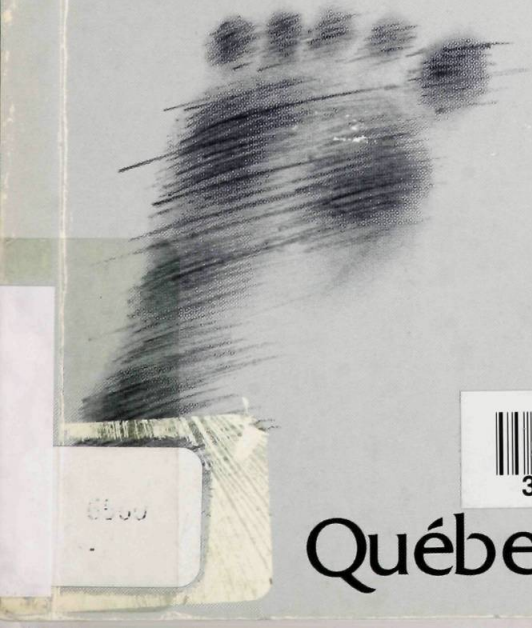
LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES



INSPQ - Montréal
3 5567 00001 2689

Québec

W
160
P738
1989

1465

ENTATION

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination de l'édition: Charpentier Garneau inc.

Graphisme de la couverture: Boissonneault Gagné

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
1er trimestre 1989
ISBN 2-550-19412-8

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

ÉTUDE D'UN MOYEN POUR ATTEINDRE
LES OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ

Présenté à :

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Par :

Le Comité de travail sur la pratique
des sages-femmes au Québec

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements XIII
Avant-propos XIV
Contexte général de cet avis XV
Composition du comité XVII
Liste des tableaux XIX
Liste des annexes XXII

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE
LA PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC 3

CHAPITRE I
AMPLEUR DES PROBLÈMES ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX À POURSUIVRE 5
1.1 Mortalité périnatale 5
1.2 Prématurité et faible poids de naissance 6
1.3 Réponse aux besoins de clientèles particulières 8
1.3.1 Adolescentes enceintes 9
1.3.2 Femmes enceintes de milieux défavorisés 11
1.3.3 Femmes enceintes des régions périphériques ou éloignées 12
1.3.4 Nouveaux parents 13
1.4 Interventions obstétricales 14
1.5 Humanisation des soins et des services entourant la grossesse et la naissance 16
1.6 Participation des pères 18
1.7 Conclusion 19

DEUXIÈME PARTIE
LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES: UN DES MOYENS À EXPLORER POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC 21

PRÉSENTATION 23

CHAPITRE II
RÉSULTATS DU TRAVAIL DES SAGES-FEMMES EN REGARD DES PRINCIPAUX OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ 25
2.1 Maintenir et améliorer le taux de mortalité périnatale et diminuer les taux de naissances prématurées et de nouveau-nés de faible poids 25
2.2 Développer une approche et des services adaptés à des clientèles-cibles 29
2.2.1 Adolescentes enceintes 29
2.2.2 Femmes enceintes de milieux défavorisés 30
2.2.3 Femmes enceintes des régions éloignées ou périphériques 31
2.3 Favoriser un recours adéquat aux interventions obstétricales 32
2.4 Conclusion 35

CHAPITRE III
SITUATION DES SAGES-FEMMES AUX ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE 37
3.1 Définition internationale de la sage-femme 37
3.2 Caractéristiques de l'approche sage-femme 37
3.2.1 La grossesse d'évolution normale 38
3.2.2 L'approche globale 38
3.2.3 La continuité des soins 38
3.2.4 Le travail d'équipe 39
3.3 Organisation professionnelle 40
3.3.1 Cadre juridique 40
3.3.2 Assurance-responsabilité professionnelle 41
3.4 Travail de la sage-femme: États-Unis et Europe 44
3.4.1 Champ de pratique 44
3.4.2 Lieux de pratique 44
3.4.3 Relations inter-professionnelles 45
3.5 Formation spécifique 47
3.5.1 Aux États-Unis 48
3.5.2 En Europe 48
3.6 Conclusion 49

TROISIÈME PARTIE
L'INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE AU QUÉBEC 51

PRÉSENTATION 53

CHAPITRE IV
SITUATION DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC ET AU CANADA 55
4.1 Histoire des sages-femmes au Québec: données sommaires 55
4.1.1 La colonisation française: 1650 à 1846 55
4.1.2 De 1847 à 1960: les différents mécanismes impliqués dans la disparition des sages-femmes au Québec 56
4.2 Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants, 1973 à 1987 57
4.3 Situation actuelle des sages-femmes 57
4.3.1 Cadre juridique 57
4.3.2 Une pratique qui sort de la clandestinité 66
4.3.3 Formation 67
4.3.4 Champ de pratique 68
4.3.5 Caractéristiques de la clientèle 69
4.3.6 Lieux de pratique 69
4.3.7 Nombre de sages-femmes 70
4.4 Conclusion 70

CHAPITRE V
HYPOTHÈSES D'IMPACTS DE L'INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE AU QUÉBEC 73
5.1 Intervenants-es 74
5.1.1 Réduction dans la charge de travail 74
5.1.2 Modifications du champ de pratique 76
5.1.3 Meilleur encadrement de l'activité des sages-femmes 77
5.2 Certains enjeux en périnatalité 77
5.2.1 Diminution du taux de prématurité et des naissances des bébés de faible poids 77

5.2.2 Diminution de certaines interventions notamment, césariennes, application de forceps et de ventouse 77
5.2.3 Réponse accrue aux besoins de clientèles particulières : adolescentes, communautés culturelles, milieux défavorisés, régions périphériques 77
5.3 Organisation des soins et des services 77
5.3.1 Suivi plus complet (approche globale), continuité des soins et des services, soins centrés sur la famille, plus grande implication des pères 77
5.3.2 Accès à un autre choix pour les femmes et les couples québécois 77
5.3.3 Meilleure adéquation des ressources humaines et matérielles 78
5.4 Certains coûts 78
5.4.1 Quelques coûts reliés à la grossesse et à l'accouchement 78
5.4.2 Impact financier de l'atteinte de certains objectifs en périnatalité 81
5.5 Conclusion 83

CHAPITRE VI
INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS 85
6.1 Cadre juridique 85
6.2 Champ de pratique 87
6.3 Formation 88
6.3.1 Niveau de formation 89
6.3.2 Pré-requis à la formation 89
6.3.3 Type de programme de formation 90
6.3.4 Évaluation 92
6.3.5 Coûts 92
6.3.6 Financement de nouveaux programmes 92
6.4 Lieux de pratique 93
6.4.1 Centre hospitalier 93
6.4.2 En CLSC avec privilèges hospitaliers 94
6.4.3 Maison de naissances autonome 94
6.4.4 Domicile 95
6.4.5 Bureaux privés 95
6.5 Projets d'implantation 96
6.5.1 Cadre de réalisation : quelques éléments 96
6.5.2 Évaluation 97
6.5.3 Coûts 97
6.5.4 Rémunération des sages-femmes 97
6.6 Résumé des recommandations 98

CONCLUSION 101

BIBLIOGRAPHIE 103

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier très chaleureusement toutes les personnes qui ont permis la production de cet avis.

Que ce soit au niveau de l'organisation technique, du support documentaire, de l'acheminement de commentaires ou conseils, de la dactylographie des quelques versions du texte, ces nombreuses collaborations nous ont été très précieuses.

AVANT-PROPOS

Le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec a été mis sur pied en avril 1986 par la Ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux, avec la collaboration de ses collègues concernés.

Le mandat du Comité se lisait comme suit : fournir à la Ministre de la Santé et des Services sociaux les informations nécessaires à une prise de décision quant à la pratique des sages-femmes au Québec.

La collaboration des corporations, ordres ou associations professionnelles, des différents organismes ou groupes populaires n'a pas été sollicitée officiellement pour cette étape des travaux ; il fallait dans un premier temps colliger le plus d'informations possible sur l'état de la problématique et l'ensemble du dossier. Tel qu'il leur a été communiqué, leur participation sera sollicitée de façon formelle lors de l'étape de consultation officielle.

CONTEXTE GÉNÉRAL DE CET AVIS

La production de cet avis s'inscrit dans les suites données aux consultations tenues en 1985 sur un projet ministériel de politique en périnatalité.

En effet, à l'automne de 1985, suite à une vaste consultation dans tout le réseau de la santé et des services sociaux et auprès des organismes et groupes concernés par la périnatalité, la décision fut prise de documenter davantage certains problèmes ou sujets prioritaires. Six sujets ont été retenus d'après les critères suivants:

- L'ampleur du problème, ses conséquences et la possibilité d'agir efficacement:
  1. mortalité, morbidité périnatales;
  2. périnatalité en milieux défavorisés;
  3. grossesse à l'adolescence;
  4. période post-natale.
- La nécessité de faire le point sur des questions pour lesquelles des prises de position ministérielles étaient attendues:
  5. pratique sage-femme au Québec;
  6. lieux de naissances.

La collaboration d'organismes du réseau, d'autres ministères, de personnes-ressources ou de représentants-es de groupes concernés par ces différents sujets a été sollicitée pour faire le point sur chacune de ces questions.

Ainsi, au cours des mois qui viennent, des avis seront publiés sur les sujets suivants: mortalité et morbidité périnatales, périnatalité en milieux défavorisés, grossesse et adolescence, période post-natale.

Chacun de ces avis informera sur:

- l'ampleur du problème;
- les objectifs à poursuivre pour diminuer le problème;
- ce qui se fait actuellement au Québec face à ce problème.

Les avis contiendront également des recommandations touchant les interventions, la formation et la recherche.

Par ailleurs, suite à d'autres consultations, deux avis seront rendus publics sur les deux derniers thèmes, soit la pratique sage-femme au Québec et un cadre de référence pour les lieux de naissances au Québec.

Parallèlement à la production de ces documents, un projet de recherche conjoint, impliquant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/section Europe) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux sera mené.

Cette recherche identifiera les principaux facteurs qui prévalent dans la décision de réaliser certaines interventions en obstétrique, particulièrement la césarienne, l'application de forceps ou de ventouse. L'étude se déroulera simultanément dans six pays européens, en Californie et au Québec.

Pour la réalisation de cette étude, le MSSS mettra sur pied une équipe de recherche et un comité aviseur, celui-ci composé de représentants-es des associations professionnelles concernées et des usagères.

D'autre part, l'ensemble des travaux en cours en périnatalité entend privilégier des orientations spécifiques, notamment: la conservation des acquis, la diminution des problèmes identifiés plus haut, l'humanisation des soins, une approche centrée sur la famille et une plus grande implication des pères. Une meilleure connaissance des morbidités psychosociales et l'expérimentation de projets alternatifs sont également privilégiés.

Ce rapport sur la pratique des sages-femmes au Québec constitue donc le premier d'une série d'avis à venir; c'est à travers la problématique globale de la périnatalité que le Comité a réalisé ses travaux.

COMPOSITION DU COMITÉ

GAGNÉ, JOCELYNE: Responsable
Coordonnatrice des travaux en périnatalité, Service des politiques et plans socio-sanitaires, MSSS.

MOREAU, RENÉE: Coordonnatrice et rédactrice (avril 1986 à avril 1987)
Agente de recherche, Comité de travail en périnatalité, Service des politiques et plans socio-sanitaires, MSSS.

ARSENEAULT, MARIE-FRANCE (Avril à novembre 1986)
Agente de recherche, Direction de la recherche, Office des professions du Québec.

BOILARD, HUGUETTE
Sage-femme, CLSC Lotbinière ouest.

BLANCHET, PIERRE
Gynécologue-obstétricien, Hôpital du Saint-Sacrement.

CASTONGUAY, MICHÈLE
Agente de recherche, Direction des programmes universitaires, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

CHAMPAGNE, DANIELLE
Avocate, Services juridiques, ministère de la Santé et des Services sociaux.

CLERMONT, MICHEL
Agent de recherche, Planification des ressources humaines, ministère de la Santé et des Services sociaux.

DESMARAIS, JEAN-LUC
Omnipraticien, Unité de médecine familiale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

DUPUIS, ANDRÉE
Infirmière, Directrice des soins infirmiers, Pavillon des femmes, Hôpital Royal Victoria.

ENGELMANN-BELANGER, EDITH
Sage-femme, formée en France, pratique privée, Montréal.

LAFORCE, HÉLÈNE
Historienne, professeure au Collège de Limoilou.

MARTEL, MARIE-CLAUDE: Représentante des usagères
Coordonnatrice de Naissance-Renaissance.

MELANCON, ALBERT
Directeur de la rémunération et des conditions de travail, Direction générale des relations de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux.

STONIER, JENNIFER
Sage-femme, Centre hospitalier de l'Hudson, Povungnituk, depuis janvier 1987.

Collaborations

GOURGUES, JULES H.
Agent de recherche, Service des politiques et plans socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux.

HALPENY, CATHY
Avocate, Services juridiques, Office des professions du Québec.

SAMSON, FRANCINE
Agente de recherche, Comité périnatalité, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SAUVÉ, SYLVAIN
Économiste, Planification des ressources humaines, ministère de la Santé et des Services sociaux.

ST-ONGE, MICHELINE
Infirmière, Consultante en santé.

Rédaction

La plupart des membres du comité ont participé à l'écriture des parties deux et trois du rapport; Renée Moreau, Jocelyne Gagné et Francine Samson ont rédigé l'ensemble du rapport.

Traitement de texte

DONTIGNY, ALINE
Comité de travail en périnatalité, MSSS.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1
Mortalité périnatale, Québec, 1975 à 1985 5

TABLEAU 2
Mortalité périnatale, Canada et provinces 1985 5

TABLEAU 3
Mortalité périnatale, Québec, États-Unis, Japon, et quelques pays européens, 1984 et 1985 6

TABLEAU 4
Taux des naissances vivantes selon l'âge gestationnel, Québec, 1976 à 1985 6

TABLEAU 5
Pourcentage de naissances d'âge gestationnel inférieur à 36 semaines, Québec et divers pays industrialisés, 1978 à 1980 7

TABLEAU 6
Pourcentage de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes, Québec, 1976-1977 à 1984-1985 7

TABLEAU 7
Pourcentage de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes, Québec et divers pays industrialisés, 1982, 1983 7

TABLEAU 8
Nombre et taux de grossesse selon l'âge et l'année, au moment de la conception, pour 1 000 femmes de moins de 20 ans, Québec, 1980 à 1985 9

TABLEAU 9
Issue des grossesses en % selon l'âge et l'année, au moment de la conception, Québec, 1980 à 1985 10

TABLEAU 10
Nombre et pourcentage d'accouchements qui ont lieu dans une région différente du lieu de provenance de la mère par région socio-sanitaire, Québec, 1981 à 1985 12

TABLEAU 11
Taux d'extractions par ventouse pour 100 accouchements par voie naturelle, Québec, 1981 à 1987 14

TABLEAU 12
Taux d'extractions par forceps pour 100 accouchements par voie naturelle, Québec, 1981 à 1987 14

TABLEAU 13
Taux de césariennes pour 100 accouchements, Québec, 1981 à 1987 15

TABLEAU 14
Statistiques en périnatalité des Maternal and Child Health Centers en Finlande, 1975 à 1980 26

TABLEAU 15
Taux de bébés prématurés et de mortalité néonatale, Madera Country Hospital, Californie, 1959 et 1961-1966 27

TABLEAU 16
Taux de mortalité périnatale et taux de prématurité en France, 1976, au Centre hospitalier La Grave, Toulouse, 1978 et une expérience de surveillance à domicile à Toulouse, 1978-1979 28

TABLEAU 17
Taux de mortalité néonatale, Birthing Center, Georgie et États-Unis, 1977 à 1981 28

TABLEAU 18
Taux de bébés de faible poids (2 500 grammes et moins) pour les groupes A, B et C, selon l'âge de la mère à l'Adolescent Obstetric Clinic, Caroline du Sud, 1978 29

TABLEAU 19
Caractéristiques des nouveau-nés à la naissance au Maternity Center à El Paso, Texas, 1976 à 1978 30

TABLEAU 20
Taux d'interventions obstétricales (%) dans quelques pays européens, 1979 32

TABLEAU 21
Nombre et pourcentage des accouchements par voie vaginale effectués avec interventions obstétricales, Nurse-Midwifery Service, San Francisco, 1975-1979 33

TABLEAU 22
Nombre et pourcentage des interventions obstétricales effectuées par les intervenants de la General Practice Unit et l'unité de consultants, Angleterre, 1978 34

TABLEAU 23
Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants, Québec, 1973 à 1987 59

TABLEAU 24
Situation juridique des sages-femmes au Canada, 1985 66

TABLEAU 25
Niveaux d'impacts d'une pratique officielle sage-femme au Québec 73

TABLEAU 26
Répartition des accouchements faits au Québec selon le type et le statut du médecin-accoucheur en 1979 et 1985 74

TABLEAU 27
Répartition des omnipraticiens québécois selon le nombre d'accouchements faits en 1985 75

TABLEAU 28
Coût moyen d'un accouchement au Québec, 1985 79

TABLEAU 29
Coûts générés par les bébés de faible poids de naissance au Québec (1985) 6,14 % des naissances 79

TABLEAU 30
Coûts reliés aux césariennes au Québec, 1985 80

TABLEAU 31
Coûts reliés à l'extraction par forceps et ventouse, Québec, 1985 80

TABLEAU 32
Évaluation des coûts générés par les bébés de faible poids de naissance au Québec (hypothèse 4 % des naissances), 1985 81

TABLEAU 33
Économies obtenues en améliorant certains taux en périnatalité, Québec 82

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I
Champ de pratique des sages-femmes, aux États-Unis et en Europe 111

ANNEXE II
Formation des sages-femmes, aux États-Unis et en Europe 115

ANNEXE III
Loi médicale et loi modifiant la Loi médicale concernant l'acupuncture 119

ANNEXE IV
Projets-pilotes de pratique sage-femme, en milieu hospitalier, Québec, Colombie-Britannique et Ontario 131

ANNEXE V
Champ professionnel de la sage-femme, tiré du rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes, MEQ, 1983 135

ANNEXE VI
Loi sur les infirmières et les infirmiers 143

ANNEXE VII
Hypothèses étudiées pour déterminer le cadre juridique des sages-femmes au Québec 151

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les sages-femmes ne travaillent plus officiellement au Québec. Au cours de la dernière décennie, une série d'événements a contribué à mettre en évidence une demande de reconnaissance officielle des sages-femmes. Parallèlement à ces événements, le travail des sages-femmes est devenu avec le temps, de moins en moins clandestin au Québec. Ailleurs, dans le monde, des sages-femmes exercent avec compétence dans la plupart des pays industrialisés.

