

Rapport sur les pratiques optimales en ce qui concerne le retour de l'accouchement au sein des communautés autochtones rurales et éloignées

Le présent document a été examiné par le comité sur la santé des femmes autochtones et approuvé par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEUR PRINCIPAL

Carol Couchie, sage-femme aut

AUTEUR COLLABORATEUR

Sheila Sanderson, PhD

Résumé

Contexte : Au cours des quatre dernières décennies, des politiques et des pratiques fondées sur des techniques et des connaissances obstétricales modernes ont remplacé les pratiques traditionnelles au sein de nombreuses communautés autochtones rurales et éloignées. Puisque la plupart de ces communautés ne disposent pas de personnel ni d'installations obstétricales, les femmes qui y habitent doivent souvent les quitter pour accoucher.

Objectif : Évaluer les politiques actuellement en vigueur au sein des communautés autochtones, lesquelles recommandent l'évacuation de toutes les femmes enceintes entre la 36^e et la 37^e semaine de gestation, afin de pouvoir procéder à l'accouchement dans un hôpital de niveau 2.

Options : Permettre aux femmes autochtones, à leur famille et à leur communauté de décider s'il s'avère sûr et pratique de procéder à l'accouchement près de la maison.

Issues : Accroissement des occasions, pour les femmes autochtones habitant des communautés rurales et éloignées, d'accoucher au sein de leur propre communauté ou plus près de la maison dans un milieu familial.

Résultats : Des recherches ont été menées dans PubMed afin d'en tirer les articles traitant de sujets liés à l'accouchement au sein de communautés autochtones, à l'accouchement au sein de communautés rurales et éloignées, et à la pratique de sage-femme au sein de communautés autochtones et éloignées. Les sites Web et les bibliothèques de l'Organisation nationale de la santé autochtone, de la Direction générale de la santé des Premières

nations et des Inuits, et de Santé Canada ont également fait l'objet de recherches afin d'en tirer les documents pertinents.

De plus, l'auteur et sa collègue ont visité trois communautés qui ont formé des sages-femmes locales et qui soutiennent les accouchements au sein de la communauté, et ce, afin d'observer et de participer à leurs programmes.

Avantages : Nous espérons que l'amélioration des communications entre les établissements de santé et les communautés rurales et éloignées, et que la modification des politiques et des modalités liées aux soins offerts aux femmes enceintes de ces communautés contribueront à la baisse des taux de morbidité et de mortalité périnatales.

Commanditaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada.

Recommandations

1. Les médecins, les infirmières, les administrateurs hospitaliers et les organismes de financement (tant gouvernementaux que non gouvernementaux) devraient s'assurer d'être bien renseignés quant aux besoins de santé des gens des Premières nations, des Inuits et des Métis, et quant aux déterminants généraux de la santé.
2. Les établissements de santé et les communautés autochtones doivent collaborer en vue de modifier les programmes de maternité existants.
3. Les plans visant les soins de santé offerts aux mères et à leurs enfants au sein des communautés autochtones devraient comprendre une « carte du rétablissement » décrivant les déterminants de la santé.
4. Les soins offerts par les sages-femmes et la formation de ces dernières devraient faire partie intégrante des modifications à apporter aux soins de maternité au sein des communautés autochtones rurales et éloignées.
5. Au sein des communautés autochtones, des protocoles de soins cliniques d'urgence et normaux devraient être élaborés en collaboration avec les programmes de sages-femmes.
6. Les sages-femmes travaillant au sein de communautés rurales et éloignées devraient être considérées comme les fournisseurs de soins primaires pour toutes les femmes enceintes de ces communautés.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 3, p. 255–260

Mots clés : Pregnancy, birth, obstetrical care, midwives, Aboriginal, First Nations, Inuit, Métis, community

Il ne faut pas interpréter l'information qui figure dans ce rapport comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

INTRODUCTION

Les recommandations formulées dans le présent document ont pour but de soutenir, dans la mesure où cela s'avère pratique et sûr, le retour de l'accouchement au sein de toutes les communautés autochtones rurales et éloignées. Cependant, comme le souligne l'Organisation nationale de la santé autochtone : « nous disposons de moins de renseignements sur les pratiques d'accouchement des Premières nations (et encore moins sur celles des Métis) que sur celles de Inuits »¹. Partiellement en raison de cet état de fait et partiellement en raison du fait que les communautés inuites sont pratiquement toutes, par définition, des communautés rurales et éloignées, la plupart des observations et des exemples que contient le présent document sont tirés de l'expérience inuite.

