionnelle. Sept points de serrage sont alors réalisés sur le corps de la mère, permettant à celle-ci de se réapproprier son corps et de reprendre contact avec ce dernier. Un rituel de serrage peut également être fait 10 jours après l'accouchement afin d'aider la nouvelle mère à réintégrer ses limites corporelles, ramenant son ventre à l'intérieur de son corps, diminuant ainsi les troubles du postpartum (Baby Blues, dépression).



Portage

Le rebozo offre un portage en toute simplicité! Probablement le porte-bébé le plus facile d'utilisation! Faites un nœud et le tour est joué! Ajustable pour tous les porteurs (adultes, enfants). De la naissance à 2-3 ans et même plus! Idéal pour les portages de la vie de tous les jours. À avoir sous la main en tout temps! Dans la maison, au magasin, à l'épicerie, pour une petite ballade... Je le trouve agréable d'utilisation. Il m'a été très utile avec mes quatre enfants!

C'est avec plaisir que je vous ai présenté le rebozo. Si vous avez le goût de découvrir et d'explorer davantage ce bel outil, je vous invite à visiter la page FB de l'Atelier Rebozo. Deux formations vous y sont offertes, l'une sur l'utilisation du rebozo en périnatalité et l'autre sur les soins et rituels au rebozo. Au plaisir!



Les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né, et leur évolution.

Ingrid Bayot, Formations Co-naître®, infirmière et sage-femme de formation belge, Diplôme universitaire en lactation humaine et allaitement maternel (FR).

La condition n°8 de l'IAB précise : encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant. De fait, une des clefs pour démarrer et entretenir une lactation est de suivre le bébé, d'allaiter et de ne pas imposer de normes restrictives autour de la fréquence des tétées.

Cependant, l'expression à la demande peut induire l'idée que le nouveau-né ait déjà des demandes précises et donc des appels ou des pleurs clairement différenciés : *il y aurait un type d'appels (ou de pleurs) pour téter au sein, un autre pour le besoin de sucer, un autre encore pour être « seulement » pris dans les bras, un autre encore pour changer la couche, etc.*

Or le nouveau-né ne peut pas encore différencier ses besoins ; lorsqu'il se réveille, il demande tout : la présence, la chaleur, l'enveloppement, les voix et les odeurs connues, la succion, la déglutition... autant d'expériences et de sensations qu'il a mémorisées au cours des mois. **Ses attentes extra-utérines sont globales et conditionnées par les empreintes sensorielles de la vie intra-utérine.** Dans un milieu plus rude qu'une maternité ou une chambre douillette, retrouver ces sensations correspond d'ailleurs à ses chances de survie maximum : l'assurance de la chaleur, de la protection et de la nourriture.

Au regard de ses conditionnements de petit mammifère terrestre à sang chaud, la recherche par le nouveau-né de cet ensemble de sensations est vitale et non négociable. La privation engendre un état de détresse important. Parler de « caprices » ou « d'exigences » à ce stade-là est une interprétation erronée, issue d'une puériculture rigide mise au point dans les orphelinats*.

*Voir à ce sujet mon article « Cultures, puéricultures, implication maternelle et allaitement », en ligne sur le site du CIUSSS de l'Estrie http://www.santeestrie.qc.ca/sante/publique/promotion_prevention/perinatalite_petite_enfance/documents/allaitement.pdf

Bref, être en relation et se nourrir sont deux besoins vitaux, au départ non différenciés : ils font partie d'un ensemble assurant sa survie. Se demander s'il a besoin du sein ou « seulement » d'être dans les bras n'a pas beaucoup de sens. Au sein, il reçoit tout à la fois : la chaleur, les mouvements, les odeurs et les sons connus, la voix de maman (repères connus, donc sécurisants), le lait qu'il fait venir et qu'il déglutit (nouveautés qu'il apprend durant les premiers jours).

Ce que ressent et cherche un nouveau-né de quelques jours, un bébé de quelques semaines ou un bambin de quelques mois n'est pas pareil. Il y a une évolution dans la perception de son corps, de ses besoins et de son environnement

matériel et humain, comme il y a une évolution dans ses manifestations et la précision de ses demandes.

Pour mieux le comprendre, repartons du tout début, et parcourons avec le bébé quelques étapes clefs.

La vie intra-utérine.