Partant de ces constats et des objectifs à poursuivre en périnatalité, ce rapport identifie ce que pourrait être la contribution spécifique des sages-femmes et ce qu'impliquerait l'intégration de cette professionnelle à l'équipe périnatale au Québec.

La première partie du rapport rend compte de l'ampleur des problèmes actuels en périnatalité et propose des objectifs visant à prévenir ou à diminuer ces problèmes.

La deuxième partie informe sur les résultats obtenus par les sages-femmes dans quelques pays et les analyse en regard des objectifs à poursuivre en périnatalité au Québec. À la lumière de l'expérience des autres pays, le comité élabore ensuite sur la profession de sage-femme: son approche, son organisation professionnelle, son champ de pratique et sa formation.

La troisième partie du rapport relate sommairement l'histoire des sages-femmes au Québec et fournit une synthèse des principaux événements qui ont marqué la périnatalité au Québec au cours des dernières années. Viennent ensuite des informations sur la situation actuelle des sages-femmes au Québec et au Canada. Nous soulignons de plus, quelques-uns des impacts possibles du travail des sages-femmes, notamment sur les enjeux en périnatalité, l'organisation des soins et services, les intervenants et intervenantes et sur certains coûts.

En dernier lieu, à la lumière des constatations que ses travaux lui ont permis de faire, le comité propose des orientations et des recommandations visant l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec.

PARTIE I
LA PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC

CHAPITRE I

AMPLEUR DES PROBLÈMES ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX À POURSUIVRE

Cette première partie illustre l'ampleur des principaux problèmes en périnatalité au Québec. L'évaluation de la situation actuelle nous permet d'identifier les objectifs à poursuivre pour prévenir ou diminuer ces différents problèmes.

1.1 Mortalité périnatale

La mortalité périnatale comprend la mortinatalité (décès de foetus de 28 semaines de gestation et plus) et la mortalité néonatale précoce (décès de nouveau-nés avant le septième jour de vie). Au Québec, la mortalité périnatale a évolué de la manière suivante:

TABLEAU 1
Mortalité périnatale, Québec, 1975 à 1985

TAUX POUR 1000 NAISSANCES						
1975	**1977**	**1979**	**1981**	**1983**	**1985**	**Variation (%) 1975/1985**
14,2	13,2	11,7	10,0	8,8	8,2	– 42,2

Source : Registre de la population, Bureau de la statistique du Québec.

Comme l'illustre ce tableau, depuis 1975, le taux de mortalité périnatale a chuté de façon très sensible au Québec.

Le tableau 2 permet de comparer le taux de mortalité périnatale enregistré au Québec à celui des autres provinces canadiennes.

TABLEAU 2
Mortalité périnatale, Canada et provinces, 1985

TAUX POUR 1000 NAISSANCES TOTALES										
Can.	**Qué.**	**C.-B.**	**Alb.**	**Sask.**	**Man.**	**Ont.**	**N.-B.**	**N.-É.**	**Î.-P.-É.**	**T.-N.**
8,7	8,2	9,1	8,0	9,1	9,7	8,7	9,0	9,0	9,9	10,8

Source : Registre de la population, Bureau de la statistique du Québec.
Statistique Canada, *Naissances et décès*, 1984, Catalogue 84-204.

On remarque que le Québec et l'Alberta affichent de meilleurs taux que les autres provinces. Enfin, le taux de mortalité périnatale au Québec se compare avantageusement à celui de certains pays industrialisés.

TABLEAU 3
Mortalité périnatale, Québec, États-Unis, Japon et quelques pays européens, 1984 et 1985.

TAUX POUR 1000 NAISSANCES TOTALES			
Suède (1984)	7,32	**Pays-Bas (1984)**	10,04
Finlande (1984)	7,58	**Royaume-Uni (1984)**	10,08
Japon (1985)	7,97	**Autriche (1984)**	10,16
Danemark (1984)	8,40	**France (1984)**	11,17
Québec (1984-1985)	8,55	**Israël (1984)**	12,02
Norvège (1984)	8,90	**Grèce (1984)**	16,63

Parmi les facteurs responsables de cette baisse, mentionnons, une meilleure surveillance prénatale, l'espacement des grossesses, des conditions d'hygiène supérieures, le développement de la technologie médicale et une plus grande information des femmes enceintes.

Bien que ces chiffres dénotent une situation encourageante pour le Québec, il nous apparaît essentiel de poursuivre les efforts visant à diminuer le taux de mortalité périnatale au Québec.

1.2 Prématurité et faible poids de naissance

Selon la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prématurité se définit comme étant une naissance avant 37 semaines entières de gestation (Lepage et al., 1986, p.3). Le tableau 4 illustre la situation de la prématurité au Québec.

TABLEAU 4
Taux des naissances vivantes selon l'âge gestationnel, Québec, 1976 à 1985.

Âge gestationnel	1976-1977 %	1980-1981 %	1984-1985 %	Variation (%) 1976-1977/1984-1985
37 semaines	6,2	5,6	6,0	−3,2

Source : Registre de la population, Bureau de la Statistique du Québec.

Le taux de prématurité se calcule dans certains pays industrialisés à partir d'un âge gestationnel inférieur à 36 semaines. Nous présentons au tableau 5 quelques taux de prématurité internationaux, incluant le Québec, pour les années 1978 à 1980.

TABLEAU 5
Pourcentage de naissances d'âge gestationnel inférieur à 36 semaines, Québec et divers pays industrialisés, 1978 à 1980

PAYS	%
Japon (1980)	2,3
Suède (1978)	2,6
Grèce (1979)	2,9
Danemark (1980)	3,0
Canada (1979)	3,2
Québec (1980)	3,2
États-Unis (1979)	4,8
Norvège (1980)	4,8
Hongrie (1980)	6,6

Source : Nations-Unies, *Annuaire démographique*, 1981

Le Québec occupe donc la même position que le Canada.

L'OMS considère que les nouveau-nés de 2 500 grammes et moins comme des bébés de faible poids de naissance (Lepage et al., 1986, p.3). Le tableau 6 illustre le nombre et le pourcentage des bébés de faible poids au Québec pour les années 1976 à 1985.

TABLEAU 6
Pourcentage de naissances de poids inférieur à 2500 grammes, Québec, 1976-1977 à 1984-1985

Poids	1976-1977	1980-1981	1984-1985	Variation (%) 1976-1977/1984-1985
2500 gr.	6,9	6,5	6,3	– 8,7

Source : Registre de la population, Bureau de la Statistique du Québec.

Le pourcentage de bébés de faible poids de naissance au Québec semble s'être stabilisé, du moins en ce qui concerne les années considérées. Le taux de nouveau-nés de faible poids au Québec se situe aux alentours de 6,2 % depuis 1980. Attardons-nous maintenant à quelques taux internationaux (tableau 7)

TABLEAU 7
Pourcentage de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes, Québec et divers pays industrialisés, 1982, 1983

ÉTATS	%	ÉTATS	%
Finlande (1982)	3,7	**Canada (1983)**	5,8
Norvège (1982)	3,8	**Autriche (1983)**	5,9
Pays-Bas (1982)	4,0	**Québec (1983)**	6,4
Suède (1983)	4,2	**Royaume-Uni (1983)**	6,7
France (1982)	5,2	**États-Unis (1982)**	6,8
R.F.A. (1982)	5,5	**Israël (1983)**	7,2
Japon (1982)	5,6	**Portugal (1982)**	8,0
Danemark (1983)	5,7	**Hongrie (1983)**	9,8

Source : OMS, *Annuaire statistique sanitaire mondial*, 1986.

Comparativement à certains pays occidentaux, le Québec obtient donc un taux de bébés de faible poids plus élevé.

Déjà mentionnée dans la politique de périnatalité de 1973 (MAS, 1973) la prévention de naissances de bébés prématurés et de poids insuffisant est un élément qui revient constamment (Blanchet, M., Levasseur, M., 1980, CASF, 1984, MAS, 1985). Des progrès ont été enregistrés à cet égard au cours des dernières années, mais nous sommes encore loin du taux de 4 % qu'affiche la Suède depuis 1970 (Lepage et al., 1986, p.105).

Les nombreuses complications rencontrées chez ces bébés dont certains disent qu'ils naissent « perdants » justifient l'insistance mise sur la réduction des taux de prématurité et de naissances de bébés de faible poids (Dubuc, 1987).

En effet, les bébés de moins de 2 500 grammes présentent un pourcentage plus élevé d'anomalies congénitales et celles-ci sont associées à 15 % des décès périnataux et 6 % de la mortalité infantile.

On retrouve également chez ces bébés une plus grande incidence de problèmes de développement social et cognitif, des difficultés d'élocution, de langage et d'apprentissage (Lepage et al., 1986). Ces bébés aux besoins spéciaux sont plus susceptibles d'abus physiques et de négligence; la relation parents-enfant se trouve souvent pertubée, dû à de longues périodes de séparation et à un bébé très exigeant.

Le séjour hospitalier de ces bébés varie entre 24 et 89 jours, comparativement à 5.3 jours pour la majorité des bébés. Un bébé de faible poids est également plus à risque de naître multi-handicapé. On identifie des coûts de $750 000 pour la survie d'un de ces enfants, sans compter les coûts sociaux et de santé qui y sont associés.

La prématurité tient son origine à plusieurs facteurs. Selon Moutquin (1985), dans 60 % des cas on ne peut mettre en évidence des facteurs médicaux importants. L'Organisation Mondiale de la Santé (Wagner, 1986) identifie comme deux des principales causes à la prématurité et à la naissance des bébés de faible poids: le manque de support social et le tabagisme. Ces constatations viennent renforcer la nécessité d'associer la dimension psychosociale aux facteurs médicaux déjà pris en compte dans la prévention ou le traitement de ces deux problèmes majeurs en périnatalité.

La prévention de naissances de bébés prématurés et de poids insuffisant constitue un autre objectif à poursuivre en périnatalité au Québec.

1.3 Réponse aux besoins de clientèles particulières

- adolescentes enceintes;
- femmes enceintes de milieux défavorisés;

– femmes enceintes des régions éloignées ou périphériques;

– nouveaux parents.

1.3.1. Adolescentes enceintes

Entre 1965 et 1985, les taux de fécondité chez les adolescentes de 13 à 19 ans ont nettement régressé, passant de 19.1/1 000 à 19,7/1 000. Cette baisse est plus marquée chez les 18-19 ans que chez les 13 à 17 ans. Depuis 1980, les taux annuels de grossesse, calculés à l'âge où elle débute, ont également diminué chez l'ensemble des Québécoises sauf pour les adolescentes de moins de 20 ans. Ce taux est passé de 26.8/1 000 à 28.6/1 000 en 1985 pour l'ensemble des adolescentes (tableau 8). L'augmentation de ces taux est plus prononcée pour les années 1983 à 1985 et chez les moins de 18 ans comparativement aux 18-19 ans.

TABLEAU 8
Nombre et taux de grossesse selon l'âge et l'année, au moment de la conception, pour 1000 femmes de moins de 20 ans, Québec, 1980 à 1985

	ÂGE										
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**<18**	**15-19**	**<20**
Nombre de grossesses											
1980	53	217	624	1 097	1 950	3 070	4 187	280	3 951	10 928	11 208
1981	49	186	567	1 065	1 877	3 040	3 974	244	3 753	10 523	10 767
1982	48	207	557	1 001	1 702	2 793	3 967	262	3 522	10 020	10 282
1983	54	217	503	904	1 646	2 652	3 572	275	3 328	9 277	9 552
1984	46	232	516	949	1 584	2 587	3 495	282	3 331	9 131	9 143
1985	51	204	506	904	1 519	2 428	3 309	260	3 189	8 666	8 926
Incluant l'estimation pour les C.L.S.C.											
1982	51	219	578	1 035	1 752	2 822	4 002	277	3 642	10 188	10 465
1983	59	239	538	966	1 744	2 709	3 633	303	3 550	9 590	9 893
1984	51	259	562	1 027	1 691	2 653	3 569	315	3 594	9 502	9 415
1985	60	235	566	992	1 650	2 508	3 398	300	3 509	9 115	9 415
Taux de grossesse pour 1000 femmes											
1980	1.1	4.0	10.3	17.8	30.6	49.2	64.3	2.6	13.5	34.9	26.8
1981	1.0	3.7	10.3	17.5	30.3	47.6	63.6	2.4	13.6	34.6	26.8
1982	1.1	4.3	11.1	18.3	28.1	45.2	62.4	2.7	13.6	34.4	26.7
1983	1.2	4.8	10.6	18.1	30.2	43.9	58.0	3.0	13.7	33.8	26.1
1984	1.0	5.1	11.4	20.0	31.8	47.6	58.2	3.1	14.3	35.5	27.1
1985	1.2	4.6	11.1	20.0	32.2	48.9	61.2	2.9	14.2	35.9	27.1
Incluant l'estimation pour les C.L.S.C.											
1982	1.1	4.6	11.5	18.9	28.9	45.7	62.9	2.9	14.0	35 0	27.2
1983	1.3	5.3	11.3	19.3	32.0	44.9	59.0	3.3	14.6	35.0	27.1
1984	1.1	5.7	12.4	21.7	33.9	48.9	59.4	3.4	15.4	37.0	28.2
1985	1.4	5.2	12.4	22.0	35.0	50.5	62.8	3.4	15.6	37.7	28.6

Source: Madeleine Rochon, étude à paraître sur la fécondité et les grossesses à l'adolescence, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

En 1985, le nombre de naissances vivantes de moins de 20 ans se chiffre à 3 527. Plus précisément, les naissances vivantes par tranche d'âge se répartissent ainsi:

12, 13, 14 ans: 30 naissances,
15, 16, 17 ans: 867 naissances,
18 et 19 ans: 2 630 naissances.

Les ¾ des naissances vivantes (ou les 2/3 des grossesses) se situent chez les 18 et 19 ans.

Pour les femmes qui deviennent enceintes avant 20 ans, 54 % des grossesses se terminent par une naissance vivante. Le pourcentage d'avortements provoqués se situe à 39 % alors que le pourcentage d'avortements spontanés (partiellement dénombrés) et de mortinaissances est de 7 %. Le tableau 9 montre que de 1980 à 1985, moins de jeunes filles de 20 ans et moins ont poursuivi leur grossesse jusqu'à terme et plus de grossesses ont été interrompues et ce, à tous les âges, de 13 à 19 ans.