Il est clair, également, que les pratiques et les traditions varient grandement, même au sein des communautés d'une région donnée. Le présent document ne se centre non pas sur les conditions historiques particulières de quelque groupe ou culture que ce soit, mais bien sur la nécessité d'aider les communautés à conserver ou à restaurer l'essentiel de leurs propres traditions quant à l'accouchement, sans perdre les avantages qu'offre la pratique obstétricale moderne.

Jusqu'au milieu du 20^e siècle, les femmes autochtones des communautés rurales et éloignées accouchaient au sein de leur communauté, bénéficiant habituellement de l'aide de membres de la famille, de sages-femmes traditionnelles ou des deux¹. Bien que les études s'étant intéressées aux pratiques d'accouchement et de sage-femme traditionnelles aient obtenu des résultats peu homogènes, il est clair que, malgré la présence de variations considérables quant à l'approche, l'accouchement s'avérait (dans la plupart des cultures autochtones) un événement important pour la communauté en général et que de solides traditions en régissaient la tenue².

Dans le cas des femmes inuites, la communauté ne constituait pas une colonie fixe, mais bien l'un de plusieurs camps fréquentés par les familles au fil des saisons. Lorsque les Inuits ont été relocalisés dans des colonies permanentes, les femmes se sont mises à accoucher au sein de postes d'infirmier nouvellement établis, bénéficiant habituellement de l'aide d'infirmières ou de sages-femmes n'étant pas d'origine inuite³.

Dans les années 1970, en raison des changements survenus dans la formation et le recrutement depuis la relocalisation, le personnel de ces postes d'infirmier en est venu à hésiter souvent à procéder à des accouchements au sein des communautés éloignées; les femmes étaient donc systématiquement transportées vers des centres régionaux

(Iqaluit, Yellowknife et Churchill) ou des hôpitaux plus importants du Sud, habituellement à la 36^e semaine de gestation^{3,4}. Bien qu'il ne fasse aucun doute que cette pratique a entraîné une baisse de la morbidité et de la mortalité associées aux grossesses courant des risques élevés, elle a également engendré de la détresse pour de nombreuses femmes; qui plus est, un nombre de plus en plus croissant de données indiquent qu'une telle pratique peut contribuer à l'apparition d'une dépression post-partum et d'une hausse des complications maternelles et néonatales⁵. Kornelsen et coll. ont fait remarquer que les femmes nécessitent « une continuité quant aux fournisseurs de soins, la capacité de participer au processus décisionnel et la présence des partenaires, des membres de la famille et des membres du réseau social »⁶.

EFFET SUR LES FEMMES AUTOCHTONES DES COMMUNAUTÉS ÉLOIGNÉES

Ces effets sont habituellement plus profonds pour les femmes autochtones et pour leur communauté. Douglas et coll. ont fait part de commentaires recueillis auprès de femmes dont les premiers enfants ont vu le jour avant la mise en œuvre systématique de l'évacuation : « elles ont indiqué [à d'autres chercheurs] que seuls leurs premiers enfants étaient de vrais Inuits, contrairement à ceux qui les ont suivis »³.

Les femmes qui vivent au sein de communautés éloignées passent souvent trois semaines ou plus dans un milieu non familial, à des centaines de kilomètres de leur domicile. La langue peut alors constituer un obstacle et les normes et les attentes culturelles peuvent s'avérer différentes. Ces femmes peuvent en perdre l'appétit, et ce, à un moment où la nutrition est particulièrement importante. Les femmes inuites sont, par tradition, incitées à manger des « aliments du terroir » (caribou, phoque, omble chevalier, etc.) pendant la grossesse; il est donc possible qu'elles ne soient pas attirées par les aliments du Sud⁷. Si le travail s'étire, il est possible qu'on les laisse seules à l'occasion, ce qui est, selon ce que décrit une sage-femme inuite, « incompréhensible dans notre culture »⁸.