Le bébé est nourri en permanence par voie ombilicale. Il présente des phases d'activités et de repos, de plus en plus différenciées au fur et à mesure qu'il se rapproche du terme. L'enchaînement de ces phases constitue un **cycle spontané**. Ce n'est pas le degré de remplissage ou de vidange de l'estomac qui détermine la fréquence des périodes actives, mais la maturité du bébé. Dans les dernières semaines de grossesse, **les phases d'activité augmentent** en fréquence et en longueur ; ses mouvements sont plus coordonnés.

Les échographies montrent que, dès la 16^e semaine de vie intra-utérine, les fœtus font des mouvements de succion (certains avec leurs mains, leurs pouces ou leurs doigts)

et déglutissent du liquide amniotique, déglutition coordonnée avec le péristaltisme œsophagien (c'est le mouvement automatique pour faire descendre ce qui est avalé vers l'estomac). Plus ils approchent du terme, plus l'activité de succion et de déglutition

est intensive. Le dernier mois de la grossesse, un fœtus déglutit jusqu'à un demi-litre de liquide amniotique par jour*.

*Voir le cours http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/liq_amniotique/site/html/4.html

C'est dire qu'il a mémorisé les sensations de « bonnes gorgées » et que le débit fait partie de ses attentes sensorielles. Rappelons-nous que le nouveau-né fonctionne avec les conditionnements de survie de l'espèce : débit appréciable = allaitement optimal = meilleures chances de survie.

Les tout premiers jours de vie

Le fonctionnement neurologique par cycles persiste après sa naissance : la fréquence, la durée et la qualité des éveils du bébé sont une des manifestations de sa maturité et de l'énergie dont il dispose. Un nouveau-né qui manque d'énergie a tendance à dormir de plus en plus. Un prématuré dort beaucoup et se réveille peu. Un bébé né à terme est capable de s'éveiller plus souvent, plus longtemps, et est mieux à même de gérer les multiples informations et sensations nouvelles. Les éveils sont donc :

- Faim ou pas faim ? Comment savoir quand ils sont si petits ? Quand il s'éveille, il cherche tout à la fois : la chaleur, les bras, les odeurs familières, le contact. Il a besoin de tout cela à la fois.
- Regardez votre bébé : il est éveillé et prêt à être en relation avec vous : il vous suit du regard et capte le vôtre, il est attentif à votre voix.
- Il montre qu'il est prêt à téter : il ouvre la bouche, il sort la langue, il cherche avec sa tête, il tète ses doigts, il salive. C'est le moment de lui présenter le sein.
- Pourquoi attendre qu'il pleure ? Il serait alors stressé et peu collaborant.

- indépendants de la taille de l'estomac ou de son niveau de remplissage,
- des **opportunités** pour nourrir le bébé d'interactions et de lait, les deux piliers de son développement psychique et physique.

Le nouveau-né arrive avec un bagage de **compétences**, véritables moyens au service d'une stratégie alimentaire complexe dont la réalisation dépend de la relation avec l'adulte :

- il **s'éveille spontanément et cycliquement**, et ses éveils s'accompagnent :
- de **compétences relationnelles** : il recherche la présence, le contact, et le montre par ses gestes. S'il n'obtient pas de réponse, il pleure assez fort pour attirer l'attention. *Mais pourquoi attendre qu'il pleure pour lui répondre...?*
- de **compétences alimentaires** : en éveil calme attentif, ou en éveil agité sans pleurs, les réflexes archaïques alimentaires s'expriment. Les plus connus sont les réflexes de fouissement, d'orientation, de succion, de déglutition. Mais un bébé posé en contact peau à peau sur sa mère, de manière à pouvoir prendre appui sur ses mains et ses pieds, démontre une capacité étonnante à trouver le sein.

Le nouveau-né éveillé et en contact intime avec sa mère, respirant les odeurs attractives de son corps et de ses mamelons, est coordonné et coopérant.

Il cherche activement. Ses réflexes sont puissants.

S'il ne trouve pas satisfaction à cet instinct de relation, il pleure assez fort pour faire réagir son entourage. Mais à nouveau... *pourquoi attendre qu'il pleure ?*

Après une naissance physiologique, les bébés à terme et en bonne santé présentent une période d'éveil exceptionnel une heure trente à 2 heures. Ils sont donc particulièrement **compétents pour rencontrer** leur mère -et père- et **pour trouver le sein**, s'y placer et téter vigoureusement.

Le tout petit a été nourri par son placenta jusqu'à sa naissance. Ce n'est donc pas le manque d'énergie ni un estomac vide, qui le poussent à chercher le sein, mais bien la qualité de son éveil et les compétences relationnelles, motrices et alimentaires qui entrent en action.

