

Can Canada Help Build Sustainable Global Midwifery?

By Holliday Tyson RM, RN, MHSc, CTCM&H

In my decade of work with the International Midwifery Pre-registration Program at Ryerson University, I have watched, and admired more than 150 women, half of them from non-western under-resourced countries, face challenges of immigrating to Canada and achieving registration in midwifery. Some hurdles are enormously difficult: language and professional communication, cultural dislocation, family strife, economic insecurity, the specific difficulties faced by political refugees who have lost all possessions, family, friends, and the chance to go home again. Canada is a land of immigrants, and these stories reflect how our society has developed and will continue to develop. We have always depended on immigration and we will certainly depend on immigration to maintain or grow Canada's population. More than for many other countries, it is a part of our social fabric.

Sometimes though, I find myself considering the international picture of immigration. What happens to the countries left behind? And if they are diminished by the emigration of midwives and the other professionals they educated, what are Canada's responsibilities to them? Because it is hard to escape the obvious – that our gain is their loss – a loss which many non-western countries cannot afford. And, more germane to us, as readers of this national midwifery journal, what are our responsibilities as midwifery practitioners and educators to act in the interests of globally sustainable midwifery and primary health care?

We know that in most developing countries, maternal and infant mortality rates are ten to a hundred times greater than for Canadian

mothers and babies. We know that an important part of solving this international tragedy and long term crisis is access to trained midwives and other health care providers. And we know that in most non-western countries, the ratio of people to health caregivers is, like the mortality figures, ten to a hundred times greater. It is no secret that there is a dire shortage of health care providers throughout much of the world, and that organized recruitment efforts by agencies in western countries, which some have labeled "poaching," has seriously exacerbated access to health care, and increased maternal and infant mortality, particularly in South Africa.

What might a just immigration system, one which considered the loss to other countries as well as Canada's gain, look like? For a moment, consider federal and provincial government responsibility: Our immigration system can be enhanced with a direct acknowledgment of the need to balance the loss of health care providers from under-resourced countries with support from Canada to develop and maintain health care provider education and services in the countries affected. For every health care worker Canada receives, the country which educated that health care worker should receive aid directed to the education and retention of future health care workers. Midwives can help to achieve an immigration system in Canada which gives back to the countries it takes from, by advocating to their local MPs, and participating in provincial and federal politics.

Most relevant to midwives as practitioners and educators is the way we understand and enact international student placements and partnerships with institutions in non-western

countries. One of the main concerns I have is with a model familiar to university based partnership projects – the exchange program. Hundreds of these programs take place within midwifery, nursing and medicine throughout North America every year, and although it is difficult to obtain research data on their outcomes, it is widely acknowledged that these exchange projects commonly lead to immigration by the participants from non-western countries.

It is vitally important to distinguish between protecting the freedom of individuals to move throughout the world, and choose where they live and work, which I support and do not question, and the development of international health care workers' education and service projects which enhance access to sustainable health care, and help reduce maternal and infant mortality. If we stop to reflect on this, we may take responsibility for the fact that many exchange projects contribute to the loss of maternal and infant life, and destruction of already fragile health care systems around the world.

Exchange is based on notions of equality – student exchange programs are traditionally built on this premise – as when Canadian university students go to Denmark, Danish students come to Canada. Health professionals' education exchange programs with under-resourced countries often do something very different – we exchange an interesting learning experience and exposure for our students with a rare opportunity for a perceived better life for the student from an under-resourced country. The loss of even a few health care providers from countries struggling with high maternal and infant mortality can be devastating. Consider the case of Haiti, via these facts, provided by the Haitian Education and Leadership Program and WHO sources: 82% of all university graduates, and three of five Haitian physicians, live and work permanently outside of Haiti.

Reasonable, well informed people may and do disagree about the dynamics, politics, and effects of western students gaining experience and western midwives practicing in non-western settings, but the greatest barrier to sustainability of international midwifery created by international development projects by universities and agencies may be the unintentional luring of “the best and the brightest”

to western countries as a result of exchange programs.

Our responsibility as Canadian midwives is to build sustainable midwifery which reduces maternal and infant mortality through our interactions with non-western countries. How might we enact a good and fair process? In simple terms, our responsibility is to balance giving with taking, and to put sustainable midwifery in non-western countries as the objective, ahead of Canadians' learning objectives in these settings. I would suggest, as a start, that this equation be applied to every western health professional student who learns in an international placement setting where there are local health care provider shortages and high maternal and infant mortality, and that the student's home institution should be responsible for providing resources for the education of a local health care provider in the country of the placement.

I believe that Canadian midwives have a solid understanding of the links between social justice and health around the world and the need for advocacy. We know that women everywhere need to be supported to give birth safely within their home communities and that to do that, they need midwives and other health care providers close to them, familiar in culture and language. We need to make sure that every project and policy we are engaged with furthers the development of sustainable health care around the world, and reverses our country's history of harm.