Il est souvent difficile pour les médecins et le personnel médical qui vivent et travaillent dans le Sud de comprendre les raisons qui poussent une communauté à choisir de procéder à l'accouchement en l'absence immédiate de services obstétricaux modernes. Ces raisons sont complexes; toutefois, la citation suivante provenant d'une des sages-femmes principales inuites travaillant au centre de maternité de Nunavik, Mme Nellie Tooliguk, nous offre une saisissante analogie :

Imaginez ceci : Vous êtes sur le point d'accoucher. Un groupe de spécialistes médicaux ont décidé que les

statistiques périnatales du Danemark étaient supérieures à celles du Canada. Ils ont donc décidé, en vue d'améliorer les issues médicales pour vous et votre enfant, que vous deviez être transportée au Danemark trois semaines avant la date prévue de votre accouchement. Vous y demeurerez, sans votre famille, jusqu'à la naissance de votre enfant. Vous arrivez donc à cet endroit où vous n'êtes jamais allée. Puisque vous ne parvenez pas à vous habituer à l'étrange nourriture que l'on vous offre, vous ne mangez que très peu au cours des dernières semaines de votre grossesse. Tout se passe dans une langue différente de la vôtre. Parfois, les services d'un interprète sont mis à votre disposition. Après deux semaines, votre famille communique avec vous pour vous dire que vos enfants ont été confiés à l'une de vos sœurs. Vous savez que celle-ci est déjà débordée. Vos enfants pleurent au téléphone et vous savez que vous n'aurez pas, une fois de retour à la maison, les moyens de régler les frais d'interurbains que ces appels occasionnent.

Si vous refusez de participer à ce nouveau plan, lequel ne prévoit aucune évaluation des effets, vous êtes considérée comme étant égocentrique, sous-éduquée et peu soucieuse de la santé de votre famille! Lorsque vous posez la question à savoir si les sommes ainsi engagées peuvent plutôt être utilisées pour simplement améliorer les soins de santé offerts au sein de la communauté, l'on vous répond que des études sont d'abord nécessaires pour déterminer si cela s'avère possible. Ce qui précède ne constitue qu'une faible représentation de l'injustice que nous ont imposée les politiques et les décideurs du domaine de la santé⁹.

Tout comme les autres femmes, les femmes inuites, métis et des Premières nations veulent avoir une influence sur la façon dont se dérouleront leurs accouchements : elles veulent être en mesure de choisir l'endroit où elles accoucheront et qui leur viendra en aide au cours de la grossesse, et elles veulent s'assurer que l'accouchement sera aussi sûr que possible pour elles-mêmes et pour leurs enfants. Au moment de formuler des politiques et des pratiques, nous nous devons de tenir compte non seulement de la sûreté de l'accouchement, mais également des besoins familiaux et culturels qui lui sont associés^{2,4}.

Recommandation

1. Les médecins, les infirmières, les administrateurs hospitaliers et les organismes de financement (tant gouvernementaux que non gouvernementaux) devraient s'assurer d'être bien renseignés quant aux besoins de

santé des gens des Premières nations, des Inuits et des Métis, et quant aux déterminants généraux de la santé.

RAMENER L'ACCOUCHEMENT PLUS PRÈS DE LA COMMUNAUTÉ

De toute évidence, les femmes qui courent des risques élevés de connaître des complications ont tout avantage à avoir recours à l'évacuation; cependant, dans le cas des femmes qui courent des risques moindres, il existe des solutions de rechange à l'hospitalisation dans le Sud.

À Puvirnituk, communauté du Nunavik située à environ 1 100 milles au nord de Montréal, le centre de maternité du *Inuulitsivik Health Centre*, connu localement sous le simple nom de « *the maternity* », dessert les communautés de la côte de la baie d'Hudson (population totale : environ 5 500 habitants) depuis 1986^{1-4,10}. En plus des médecins et des infirmières, le centre de maternité Inuulitsivik offre également les services de sages-femmes autorisées, de sages-femmes communautaires et de travailleurs du domaine de la maternité. En 2001–2002, ce centre a procédé à 94 accouchements. En ce qui concerne les communautés de la côte de la baie d'Ungava, les services de maternité sont offerts par le *Tulattavik Health Centre* de Kuujjuaq. Bien que ce centre n'offre pas actuellement un programme comparable à celui du centre de maternité Inuulitsivik, son personnel permanent compte néanmoins des omnipraticiens, des infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Un centre de maternité de plus petite envergure est en exploitation à Inukjuak depuis 1998¹⁰. Des soins y sont offerts par des sages-femmes et des étudiantes issues de la communauté y travaillent sous la supervision d'une sage-femme expérimentée. Une analyse rétrospective portant sur ce centre a indiqué que cette équipe avait procédé, au total, à 132 accouchements au cours d'une période de cinq ans. Le pourcentage des femmes accouchant au sein de la communauté s'est accru, particulièrement à la suite de la modification, en 1998, de la politique qui ne permettait pas auparavant aux femmes d'accoucher de leur premier enfant à Inukjuak¹¹.