TABLEAU 9
Issue des grossesses en % selon l'âge et l'année, au moment de la conception, Québec, 1980 à 1985

	ÂGE										
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**<18**	**15-19**	**<20**
Avortement provoqué (thérapeutique et grossesse interrompue, R.A.M.Q. et en C.L.S.C.											
1980	51	48	46	43	35	30	24	48	40	31	31
1981	47	53	50	44	37	29	23	50	42	31	31
1982	53	53	58	47	41	34	27	53	46	35	36
1983	58	59	53	49	42	33	26	58	47	35	36
1984	73	63	52	52	42	35	29	65	48	37	38
1985	65	62	56	51	44	36	30	63	50	38	39
Avortement spontané (incomplet, R.A.M.Q.) et mortinaissance (R.P.)											
1980	9	8	7	5	7	7	7	9	7	7	7
1981	4	5	5	5	6	7	7	5	6	7	6
1982	8	6	6	5	6	6	7	7	6	6	6
1983	3	5	8	7	8	8	7	5	7	8	7
1984	4	6	9	7	7	8	9	6	8	8	8
1985	7	8	8	7	7	6	8	7	7	7	7
Naissance vivante (R.P.)											
1980	40	44	47	52	58	63	70	44	54	63	62
1981	49	42	45	51	57	64	70	45	53	63	62
1982	39	40	36	47	53	60	66	40	48	59	58
1983	39	36	39	45	51	59	66	37	46	58	57
1984	23	31	39	41	51	57	62	29	44	55	54

Source : Madeleine Rochon, étude à paraître sur la fécondité et les grossesses à l'adolescence, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

Si elle est désirée par quelques adolescentes, la grossesse vient souvent confirmer un échec à la contraception, un manque d'information ou une négation de sa sexualité.

La grossesse pose des problèmes à une adolescente encore étudiante, non fixée sur son avenir et dépendante de ses parents. L'arrêt des études, une plus grande susceptibilité à la dépression et au suicide constituent quelques-uns des problèmes les plus fréquemment associés à la grossesse précoce.

Le père adolescent vit lui aussi une partie de ces problèmes. L'enfant quant à lui n'est pas exempt d'ennuis, étant plus susceptible de mourir prématurément, d'être négligé ou violenté.

1.3.2. Femmes enceintes de milieux défavorisés

L'environnement physique, le niveau socio-économique et les habitudes de vie sont depuis longtemps clairement identifiés comme des éléments majeurs influant sur la santé des individus. En ce qui concerne la maternité dans les milieux défavorisés, Colin remarque que ces éléments ont des effets sur l'issue de grossesse, le poids du bébé, la santé de la mère et de l'enfant.

> *Quel que soit l'indicateur utilisé (la scolarité de la mère, le revenu, la classe sociale, l'absence du conjoint, la race aux États-Unis), on constate toujours plus de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérine et de mortalité dans les classes défavorisées (Colin, 1987, p.16).*

Des études effectuées dans divers pays et régions ont démontré l'existence d'un tel lien. Par exemple, à Montréal dans le quartier Centre-Sud, le recensement de 1981 révèle que:

> *près de 40 % des ménages et 58 % des familles vivent sous le seuil de pauvreté. Les familles y sont de type monoparental pour 44 % et les mères de moins de vingt ans y contribuent à 11 % des naissances. (...) Le taux de petit poids de naissance est de 10,2 % (moyenne régionale de 6,0 %) (Colin, 1987, p.17).*

Selon une étude réalisée en Angleterre, il y a deux fois plus de risque de retrouver des bébés de poids insuffisant à la naissance dans les classes défavorisées que dans les classes aisées. Dans une étude qu'elle a effectuée en France, Colin a démontré que le risque de prématurité chez les enfants d'ouvriers est deux fois plus élevé que chez les cadres supérieurs (Colin, 1987, p.17).

Par ailleurs, deux autres recherches, une réalisée au Québec dans l'Est de Montréal et une dans l'Est de la France auprès de populations très défavorisées montrent que les femmes des milieux défavorisés possèdent plus d'antécédents pathologiques avant et pendant la grossesse. Chez ces femmes, on retrouve « une fois et demie plus de prématurité, 2 fois plus de petit poids de naissance et plus de 3 fois plus de retard de croissance intra-utérin »(Colin, 1987, p.19).

Deux auteurs américains, John et Johnson-Dubin « estiment que le risque attribuable au niveau socio-économique pour la morbidité périnatale est de l'ordre de 40 % à 60 % » (cités dans Colin 1987, p.19).

Malgré les nombreuses études qui associent populations défavorisées à pathologies et problèmes psychosociaux reliés à la grossesse, les femmes enceintes de milieux défavorisés constituent une clientèle peu rejointe par les services périnatals offerts actuellement.

1.3.3 Femmes enceintes des régions périphériques ou éloignées

De récentes données statistiques révèlent qu'un pourcentage élevé de Québécoises accouchent dans une région autre que leur lieu de provenance. Le tableau 10 indique que l'accouchement des femmes hors de leur région de provenance est surtout le lot de celles qui résident dans les régions de la Baie-James et du Nouveau-Québec. Plus particulièrement, les femmes Cries de sept villages sur huit vont accoucher à l'extérieur. Cette situation prévaut aussi dans la région de l'Ungava et de la basse Côte-Nord. C'était le cas également pour les femmes de l'Hudson jusqu'à l'arrivée de sages-femmes (1986) dans l'équipe périnatale, au centre hospitalier de l'Hudson à Povungnituk.

TABLEAU 10

Nombre et pourcentage d'accouchements qui ont lieu dans une région différente du lieu de provenance de la mère par région socio-sanitaire, Québec, 1980 à 1985

RÉGION	ANNÉES							
	1981-82		1982-83		1983-84		1984-85	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abitibi-Témiscamingue (08)	70 (2917)	2,4	85 (2805)	3,0	95 (2741)	3,5	80 (2550)	3,1
Côte-Nord (09)	254 (2027)	12,5	213 (1870)	11,4	150 (1669)	9,0	169 (1604)	10,5
Baie-James / Nouveau Québec (10) ou (11 + 12)	147 (235)	63,0	201 (201)	100	114 (114)	54,0	147 (238)	62,0
Baie-James (11 ou 10A)	—	—	89 (89)	100	28 (92)	30,4	21 (100)	21,0
Nouveau-Québec (12 ou 10B)	—	—	112 (112)	100	106 (120)	88,3	126 (138)	91,3

Source : Med-Écho, 1981-82, 1982-83, 1983-84, 1984-85

* Les chiffres entre parenthèses représentent le total des accouchements pour chacune des régions.

En fait, le départ des femmes, trois à quatre semaines avant leur accouchement provoque l'isolement de ces femmes d'avec leurs proches. Les femmes associent à cet isolement une augmentation des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Elles accueillent leur nouveau-né, souvent en l'absence de leur conjoint, d'une personne amie ou simplement de quelqu'un qui parle leur langue (Cournoyer, 1986). De longues périodes de séparation familiale entraînent également une rupture importante dans le mode de vie des futurs parents d'où des problèmes pour le conjoint et pour les autres enfants. À l'occasion d'une tournée de consultation réalisée dans la région de l'Hudson en 1985, le haut taux de violence familiale est ressorti comme une des conséquences importantes du transfert des femmes pour l'accouchement.

Les femmes de ces régions demandent donc à accoucher dans leur communauté, de façon sécuritaire et assistées de personnes compétentes qui parlent leur langue. Elles veulent, à l'exemple de leur mère, vivre la naissance de leur enfant comme une fête familiale entourée des leurs.

1.3.4 Nouveaux parents

Différents facteurs influencent l'adaptation des nouveaux parents. Ces facteurs peuvent être liés aux parents, au nouveau-né, au milieu et au système de soins et de services. En ce qui concerne les facteurs négatifs, des difficultés de tout ordre pourront nuire à l'établissement d'une relation parents-enfant harmonieuse:

1. Difficultés reliées aux parents
   - dépression post-partum et fatigue chez la mère;
   - contact inadéquat entre les parents et l'enfant;
   - relation de couple bouleversée par la venue de l'enfant;
   - faible capacité d'adaptation;
   - mauvais état de santé physique et problèmes psychosociaux des parents.

2. Difficultés reliées au nouveau-né
   - état de santé précaire;
   - handicap;
   - prématurité ou insuffisance de poids;
   - tempérament difficile.

3. Difficultés reliées au milieu
   - conditions socio-économiques défavorables;
   - isolement;
   - absence de support.

4. Difficultés reliées au système de soins et de services
   - ressources insuffisantes;
   - ressources inadéquates;
   - ressources éloignées.

Cette liste n'est pas exhaustive mais elle fait référence aux problèmes rencontrés fréquemment par les nouveaux parents. Ces derniers peuvent être confrontés à une ou plusieurs de ces difficultés car elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre (Séguin, L., DSC Ste-Justine, tiré d'un avis à paraître sur la période post-natale).

Si les problèmes auxquels font face les nouveaux parents sont ou deviennent aigus, ils peuvent entraîner de la violence familiale (enfants battus, négligés ou maltraités). Une série d'études recensées par G. Jeliu (1979), révèle que, parmi les enfants maltraités, on retrouve des taux de 12,5 à 33 % de bébés prématurés. En outre, selon les directeurs de la protection de la jeunesse, la violence familiale eu égard aux jeunes enfants demeure un phénomène sous-estimé, malgré une ampleur déjà importante au Québec.

Par ailleurs, certains parents vivent des situations particulières. Ils sont confrontés au décès, à la maladie ou au handicap de leur nouveau-né. Leur assure-t-on un soutien, des soins et des services suffisants et adaptés à leurs besoins? Même les nouveaux parents qui ne sont pas confrontés à des difficultés spécifiques ont besoin de support et de services adéquats. En effet, de

nombreuses transformations surviennent dans leur vie de couple. Ils se sentent parfois isolés et dépassés par les événements. Le nouveau-né est très accaparant et ne leur laisse guère de moments libres. Les parents s'inquiètent du bien-être physique et psychologique de leur enfant. Pour ces parents, un soutien et la continuité des soins et des services demeurent essentiels non seulement pour l'établissement d'une relation parents-enfant harmonieuse mais aussi pour la prévention de l'apparition de problèmes importants.

Les difficultés rencontrées par les clientèles particulières démontrent la nécessité de développer une approche de soins et de services adaptés aux besoins de ces diverses clientèles et de leur famille.

1.4 Interventions obstétricales

Les interventions obstétricales considérées ici sont l'extraction par ventouse, l'extraction par forceps et les césariennes.

Depuis 1981-1982, le nombre d'extractions par ventouse a augmenté au Québec de 3,7 % comme l'illustre le tableau 11. La récente utilisation de cette technique au Québec peut sans doute expliquer cette hausse.

TABLEAU 11
Taux d'extractions par ventouse pour 100 accouchements par voie naturelle, Québec, 1981 à 1987

1981-1982	1982-1983	1983-1984	1984-1985	1985-1986	1986-1987
0,6	1,0	1,1	1,9	2,9	4,3

Source : Med-Écho, 1981 à 1987.

Le nombre d'extractions par forceps a quant à lui diminué de 8,3 % (tableau 12).

TABLEAU 12
Taux d'extractions par forceps pour 100 accouchements par voie naturelle, Québec, 1981 à 1987

1981-1982	1982-1983	1983-1984	1984-1985	1985-1986	1986-1987
23,1	21,6	20,6	18,4	16,2	14,8

Source : Med-Écho, 1981 à 1987.

La diminution du taux de forceps et l'augmentation parallèle du taux d'utilisation des ventouses incite à supposer qu'il y a une substitution d'une technique d'intervention obstétricale par une autre, du moins en ce qui concerne les forceps bas. (Tiré d'un avis à paraître : *Santé et qualité de vie des enfants et des parents. Étude sur la mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*).

En 1978, le taux de césariennes au Québec se situait à 13,4 % (Régie de l'Assurance-maladie du Québec). Actuellement, il atteint 19 % même si les données révèlent une certaine stabilisation du taux depuis 1984 (tableau 13).

TABLEAU 13
Taux de césariennes pour 100 accouchements, Québec, 1981 à 1987

1981-1982	1982-1983	1983-1984	1984-1985	1985-1986	1986-1987
16,4	17,1	17,8	18,8	19,1	19,0

Source : Med-Écho, 1981 à 1987.

Le taux de césariennes au Québec se compare au taux du Canada et des États-Unis. Le taux de césariennes était de 17,1 % en 1982 et de 18,0 % en 1983 au Canada. Aux États-Unis, le taux s'élevait à 18,5 % en 1982. Toutefois, comparativement à certains pays européens, le taux de césariennes au Québec est élevé. Par exemple, les taux étaient de 5,6 % dans les Pays-Bas en 1983 et de 10,3 % en Suisse en 1980 (Nair, Wadhera, 1985).

Le développement de la technologie obstétricale a contribué à prévenir, à diminuer ou à solutionner de nombreux problèmes. La nécessité de poursuivre des recherches visant à améliorer et à perfectionner les techniques, interventions ou examens reliés à l'obstétrique ne fait pas de doute.

Toutefois, au cours des dernières années, les taux d'utilisation de certaines interventions obstétricales ont fait l'objet de nombreuses remises en question. Aujourd'hui, le dicton « une césarienne un jour, une césarienne toujours » devient graduellement hors standard. Des autorités médicales l'ont remis en question (Klein et al., 1987, Organisation Mondiale de la Santé, 1985, Lomas, 1986, Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1986).

Par ailleurs, la Corporation professionnelle des médecins du Québec (1986-1987) et Michael Klein et ses collaborateurs ont passé en revue les indications des principaux examens et interventions en obstétrique. À la lumière de leurs recherches et des demandes des femmes, ils ont proposé une façon différente d'envisager la grossesse et l'accouchement. Ils suggèrent de nouveaux standards de pratique, en « obstétrique moderne ». À titre d'exemple, mentionnons un des treize points, jugés importants par la Corporation professionnelle des médecins du Québec : « Le recours *routinier* à l'épisiotomie et à l'application de forceps n'est plus acceptable en obstétrique moderne » (CPMQ, 1986).

Oakley, une anthropologue anglaise (1983), a fait ressortir quant à elle l'importance de mesurer les impacts psychosociaux de l'utilisation de technologie en obstétrique. « La naissance étant une expérience sociale, personnelle aussi bien que médicale (...) la mère doit sentir qu'elle donne naissance activement à son propre enfant » (Oakley, 1983). En outre, elle associe la dépression post-natale aux facteurs suivants :

– peu de contacts précédemment avec des enfants ;

– utilisation moyenne ou élevée de technologie ;

- insatisfaction avec l'accouchement;
- peu de contrôle durant le travail.

Dans une publication récente (1987), l'Association médicale canadienne formule, entre autre, la recommandation suivante:

> *L'A.M.C. soutient la participation accrue des patientes aux décisions relatives au processus de la naissance et encourage la divulgation des informations nécessaires et des choix disponibles en ce qui a trait à la surveillance et aux interventions médicales (p.7).*

L'A.M.C. tout comme la Corporation professionnelle des médecins du Québec reconnaît l'importance d'une bonne communication entre le médecin et la femme enceinte. La qualité de cette communication est souvent identifiée comme un élément crucial pouvant rétablir la confiance mutuelle et faire diminuer les taux de poursuites pour faute professionnelle. Rappelons que ce dernier élément est souvent invoqué pour intervenir en obstétrique.

Favoriser un recours adéquat aux interventions obstétricales constitue un autre objectif important à poursuivre en périnatalité au Québec.

1.5 Humanisation des soins et des services entourant la grossesse et la naissance.

Au cours de la dernière décennie, divers groupes de femmes et de parents souvent appuyés par des professionnels-les de la santé ont réclamé une plus grande humanisation des soins entourant la maternité. Ces demandes ont été à l'origine de plusieurs changements dans les hôpitaux, pour la plupart bien accueillis. Cependant, le développement de services parallèles s'est poursuivi, démontrant ainsi qu'il faut aller plus loin.

Sinon, comment expliquer la grande variation des taux d'utilisation des chambres de naissances? Doit-on parler d'un «concept» de chambre de naissances ou d'un «espace physique»? (Klein, 1986) Qu'on utilise la «méthode» Leboyer ou qu'on travaille selon la «philosophie» de Leboyer peut faire toute la différence. «La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes qui peuvent se dérouler de façon harmonieuse dans 85 à 90 % des cas» (Shearer, cité dans Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980). Comment définit-on ces événements? Normal, jusqu'à preuve du contraire? A bas risque, à risque moyen ou à risque élevé? Événement médical, événement social ou les deux? La femme qui porte son enfant se reconnaît-elle quand on la traite de patiente, de parturiente, de malade?

En fait, des études de Oakley (1983) et Humenick (1981) démontrent que les femmes les moins susceptibles à la dépression du post-partum sont celles qui ont le sentiment d'avoir vécu une expérience d'accouchement positive. Pour la femme en travail, l'assurance de contrôler l'événement, la possibilité d'influencer certaines décisions et le sentiment de faire partie de l'équipe augmentent son estime personnelle et l'amènent à vivre une expérience positive.

Tous ces facteurs cadrent mal dans nos instruments de mesure. Cela ne veut pas dire qu'il faille les négliger pour autant (Schneider, 1981).

Entre décembre 1981 et décembre 1982, Houd et Oakley ont conduit une étude pilote dans dix pays d'Amérique du Nord et d'Europe. Cette étude avait pour but, entre autres, d'identifier les raisons principales qui expliquent le développement de services périnatals en marge du système officiel. L'étude a permis de démontrer que les services parallèles se développent dans les régions où :

- « les services périnataux officiels ont mis l'accent sur l'aspect plus technologique des soins et ces soins sont presque exclusivement dispensés en milieu hospitalier.
- la continuité des soins (la même personne ou une petite équipe d'individus donnant les soins, avant et après la naissance) est absente du système officiel.
- le statut professionnel des sages-femmes en relation avec les obstétriciens est ambigu » (Houd et Oakley, 1986).