AUTHOR BIOGRAPHY

Holliday Tyson is the Director of the International Midwifery Pre-registration Program at Ryerson University. She has been a practicing midwife for 30 years, initially educated in England, with a specialty from the University of Liverpool in Tropical and Community Medicine and Health, and a Masters in Health Sciences from McMaster University. She travels and consults extensively in Canada and other countries, working on legislation, education, clinical issues, international aid and regulatory projects.

Le Canada peut-il favoriser la mise en œuvre durable de la profession sage-femme à l'échelle mondiale?

par Holliday Tyson, SF, MHSc, CTCM&H

Pendant mes dix années au sein du *International Midwifery Pre-registration Program* de l'Université Ryerson, j'ai pu observer et admirer plus de 150 femmes (dont la moitié provenait de pays non occidentaux manquant de ressources) aux prises avec les défis associés à l'immigration au Canada et à leur inscription à un programme de pratique sage-femme. Certains obstacles sont extrêmement difficiles à surmonter : la barrière de la langue et de la communication professionnelle, la dislocation culturelle, les querelles familiales, l'insécurité financière et les difficultés propres aux réfugiés politiques qui ont perdu leurs biens, leur famille, leurs amis et la possibilité de retourner chez eux. Le Canada est une terre d'immigrants et ces histoires sont le reflet de la manière dont notre société s'est développée et continuera de le faire. Puisque nous nous sommes toujours fiés sur l'immigration pour maintenir ou accroître la population canadienne, nous continuerons certainement de le faire. Cela fait partie intégrante de notre tissu social, plus que dans bien d'autres pays.

Cependant, il m'arrive parfois de réfléchir à l'immigration dans un contexte international : qu'arrive-t-il aux pays que les immigrants laissent derrière eux? Et quelle est la responsabilité du Canada envers ces pays si ces derniers sont affaiblis par l'émigration des sages-femmes et des autres professionnels qu'ils ont formés? Il est difficile d'ignorer l'évidence même : notre gain est leur perte, une perte que bon nombre de pays non occidentaux ne peuvent pas se permettre. Mais plus pertinent encore pour nous, qui lisons la présente revue nationale sur la profession sage-femme, quelles mesures devons-nous prendre en tant que praticiennes et éducatrices dans le

domaine en vue de favoriser une pratique sage-femme et des soins de santé primaires durables à l'échelle mondiale?

Nous comprenons déjà certains aspects de cette tendance migratoire, ne serait-ce qu'en accordant qu'un minimum d'attention aux nouvelles et aux taux internationaux de mortalité maternelle et néonatale. Nous savons que, dans la plupart des pays non occidentaux, ces données montrent que le nombre de décès est des dizaines, voire des centaines de fois supérieur au nombre constaté au Canada. Nous savons également que l'un des éléments importants de la solution à cette tragédie internationale et à ce perpétuel état de crise est l'accès à des sages-femmes et à d'autres fournisseurs de soins formés. Enfin, nous savons que, dans la plupart des pays non occidentaux, le nombre d'habitants est dix fois, voire cent fois supérieur au nombre de fournisseurs de soins, soit une proportion semblable au taux de mortalité. Ce n'est un secret pour personne qu'il existe une importante pénurie de fournisseurs de soins à l'échelle mondiale et que le recrutement organisé mis en œuvre par des agences occidentales (qualifié de « braconnage » par certains) a grandement exacerbé les problèmes d'accès aux soins de santé, en plus de faire grimper les taux de mortalité maternelle et infantile, surtout en Afrique du Sud.

À quoi ressemblerait un système d'immigration équitable qui tiendrait compte tant de la perte subie par d'autres pays que du gain enregistré par le Canada? Examinons, pour un moment, la responsabilité des gouvernements fédéral et provinciaux : on pourrait améliorer notre système

d'immigration en reconnaissant directement la nécessité de contrebalancer la perte de fournisseurs de soins au sein des pays manquant de ressources au moyen d'un soutien, de la part du Canada, permettant d'élaborer et de maintenir des programmes de formation pour les fournisseurs de soins et des services de soins de santé dans les pays touchés. Ainsi, pour chaque travailleur de la santé qui émigre au Canada, le pays qui a formé ce travailleur obtiendrait une aide visant à former et à maintenir en poste les futurs travailleurs de la santé. Les sages-femmes peuvent contribuer à la création d'un système de ce genre en sensibilisant leurs députés à ce sujet et en prenant part à la vie politique au niveau provincial et fédéral.

Ce qui est encore plus pertinent pour les sages-femmes en tant que praticiennes et éducatrices, c'est la compréhension qu'elles ont du placement étudiant et des partenariats à l'échelle internationale avec des établissements de pays non occidentaux, ainsi que le savoir-faire pour mettre en œuvre ces derniers. L'une de mes principales préoccupations est un modèle bien connu dans le contexte des projets de partenariat universitaires : le programme d'échange. Des centaines de ces programmes sont offerts chaque année dans les domaines de la pratique sage-femme, des soins infirmiers et de la médecine partout en Amérique du Nord, et même s'il est difficile d'obtenir des données de recherche sur les résultats de ces programmes, il est généralement reconnu que ces projets entraînent couramment l'immigration de participants provenant de pays non occidentaux.