Au Nunavut, le centre de naissance de Rankin Inlet a connu ses débuts en tant que projet pilote en 1993 et constitue maintenant un centre régional voué aux accouchements n'entraînant que de faibles risques. Bien que ce centre compte des travailleurs inuits du domaine des soins de maternité, les sages-femmes qui y travaillent doivent encore être recrutées à l'extérieur (ce qui s'avère souvent ardu), puisque le Nunavut ne dispose d'aucune loi en ce qui concerne la pratique de sage-femme (il n'y existe donc aucun programme de formation des sages-femmes)^{1,3,4}.

Bien que les femmes des communautés éloignées doivent encore se déplacer pour se rendre à ces centres, les soins qu'elles y reçoivent et les gens qui les offrent répondent mieux à leurs attentes : les équipes de ces centres comptent des sages-femmes inuites, leur culture et leur langue y sont comprises et respectées, et les membres de leur famille peuvent les y accompagner⁴.

Le développement ou l'amélioration des programmes et des installations d'accouchement communautaires nécessite l'établissement d'une communication et d'une confiance entre les femmes enceintes et leur famille, les aînés de la communauté, les chefs politiques et les professionnels de la santé. Des études portant sur tous les aspects des soins prénatals et de l'accouchement s'avèrent également requises pour s'assurer que les taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales sont comparables (ou inférieurs) à ceux qui sont associés à l'évacuation vers des hôpitaux du Sud. En raison de la rareté des renseignements récents au sein de la littérature, il s'avère donc difficile de procéder à la comparaison des issues périnatales que connaissent les centres de naissance existants^{3,10,12,13}.

Recommandation

2. Les établissements de santé et les communautés autochtones doivent collaborer en vue de modifier les programmes de maternité existants.

COMPRENDRE LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La carte du rétablissement, décrite dans le document *Community Healing and Aboriginal Social Security Reform*¹⁴, présentent les déterminants de la santé qui s'avèrent essentiels à la réforme de la sécurité sociale. La carte du rétablissement se penche sur des questions telles que « Qui est donc responsable de la santé et de la sensibilisation à la santé au sein de la communauté? », ainsi que sur les risques et les avantages des réformes proposées. Les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les autres fournisseurs de soins, tout comme les femmes enceintes et leur famille, doivent être au courant des issues indésirables potentielles pouvant affecter chacune des femmes qui accouchent au sein de la communauté et les gens qui lui viennent en aide.

Recommandation

3. Les plans visant les soins de santé offerts aux mères et à leurs enfants au sein des communautés autochtones devraient comprendre une « carte du rétablissement » décrivant les déterminants de la santé.

PRATIQUE DE SAGE-FEMME ET SOINS COMMUNAUTAIRES

Les populations inuits, métis et des Premières nations veulent sélectionner des femmes issues de leurs propres communautés, en vue de les former en ce qui a trait à l'offre de services de sage-femme au sein de ces communautés. Pour assurer la réussite de ce projet, les fournisseurs de soins de santé doivent favoriser la mise sur pied de programmes communautaires voués à la pratique des sages-femmes. Idéalement, de tels programmes permettraient à des sages-femmes étudiantes choisies au sein de la communauté de bénéficier de l'enseignement et du mentorat d'une sage-femme superviseuse. Les étudiantes participeraient à l'offre de soins à toutes les femmes enceintes de leur centre de santé ou de leur hôpital local. Les étudiantes offrirait également des consultations gynécologiques de dépistage, des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement, ainsi que des services de sensibilisation à la santé à toutes les filles et les femmes en âge de procréer.

