



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Si bien chez soi : Des sages femmes autochtones dans chaque communauté autochtone

Tekatsitsiakwa Katsi Cook, sage femme autochtone
Secrétaire du Conseil, National Aboriginal Council of Midwives,
Association canadienne des sages femmes
Directrice de programme, Woman is the First Environment Collaborative

(Publié en ligne le 9 juin 2011)

Perspective autochtone

Les programmes de visite à domicile comme celui des sages-femmes autochtones reconnaissent l'importance de l'environnement familial sur les premières expériences. Le National Aboriginal Council of Midwives (NACM), nouvellement formé, souhaite intégrer des « sages-femmes autochtones dans chaque communauté autochtone ». Fondé sous l'égide de l'Association canadienne des sages-femmes, le NACM offre aux Autochtones et à leur secteur de la santé, des fournisseurs de soins de santé primaires qualifiés qui respectent leur culture¹ et qui sont très bien placés pour répondre aux besoins des communautés autochtones. Les programmes qui offrent les services d'un professionnel qualifié entretenant de bonnes relations avec les familles et répondant aux besoins d'une communauté en particulier obtiennent des résultats positifs en ce qui concerne le soutien aux familles^{2,3,4}. La profession de sage-femme autochtone reconnaît que la continuité culturelle des soins repose sur la connexion, propre au cycle de la vie, entre la naissance, la puberté, la grossesse et la vieillesse, et qu'elle est fondée sur la connaissance du continuum entre le corps et l'esprit. Les sages-femmes ont notamment des compétences en matière de soins aux femmes et aux nourrissons ainsi qu'en santé de la reproduction et sont aptes à créer des espaces sacrés où les femmes, les filles autochtones et leurs familles peuvent être autonomes.

Dans son appel à l'action pour améliorer la santé maternelle et infantile autochtone au Canada, Tough⁵ recommande de porter attention à la période qui précède la conception ainsi qu'à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans les communautés autochtones. Elle présente la profession de sage-femme comme la pierre angulaire pouvant répondre à ces besoins. Le NACM soutient que les sages-femmes autochtones sont les personnes les plus appropriées pour guider les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et suivant l'accouchement, en particulier dans les communautés autochtones.

Les discussions sur la santé des Autochtones qui ont eu cours pendant les 30 dernières années ont suscité quantité de concepts culturels : conscience culturelle, sensibilité, pertinence, justesse, compétence, cohérence, considération et sécurité. À l'heure actuelle,

huit sites de pratique au Canada sont offerts par des sages-femmes autochtones et illustrent le Modèle de développement culturel^{6,7} : Puvirnituk et Inukjuak, Salluit, Nunavik (dans le Nord du Québec), Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta (Six Nations), Norway House (Manitoba), Fort Smith (T.N.-O.), Rankin Inlet, Nunavut et Seventh Generation Midwives (Toronto). L'un des principaux objectifs du programme est de fournir un soutien aux familles adapté aux pratiques autochtones⁸. Dans la communauté mohawk d'Akwesasne - avec l'appui des services de santé et des services sociaux de la région, - nous cherchons à bâtir un avenir dans lequel le corps et l'esprit des membres de la communauté qui ont été dévastés par la maladie, les traumatismes, la honte et la dépendance réussiront à guérir et à éprouver du bien-être grâce à la force du cercle de partage. Le modèle de soins Centering Pregnancy, conçu par Sharon Rising, infirmière autorisée et sage-femme au Centering Healthcare Institute, renforce et transforme le "regard médical" pour permettre une démocratisation du savoir, de façon à ce que les femmes puissent s'engager dans le processus à la fois comme connaisseuses et apprenantes. Les femmes se réunissent en groupe pour parler de leurs expériences et pour apprendre les unes des autres avec le support d'un spécialiste qualifié qui facilite le processus de découverte et de connexion. Les fournisseurs de ces services développent des compétences en matière d'animation de groupe et acquièrent suffisamment de connaissances sur la culture des participantes pour avoir une influence positive et créative sur le développement des liens entre la mère et l'enfant. Ce changement dans les communautés autochtones favorise les processus de soins qui permettent d'offrir du soutien aux femmes afin de les aider à développer leur autonomie et à maîtriser leur pouvoir de reproduction, non seulement de reproduction sexuelle, mais aussi la production de la culture, du savoir et le développement de la voix des femmes.

Dire les vraies choses

Les services ciblés sur les forces et les besoins des enfants et des familles peuvent être offerts à l'aide de programmes de visite à domicile⁸. Pour ce qui est de mon expérience en tant que sage-femme à Kanienkeha:ka (communauté mohawk), bien avant que la vague positive de professionnalisation du métier de sage-femme ne déferle sur les provinces canadiennes, les soins à domicile étaient déjà la référence dans ma pratique. La santé, ça commence à la maison, autour de la table de cuisine, avec le langage de tous les jours des gens ordinaires. La motivation des mères mohawks concernant le choix d'accoucher à la maison vient de leur identité culturelle. La force de l'histoire de la naissance est qu'elle reflète l'identité indigène, car il ne faut pas oublier qu'à l'origine, « indigène » signifie « relatif aux gènes, qui vient de la terre où son identité s'est formée ». Chaque naissance devient un « retissage » de l'univers fondamental des Mohawks, chaque bébé arrivant dans la signification cosmologique de la culture Haudenosaunee (peuple de la longue maison). Les détails et les tendances observées dans les actions créatives de la gestation et de la naissance, comprenant le rêve et la cérémonie, entourent le récit du développement du nourrisson et contiennent les fils narratifs du rôle de cette personne sur terre. C'est pourquoi les sages-femmes Kanienkeha:ka d'autrefois avaient l'habitude de séparer la membrane amniotique du placenta qui couvrait le visage du nouveau-né, puis la plaçaient sur une fenêtre afin d'y « lire » le chemin de vie de l'enfant. Bien entendu, ce sont différents gestes posés et sujets traités en sciences biomédicales qui permettent l'évaluation du risque individuel, la transmission des