Par ailleurs, le concept de soins périnatals centrés sur la famille a fait son apparition au cours des dernières années. D'après une équipe du département d'obstétrique de l'université McMaster, auteure d'un article dans le *Bulletin de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1981)* :

> *C'est l'attention et les égards plutôt qu'un budget considérable qui contribueront à créer l'atmosphère désirable au moment de l'accouchement. Les soins centrés sur la famille sont assimilés à une attitude, plutôt qu'à un protocole. Le fait d'accoucher est un événement qui participe de la vie, ce n'est pas un procédé médical, et la qualité des soins dont on entoure la femme et sa famille redonne à la mère et à ses proches le sens de leur importance.*

Dans la même veine, un groupe de travail sur les pratiques obstétricales mandaté par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal, présidé par le docteur Yves Lefebvre écrivait en 1985 :

> *L'aspect essentiel de ce type de soins axés sur la famille consiste en une modification de l'attitude du personnel, encourageant une plus grande souplesse dans les pratiques. Certes, ces soins exigent plus de temps et un engagement individuel accru de la part des professionnels mais les avantages retirés en valent largement la peine. On assiste à une baisse de l'anxiété et le couple éprouve un sentiment de participation et de maîtrise de la situation qui augmente son degré de satisfaction (Klein et al., 1986).*

Enfin, la « familiarisation » de la grossesse et de la naissance – une des dimensions importantes de l'humanisation des soins entourant la maternité – implique la participation effective des hommes au processus de la maternité. L'homme devrait jouer un rôle non seulement au niveau du vécu de la grossesse mais il devrait s'engager dans un partage réel des tâches quotidiennes. Plus généralement, la participation des hommes au processus de la maternité soulève les nombreuses questions concernant l'égalité des hommes et des femmes dans le quotidien et la double tâche chez la femme.

Favoriser l'humanisation des soins et des services entourant la grossesse et la naissance constitue un autre objectif à poursuivre en périnatalité au Québec.

1.6 Participation des pères

La question de la participation des pères à l'accouchement ne paraît plus soulever les discussions animées qu'elle a générées à l'époque ; sur ce plan, une nette amélioration de la situation s'est produite au cours des dernières années.

Malheureusement, comme il n'existe pas, à ce propos, de système complet de collecte des données, on ne peut présenter ici un état de situation exhaustif, ni de bons taux généraux de participation des pères québécois au vécu périnatal.

Nous nous voyons donc confinés au seul recours à des données partielles qui se limitent – et encore de façon non uniforme – à certaines régions ou à certains établissements.

Certaines de ces informations peuvent cependant donner une idée de la participation des pères à la grossesse et à la naissance. Ainsi, à titre illustratif, le colloque « Accoucher ou se faire accoucher » tenu à Québec en 1981 a été l'occasion de questionner l'existence d'une politique interne ouverte à la participation paternelle dans les centres hospitaliers ! Sur les 15 centres concernés de cette région et selon les trois variables retenues (participation au travail, à l'accouchement, à la césarienne), les nombres de centres ayant une telle politique étaient dans l'ordre, de 15, 15 et 1. En ce qui concerne la possibilité de cohabitation de la mère, du père et du bébé dès la naissance, les résultats étaient plus réservés, soit 8 positives et 7 négatives (Colloque sur l'humanisation des soins en périnatalité, Région de Québec, 1981).

D'autre part, le DSC de St-Jean (Richelieu) a publié, en 1986, une étude évaluative des cours prénatals pour toutes les régions du Québec (Dallaire-Durocher et Marcos, 1986). On y retrouve des informations sur la participation paternelle pour 4 régions (02, 03, 05 et 06B). D'abord, à partir de la région du Saguenay/Lac St-Jean, on y présente un taux de participation des pères aux cours prénatals qui se situait à 51 %, en 1983, alors qu'on fait mention d'une augmentation de 10 % de 1981 à 1986 pour une autre région (Québec). Concernant les motivations des pères participants, les taux sont les suivants à partir de la région de l'Estrie (1981) : besoin d'information 73 % ; pour aider la conjointe 89,7 % ; possibilité d'échange 31 % et rencontres entre couples 29 %. Enfin, on y fait état d'autres études (région Laurentides-Lanaudière, 1983) qui auraient démontré que la participation des pères à l'accouchement s'élève à près de 100 % quand il y a eu assistance aux rencontres prénatales alors qu'une non-participation la ferait baisser à 87 %. Enfin, un autre rapport publié plus récemment dans cette région présente pour 1985 et 1986, des taux de participation des pères aux rencontres prénatales dans les CLSC : au

cours de ces deux dernières années, ils auraient oscillé entre 34 et 35 % (DSC du Haut-Richelieu, 1987).

Les recherches étrangères consultées démontrent un taux général de participation paternelle pour trois pays. En Australie, une étude nationale rapportait pour 1978 un taux de 50 % de participation à l'accouchement alors qu'il oscillait entre 60 et 80 % en 1981 dans 4 hôpitaux de Sydney (Russell, 1982). En Angleterre, on rapportait un taux de 60 à 80 % en 1981 (Phillips et Anzalone, 1978). Pour les États-Unis, une étude nationale de 320 000 naissances, mais remontant à 1972, présentait un taux de 27 % seulement (Richards, 1983).

Le Québec paraît donc, à ce niveau, se conformer assez au mouvement général. C'est du moins ce que semble confirmer une étude récente sur la clientèle des sages-femmes, clientèle généralement plus sensibilisée toutefois: celle-ci démontre que la participation des pères à l'accouchement, au «travail» et aux rencontres préparatoires se situe au-delà de 90 % (Saillant, Desjardins et O'Neill, 1986).

Il faut souligner cependant que la participation à l'accouchement et aux cours (surtout d'après les motifs invoqués plus haut) ne constituent pas nécessairement un reflet fidèle de la participation paternelle à l'ensemble des tâches associées à la venue et à l'éducation de l'enfant. Ce qui pouvait sembler novateur à l'époque ne l'est plus nécessairement aujourd'hui, compte tenu de l'évolution impressionnante qu'ont connue les rapports femmes/hommes et la participation des femmes sur le marché du travail.

Incidemment, l'étude de Marguerite Côté (à paraître) auprès de 60 familles québécoises de classe moyenne supérieure, notons-le, avance un taux de participation paternelle de 44 % à l'ensemble des tâches éducatives et domestiques reliées à la présence d'enfants. Mise en parallèle avec les taux de participation des pères à l'accouchement, cette donnée fournit peut-être une indication sur le chemin à parcourir avant de parler de participation paternelle globale s'étendant à l'ensemble des tâches domestiques et éducatives au foyer.

Enfin, si l'on ajoute à cela que la recherche (Russell et Radin, 1985) reconnaît généralement que l'implication plus grande des pères peut avoir des effets positifs évidents sur l'ensemble des communications intra-familiales (et en particulier, sur la satisfaction de la mère face à la naissance (Saillant, Desjardins, O'Neill, 1986), il n'apparaît pas excessif de maintenir une priorité en périnatalité sur toute la question de la participation des pères.

1.7 Conclusion

La situation actuelle en périnatalité au Québec nous indique l'importance de poursuivre certains objectifs dans ce domaine. Les prochaines parties du rapport sont consacrées à l'étude d'un moyen spécifique pour l'atteinte de ces objectifs: la pratique des sages-femmes.

PARTIE II

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES : UN DES MOYENS À EXPLORER POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC

PRÉSENTATION

L'illustration de l'ampleur des principaux problèmes nous a permis de suggérer des objectifs à poursuivre en périnatalité au Québec. Chacun des comités de travail en périnatalité doit faire l'étude de moyens efficaces permettant d'atteindre les objectifs visés. Ces moyens concernent à la fois les interventions en milieu populaire, auprès des adolescents-es, chez les nouveaux parents en général et chez ceux qui ont des besoins particuliers.

Un autre moyen a été retenu pour faire l'objet de recommandations: la pratique des sages-femmes.

Voici quelques-unes des raisons qui ont guidé notre choix du premier moyen à analyser:

- Des indices démontrent que l'intégration officielle des sages-femmes dans l'équipe périnatale entraîne des effets bénéfiques, notamment auprès de certaines clientèles cibles et sur la continuité des soins, dans la réduction des naissances de bébés de faible poids et du nombre de césariennes.
- Les demandes répétées de femmes et de couples québécois pour avoir accès aux services d'une sage-femme. Le point 4.2. résume les principaux événements qu'a suscités cette demande.
- Des sages-femmes exercent avec compétence dans la plupart des pays du monde.
- L'existence depuis plusieurs années au Québec, d'une pratique sage-femme, parallèle au système officiel.

Nous présentons d'abord des résultats sommaires du travail des sages-femmes, en regard des problèmes et des clientèles qui nous préoccupent. Suivent les caractéristiques spécifiques à la profession sage-femme et quelques informations sur le travail de ces professionnelles dans des pays où elles font partie de l'équipe périnatale.

CHAPITRE II

RÉSULTATS DU TRAVAIL DES SAGES-FEMMES EN REGARD DES PRINCIPAUX OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ

Les résultats de la pratique sage-femme rapportés ici sont tirés pour la plupart, d'articles de revues qui présentent une synthèse de ces résultats. Les informations qui suivent devront donc être lues en tenant compte de cette limite. Par ailleurs, les auteurs de ces études ont considéré le travail de la sage-femme parmi un ensemble de facteurs pouvant expliquer les résultats obtenus.

Dans ces études, nous remarquons que les sages-femmes travaillent avec divers intervenants tels des infirmières, des omnipraticiens, des obstétriciens-gynécologues, des pédiatres et des travailleurs sociaux. La tâche des sages-femmes consiste à fournir des soins en pré, per et post-natal. Sa pratique comporte également un aspect qui vise à diminuer les risques liés à la grossesse et à la période post-partum et à prévenir l'apparition de certains problèmes chez les enfants. Les sages-femmes voient généralement des femmes qui présentent des grossesses et accouchements normaux sur le plan médical. Suivant les différents projets, elles ont la responsabilité de pratiquer des accouchements dans une proportion variant entre 60 % et 90 %. La présentation suit un ordre chronologique et fait les liens nécessaires avec les objectifs à poursuivre en périnatalité.

2.1 Maintenir et améliorer le taux de mortalité périnatale et diminuer les taux de naissances prématurées et de nouveau-nés de faible poids

Le Frontier Nursing Service (Kentucky, États-Unis)

L'État du Kentucky crée ce service en 1926 (Browne et Isaacs, 1973). Celui-ci doit principalement répondre aux besoins d'une clientèle rurale, socio-économiquement défavorisée et à haut risque. La décentralisation du service permet aux sages-femmes de rejoindre une clientèle plus nombreuse.

L'étude des résultats porte sur les naissances et les décès enregistrés dans ce service. En 1952, le taux de mortalité néonatale (décès d'enfant avant le 28e jour de vie) de la région est de 9.1 pour 1 000, comparé à 34 pour 1 000 dans le reste du pays.

Une cinquantaine d'années après le début du service, soit entre 1971 et 1979, le taux de mortalité périnatale se situe autour de 6 pour 1 000 pour l'État du Kentucky. Dans le reste du pays, 15 pour 1 000 constitue le meilleur résultat. Par ailleurs, en 35 ans c'est-à-dire de 1926 à 1961, le service n'enregistre aucun décès maternel.

Les Maternal and Child Health Centers (Finlande)

Depuis 1944, ces centres offrent les services de sage-femme aux mères et aux enfants de toutes classes sociales (Hultin, 1984).

Le tableau 14 résume les taux obtenus dans les Maternal and Child Health Centers entre 1975 et 1980.

TABLEAU 14

Statistiques en périnatalité des Maternal and Child Health Centers en Finlande, 1975 à 1980

STATISTIQUES EN PÉRINATALITÉ (pour 1000 naissances vivantes)						
	1975	**1976**	**1977**	**1978**	**1979**	**1980**
Mortalité infantile[1]	10.0	9.1	8.8	7.7	7.7	7.6
Mortalité périnatale[2]	12.0	11.8	11.2	9.5	9.4	8.4
Mortinatalité[3]	5.8	5.7	5.1	4.9	4.2	4.2
Mortalité maternelle	0.11	0.09	0.08	0.05	0.03	0.02

Hultin, 1984, p. 122

1. Mortalité infantile : décès d'enfants avant le premier anniversaire de naissance.
2. Mortalité périnatale: décès de bébés de plus de vingt semaines de gestation et avant le septième jour de vie.
3. Mortinatalité: décès d'un foetus de vingt semaines ou plus de gestation.

Le Madera Country Hospital (Californie)

En 1960, le Madera Country Hospital met sur pied un projet expérimental en périnatalité, d'une durée de trois ans, impliquant des sages-femmes et une équipe médicale (Levy et al., 1971). L'objectif du projet vise à réduire la mortalité néonatale (décès de nouveau-nés avant le 28e jour de vie) chez une population d'agriculteurs pauvres.

Deux études ont été produites sur ce projet. La première compare les naissances et les mortalités recensées de janvier 1961 à juin 1962 et en 1965 après la fin de l'expérience. La seconde étude fournit des données sur les naissances et les mortalités enregistrées de janvier 1961 à juin 1963 et de janvier 1964 à juin 1966.

On a constaté une baisse importante de la mortalité néonatale, laquelle est passée de 23.9 pour 1 000 en 1960 à 10.3 pour 1 000 en 1963. Le taux de prématurité a connu, lui aussi, une baisse significative. Suite à l'arrêt de ce projet expérimental en 1963, les taux de mortalité néonatale et de prématurité ont augmenté, comme l'indique le tableau 15.

TABLEAU 15
Taux de bébés prématurés et de mortalité néonatale, Madera Country Hospital, Californie, 1959 et 1961-1966

Taux	MADERA COUNTRY		
	1959 (basé sur l'évaluation initiale des données)	Janvier 1961-Juin 1963	Janvier 1964-Juin 1966
Prématurité (%)	11.0	6.6	9.8
Mortalité néonatale (pour 1000 naissances)	23.9	10.3	32.1

Levy et al., 1971, p. 52

Soulignons que malgré les résultats obtenus, le projet du Madera Hospital n'existe plus aujourd'hui.

Su Clinica Familiar (Texas)

En 1972, deux infirmières sages-femmes mettent sur pied cette maison de naissances dont la clientèle est composée majoritairement d'immigrantes mexicaines souvent très jeunes et pour la plupart d'entre elles, de milieu socio-économique défavorisé (Murdaugh, 1977, Lonsdale et al., 1982).

L'étude des données de Su Clinica Familiar a porté sur les 1412 premières naissances. Elle révèle un taux de mortalité néonatale de 5,4 pour 1 000 alors qu'il est de 26 pour 1 000 pour l'ensemble du Texas. Le taux de prématurité et de bébés de faible poids est de 4,2 pour 1 000 alors qu'il est de 9,1 pour 1 000 dans le reste du Texas, durant la même période. Encore aujourd'hui, Su Clinica Familiar garde constamment des taux de moitié inférieurs à ceux du reste des États-Unis.

L'Indian Health Service Hospital (Fort Defiance, Arizona)

L'hôpital de Fort Defiance en Arizona reçoit principalement une clientèle indienne, pauvre, avec un taux de chômage élevé, des problèmes de logement, d'hygiène et d'alimentation (Ross, 1981). Depuis 1973, six sages-femmes travaillent à ce programme de soins maternels et infantiles de cet hôpital.

Une étude a été effectuée avant et après la mise sur pied de ce service, soit de janvier 1969 à décembre 1969 et de juillet 1973 à juin 1974. Un échantillon de naissances a été tiré pour chacune de ces périodes et révèle les résultats qui suivent. Sur 107 nouveau-nés de l'échantillon de 1969 10 étaient prématurés. Deux bébés sont décédés : un à la naissance (jumeau) et un autre durant la période néonatale. Pour l'année 1973-74 un échantillon de 108 bébés a été retenu. De ce nombre, 6 étaient prématurés et 2 sont décédés : un jumeau et un bébé mort pendant le travail.

La surveillance à domicile en France

Depuis mai 1975, la France prévoit la surveillance par les sages-femmes des femmes présentant une grossesse à risque, en raison de problèmes familiaux, sociaux ou économiques (Baric Epse Delon, 1979). Les sages-femmes du programme identifient avec l'aide de la puéricultrice et de l'assistante sociale du secteur concerné, les femmes enceintes susceptibles de

nécessiter une plus grande assistance. La femme qui accepte un tel service est alors suivie par la sage-femme.