Des protocoles quant aux soins cliniques doivent être élaborés en collaboration avec les femmes qui offrent des services de sage-femme et avec les programmes de formation des sages-femmes. Des comités d'analyse périnatale devraient régulièrement tenir des réunions en vue de planifier les soins à offrir. Par exemple, chaque jeudi après-midi, le personnel de Puvirnituk, d'Inukjuak et de Salluit procède à l'analyse des dossiers de chacune des femmes des communautés qu'ils desservent qui se trouvent au-delà de la 34^e semaine de gestation, afin d'examiner les risques courus et de planifier les soins qui leur seront offerts. Un tel plan de soins peut prévoir qu'une patiente donnée accouchera au sein de sa propre communauté éloignée (laquelle ne peut procéder à des transfusions), qu'elle accouchera au centre de maternité du *Inuulitsivik Health Centre* (lequel peut procéder à des transfusions) ou encore qu'elle sera évacuée vers un centre de soins tertiaires à Montréal.

Plutôt que d'avoir recours aux méthodes habituelles d'évaluation du risque, le centre de maternité Inuulitsivik a utilisé un modèle communautaire dans le cadre duquel la responsabilité d'évaluer le risque relève d'un comité formé, selon une représentation équitablement pondérée, de sages-femmes, d'employés médicaux et de représentants de la communauté. La décision de procéder à une évacuation était intégralement tributaire de la volonté de ce comité et non pas de celle des seuls médecins.³

Recommandations

4. Les soins offerts par les sages-femmes et la formation de ces dernières devraient faire partie intégrante des modifications à apporter aux soins de maternité au sein des communautés autochtones rurales et éloignées.
5. Au sein des communautés autochtones, des protocoles de soins cliniques d'urgence et normaux devraient être élaborés en collaboration avec les programmes de sages-femmes.
6. Les sages-femmes travaillant au sein de communautés rurales et éloignées devraient être considérées comme les fournisseurs de soins primaires pour toutes les femmes enceintes de ces communautés.

CONCLUSION

Les données dont nous disposons portent à croire que l'expansion des centres de santé et que la formation de sages-femmes autochtones au sein de ces communautés contribueront à améliorer la façon dont les femmes autochtones vivent la période prénatale et l'accouchement.

Les modèles de soins offerts par le centre de maternité du *Inuulitsivik Health Centre* de Puvirnituk, le centre de maternité de Inukjuak et le centre de naissance de Rankin Inlet démontrent que les accouchements n'entraînant que de faibles risques peuvent être gérés en toute sûreté par des centres locaux ou régionaux.

Il est possible que l'on ait à modifier les méthodes standard d'évaluation du risque, en ce qui a trait aux femmes des communautés rurales et éloignées, et à tenir compte des niveaux de soins pouvant être offerts par les centres régionaux.

Les femmes autochtones des communautés rurales et éloignées ne devraient pas avoir à choisir entre leur culture et leur sûreté.

EXEMPLES CARACTÉRISTIQUES

L'auteur et sa collègue ont visité trois communautés inuites du Nunavik qui sont dorénavant en mesure de procéder à des accouchements. Des protocoles et des normes ont été établies afin de déterminer la viabilité du maintien d'une femme enceinte au sein de sa communauté pour l'accouchement¹⁴. Les exemples suivants (lesquels ont été composés à partir de cas réels) sont représentatifs de ce qui se passe dans ces centres. Les caractéristiques des patientes décrites dans ces exemples sont semblables à celles des patientes qu'ont pu observer l'auteur et sa collègue pendant leur séjour.

Exemple 1

Une femme inuite, Elizabeth, et son partenaire se sont présentés au centre de santé du *Inuulitsivik Health Centre* de Puvirnituk le 1^{er} avril 2006. La naissance du deuxième enfant d'Elizabeth était prévu au cours de la soirée. Elle et son partenaire avaient quitté Inukjuak pour l'accouchement puisque Elizabeth présentait un taux d'hémoglobine < 100 g/L. Puisque Inukjuak ne pouvait offrir de produits sanguins, il avait été déterminé, dans le cadre des soins prénatals offerts à Elizabeth, qu'elle accoucherait au centre de maternité de Puvirnituk (lequel peut procéder à des transfusions).