Chez le bébé à terme et en bonne santé, dans une continuité sensorielle, sans pertes énergétiques provoquées, et collé sur sa mère ou son père (portage, contact peau-à-peau...), **le nombre, la durée et la qualité** des éveils sont suffisants pour assurer des prises alimentaires qui combinent ses besoins énergétiques.

Nous pouvons compter sur son rythme d'éveils spontanés : c'est l'allaitement « à l'éveil et aux signes ». Ces signes montrent que le bébé est prêt à faire l'expérience du sein. Cette expérience est encore neuve pour lui, mais la répétition va créer des associations positives et gratifiantes, donc l'envie de recommencer.

Donc, quand il s'agit d'un nouveau-né, l'expression « allaitement à la demande » doit être explicitée « allaitement à l'éveil et aux signes qui montrent que le bébé est prêt à téter ».

Cette précision permet d'éviter de se poser trop de questions :

- sur la faim des bébés : a-t-il vraiment faim se demandent les mères, les familles, et les soignantes, mais nous leurs attribuons nos sensations de faim d'adulte, précises, et souvent dramatiques –beaucoup de gens pensent que le bébé souffre quand son estomac est vide ;
- sur la nécessité de dresser les bébés, de ne pas céder à leurs «caprices», de les régler pour leur donner de «bonnes habitudes», pour qu'ils «fassent vite leurs nuits».

Pour expliquer aux parents l'appétit du bébé, certains soignants utilisent encore des illustrations comparant la prétendue taille de l'estomac du bébé à une cerise, une noix, un œuf... Quand on sait que la veille de sa naissance, il avalait encore ½ L de liquide amniotique par 24h, ces explications ne tiennent pas la route. De plus, cela entretient la notion erronée que le niveau de remplissage de l'estomac détermine les comportements du bébé, exprimant un besoin nutritionnel précis. Rien de plus faux, évidemment.

Le bébé n'est pas un estomac avec alarme, mais un être relationnel, sensoriel, neurologique, doué de mémoire et d'un formidable besoin d'entrer en interaction et de s'attacher.



...allaitement à l'éveil et aux signes, à la demande, à l'amiable, et acquisition progressive et par conditionnement, des rythmes sociaux, aide à envisager l'acquisition des rythmes alimentaires sur une longue période, en suivant les capacités de compréhension et d'adaptation de l'enfant.

Le rythme des éveils, donc des tétées, reste très irrégulier, imprévisible, de jour comme de nuit. Les bébés ont tendance à se réveiller plus souvent entre 17 et 22h. Donc, il y aura plus de tétées dans cette période-là de la journée.

Après quelques semaines : l'allaitement à la demande.

Sa demande devient à la fois plus variée et plus précise. Tantôt il se satisfait des bras, tantôt il a besoin de s'occuper par des interactions, tantôt il montre clairement qu'il désire le sein. Il devient alors pertinent de parler d'**allaitement à la demande**.

En effet, après quelques semaines (pour un bébé né à terme), la durée d'une période d'éveil excède largement le temps nécessaire à une tétée. Le bébé connaît mieux son environnement puisque, à chaque période de sommeil, il a mémorisé ses expériences.

Le bébé de quelques semaines connaît bien ce qu'il peut attendre et recevoir de sa mère et des personnes qui l'entourent. Sa demande devient à la fois plus variée et plus précise.

Les signaux assez automatiques et comparables du début se sont doucement transformés et différenciés, surtout si les parents ont pratiqué le parentage proximal, avec observation, reconnaissance et prise en compte de ses signaux.

Observez 10 dyades mère-bébé à la maternité : les signaux des bébés se ressemblent : ouverture de la bouche, mouvements de succion, recherche avec la tête... Il est simple de les montrer aux parents, même avec les photos d'un autre bébé.

Observez 10 dyades mère-bébé 3-4 semaines plus tard : la mère et le bébé ont cocréé une « chorégraphie » propre à eux qui leur permet de se comprendre. Et le bébé a évidemment sélectionné « ce qui fonctionne » et fait réagir ses parents. Par exemple,

- les bébés de mère non-voyante vont privilégier les signaux tactiles et auditifs.
- les bébés dont les parents ne réagissent qu'aux pleurs bruyants, « comprennent » qu'il faut produire des pleurs bruyants pour attirer un adulte.