Une des expériences de surveillance à domicile a fait l'objet d'une étude. Il s'agit de celle menée à Toulouse par une sage-femme du centre hospitalier de La Grave. La sage-femme en charge du projet a suivi 219 femmes en 18 mois. Après l'analyse du dossier de ces femmes, 149 d'entre elles ont été retenues pour les fins de l'étude. Voici quelques résultats de l'expérience:

TABLEAU 16
Taux de mortalité périnatale et taux de prématurité en France, 1976, au Centre hospitalier La Grave, Toulouse, 1978 et une expérience de surveillance à domicile à Toulouse, 1978-79

Endroits considérés	Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances)	Taux de prématurité (pour 1000 naissances)
Chiffres nationaux (en 1976)	16.7	6.8
Centre hospitalier La Grave, Toulouse (1978)	17.6	5.8
Expérience de surveillance à domicile à Toulouse (1978-79)	6.4	4.46

Baric Epse Delon, 1979, p. 49

Nous accompagnons ces résultats de certaines réserves, étant donné les limites de l'expérience et des taux nationaux et locaux qui se réfèrent à des années différentes.

Le Douglas General In Hospital Birthing Center (Georgie, U.S.A.)

Ce centre de naissances, établi en 1976, s'adresse à une clientèle possédant un niveau d'études collégiales ou travaillant dans les domaines médical ou paramédical (Stewart et Clark, 1982). L'équipe du centre se compose de trois sages-femmes et de deux médecins.

En cinq ans, le Birthing Center a admis 2 050 clientes. Le tableau 17 présente les taux de mortalité néonatale obtenus en comparaison avec l'État de Georgie et l'ensemble des États-Unis.

TABLEAU 17
Taux de mortalité néonatale, Birthing Center, Georgie et États-Unis, 1977 à 1981

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE (pour 1000 naissances) ENDROITS CONSIDÉRÉS			
Année	Birthing Center	Georgie[1]	États-Unis[2]
1977	5,0	9,9	9,9
1978	4,7	10,3	9,5
1979	6,3	9,9	8,7
1980	6,1	9,7	8,4
1981	2,2	ND	ND

1. Les statistiques proviennent du département des Ressources humaines en Georgie.
2. Les statistiques proviennent du Centre national des statistiques de santé, division de la mortalité. Stewart et Clark, 1982, p. 25

Le Birthing Center obtient des taux de mortalité néonatale relativement moins élevés que la Georgie et les États-Unis.

2.2 Développer une approche et des services adaptés à des clientèles-cibles

2.2.1 Adolescentes enceintes

L'Adolescent Obstetric Clinic (Caroline du Sud, État-Unis)

Depuis 1973, cette clinique reçoit une clientèle composée d'adolescentes enceintes socio-économiquement défavorisées (Piechnik et Corbett, 1985). Les sages-femmes, responsables du programme de soins périnatals, coordonnent une équipe multidisciplinaire (obstétriciens, diététistes, travailleurs sociaux, infirmières).

Pour évaluer l'impact du programme de soins périnatals, on a procédé à une comparaison entre trois groupes d'adolescentes enceintes considérées à « bas risque » ; le statut socio-économique n'a pas été spécifiquement contrôlé dans cette étude. Le groupe (A) se compose des 738 adolescentes âgées de 12 à 17 ans, admises à l'Adolescent Obstetric Clinic durant les cinq premières années d'activités, du 1er janvier 1974 au 31 décembre 1978. Le groupe (B) comprend 493 adolescentes agées elles aussi de 12 à 17 ans identifiées à partir du fichier du South Carolina Department of Health and Environmental Control, entre le 1er juillet 1976 et le 30 décembre 1978. Enfin le dernier groupe (C) inclut 2 034 adolescentes enceintes du même âge enregistrées dans les fichiers statistiques de l'État de la Caroline du Sud. Elles ont sensiblement les mêmes caractéristiques que les groupes A et B (risques périnataux, race, éducation, statut civil).

Le tableau 18 illustre les taux de bébés de faible poids des trois groupes de clientes.

TABLEAU 18
Taux de bébés de faible poids (2500 grammes et moins) pour les groupes A, B et C, selon l'âge de la mère à l'Adolescent Obstetric Clinic, Caroline du Sud, 1978

Âge	Groupe A (N = 738)		Groupe B (N = 490)		Groupe C (N = 2018)	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Tout âge	67	9.1	45	9.2	256	12.7
– de 15	8	8.8	5	8.9	37	21.0
15-17	59	9.1	40	9.2	219	11.9

Piechnik et Corbett, 1985, p. 94

En 1978, on a constaté que les clientes de l'Adolescent Obstetric Clinic avaient des taux de complications (anémie, pré-éclampsie, bébés de faible poids, mortalité périnatale) plus bas que chez les deux autres groupes témoins.

Le Teen Pregnancy Service (Wisconsin, États-Unis)

La clientèle de ce centre est constituée d'adolescentes enceintes âgées de 14 à 18 ans (Goldberg, Baisch et Fox, 1986). Elles sont suivies par une équipe de sages-femmes et de divers intervenants.

Les renseignements fournis par ce service proviennent de données recueillies entre 1982 et 1985. Entre ces deux dernières années, le taux de césarienne a été de 11.6 % au Teen Pregnancy Service, comparativement à 15,4 % au Wisconsin et 15.2 % aux Etats-Unis. Les forceps ont été utilisés dans 2,4 % des accouchements par rapport à 9 % au Wisconsin. Les taux de mortalité foetale et néonatale ainsi que le taux de bébés de faible poids ont été semblables à ceux du Wisconsin.

2.2.2 Femmes enceintes de milieux défavorisés

Le Maternity Center (El Paso, Texas)

Ouverte en 1976, cette maternité dessert une clientèle hispanophone d'origine mexicaine, socio-économiquement défavorisée et ayant peu ou pas fréquenté les services prénatals (McCallum, 1979). Deux autres Maternity Centers ont été créés en 1978 et 1979.

Entre août 1976 et décembre 1978, 518 femmes ont accouché aux Maternity Centers ou à la maison, avec l'aide de sages-femmes. Il y a eu trois décès néonatals, deux mortinaissances et aucun décès maternel. La mortalité périnatale est de 7.72 pour 1000. Le tableau 19 présente les caractéristiques des enfants à la naissance.

TABLEAU 19
Caractéristiques des nouveau-nés à la naissance au Maternity Center à El Paso, Texas, 1976 à 1978

	Cas	%
Apgar* après une minute est supérieur à 9	305	59
Apgar après cinq minutes est supérieur à 9	433	84
Poids de 6 livres et moins	46	9
Poids entre 6 et 9 livres	450	87

Trevathan Mc Callum, 1972, p. 265

* Apgar : Test d'évaluation du nouveau-né concernant les réflexes, la respiration, la coloration et le tonus musculaire.

On constate donc que près de 60 % des nouveau-nés ont eu un Apgar élevé après une minute de vie. Ce pourcentage augmenta à plus de 80 % après 5 minutes de vie.

Le North Central Bronx Hospital (New York, États-Unis)

Cet hôpital dessert une population située dans l'un des quartiers les plus défavorisés de la ville. La clientèle, principalement composée d'hispaniques et de noirs, est sujette à des problèmes obstétricaux (Haire, 1981). En fait, 30 % à 60 % des clientes sont considérées médicalement à risque. Cinquante infirmières-sages-femmes y travaillent.

En 1979, les données du North Central Bronx Hospital révèlent que sur 2 608 naissances, le taux de mortalité périnatale est de 14.5 pour 1000, comparé à 15.9 pour la ville de New York. Le taux de césariennes se situe à 9 %. L'épisiotomie a été pratiquée dans 26 % des cas et moins de 50 % des mères, incluant 30 % de celles qui ont présenté un travail difficile ont eu une surveillance foetale par monitorage.

Enfin, 93 % des bébés de plus de 1000 grammes ont eu un test Apgar de 7 après une minute de vie. Le taux a augmenté à 98.3 % après cinq minutes de vie.

2.2.3 Femmes enceintes des régions éloignées ou périphériques

Pendant près de 15 ans, les femmes de la région de l'Hudson au Québec ont dû quitter leur foyer plusieurs semaines pour aller accoucher plus au sud, soit à Moose Factory en Ontario ou à Montréal.

À l'initiative de la communauté de cette région, une maternité a été mise sur pied au Centre hospitalier de l'Hudson de Povungnituk en 1986. À l'arrivée de sages-femmes à cette maternité, la situation s'est sensiblement modifiée. Ainsi, du 10 octobre 1986 au 23 mars 1987, il y a eu 59 naissances sur la côte de la Baie d'Hudson.

De ce nombre:

12 femmes ont été transférées durant la grossesse, à cause d'un accouchement identifié à risques;

1 femme a été transférée pendant le travail;

1 femme a été transférée après la naissance de l'enfant;

3 femmes ont accouché dans des dispensaires;

5 femmes ont accouché à Chisasibi;

37 femmes ont accouché au centre de maternité à Povungnituk.

Un centre de maternité avec sages-femmes à Povungnituk génère des impacts de divers ordres. Au niveau social, il permet de respecter le mode de vie des femmes et des familles. La formation du personnel local facilite le contact avec les femmes inuit, en plus de préparer une certaine relève. Quant au niveau financier, un tel centre de maternité devrait entraîner une économie annuelle de l'ordre de 128 205 $ grâce à la réduction des frais de transport et de séjour (Therrien, 1986).

L'impact plus difficilement mesurable mais sans doute le plus important pour la population concerne celui de permettre aux femmes d'accoucher dans leur milieu, sans avoir à subir de séparation d'avec leur famille. Le transfert des femmes enceintes dans un autre endroit pour leur accouchement entraîne une période de séparation importante d'avec leur famille. En plus

d'être isolées de leur environnement naturel, les femmes se retrouvent la plupart du temps, seules pour l'accouchement. Les hommes quant à eux assistent rarement à la naissance de leurs enfants. De plus, les femmes inuit associent la recrudescence de la violence à ces longues séparations qui provoquent un sérieux déséquilibre familial.

2.3. Favoriser un recours adéquat aux interventions obstétricales

En 1973, le bureau de l'Organisation mondiale de la santé responsable des régions européennes organise un groupe d'étude sur la périnatalité (Wagner, 1985). Ce groupe composé de 15 membres de formations diverses et provenant de 10 pays européens a effectué trois études. Celles-ci portant sur cinq aspects de la périnatalité: les soins prénatals, la surveillance de la grossesse, les interventions obstétricales, le travail de la sage-femme et les banques de données en périnatalité. L'aspect qui nous intéresse ici concerne les interventions obstétricales et est tiré du résumé d'un rapport publié par l'Organisation mondiale de la santé suite à ces études (*Having a baby in Europe: Report on a study*, 1985).

Selon le groupe d'étude, l'analyse des données relatives aux interventions obstétricales pratiquées dans 17 pays européens indique une très grande variation du taux de ces interventions. Par exemple, le taux d'utilisation des forceps et/ou d'application de ventouse varie entre 1 % et 8,6 % et les taux de césariennes varient entre 4 % et 12 %. Pour l'ensemble des interventions, les taux varient entre 6,3 % et 19,6 %. Le tableau 20 présente le taux d'interventions obstétricales dans quelques pays européens.

TABLEAU 20
Taux d'interventions obstétricales (%) dans quelques pays européens, 1979

Régions	Forceps (a)	Ventouse (b)	Césariennes (c)	Opérations vaginales (a + b)	Total de (a + b + c)	Année	Source
Tchécoslovaquie	1,3	1,0	4,0	2,3	6,3	1979	Hospital reports to Ministry of Health
Danemark	0,7	8,6	10,3	9,3	19,6	1979	Total birth survey Ministry of Health
Finlande	0,3	3,4	11,9	3,7	14,6	1979	Collected reports from Nat. Health Centers
Norvège	3,2	3,4	8,0	6,6	14,6	1979	Medical birth registry
Suède	0,3	6,8	11,7	7,1	18,8	1979	Nat. medical birth registry

Adaptation d'un tableau présenté dans Wagner, 1985, p. 11

Les auteurs expliquent ces variations par des différences sur le plan de la pratique médicale de chaque pays. Aussi constatent-ils une diminution des taux d'interventions obstétricales dans les pays où la pratique sage-femme

est bien implantée. Enfin, ils observent que les pays enregistrant les taux de mortalité périnatale les plus bas sont ceux-là mêmes qui ont des taux de césariennes inférieurs à 10 %.

Suite à la publication de ces résultats l'OMS-Europe a suggéré la réalisation d'une recherche visant à identifier les facteurs qui influencent la décision d'intervenir en obstétrique. Comme mentionné en introduction, le Québec a accepté l'invitation de l'OMS et se joindra aux autres pays participants à l'étude, dès l'automne de 1987.

Le Nurse-Midwifery Service de l'Hôpital Général de San Francisco (États-Unis)

Trois infirmières-sages-femmes travaillent à ce service établi depuis 1975 (Mann, 1981). Elles fournissent des soins périnatals à des femmes et quelques adolescentes de diverses origines ethniques, généralement considérées « à bas risque ». Certaines femmes ayant des problèmes d'ordre social (immigrantes récentes, femmes battues ou isolées) reçoivent une attention spéciale des infirmières-sages-femmes.

Le tableau 21 illustre le nombre et le pourcentage d'interventions obstétricales effectuées pour l'ensemble des naissances.

TABLEAU 21
Nombre et pourcentage des accouchements par voie vaginale effectués avec interventions obstétricales, Nurse-Midwifery Service, San Francisco, 1975-1979

Type d'accouchements	Nombre	%
Voie vaginale	806	80,3
Césarienne	91	9,0
Application de forceps	75	7,5
Application de ventouse	9	0,9
Sans précision	24	2,3
Total des accouchements	**1 005**	**100,0**

Mann, 1981, p. 679

Le taux de césariennes enregistré par ce service d'infirmières-sages-femmes se compare avantageusement au taux de césariennes du service d'obstétrique de l'Hôpital Général de San Francisco, lequel était 12,6 % (1 076 naissances) en 1977 et 12,2 % (1 357 naissances) en 1978.

Le Oxford General Practice Unit (GPU) (Angleterre)

Cette unité de services comprend une équipe de sages-femmes et de médecins généralistes qui privilégient une approche globale de la maternité (Klein et al., 1983). Ils offrent des soins périnatals continus aux femmes enceintes à bas risque et couvrent les périodes pré, per et post-natales.

En 1983, Michael Klein et ses collaborateurs ont comparé le travail de l'équipe omnipraticiens sages-femmes (GPU) au travail effectué par une équipe composée de sages-femmes et d'obstétriciens (unité de consultants).

Ces derniers offrent des soins périnatals fragmentés et axés sur une grande utilisation de la technologie obstétricale.

Les chercheurs ont choisi un groupe de femmes enceintes à bas risque, à partir des 5 005 naissances enregistrées en 1978 par la John Radcliffe Hospital dont font partie les deux types d'équipe de soins périnatals. Dans leur étude, les chercheurs ont contrôlé les deux aspects suivants: la similitude des soins et leur sécurité. Toutefois, ils n'ont pas vérifié ou assuré la comparabilité des échantillons concernant la situation socio-économique et géographique.

Les résultats de cette recherche comparative montrent que les interventions obstétricales sont moins fréquentes dans la GPU que dans l'unité de consultants (tableau 22). Soulignons que dans la première équipe, la surveillance foetale se fait généralement par auscultation, après les contractions.

TABLEAU 22
Nombre et pourcentage des interventions obstétricales effectuées par les intervenants de la General Practice Unit et l'Unité de consultants, Angleterre 1978

Interventions	Nullipares		Multipares	
	Unité de consultants N = 448 N (%)	GPU N = 91 N (%)	Unité de consultants N = 740 N (%)	GPU N = 157 N (%)
Induction du travail	101 (22,5)	14 (15,4)	197 (26,6)	15 (9,6)
Anesthésie épidurale	165 (36,8)	26 (28,6)	123 (16,6)	7 (4,5)
Application de forceps	163 (36,4)	25 (27,5)	58 (7,8)	2 (1,3)
Césariennes	23 (5,1)	4 (4,4)	6 (0,8)	0 (0)

Klein et al., 1983, p. 120

Salt Lake City (Utah, États-Unis)

Du 1er janvier au 31 juillet 1979, deux chercheurs ont comparé certains éléments du travail des infirmières-sages-femmes à celui des médecins dans 98 hôpitaux (Cherry et al., 1982). Deux échantillons ont été retenus pour les besoins de l'étude: un de 48 clientes suivies par des infirmières-sages-femmes et un autre de 45 femmes suivies par des médecins. Les clientes possédaient les mêmes caractéristiques, notamment: âge de la mère, date de l'accouchement, type d'accouchement, poids de l'enfant, grossesse à bas risque et lieu de naissance identique. Les femmes susceptibles de présenter des complications obstétricales ont été exclues de l'étude.