Elizabeth et son partenaire sont demeurés ensemble pendant toute la durée du travail et ont pu communiquer avec les sages-femmes en inuktitut.

Une travailleuse du domaine des soins postnatals a été affectée au chevet d'Elizabeth et de son nouveau-né à la suite du départ des sages-femmes. Les travailleuses du domaine des soins postnatals sont formées par le centre de maternité afin de pouvoir offrir des soins postnatals à la mère et au nouveau-né, ainsi que du soutien quant à l'allaitement; elles sont également en mesure d'évaluer les signes vitaux. Certaines travailleuses du domaine des soins postnatals en viennent à poursuivre leur formation au sein de la communauté afin de devenir sages-femmes.

Elizabeth ne se trouvait pas au sein de sa propre communauté, mais elle a tout de même pu bénéficier de soins offerts dans sa langue et respectant sa culture. L'accouchement s'est déroulé comme prévu, sans complications, et l'enfant a vu le jour dans un milieu où ses parents ont pu demeurer ensemble en tout confort et en toute sûreté. Puisque certains des membres de la famille d'Elizabeth habitaient à Puvirnituk, ils ont pu lui rendre visite afin d'accueillir le nouvel enfant et en féliciter les fiers parents.

Exemple 2

Une femme inuite primipare de 16 ans, Sarah, s'est présentée au centre de maternité d'Inukjuak aux débuts du travail. Une sage-femme communautaire expérimentée (et non autorisée) était prête à prendre l'accouchement en charge et l'on a demandé à une sage-femme autorisée d'y assister.

Au moment de la première évaluation à environ 4 h du matin, le vertex se trouvait entre la station -2 et -3 et n'était pas bien appliqué sur le col, les contractions de Sarah étaient irrégulières et leur intensité allait de légère à modérée, les membranes étaient intactes et protubérantes, et le col utérin présentait une dilatation d'environ 5 à 6 cm.

Le travail de Sarah évoluait lentement. Ses contractions étaient toujours irrégulières et d'intensité allant de légère à

modérée. À 11 h, aucun changement significatif n'avait été constaté et le vertex était toujours trop élevé pour procéder à la rupture artificielle des membranes. On a alors décidé d'accélérer le travail au moyen de plantes médicinales (utilisées depuis longtemps par les sages-femmes), lesquelles permettent de stimuler en douceur les contractions et parfois même de provoquer le travail. Bien que ces plantes médicinales ne soient pas toujours efficaces, elles sont utilisées en dernier recours lorsque le travail n'évolue pas, et ce, parce qu'il serait dangereux d'accélérer le travail au moyen d'oxytocine en milieu éloigné.

Sarah était exténuée, mais elle était accompagnée de sa mère, de sa grand-mère, de son petit ami et de sages-femmes inuites qu'elle connaissait et en qui elle avait confiance. Sarah et le fœtus se portaient toujours bien : la fréquence cardiaque fœtale était rassurante et il n'y avait aucun symptôme de déshydratation ou de fièvre. Les plantes médicinales semblaient exercer leurs effets et le travail de Sarah évoluait.

Vers 14 h, Sarah a été examinée tant par la sage-femme communautaire que par la sage-femme autorisée. Bien que la dilatation n'ait pas évolué de beaucoup, la descente du vertex était suffisante pour procéder en toute sûreté à la rupture artificielle des membranes, ce qui a entraîné une meilleure application du vertex sur le col. Le travail est également devenu plus efficace, s'accompagnant de fortes contractions régulières.

À 17 h, Sarah a ressenti le besoin de pousser. Cette envie est rapidement devenue très forte et la tête était déjà visible. Sarah, exténuée par le travail et la douleur, n'a pas tenu compte des consignes des sages-femmes (offertes tant en inuktitut qu'en anglais) qui l'exhortaient à ralentir et à ne pas pousser entre les contractions. L'enfant, né à 17 h 15, ne respirait pas spontanément et a nécessité quelques bouffées de ventilation sous pression positive (VPP). Il a fait l'objet d'une surveillance étroite et s'est vu administrer un certain volume d'oxygène en débit continu au cours de l'heure suivante afin d'assurer le retour à la normale de sa fréquence respiratoire (laquelle avait été élevée). Une évaluation de la glycémie et un hémogramme ont été demandés. Une heure à la suite de l'accouchement, le nouveau-né respirait normalement et avait pris le sein.