connaissances et l'éducation du patient. La culture mohawk évolue toujours dans un cadre de tradition, essentiellement orale, axée sur la performance. Les aspects social et culturel de l'histoire démedicalisent et démystifient les données et l'information, inspirant ainsi la sagesse et donnant une signification aux étapes du cycle de vie. Les histoires partagées avec la famille et les pairs influent sur l'adoption d'attitudes et la prise de décision à l'égard de la vie reproductive⁹.

Les êtres humains se créent une langue pour répondre aux besoins liés aux réalités sociales qui sont par nature politiques. Le langage académique employé par « les élites de décideurs », par exemple l'expression phare « déterminants sociaux de la santé », doit être déconstruit de façon à permettre aux chercheurs, aux fonctionnaires et aux autres responsables d'exprimer leurs attitudes divergentes. Les résultats du rapport de la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) intitulé « *A New Way to Talk About the Social Determinants of Health*¹⁰ » (« Une nouvelle façon de parler des déterminants sociaux de la santé ») sont utiles à la création de messages sur les inégalités en matière de santé et permettent d'éviter d'aggraver la position de « sujet médical discrédité » des femmes autochtones dans les politiques et les pratiques en matière de santé décrites par Browne et Fiske¹¹. Le rapport de la RWJF¹⁰ nous encourage à pratiquer l'« art du possible », car il utilise un langage qui véhicule les valeurs et les émotions qui correspondent aux réalités neurocognitives des processus de la pensée humaine.

Pour terminer, je vous propose une histoire qui a été racontée par la petite-fille d'une sage-femme des Premières nations, qui vivait autrefois au Québec. La femme avait été élevée dans la maison de sa grand-mère, de confession catholique, qui lui avait transmis ses connaissances en médecine des femmes et sur l'accouchement. Le moment venu pour elle de se marier et de vivre auprès de son mari dans une autre communauté des Premières nations éloignée de la maison de sa grand-mère, la femme est tombée enceinte. Elle a alors reçu un colis de sa grand-mère, qui contenait deux paquets et les instructions suivantes : « Si tu veux garder le bébé, utilise le premier paquet. Si tu ne veux pas le garder, utilise l'autre. » La femme a décidé de garder son enfant. Je lui ai demandé : « Comment votre grand-mère a-t-elle fait pour concilier sa religion et ses connaissances autochtones sur l'interruption de la grossesse? » La femme m'a répondu que sa grand-mère avait l'habitude de dire : « Quand on est dans le village, on est catholique. Quand on est à la maison, on est autochtone. » Cette parole montre bien le genre de relations que les femmes autochtones d'autrefois entretenaient avec leur écosystème et la façon dont elles maîtrisaient leur fertilité dans un contexte matrilineaire. Une nouvelle génération de sages-femmes autochtones voit le jour pour illustrer les réalités des communautés autochtones en s'appuyant sur les connaissances, la diversité et la force de nos cultures.

RÉFÉRENCES

1. Fulcher LC. Cultural safety: Lessons from Maori wisdom. Available at: <http://www.cyc-net.org/CYR101C/culturalsafety.htm>. Page consultée le 7 juin 2011.
2. Daro D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DaroFRxp_rev.pdf. Page consultée le 7 juin 2011.
3. Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Visites.pdf>. Page consultée le 7 juin 2011.
4. Olds D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OldsFRxp.pdf>. Page consultée le 7 juin 2011.
5. Tough S. Call to action: Improving First Nations, Inuit and Métis maternal and child health in Canada. Disponible sur le site: <http://www.research4children.com/admin/contentx/default.cfm?PageId=88864>. Page consultée le 7 juin 2011.
6. Aboriginal Health & Cultural Diversity Glossary. Disponible sur le site: <http://www.usask.ca/nursing/aboriginalglossary/c.htm>. Page consultée le 7 juin 2011.
7. Wells MI. Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing* 2000;17(4):189-199.
8. Zercher C, Spiker D. Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Zercher-SpikerFRxp.pdf>. Page consultée le 7 juin 2011.
9. Jordan B; Davis-Floyd R. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Ill: Waveland Press; 1993.

10. Robert Wood Johnson Foundation. A new way to talk about the social determinants of health. Disponible sur le site: <http://www.rwjf.org/vulnerablepopulations/product.jsp?id=66428>. Page consultée le 7 juin 2011.
11. Browne A, Fiske J-A. The discredited medical subject in health policy and practice: Carrier First Nation women in northern British Columbia. *Centres of Excellence for Women's Health, Research Bulletin* 2003;4(1):4-7.

Pour citer ce document:

Cook TK. Commentaires des milieux – Si bien chez soi : Des sages femmes autochtones dans chaque communauté autochtone. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2011:1-5. Disponible sur le site : <http://www.child-encyclopedia.com/documents/CookFRps1.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2011

Ce « Commentaires des milieux » est financé par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE), le Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE) et l'Alberta Centre for Child, Family and Community Research.



RÉSEAU STRATÉGIQUE
DE CONNAISSANCES
SUR LE DÉVELOPPEMENT DES
jeunes enfants