À la fin de leur étude, les chercheurs ont remarqué une différence dans l'utilisation des interventions obstétricales, entre les médecins et les infirmières-sages-femmes. Ainsi, 58 % des clientes suivies par les infirmières-sages-femmes n'ont pas reçu d'anesthésie lors de l'accouchement contre 18 % de celles suivies par les médecins. L'anesthésie épidurale a été utilisée dans 8 % des accouchements assistés par les infirmières-sages-femmes et dans 22 % des accouchements assistés par les médecins. Le

monitorage foetal a été utilisé pour 89 % des clientes des médecins contre 64 % pour celles des infirmières-sages-femmes. Enfin, 56 % des femmes suivies par les infirmières-sages-femmes et 29 % des femmes suivies par les médecins ont choisi d'accoucher dans la chambre de naissances.

Le Nurse Midwife Service (NMS) of Hennepin Country Medical Central (Minneapolis, États-Unis)

Entre 1980 et 1981, le Nurse Midwife Service composé d'infirmières-sages-femmes a fourni des soins prénatals à 229 réfugiées indochinoises (Nelson et Hewitt, 1983). Les Indochinoises présentaient un haut niveau de risque, suite à leurs mauvaises conditions de vie. Ces femmes étaient affectées par de nombreux problèmes d'ordre médical (infection, tuberculose, anémie, parasites intestinaux, malnutrition) en plus de devoir affronter les barrières culturelles et linguistiques.

Malgré les problèmes médicaux des femmes et les barrières culturelles, le NMS a enregistré les résultats suivants, sur 229 accouchements:

97 % accouchements par voie vaginale

1,7 % accouchements par césarienne

1,3 % application de forceps

10 % d'épisiotomies ou lacérations vaginales.

2.4 Conclusion

Les études décrites brièvement ici révèlent l'apport significatif de la sage-femme en périnatalité. Plus précisément, nous retenons que là où la sage-femme travaille, seule ou avec une équipe d'intervenants, on enregistre des taux de mortalité et de morbidité périnatales plus bas qu'ailleurs et pour des clientèles souvent défavorisées. Des taux d'interventions obstétricales moins élevés sont rapportés lorsque les sages-femmes ont la responsabilité des accouchements.

Diverses hypothèses peuvent être proposées pour expliquer de tels résultats. Selon nous, l'interaction de plusieurs éléments entraînerait non seulement une diminution des taux de mortalité et de morbidité périnatales et des taux d'interventions obstétricales mais aurait aussi un effet favorable sur la santé physique et mentale des mères et de leur famille. Parmi ces éléments mentionnons:

- une formation et une approche adéquates;
- une approche centrée sur la normalité de la grossesse;
- la qualité des soins et des services fournis par la sage-femme;
- des soins et des services adaptés aux clientèles socio-économiquement défavorisées, rurales ou urbaines;
- la décentralisation de ces soins et de ces services offerts par la sage-femme;

- la disponibilité de la sage-femmes;
- le travail d'équipe lorsque les clientes ou les couples font face à des problèmes complexes d'ordre médical ou autres;
- la continuité des soins et des services;
- l'importance accordée à la prévention de certains problèmes et à l'approche communautaire;
- la prise en compte des facteurs psychosociaux pouvant influencer l'issue de grossesse;
- une clientèle à risques sociaux mais le plus souvent sans risque médical important.

Par ailleurs, la pratique sage-femme a d'autres impacts moins documentés que nous recommandons pour la recherche. C'est le cas notamment pour ce qui concerne l'humanisation des soins, l'implication des pères durant les différentes étapes, le support donné aux futurs et nouveaux parents. Ces éléments de nature qualitative influencent tous, à des degrés divers, l'issue de la grossesse et l'adaptation des parents.

D'autres recherches pourraient être réalisées sur les liens possibles entre les lieux de l'accouchement et son issue. L'étude que mènera le Québec conjointement avec l'OMS/Europe, six pays européens et la Californie devrait quant à elle renseigner sur les principaux facteurs qui influencent la décision d'intervenir en obstétrique.

CHAPITRE III

SITUATION DES SAGES-FEMMES AUX ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE

L'expérience des autres pays nous a démontré que le travail des sages-femmes pouvait contribuer à la diminution de certains problèmes en périnatalité.

Compte-tenu des objectifs à atteindre pour le Québec et des résultats obtenus par les sages-femmes aux États-Unis et en Europe en regard de ces objectifs, le comité a cherché à en connaître davantage sur ces professionnelles.

3.1 Définition internationale de la sage-femme

La définition adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes, reprise par la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (FIGO) et endossée par le comité interministériel sur les sages-femmes, illustre les caractéristiques de l'approche sage-femme:

Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme.

Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa propre responsabilité et de prodiguer les soins au nouveau-né et au nourrisson.

Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin.

Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant.

Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit (Myles, 1975).

3.2 Caractéristiques de l'approche sage-femme

Quatre éléments majeurs caractérisent la pratique sage-femme:

- la grossesse d'évolution normale;
- l'approche globale;

– le travail d'équipe;

– la continuité des soins.

3.2.1 La grossesse d'évolution normale

La sage-femme considère à priori la grossesse et la naissance comme des événements normaux plutôt qu'à risques divers.

La définition de la normalité varie selon les pays. Par exemple, en Hollande, la sage-femme peut assister la naissance d'un bébé qui se présente par le siège. En Angleterre, la sage-femme ne peut le faire que sous la supervision d'un obstétricien.

Dans chaque pays, ces normes sont fixées par des protocoles de pratique établis en collégialité par les sages-femmes et les médecins (Fairweather 1979; Howard 1986). Leur application est sous le contrôle du Collège des sages-femmes. On peut ainsi «fixer les règles, superviser et restreindre à l'intérieur de limites acceptables, la pratique des sages-femmes» (Walker, 1976, p. 131).

Dans le cadre de ces directives ou protocoles, discerner ce qui est normal de ce qui est à risque nécessite toujours un excellent jugement clinique et une connaissance suffisante de la femme enceinte et de son environnement.

3.2.2 L'approche globale

Chaque femme enceinte évolue dans des conditions socio-économiques, une communauté, un milieu culturel et une société qui lui sont particuliers. Elle a aussi une histoire personnelle et familiale, des croyances et des habitudes culturelles propres. Tous ces éléments influencent notamment sa perception, sa vie quotidienne, ses besoins, ses attentes et ses comportements. L'histoire de la grossesse effectuée par la sage-femme doit tenir compte de tous ces facteurs. Ceci permet d'identifier précisément certains risques et d'en diminuer d'autres par des actions préventives. De plus, la sage-femme implique sa cliente dans les soins qui lui sont donnés et la soutient dans les décisions qui peuvent s'avérer nécessaires au cours de la grossesse ou l'accouchement (Boilard, Séguin, Gagnon, 1982).

En fait, la sage-femme qui travaille avec des femmes et des familles intégrées dans une communauté applique le concept de santé communautaire. L'approche globale sous-tend une démarche en santé communautaire et un travail d'équipe avec les divers intervenants de la communauté.

3.2.3 La continuité des soins

Dans une publication de 1985, l'Organisation mondiale de la santé déclare que la continuité des soins est un élément vital de l'aspect préventif des soins obstétricaux dispensés par les sages-femmes.

Ceci sous-entend qu'il n'y a pas de rupture entre le pré, le per et le post-natal et que la ou les mêmes personnes sont présentes tout au long du processus de la maternité.

Là où les sages-femmes travaillent, la continuité des soins n'est pas assurée partout de la même manière. Dans certains cas, la sage-femme fait équipe avec deux ou trois collègues. Ce type d'organisation du travail, que l'on retrouve au Menlo Park Birth Center de Los Angeles en Californie (Boilard, Séguin, Gagnon, 1982) de même qu'en Hollande, favorise une plus grande continuité des soins et un partage des tâches. Par contre, le travail en centres hospitaliers, à cause de la structure de l'organisation, rend la continuité plus difficile à réaliser.

La sage-femme qui a sa propre clientèle et qui n'est pas rattachée à un établissement est peut-être celle qui offre l'image du suivi le plus continu. Elle exerce à domicile ou en milieu hospitalier avec privilège de pratique. Cette forme de pratique se retrouve dans tous les pays.

3.2.4 Le travail d'équipe

En 1976, le comité conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Fédération internationale des sages-femmes (FISF) a tenté de démontrer l'importance du travail d'équipe pour obtenir une qualité optimale de soins obstétricaux en restructurant ses objectifs de la façon suivante:

> *La coopération de la Fédération internationale des sages-femmes et de la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens démontre bien le fait que les médecins et les sages-femmes constituent le noyau d'une équipe diverse impliquée à donner des soins globaux à la mère, l'enfant et la famille; les médecins, en premier lieu sont responsables des femmes et des enfants qui ont besoin d'une intervention médicale; les sages-femmes sont principalement responsables de protéger l'intégrité physique et émotive en vue de préserver la santé» (FIGO/FISF, Comité conjoint, 1976).*

Une étude récente en périnatalité réalisée par l'OMS (1985) a démontré que presque tous les pays ont des recommandations officielles qui spécifient la nécessité du partage des responsabilités entre les médecins, les sages-femmes et les infirmières pour les soins obstétricaux. De plus, il est mentionné dans les divers documents statutaires retrouvés à l'échelle internationale que, puisque l'éducation et la formation de la sage-femme la préparent à faire partie de l'équipe périnatale elle a, comme membre de cette équipe, un rôle et un champ de pratique bien précis. La reconnaissance de l'apport de chaque professionnel et le respect mutuel sont essentiels (Ashton, 1979; Fairweather, 1979; Central Midwives Board, 1983).

3.3 Organisation professionnelle

3.3.1 Cadre juridique

3.3.1.1 Aux États-Unis

Nous retrouvons dans la législation d'une majorité d'États américains des dispositions ayant trait aux sages-femmes. Dans son rapport de novembre 1983, le Comité interministériel sur les sages-femmes a présenté une revue complète de la législation existante aux États-Unis (p.119 à 133).

Nous ne croyons pas nécessaire, pour les fins de ce rapport, de reprendre cette description avec autant de détails. Qu'il nous suffise de dire que la volonté du législateur américain se retrouve dans trois types de dispositions légales. Il peut s'agir d'une loi spécifique aux sages-femmes, d'une loi sur les infirmières ou d'une loi médicale. Il ressort de l'examen de ces lois que les sages-femmes peuvent pratiquer, tantôt en se basant sur une reconnaissance juridique spécifique, tantôt sur une absence d'interdiction formelle. Les quatre grandes catégories de professionnelles reconnues légalement comme étant autorisées à assumer la responsabilité de grossesses et d'accouchements normaux sont : la sage-femme, l'infirmière-sage-femme, l'infirmière et le médecin.

Au cours des dernières années, les dispositions relatives aux *sages-femmes* ont été modifiées pour permettre une percée de plus en plus importante des *infirmières-sages-femmes*. À ce jour, le titre d'infirmière-sage-femme est spécifiquement mentionné soit dans une loi, soit dans un règlement et ce dans la majorité des États américains.

Il existe une très grande diversité dans la façon dont on reconnaît, aux États-Unis, qu'une personne autre qu'un médecin peut assumer le suivi de grossesses et d'accouchements normaux. On trouve cependant plus d'homogénéité quant aux modalités de contrôle. En effet, les moyens d'opérer ce contrôle, comme les organismes qui en sont responsables sont, à quelques nuances près, identiques d'un état à l'autre.

Le contrôle de la pratique s'exerce généralement par l'émission d'un permis et la promulgation d'un règlement. Le permis est émis en vertu des dispositions d'une loi relative aux professions qui donne accès à un titre professionnel et à un droit d'exercice. Quant au règlement, il fixe les conditions de cet exercice.

Qu'il s'agisse de l'émission de permis ou de la promulgation de règlement, le contrôle de la profession est exercé par un même type d'organisme, sur l'ensemble du territoire américain. Il s'agit des « Professionnal State Boards », organismes « composés en proportion diverse de membres issus de la profession et du public, nommés par le Gouverneur, dont le rôle est d'abord de protéger le public contre l'incompétence et l'inconduite » (Office des professions du Québec, 1979). Il existe quatre types différents de « Boards », soit

des «Boards of Health», des «Boards of Nursing», des « Boards of Medicine» et des «Joint Boards of Nursing and Medicine».

En somme, la profession de sage-femme est juridiquement bien implantée dans la majorité des États américains. Et, bien que, comme nous l'avons souligné plus haut, un essor important des infirmières-sages-femmes soit apparu aux États-Unis, des mouvements se sont dessinés ces dernières années autour de l'affirmation de la profession de sage-femme, de façon indépendante de tout autre groupe professionnel.

3.3.1.2 En Europe

En Europe, les sages-femmes ont un passé important et l'intention du législateur relativement à cette profession est très explicite. En fait, la profession de sage-femme dispose généralement d'une loi qui lui est propre. Les législations européennes sont également claires quant à la définition de la profession et aux responsabilités qui lui sont attribuées. Si la définition de sage-femme s'apparente d'un pays à l'autre, il en va autrement des activités qu'on autorise à ces professionnelles. Les exigences que fixent les législations pour permettre à une personne d'assumer les responsabilités qui lui sont dévolues sont également très variées.

En fait, selon la législation européenne, nous retrouvons deux types de «sage-femme», avec ou sans formation d'infirmière. Sur ce point, la situation est comparable à celle que l'on retrouve dans les lois américaines. Et tout comme aux États-Unis, nulle ne peut pratiquer la profession de sage-femme en Europe sans l'obtention préalable d'un permis.

La profession de sage-femme en Europe possède de bonnes assises juridiques; elle est également bien structurée en ce qui concerne sa pratique. Néanmoins, la profession a dû faire face à plusieurs changements importants au cours des dernières décennies. De la pratique autonome et indépendante à l'intérieur de la communauté, les sages-femmes ont dû s'intégrer graduellement dans l'équipe des soins médicaux en milieux hospitaliers. Les changements associés à une utilisation grandissante de la technologie ont entraîné parfois une diminution importante de leur autonomie professionnelle.

3.3.2 Assurance-responsabilité professionnelle

La situation de crise qui marque actuellement l'assurance-responsabilité mérite d'être décrite, du moins brièvement, la hausse des coûts ayant de sérieux impacts sur le type de pratique, les services offerts actuellement et sur une éventuelle pratique sage-femme au Québec.

Particulièrement aux États-Unis, on assiste dans tous les domaines d'activités à une multiplication des poursuites, jointe à une hausse des sommes accordées lors des jugements, provoquant ainsi une augmentation substantielle des primes. Les secteurs de l'obstétrique et de la gynécologie sont parmi les plus touchés.

3.3.2.1 La crise actuelle

Les poursuites contre les obstétriciens-gynécologues ont triplé depuis dix ans aux États-Unis (Young, 1985). Près des deux tiers d'entre eux ont été poursuivis au moins une fois; un sur cinq l'a été trois fois et plus.

Parmi les principaux facteurs en cause mentionnons:

- Une conception triomphaliste de la médecine, suite à certaines découvertes scientifiques, qui a favorisé l'émergence de la perception suivante: chaque naissance doit donner un «produit parfait» (Ernst, 1986).

- L'ensemble de la formation médicale et des soins infirmiers axés presque exclusivement sur les complications reliées à la grossesse et à l'accouchement. (Young, 1985; Forum on Malpractrice Issues in Childbirth, 1985; Dingwall, 1986; Gilmore, 1986).

- La dépersonnalisation de la relation médecin/patient-e qui augmente l'incitation à la poursuite (Turgeon, 1986; Winter, 1986; Roy, 1986).

- L'augmentation du nombre d'avocats et leur mode d'honoraires, conditionnels ou proportionnels aux montants des indemnités (Ernst, 1986; Turgeon, 1986).

- Le mode de rémunération à l'acte favorisant la quantité de soins et poussant certains(es) professionnels(les) à ne pas respecter suffisamment les normes de qualité (Rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, 1980).

3.3.2.2 Conséquences sur la pratique obstétricale

Cette hausse des poursuites et des primes a de nombreuses conséquences, soit:

- Elle favorise une médecine défensive, c'est-à-dire une utilisation de mesures diagnostiques ou thérapeutiques destinées à protéger le médecin de la responsabilité d'une faute (d'autant plus que la jurisprudence a étendu la responsabilité aux omissions).

- Elle incite plusieurs praticiens(nes) à se retirer (12,3 % des membres de l'American College of Obstetrics and Gynecology ont cessé d'assister des accouchements, en date de novembre 1985) (Turgeon, 1986; Winter, 1986). Les régions éloignées risquent d'être plus affectées par ces retraits; le volume de pratique est souvent insuffisant pour compenser la hausse de primes exigées pour pratiquer un accouchement ou effectuer une anesthésie (Turgeon, 1986; Norsigian, 1985).

- Elle contribue à l'augmentation des coûts de la santé; selon des estimations de l'*American Medical News*, pour chaque dollar investi dans le secteur de la santé, dix sous sont consacrés aux primes d'assurance.

- Elle restreint les possibilités de choix du mode d'accouchement, qui seront de plus en plus axés sur la dépendance technologique pour éviter les poursuites (Forum on Malpractice Issues in Childbirth, 1985).