Dès que l'état de la mère et celui du nouveau-né se sont stabilisés, des lampes extérieures particulières ont été activées afin de signifier à la communauté qu'un nouvel enfant venait de joindre leurs rangs. Peu de temps après, bon nombre de membres de la famille et d'amis se sont présentés au centre de maternité pour accueillir ce nouvel

enfant, ainsi que pour amener de la nourriture et offrir leurs vœux. Sarah et son fils étaient entourés de gens qu'ils connaissaient et qui les aimaient, qui s'exprimaient dans leur langue et qui respectaient leurs traditions et leur culture. Cette naissance a fait l'objet d'une célébration qui s'est poursuivie jusqu'aux petites heures et le récit de cet événement a même été relaté à la radio locale, de façon à ce que ceux qui n'avaient pas pu se présenter et accueillir l'enfant en personne puissent tout de même prendre part aux festivités. Le fait que Sarah ait pu accoucher au centre de naissance de la communauté a grandement ému la mère et la grand-mère de Sarah; elles avaient toutes deux dû être évacuées à l'occasion de leurs accouchements.

RÉFÉRENCES

1. Organisation nationale de la santé autochtone. *Midwifery and Aboriginal Midwifery in Canada*. Organisation nationale de la santé autochtone, 2004. Disponible à : http://16016.vws.magma.ca/english/pdf/aboriginal_midwifery.pdf. Consulté le 21 octobre 2006.
2. Affaires indiennes et du Nord Canada. Commission royale sur les peuples autochtones. *Volume 4 : Perspectives et réalités*. Gouvernement du Canada, 1996. Disponible à : http://www.aicn-inac.gc.ca/ch/rcap/index_f.html. Consulté le 21 octobre 2006.
3. Douglas VK. « Childbirth among the Canadian Inuit: a review of the clinical and cultural literature », *Int J Circumpolar Health*, vol. 64, n° 2, 2006, p. 117–132.
4. Archibald L, Grey R. *Evaluation of models of health care delivery in Inuit regions*, Health Transition Fund, Health Transition Secretariat, Santé Canada, 2000.
5. Klein MC, Christilaw J, Johnston S. « Loss of maternity care: the cascade of unforeseen dangers », *Can J Rural Med*, vol. 7, n° 2, 2002, p. 120–1.
6. Kornelsen J, Grzybowski S. « Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 27, n° 6, 2005, p. 554–561.
7. Popeski D, Ebbeling LR, Brown PB, Hornstra G, Gerrard JM. « Blood pressure during pregnancy in Canadian Inuit: community differences related to diet », *CMAJ*, vol. 145, n° 5, 1^{er} sept. 1991, p. 445–54.
8. Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik [page Web]. *Sages-femmes*. Disponibles à : http://www.rsss17.gouv.qc.ca/fr/vivre/professions/sages_femmes.aspx. Consulté le 21 octobre 2006.
9. Tooliguk N. « The Inuulitsivik Birthing Centre », dans : *Childbirth in Isolation*.
10. Epoo, Brenda et Vicki Van Wagner. « Bringing birth back to the community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik », présentation dans le cadre du 27^e congrès de l'ICM à Brisbane, en Australie, en 2005.
11. Houd S, Qinuajuak J, Epoo B. « The outcome of perinatal care in Inukjuak, Nunavik, Canada 1998–2002 », *Int J Circumpolar Health*, vol. 63, suppl. 2, 2004, p. 239–41.
12. England JI. « Rankin Inlet birthing project: outcome of primipara deliveries », *Int J Circumpolar Health*, vol. 57, suppl. 1, 1998, p. 116–20.
13. Chamberlain M, Nair R, Nimrod C, Moyer A, England J. « Evaluation of a midwifery birthing center in the Canadian North », *Int J Circumpolar Health*, vol. 57, suppl. 1, 1998, p. 116–20.
14. The Four Worlds International Institute for Human and Community Development. *Community healing and Aboriginal social security reform*, The Four Worlds International Institute for Human and Community Development. Disponible à : <http://www.4worlds.org/4w/ssr/pageone.html>. Consulté le 25 octobre 2006.