Il est extrêmement important de faire la distinction entre la protection de la liberté qu'ont les personnes de voyager de par le monde et de choisir l'endroit où elles souhaitent s'établir et travailler, liberté que j'appuie et que je ne mets nullement en cause, et l'élaboration de projets internationaux d'offre de services et de formation des travailleurs de la santé permettant d'améliorer l'accès à des soins de santé durables et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Si l'on poussait la réflexion plus loin, nous pourrions en venir à assumer la responsabilité du fait que bon nombre de projets d'échange contribuent au décès de mères et d'enfants, ainsi qu'à la

destruction de systèmes de santé déjà fragilisés partout dans le monde.

L'échange est fondé sur la notion d'égalité; les programmes d'échange d'étudiants reposent généralement sur ce principe. Donc, lorsque des étudiants canadiens se rendent au Danemark, par exemple, des étudiants danois viennent au Canada. Dans le cas des pays manquant de ressources, les programmes d'échange visant les professionnels de la santé sont souvent bien différents : nous échangeons une expérience d'apprentissage intéressante et une exposition à un autre milieu pour nos étudiants contre une occasion rare, du point de vue de l'étudiant provenant d'un pays manquant de ressources, de connaître une vie meilleure. La perte de seulement quelques fournisseurs de soins dans des pays aux prises avec un taux élevé de mortalité maternelle et infantile peut être dévastatrice. Prenons, par exemple, le cas d'Haïti, en fonction des données fournies par le programme haïtien d'éducation et de leadership, et de sources de l'OMS : 82 % de tous les diplômés universitaires (et trois médecins haïtiens sur cinq) vivent et travaillent de façon permanente à l'extérieur du pays.

Certaines personnes raisonnables et bien informées peuvent être en désaccord avec la dynamique, la politique et les effets liés à l'envoi d'étudiants occidentaux dans des pays non occidentaux, et avec la présence de sages-femmes occidentales dans ces pays. Toutefois, il est possible que le plus important obstacle à la viabilité de la pratique sage-femme à l'échelle internationale, attribuable à des projets de développement international mis en œuvre par des universités et des agences, soit le fait que ces programmes d'échange attirent, par pure inadvertance, la « crème de la crème » dans les pays occidentaux.

En tant que sages-femmes canadiennes, notre responsabilité consiste à mettre en œuvre une pratique sage-femme durable qui permet de réduire la mortalité maternelle et néonatale grâce à notre interaction avec des pays non occidentaux. Comment pourrait-on mettre en œuvre un processus bon et équitable? Essentiellement, notre responsabilité consiste à assurer un équilibre entre

ce que l'on offre et ce que l'on prend, et à accorder la priorité à la pratique sage-femme durable dans les pays non occidentaux plutôt qu'aux objectifs d'apprentissage canadiens dans ce contexte. Voici ce que je suggérerais comme équation de départ : pour chaque étudiant du domaine de la santé de l'Occident qui reçoit une formation dans un pays où il y a une pénurie de fournisseurs de soins et un taux élevé de mortalité maternelle et néonatale, l'établissement d'enseignement d'origine de l'étudiant devrait fournir les ressources nécessaires pour offrir une formation à un fournisseur de soins du pays où l'étudiant a été placé.

Je crois que les sages-femmes canadiennes comprennent bien les liens qui existent entre la justice sociale et la santé dans le monde, ainsi que la nécessité de défendre leur point de vue auprès des décideurs. Nous savons que les femmes, où qu'elles soient, ont besoin de soutien pour connaître un accouchement sûr au sein de leur communauté. Nous savons également que, pour y arriver, elles ont besoin de sages-femmes et d'autres fournisseurs de soins qui sont proches d'elles et qui connaissent leur culture et leur langue. Nous devons nous assurer que tous les projets et politiques que nous mettons de l'avant favorisent la mise en œuvre de soins de santé durables partout dans le monde, et qu'ils effacent les torts commis par notre pays.

BIOGRAPHIE D'AUTEUR

Holliday Tyson est la directrice du International Midwifery Pre-registration Program à l'Université Ryerson. Elle est sage-femme praticienne depuis 30 ans. Elle a d'abord reçu sa formation en Angleterre, puis s'est spécialisée en médecine et en santé tropicales et communautaires à l'University of Liverpool. Elle a ensuite obtenu une maîtrise en sciences de la santé à l'Université McMaster. Elle voyage beaucoup à titre de consultante tant au Canada qu'à l'étranger, offrant son savoir-faire relativement à la législation, à l'éducation, aux questions d'ordre clinique, à l'aide internationale et aux projets de réglementation.