- L'inégalité des niveaux de rémunération des intervenants(es) (gynécologues-obstétriciens-omnipraticiens-sages-femmmes) et le maintien identique du niveau de primes d'assurance-responsabilité conduisant à l'élimination des professionnels(les) les moins payés(es) diminuent encore une fois les services disponibles.

Dingwall (1985) note depuis quelques années une augmentation significative des primes pour les soins obstétricaux également en Europe. Même si la situation est beaucoup moins préoccupante qu'aux États-Unis, le retrait de professionnels(les) les moins bien rémunérés(es), incapables de payer leurs primes, modifie l'accès là aussi à différents services, principalement en régions rurales.

3.3.2.3 La situation des sages-femmes américaines

De nombreuses sages-femmes aux États-Unis, particulièrement celles qui ne sont pas employées par un hôpital ou un médecin, n'ont pu obtenir une couverture professionnelle et ont dû cesser leur pratique. Certaines maisons de naissance (« Birth Center ») ont dû fermer récemment, faute d'assurance-responsabilité des sages-femmes.

De 1974 à 1983, l'American College of Nurse Midwiwes (ACNM) qui regroupe 1 400 membres trouvait, sans problème, une compagnie qui accepte d'assurer les sages-femmes. Depuis quatre ans, les primes sont passées de 225 $ à 1 000 $ pour une même couverture (Yates, 1985). Au Texas, par exemple, le tarif est de 2 500 $, au New Jersey, il est de 1 600 $. Au Nevada et au Nouveau-Mexique, on applique le même taux que celui des médecins généralistes qui font de l'obstétrique (Dingwall, 1985; Gilmore, 1986). Cette hausse est attribuable, non pas à l'augmentation des poursuites vis-à-vis les sages-femmes (moins de 6 % de toutes les sages-femmes ont déjà été poursuivies), mais à la base d'évaluation des risques faite à partir de l'ensemble de la pratique obstétricale (Norsigian, 1985).

Compte-tenu de leur mode de rémunération, les sages-femmes n'ont pas été en mesure d'assumer des hausses substantielles en 1985. Même si certaines ont réussi à s'assurer via leurs associations d'infirmières, plusieurs autres ont dû se retirer de la pratique.

Ces difficultés posaient le problème de la survie de la pratique sage-femme aux États-Unis. En juillet 1986, l'ACMN annonçait qu'un consortium de compagnies d'assurances acceptait finalement d'offrir une couverture professionnelle aux sages-femmes américaines. Dix compagnies partageront les profits et les risques. Les primes s'établiront approximativement à 2 500 $ par année pour une couverture de base de 250 000 $ (Legislation update, NAACOG Newsletter, 1986).

3.3.2.4 Pistes de solution

À l'issue d'un colloque tenu en 1985, (Forum on Malpractice in Childbirth, Maryland), diverses solutions ont été proposées pour contrer la crise dans l'assurance-responsabilité professionnelle.

Parmi ces solutions mentionnons:

- viser une meilleure relation non autoritaire et personnalisée entre les parents et les intervenants(es), axée sur l'information et la prise en charge;
- diminuer le nombre d'intervenants(es) et assurer la continuité des soins (du prénatal au postnatal);
- participer à une éducation plus grande de la population sur les options, les risques et les bénéfices des différentes interventions et modes d'accouchement afin de permettre un choix éclairé;
- développer une formation des intervenants(es) axée sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement.

3.4 Travail de la sage-femme: États-Unis et Europe

3.4.1 Champ de pratique

Le champ de pratique réfère à toutes les activités et procédures qu'une personne est autorisée à remplir dans le cadre de ses fonctions. Pour la sage-femme, ce champ de pratique définit les actes qu'elle effectue pendant tout le cycle de la maternité. Dans quelques pays, des activités telles les soins gynécologiques de base, les soins aux nouveau-nés et certains aspects de la planification des naissances peuvent s'y ajouter. *L'annexe I* présente l'ensemble des tâches de la sage-femme.

3.4.2 Lieux de pratique

La formation qu'a reçue la sage-femme lui permet de travailler en divers lieux. Le document produit conjointement par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (1972) le spécifie clairement. On définit ainsi les objectifs de pratique pour chacun des lieux.

3.4.2.1 Pratique à l'hôpital (à bas risques) et clinique de santé communautaire

Procurer à la femme enceinte et à l'enfant à naître dont l'état présente peu de risques, des soins sécuritaires et satisfaisants tout au cours du processus de la maternité. Les soins sont donnés en collaboration avec le médecin de famille, l'obstétricien et les autres membres de l'équipe et cela dans un hôpital accrédité par le gouvernement pour offrir ce type de services.

3.4.2.2. En cabinet privé, à domicile ou dans un hôpital accrédité par le gouvernement

En équipe avec des médecins, procurer à la femme enceinte et à l'enfant à naître dont l'état présente peu de risques, des soins sécuritaires et satisfaisants tout au cours du processus de la maternité. Les soins sont donnés en collaboration avec un groupe de médecins.

3.4.2.3 En centre hospitalier « niveau III »

Procurer à la femme dont on considère la grossesse à risques, des soins continus, sécuritaires et satisfaisants tout au long du processus de la grossesse. Les soins sont donnés en collaboration avec le médecin traitant et incluent la famille.

Les soins couvrent le pré, per et postnatal et peuvent être sous la supervision directe du médecin.

3.4.2.4 En clinique privée ou au domicile

Procurer à la femme enceinte et à l'enfant à naître, pour laquelle on a rigoureusement établi le peu de risque que présente la grossesse, les soins nécessaires au cours du processus de la maternité. Les soins se donnent en clinique privée et au domicile de la mère avec entente formelle avec un médecin pour consultation, référence et transfert à l'hôpital au besoin (Joint Study Group, 1972, traduction du comité).

Aux États-Unis comme en Europe, la sage-femme pratique dans les lieux mentionnés plus haut. Du côté américain elle travaille aussi dans les maisons de naissances autonomes ou affiliées à un hôpital et dans des centres hospitaliers du type Health Maintenance Organizations (HMO).

3.4.3 Relations inter-professionnelles

En 1972, le comité conjoint de la Fédération internationale des sages-femmes et de la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens énonce les recommandations suivantes au sujet des responsabilités relatives à chaque profession:

- que la sage-femme soit l'intervenante de première ligne pour les situations normales;
- que des directives précises soient émises pour réglementer les consultations et références entre les membres de l'équipe périnatale;
- que chaque sage-femme ait accès à un médecin pour consultation ou référence au besoin;
- que sur le conseil des sages-femmes, responsable de réglementer la profession des sages-femmes, soient représentés les médecins, les infirmières et les consommateurs, en plus des sages-femmes;
- que les médecins et les sages-femmes aient un rôle de surveillance des étudiants en obstétrique;

– que soient établies des négociations permanentes entre les divers professionnels impliqués, pour en venir à une entente sur le champ de pratique de membres de l'équipe périnatale.

Des médecins reconnaissent le travail de la sage-femme. Pour eux, la sage-femme ne les remplace pas. Elle assume plutôt des responsabilités différentes et complémentaires. Ainsi, un omnipraticien anglais déclarant après vingt ans de travail en obstétrique:

> *Je regarde mon rôle comme superflu et tout le prénatal, le per-natal (incluant poser des solutés et faire des épisiotomies) et les soins post-nataux pourraient également être bien effectués par la sage-femme seule (Forgaty, 1981, cité dans Tower et Brawall, 1986, p.292-293).*

Selon ce praticien général, 70 % de tous les accouchements dans sa région pourraient être sous la responsabilité de sages-femmes « communautaires », laissant ainsi à l'obstétricien consultant et à son équipe amplement de temps pour s'occuper des grossesses compliquées (Ibid., p.292-293).

Dunn (1976), cité dans Tower et Bramall, partage aussi cette opinion:

> *Si nous pouvions regagner notre confiance dans la normalité de la majorité des femmes et les laisser aux soins des sages-femmes et de leur mari, ainsi il y aurait amplement de temps pour placer les 20 % d'autres femmes sous le microscope obstétrical (Dunn, 1976 cité dans Tower et Bramall, 1986, p.298).*

3.4.3.1 Difficultés rencontrées

Malgré les recommandations de l'OMS, la FIGO et la FIS, certaines difficultés limitent la pratique des sages-femmes, particulièrement aux États-Unis. En effet cette pratique n'est pas, comme en Europe, profondément inscrite dans la tradition. Il en résulte des difficultés identifiées par les sages-femmes lors d'une enquête nationale, réalisée en 1985 (*Nurse-Midwifery in America*, 1986).

Elles se résument ainsi:

– le manque de compréhension de ce qu'est la pratique sage-femme dans le grand public;

– l'incompréhension et les attitudes négatives envers la pratique sage-femme parmi certains professionnels de la santé:
  • crainte d'une perte de revenus des médecins
  • peu de participation des médecins au concept de l'équipe;

– les facteurs financiers: coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, services à des familles à faible revenu qui ne peuvent payer les services de la sage-femme;

– les conditions de travail;

– les difficultés d'accès à la formation.

Ces difficultés se situent tant au niveau des attitudes que de l'organisation même du travail. Les facteurs facilitants sont d'ailleurs du même ordre:

- le partage de la même philosophie et un intérêt à la collaboration entre sage-femme et médecin;
- l'accessibilité à divers lieux de pratique et la possibilité de passer facilement de l'un à l'autre;
- des lois et réglementations favorisant la pratique en équipe.

L'accessibilité à divers lieux de pratique implique le droit à des privilèges hospitaliers. Ceci signifie avoir droit d'admettre des femmes à l'hôpital, d'y exercer ses activités et d'autoriser la sortie des clientes.

Les privilèges hospitaliers permettent aussi d'admettre une femme suivie à domicile ou en maison de naissance autonome qui présente des complications au moment du travail ou de l'accouchement. Le médecin sur place accepte alors de donner des soins à la femme en travail, avec la collaboration de la sage-femme.

Habituellement, les privilèges de pratique en centre hospitalier sont octroyés d'après les critères suivants : la possession d'un diplôme, une formation et/ou une expérience adéquate, la compétence, l'obtention d'une assurance responsabilité professionnelle, la proximité géographique (*Nurse-Midwifery in America*, p.61).

Aux États-Unis, les privilèges sont souvent difficiles à obtenir. Le refus est basé sur des critères d'un tout autre ordre que ceux énoncés précédemment. Certaines justifications de ces refus remettent en question l'autonomie professionnelle de la sage-femme, ou vont à l'encontre de la définition internationale. L'American College of Nurses-Midwives a relevé certaines de ces exigences non pertinentes:

- que la sage-femme soit employée par un médecin;
- qu'un médecin soit toujours présent lors de l'accouchement et/ou qu'il contresigne toutes les entrées dans le dossier médical de la cliente, même en cas de travail et d'accouchement normaux;
- que la sage-femme ait une formation de niveau maîtrise;
- que la sage-femme s'engage à ne pas assister d'accouchement à l'extérieur du centre hospitalier (Ibid., p.61-62).

Avant 1970, les sages-femmes étaient majoritairement à l'emploi des hôpitaux. Elles n'avaient donc pas à se préoccuper de ces privilèges de pratique. Mais depuis, on retrouve de plus en plus de sages-femmes en bureaux privés, d'où l'émergence de ces difficultés.

3.5 Formation spécifique

La formation donnée à la sage-femme correspond aux caractéristiques de son approche et à son champ de pratique et à son niveau de responsabilités.

3.5.1 Aux États-Unis

Actuellement, il existe 34 écoles de formation sage-femme; ces écoles sont reconnues par le gouvernement de l'État où elles sont situées. Plusieurs d'entre elles offrent le programme de maîtrise sage-femme, en santé maternelle et infantile et en santé publique. L'école d'infirmière de l'Université Rush à Chicago donne accès au doctorat sage-femme et se spécialise en recherche dans ce domaine. Un certain nombre d'écoles privées se retrouve dans chaque État.

De grandes universités telles: Yale, Columbia, Georgetown, Pennsylvanie, Illinois de même que plusieurs universités d'État offrent la formation d'infirmière-sage-femme.

La plupart des programmes de formation accrédités demandent une licence d'infirmière comme pré-requis. Quant aux autres, ils exigent une formation de base en sciences de la santé. L'entrée directe aux programmes de formation de sage-femme n'est pas reconnue dans les États suivants: Colorado, Californie, Texas. L'entrée directe est reconnue à Washington, au New-Mexico, au Vermont et au New-Hampshire.

3.5.2 En Europe

Chaque pays européen structure la formation des sages-femmes afin de répondre à ses besoins particuliers. Cependant, en vertu des pouvoirs que lui confèrent ses pays membres, la Communauté Économique Européenne (CEE) a jugé bon d'établir des standards de base en matière de formation (Journal officiel des communautés européennes, 1980). La CEE a donc pris position en regard des acquisitions globales, de la formation clinique, des pré-requis et de la durée du cours de sage-femme.

Dans l'article 1 de la directive 80/154/EEC on précise que, pendant sa formation, la sage-femme doit acquérir:

- *une connaissance adéquate des sciences qui sont à la base des activités de sage-femme, notamment de l'obstétrique et la gynécologie;*
- *une connaissance adéquate de la déontologie et de la législation professionnelle;*
- *une connaissance approfondie de la fonction biologique, de l'anatomie et de la physiologie dans le domaine de l'obstétrique et du nouveau-né, ainsi qu'une connaissance des relations existant entre l'état de santé et l'environnement physique et social de l'être humain et de son comportement;*
- *une expérience clinique adéquate, sous le contrôle d'un personnel qualifié en obstétrique et dans des établissements agréés;*
- *la compréhension nécessaire de la formation du personnel de santé et de l'expérience de la collaboration avec ce personnel (Journal officiel des communautés européennes, 1980).*

Le détail des programmes se retrouve à l'annexe II.

3.6 Conclusion

En Europe, l'entrée directe aux programmes de formation sage-femme est acceptée dans presque tous les pays où la pratique sage-femme est reconnue. En Hollande, toutes les sages-femmes ont directement accès aux programmes de formation. Des programmes de formation où l'entrée directe est permise existent notamment au Danemark, en France, en Angleterre, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Écosse et au Pays de Galles.

La profession de sage-femme est bien implantée depuis toujours en Europe. Les sages-femmes y font partie de l'équipe périnatale et ont la responsabilité de la majorité des grossesses et des accouchements normaux. Au cours des trente dernières années, la majorité des États américains a accordé une reconnaissance légale à ces professionnelles, particulièrement aux infirmières sages-femmes.

Leur champ de pratique peut varier d'un pays ou d'un État à l'autre. Il est établi en collégialité, par les sages-femmes et les médecins. La durée de formation varie entre 1 an et 4 ans, dépendamment du pays et de la formation antérieure de la candidate. Le diplôme d'infirmière est exigé dans la plupart des pays ou États, bien que ce pré-requis fasse actuellement l'objet de remise en question.

Les sages-femmes travaillent soit en milieu hospitalier, en maisons de naissances, en cliniques privées, dans une équipe multidisciplinaire, avec des médecins ou avec d'autres sages-femmes, ou encore à domicile.

Les principaux problèmes rencontrés par les sages-femmes dans leur travail sont reliés surtout à une incompréhension de leur rôle et de leur pratique tant chez la population que chez les professionnel-les.

Ceci entraîne des difficultés dans la recherche de collaborations, particulièrement avec les médecins. Les sages-femmes américaines obtiennent difficilement les privilèges hospitaliers, pourtant essentiels à celles qui travaillent en dehors de ce milieu.

La montée de l'utilisation de la technologie et la hausse des primes d'assurance-responsabilité professionnelle ont contribué à éloigner un certain nombre de sages-femmes de la pratique des accouchements.

En somme, la profession de sage-femme est légalisée dans la plupart des pays industrialisés du monde. Cette reconnaissance légale ne garantit pas pour autant l'autonomie professionnelle dont les sages-femmes ont besoin. Ainsi, à certains endroits, elles sont devenues l'assistante du médecin ou des infirmières avec une formation avancée en obstétrique. C'est dans ces pays ou états que nous retrouvons une pratique de sages-femmes autodidactes ou « libérales » (en dehors du système officiel) bien implantée.

PARTIE III

L'INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE AU QUÉBEC

PRÉSENTATION

La pratique des sages-femmes a toujours existé au Québec. Depuis plusieurs années, elle a pratiquement cessé. Toutefois, depuis dix ans environ, des groupes ont émergé réclamant la reconnaissance officielle de cette profession.

Le chapitre 4 nous renseigne justement sur l'histoire des sages-femmes au Québec mais aussi sur les actions contemporaines qui ont présidé à l'actualisation du dossier sage-femme. Le retour à l'histoire et aux événements contemporains est essentiel. Il vise à tirer profit des enseignements du passé et des actions récentes dans les prises de décision qui touchent l'avenir des sages-femmes au Québec. Le chapitre 4 nous offre aussi des informations sur la situation actuelle des sages-femmes au Québec et au Canada.