Ingrid Bayot est infirmière et sage-femme de formation belge ; elle a travaillé dans les différents domaines de la périnatalité. Elle a obtenu en 2003 un Diplôme Universitaire en Lactation Humaine et Allaitement (DULHAM) à la Faculté de Médecine de Grenoble. Elle a suivi diverses formations en communication et en psychologie. Elle est formatrice en périnatalité pour Co-Naitre® depuis 1992 (www.co-naitre.net) et assure des formations en périnatalité et allaitement au Québec et en Europe. Elle est consultante pour le CIUSSS de l'Estrie, chargée de cours à l'UQTR dans le programme de Pratique Sage-femme au Québec. Elle est l'auteure de nombreux articles et du livre *Parents fûtés, bébé ravi*, Ed. Robert Jauze. Site www.ingridbayot.com



La mise en place de l'absorption alimentaire par la bouche se réalise via une stratégie bien huilée par l'évolution. Une des empreintes sensorielles intra-utérines est le débit. Durant la période du colostrum, il ne le retrouve pas. Le colostrum ne répond pas à ses besoins énergétiques et il mobilise ses réserves. Rappelons que le bébé humain est le plus grassouillet des bébés mammifères terrestres. Des réserves*, il en a, surtout s'il est à terme et bien potelé.

*Voir mon cours sur les équilibres énergétiques durant les premiers jours de vie, sur www.ingridbayot.com rubrique Programme

Les premières 24h, il récupère de sa naissance et ne rouspète pas trop. Ensuite, il entre dans la période des éveils agités ; il se réveille souvent, et se montre fébrilement avide de contact et de succion. Il trouve beaucoup de satisfaction dans les contacts, mais ne retrouve pas encore le débit, il demande et redemande le sein, cherche à téter et ne semble pas satisfait. Ce n'est pas confortable, ni pour lui ni pour sa maman, qui croit manquer de lait. Or, ces tétées fréquentes optimisent sa montée de lait. Il est très important que les mères connaissent ce passage difficile, cette « naissance » de l'allaitement, qu'elles reçoivent du soutien, qu'elles ne soient pas seules durant cette traversée. Elle est transitoire et tout s'apaise avec la montée de lait.

La prématurité, l'immaturation, certains médicaments, les maladies, les problèmes neurologiques, l'irritabilité, les infections néonatales, l'hypoglycémie et les dépenses énergétiques causées par toute naissance difficile...

- diminuent le nombre, la durée et/ou la qualité des éveils spontanés.

- ces bébés-là nécessitent une vigilance spéciale, puisque l'on ne peut pas compter uniquement sur leurs éveils spontanés pour assurer leurs prises alimentaires. Il faudra donc les alimenter dès qu'ils dépasseront un laps de temps critique entre deux tétées. Mais pas en les forçant à aller au sein. Le colostrum ou le lait peuvent être extraits et donnés au compte-goutte ou à la cuillère.

Les premières semaines de vie : l'allaitement à l'éveil et aux signes.

Placé dans des conditions physiologiques, le bébé cherche et capte le regard de sa mère, cherche le sein, le trouve, s'y place, tète et déglutit.

- Le bébé en éveil somnolent n'est généralement pas très en recherche du sein, mais placé à plat ventre, en contact peau à peau sur sa mère, il peut, s'il est proche du sein et de la zone aréole-mamelon, commencer son approche.
- Le bébé en éveil calme attentif est tonique, vigilant, réceptif et réactif aux stimulations, il cherche et suscite les interactions, il cherche activement le sein.
- En éveil agité sans pleurs, il y arrivera aussi, mais sera moins coordonné : il sera nécessaire de l'aider à s'organiser.
- En général, les **périodes de sommeil** ne sont pas des moments opportuns pour présenter le sein, mais le bébé posé en peau à peau sur sa mère, le nez et la bouche proche de la zone aréole-mamelon, peut faire des mouvements de recherche et de succion.

Physiologic Postpartum Care

Re-Membering our Global Postpartum Tradition

Rachelle Garcia Seliga, CPM



The original postpartum traditions throughout the world while specific to the cultural context in which they come—all share deep, common roots. Postpartum traditions all mandate: heat-inducing therapies; an extended resting period; specific foods that are warming in nature and easy to digest; and bodywork. These commonalities of postpartum traditions throughout the world are not a coincidence—these traditions are rooted in our physiologic design. Our ancestors understood this design and their postpartum traditions were born from this understanding.

As humans, we have a physiologic blueprint that shows us how to optimally care for ourselves. My elders call this blueprint our 'original instructions.' Others know this blueprint as our 'divine design.' From birth all the way through death, most of us in the modern world have strayed far from our physiologic blueprint or 'original instructions.' Because of this, ill health abounds within our bodies and Planet.

I believe that when we understand the physiology of the postpartum time and how it affects our life-long health as women—we as women, birth workers and health care professionals will make postpartum care a priority.

When we *pay attention* to and *follow* what nature has so perfectly mapped out for us, we actually have an easeful, straightforward map to health.

'*Physiologic Birth*' is now widely understood in the birth community and defined as: "Birth that is powered by the innate human capacity of the woman and fetus. This birth is more likely to be safe and healthy because there is no unnecessary intervention that disrupts normal physiologic processes."

The same phenomenon is true for the postpartum period. We have a PHYSIOLOGIC design of what our needs are postpartum in order for optimal results to be achieved. The optimal results in regards to the postpartum period, is not just the survival of Mother and baby—but it is the THRIVING of Mother and baby. We have been surviving as Mothers and babies in modern times—but on a whole we have not been thriving.

When we put 'Physiologic Postpartum Care' into practice, women are best able to care for their children and their families. When families are cared for and flourishing, so are our communities. When our communities are flourishing, so too is our world. Physiologic Postpartum Care is one of the most effective ways to properly care for the future generations.



In many of these ancient postpartum traditions it is said that: How women are cared for during the postpartum period will directly affect their health through menopause and beyond. This connection between postpartum and postmenopausal health can be found in a myriad of ways; one of them explained here by Doctor Deborah Lyon and the Global Library of Women's Medicine:

A growing volume of literature on pelvic floor health implicates childbirth as the initiation of a whole host of conditions. These conditions include but are not limited to the following: stress urinary incontinence, incontinence of flatus or feces, uterine prolapse, cystocele (bladder prolapsing into vagina), and rectocele (rectum prolapsing into vagina). Many variables affect the duration and severity of these pelvic conditions, including the health of a

woman's vaginal tissues, the size of the infant she birthed, the route of delivery, and the degree of perineal trauma that occurs. However: **Even when full recovery of pelvic floor integrity appears to be the case, menopause may elicit a return of many of these problems as the collagen support of estrogen is withdrawn.**

What this means, is that the Estrogen levels we experience during our childbearing years may mask the symptoms of pelvic floor dysfunction, until we reach our menopausal years and estrogen levels drop. The pelvic symptoms that we then become aware of as we enter into menopause, have often actually been there since birthing our babies.

Postpartum pelvic work dissolves fascial restrictions within the pelvic musculature, as well as resolves scar tissue and adhesions. This pelvic work during the postpartum period assures women's life-long sexual, urinary and bowel health. Pelvic floor work after birth also reestablishes synergy and vitality in the pelvic bowl, fortifying a woman's root place. Of interest to note here: the French government currently covers the expense for each woman to have 10-20 pelvic physical therapy sessions after birth, known as '*la reeducation perineale*.'



The time is here for us to see postpartum care as a necessity and not a luxury.



The above examples are just *one* aspect of our pelvic health postpartum that needs tending. And pelvic health is just *one* aspect of a holistic-system of care that women need to be receiving in the postpartum period.

I believe that when we understand the physiology of the postpartum time and how it affects our life-long health as women—we as women, birth workers and health care professionals will make postpartum care a priority. When we truly understand something and its implications, we are more likely to value and take care of it.

The time is here for us to see postpartum care as a necessity and not a luxury. In the same way we want the best for our health when we are pregnant—we need to demand the same in the postpartum period. There is a cultural denial of self-care in our modern world and self-care truly is the way to respect and honor the tremendous work that is Mothering. Self-care during the postpartum period sets the stage for us to mother with dignity for the whole of our lives.

We women are the foundation, the Soul of the people—when we are thriving, our people thrive. I see us

bringing together the wisdom of all our ancestors, carrying forth into the future those traditions that serve the highest good of life. May we begin with the tradition of birth, as our rite of passage and postpartum, our tradition of integration into a new life.

Photos par Jade Beall

Rachelle Garcia Seliga, CPM, is Mother, wife and Certified Professional Midwife (CPM). Her work is dedicated to midwifery a cultural shift, which honors innate wisdom, personal authority and the sanctity of Life. Rachelle has developed a holistic well-woman care practice that offers preventative and curative care to women, and is the creator of INNATE Postpartum Care: a Certification Training for birth and health care professionals that follows the mandate of women's postpartum, physiologic design. www.InnateTraditions.com