Dans le chapitre 5, nous projetons quelques impacts du travail des sages-femmes au Québec en tenant compte des résultats de leur pratique dans les autres pays et des objectifs à poursuivre en périnatalité.

En dernier lieu, toujours à la lumière de l'expérience des autres pays à laquelle s'ajoute la situation actuelle au Québec et au Canada, nous précisons les orientations et élaborons des recommandations qui visent à l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec.

CHAPITRE IV

SITUATION DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC ET AU CANADA

Cette quatrième partie relate quelques faits de l'histoire des sages-femmes au Québec. Une synthèse des principaux événements qui ont marqué la périnatalité au Québec dans les dernières années viennent à la suite.

4.1 Histoire des sages-femmes au Québec: données sommaires

4.1.1 La colonisation française: 1650 à 1846

L'histoire des sages-femmes du Québec commence dès le début de la colonisation française au Canada. De 1650 à 1691 particulièrement, les premières sages-femmes de la Nouvelle-France sont des femmes de colons, de bourgeois et même d'aristocrates que les autres femmes appellent à leur aide lors des accouchements. On les choisit la plupart du temps, en fonction de leur qualité d'esprit et de coeur, parce qu'elles ont un rôle autant psychologique, social que médical à jouer. Elles doivent aussi être ponctuelles, démontrer une dextérité manuelle certaine, bien connaître les femmes qui les entourent et avoir elles-mêmes vécu l'expérience de plusieurs maternités. Utilisant les techniques et la pharmacopée du temps, elles ont acquis leur savoir par la seule filière alors disponible: la tradition orale ou le savoir du peuple.

C'est à partir de la première application en Nouvelle-France de l'Ordonnance criminelle de 1691 que l'État intervient dans le domaine de la santé au Canada. Cette ordonnance départage le champ de pratique de la médecine en trois branches distinctes et autonomes, celle des médecins, celle des chirurgiens et celle des sages-femmes. C'est sous la pression du clergé, des autorités légales, administratives et médicales que la profession de sage-femme s'organise, se structure et se hiérarchise.

Vers les années 1720-1740, le ministère des Colonies accepte de doter la Nouvelle-France d'un réseau structuré de sages-femmes. Une sage-femme salariée par le roi coordonne ce réseau. C'est toute cette organisation qui assurera l'efficacité de la profession, laquelle sera reconnue autant par les autorités coloniales (correspondance des intendants) que par la population.

Sous le régime anglais (1760), les sages-femmes continuent leurs fonctions. Elles offrent leurs services aux femmes qui accouchent et sont considérées comme les gardiennes d'un événement familial: la naissance. À l'élaboration de

la première loi médicale en 1788, elles obtiennent une reconfirmation de leur statut légal. Jusqu'en 1847, celles qui travaillent dans les villes reçoivent leur certificat des mêmes bureaux que les médecins. Dans les campagnes, les curés poursuivent les modalités du premier Rituel de Québec (manuel expliquant l'administration cléricale aux curés dont l'élection et l'instruction des sages-femmes) lequel les obligeait à approuver et à contrôler cette fonction (1713). Les sages-femmes peuvent aussi suivre des cours auprès des médecins jusqu'en 1850, puis à l'intérieur des maternités jusqu'en 1919.

4.1.2 De 1847 à 1960: les différents mécanismes impliqués dans la disparition des sages-femmes au Québec.

L'implantation, au 19ième siècle, de nouvelles institutions tant législatives que scolaires, prémisses à notre système médical actuel, préludera à la disparition des sages-femmes. Le nouveau scénario médical qui se prépare au tournant du siècle exclut la profession de sage-femme. Cet évènement entraîne la disparition d'une profession millénaire qui existe encore aujourd'hui à travers le monde.

Par ailleurs, la création du Collège des médecins en 1847 permet à cette profession de contrôler les sages-femmes. Bien qu'elles s'élèvent contre ces restrictions, les sages-femmes voient alors leur champ de pratique et leur formation limités. Faisant valoir leurs droits auprès des tribunaux, elles réclament une organisation professionnelle autonome. Cependant, le fait d'être régie par le Collège des médecins rendra leur regroupement en Corporation impossible. Il limitera aussi leurs demandes visant à l'amélioration de leur formation.

À quelques reprises au 20e siècle, la population supporte les sages-femmes dans leurs demandes, soit en réclamant leurs services, soit en appuyant celles dont on essaie de faire cesser la pratique.

Les infirmières quant à elles s'intéressent peu à la profession sage-femme, du moins tant que celle-ci ne se présente pas comme une concurrente. Elles interviendront en 1917 pour empêcher la venue de sages-femmes britanniques.

Exceptionnellement, de 1962 à 1972, une centaine de sages-femmes reçoivent leur formation à l'Hôpital du Saint-Sacrement, dans le cadre des programmes d'extension de l'Université Laval. Cette formation particulière est destinée à des religieuses missionnaires et à des infirmières orientées vers l'aide internationale. Plusieurs de ces sages-femmes sont aujourd'hui de retour au Québec.

Malgré cela, les sages-femmes tombent presque dans l'oubli durant les années soixante. Le terme de sage-femme disparaît même du vocabulaire du citadin de cette époque.

Les sages-femmes ont toujours existé au Québec. Comme sages-femmes approuvées de la Nouvelle-France, étudiantes diplômées du régime anglais, autodidactes des campagnes, infirmières sages-femmes des colonies ou de

façon plus ou moins officielle, comme c'est le cas aujourd'hui. Au cours des dernières années, les revendications des femmes en périnatalité ont pris une grande ampleur. D'abord isolées, les demandes des femmes ont trouvé des lieux pour se faire entendre et des moyens d'action. Leurs manifestations ont suivi de près l'évolution des différents facteurs qui ont amené la déshumanisation des soins.

L'idée d'officialiser une fonction encore inscrite dans les textes des législateurs a refait surface à la fin des années soixante-dix. En effet, les groupes de femmes qui ont initié la remise en question des soins obstétricaux au Québec ont toujours associé la sage-femme à une de leurs demandes principales: **l'humanisation des soins.**

Aux requêtes des femmes se sont ajoutées celles des professionnels et professionnelles de la santé, suscitant des actions gouvernementales en périnatalité. Trois éléments reviennent de façon constante à travers ce mouvement: **l'humanisation des soins en périnatalité, la reconnaissance officielle des sages-femmes et le droit pour les femmes de choisir ce qu'elles croient être le mieux pour elles.**

4.2 Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants, 1973 à 1987

Le tableau 23 regroupe quelques-unes des principales actions qui ont marqué le mouvement d'humanisation des soins en périnatalité au cours des dernières années.

4.3 Situation actuelle des sages-femmes

4.3.1 Cadre juridique

4.3.1.1 Au Québec

La profession de sage-femme figure dans la loi. En effet, bien que l'article 31 de la Loi médicale (voir annexe III) confère aux médecins un champ de pratique exclusif, ce monopole est toutefois tempéré par l'article 43 de cette même loi. Celui-ci prévoit en effet, à son paragraphe c, les dispositions suivantes:

> *Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin.*
>
> *Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux actes posés:*
>
> *c) par les sages-femmes exerçant l'obstétrique, conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe a* du premier alinéa de l'article 19;
>
> (...).

Selon la Loi médicale, la sage-femme se retrouve sous le contrôle de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Il appartient à cette Corporation d'adopter le règlement relatif aux sages-femmes et ce, en vertu de l'article 19 paragraphe *a* de la Loi médicale. Cet article prévoit en effet que le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec a le devoir de déterminer, par règlement, des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes.

Un tel règlement a été adopté par le Bureau. Il s'agissait à l'époque de l'article 33 du « Règlement sur les sages-femmes » du Collège des médecins et chirurgiens. Cet article n'a jamais été modifié depuis son adoption, laquelle remonterait avant 1964 (Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes, p. 111, note 2). Depuis 1981, il existe comme étant l'article 1 du *Règlement sur les sages-femmes, les examens d'admission à l'exercice de la médecine, les licences provinciale et fédérale et les requêtes au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec* (R.R.Q., 1981, chap. M-9, r.17).

Ce règlement sur les sages-femmes a été reconduit à plusieurs reprises sans modification. Il se lit ainsi :

1. *L'admission des sages-femmes à la pratique de l'obstétrique a lieu à une date fixée par le président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.*

   Toute femme qui désire se présenter devant le Comité pour subir l'examen et obtenir le permis d'exercer l'obstétrique au Québec, doit fournir au secrétaire de la Corporation :

   a) un certificat de présence à au moins 50 leçons données par un professeur d'obstétrique d'une des 4 universités reconnues au Québec. Ce professeur doit être attaché à une maternité ;
   b) un certificat de stage régulier pendant 6 mois dans une maternité affiliée à l'une des universités reconnues ;
   c) un certificat d'assistance à au moins 50 cas d'accouchement ;
   d) un certificat établissant qu'elle a suivi un cours d'études solides et possède un diplôme de secondaire III.

   Toute femme qui subit avec succès l'examen et se conforme à toutes les exigences des règlements de la Corporation, a droit à une licence de sage-femme.

   Cette licence ne confère que le droit de faire des accouchements et non d'exercer la médecine. Dans les cas d'accouchements laborieux, elle doit appeler un médecin sous peine d'encourir les pénalités édictées par la loi. La cotisation annuelle pour l'obtention de la licence est de 25 $.

On constate que les dispositions prévues au règlement sont vétustes et inapplicables pour certaines d'entre elles dans le contexte actuel.

La Loi médicale reconnait le partage de la pratique exclusive de l'obstétrique entre les sages-femmes et les médecins. Ce partage doit néanmoins être fait dans le cadre d'un règlement adopté par le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. L'omission d'une mise à jour du règlement équivaut dans les faits à interdire légalement l'exercice de la profession de sage-femme.

TABLEAU 23: Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants*, Québec, 1973 à 1987

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1973		*La périnatalité, une politique du M.A.S.*, (Ministère des Affaires sociales, Québec).	
1974		*Projet de regroupement des services d'obstétrique*, (Ministère des Affaires sociales, Québec).	
1975			*Association des sages-femmes* – regroupement de personnes, dans le but d'en arriver à la reconnaissance légale des sages-femmes.
1977	*Renaissance de la sage-femme*, (Collectif de Saint-Léandre, Matane). – manifeste envoyé au Conseil du Statut de la femme et au ministère des Affaires sociales. Insiste sur le respect des choix des femmes. Demande la réhabilitation de la sage-femme.		
1978	À travers la province, mise sur pied de comités réclamant l'humanisation des soins notamment, à Québec, à Montréal, à Sherbrooke et en Abitibi.	*Pour les Québécoises: égalité et indépendance*, (Conseil du Statut de la femme, Québec). – propose une nouvelle intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux pour pallier à l'interventionnisme dans les pratiques actuelles.	*Accoucher à son goût*, (C.L.S.C. Santé). – information sur les droits, les ressources et les solutions à la médicalisation périnatale. L'ordre des infirmiers et des infirmières du Québec publie un document dans lequel il recommande à ses membres: – de favoriser chez la mère une expérience périnatale émotionnellement satisfaisante pour que cette expérience soit vécue comme normale et naturelle – que des infirmières des régions éloignées se voient reconnaître une compétence pour assurer une surveillance complète en périodes pré et post natales et pour exécuter un accouchement eutocique.

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1979		*Naître au Québec,* (Conseil des affaires sociales et de la famille, Rapport des délibérations du colloque du CASF sur le thème : naître au Québec, Québec). – colloque proposant une réflexion sur le thème de la dénatalité. L'humanisation des soins en périnatalité y est vue comme une mesure susceptible d'accroître la natalité. *Discours de madame Lise Payette,* Ministre d'État à la condition féminine. – discours prononcé à l'occasion du colloque de l'A.S.P.Q. en 1979 et dans lequel il est dit que l'accouchement est souvent vécu comme une maladie.	*Avoir un enfant sans violence et sans risque,* (Association pour la santé publique du Québec, Québec). – colloque organisé par l'A.S.P.Q. Les conférences portaient sur les moyens pouvant humaniser la naissance et l'accouchement. – questionnements sur le rôle du médecin et de l'infirmière en périnatalité. – des femmes manifestent leurs attentes aux professionnels(les) réunis(es).
1980	*Naissance-Renaissance.* – formation d'une association constituée par dix groupes régionaux dans le but de favoriser l'humanisation de la maternité et la naissance par le biais de l'autonomie et le libre choix de la future mère. – création de la revue « l'Une à l'Autre » qui fait la promotion de nouvelles approches dont la reconnaissance de la sage-femme.	*Discours de madame Lise Payette,* Ministre d'État à la condition féminine. – discours prononcé devant les membres du Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec. La Ministre invite les infirmières à se pencher sur leur nouveau rôle en regard de l'humanisation des soins en périnatalité.	*Mémoire sages-femmes,* (Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec, Qué.). – la sage-femme est perçue comme un élément de solution – recommandation de la reconnaissance de l'infirmière-sage-femme et mise sur pied d'un programme de formation. *Association des sages-femmes du Québec.* – incorporation de l'association en vertu de la troisième partie de la loi des compagnies.

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1980		*Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé-obstétrique (sage-femme),* (Ministère de l'Éducation, Québec). – compte-rendu de six tables de consultation regroupant une soixantaine de personnes intéressées par la problématique des sages-femmes. – attentes des femmes et des professionnel-les quant aux sages-femmes. – subvention à l'association de la santé publique du Québec pour la tenue de colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité (M.A.S.). *Bilan et prospectives en périnatalité* (Ministère des Affaires sociales, Québec) – un des objectifs important à poursuivre pour les années à venir : humaniser les soins en périnatalité.	*Accoucher ou se faire accoucher,* (Association pour la santé publique du Québec, Québec, Éditeur officiel). – colloques régionax organisés par l'A.S.P.Q. et subventionnés par le M.A.S. Tribunes d'échanges pour toutes les personnes intéressées par la question de l'humanisation des soins en périnatalité. – trois recommandations principales en découlent : mise sur pied de chambres de naissances, de maisons de naissance et officialisation de la pratique des sages-femmes. *Mieux accoucher, mieux naître,* (Corporation professionnelle des médecins, Montréal). – document dans lequel on veut fournir des renseignements sur les conditions sécuritaires de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. – mise sur pied de chambres de naissances dans différents hôpitaux à travers la province. De 43 en 1983, le nombre de ces chambres est passé à 81 en 1986.
1981	*Depuis que le monde est monde.* Film de Sylvie Van Brabant et Serge Giguère sur trois méthodes d'accouchement. Présentation contrastée de différentes approches de la naissance. Un aperçu du travail des sages-femmes également. Dossier d'accompagnement du film préparé par Naissance-Renaissance, Montréal.	*La sagesse des femmes.* Conférence de madame Claire Bonenfant, présidente du Conseil du statut de la femme. – conférence prononcée à l'occasion de l'Assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Elle propose une réflexion sur la pratique des sages-femmes.	*Grossesse, accouchement, naissance : droits des femmes,* (publication du dépliant par l'Association pour la santé publique du Québec, Québec).

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1982	Mise sur pied du Comité maison de naissance de Montréal pour protester contre la fermeture de l'obstétrique au C.H. Sainte-Jeanne D'Arc.		
1983		Dépôt du rapport du comité interministériel sur les sages-femmes, présidé par le *M.E.Q.* Principaux éléments de contenu : – champ professionnel – statut – formation – lieux d'exercice – recommandation d'officialiser la pratique sage-femme.	Tenue de plusieurs colloques et formations professionnelles sous le thème des changements à apporter en périnatalité.
1984		*M.A.S.*, diffusion de deux documents issus d'un comité de travail mis sur pied pour donner suite aux recommandations des colloques : « Accoucher ou se faire accoucher » « Éducation sanitaire en milieux populaires » « Éléments de réponse aux demandes des participants(tes) aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher ».	*F.S.P.I.I.Q.** publication de « Vers un accouchement qui nous ressemble ». Demande de reconnaître les sages-femmes au Québec, en autant qu'elles soient infirmières. * *F.S.P.I.I.Q.* : Fédération des syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec.
1985	*Mouvement sages-femmes*, sous-comité de Naissance-Renaissance tient un symposium international qui regroupe plus de 500 participants. *Mouvement sages-femmes*, entreprend une tournée provinciale visant à mieux faire connaître la sage-femme.	*M.A.S.*, consultation sur un projet de politique en périnatalité axé sur l'humanisation des soins et le développement de ressources parallèles, dont les sages-femmes et les maisons de naissances. *M.A.S.*, déclaration du ministre Chevrette à l'effet qu'il s'apprête à reconnaître la profession de sages-femmes au Québec.	*Dans les C.H.*, on assiste peu à peu à la disparition de certaines pratiques de routine telles que lavement, rasage... – la cohabitation est encouragée dans certains C.H,. – des équipes d'infirmières mettent sur pied une approche de soins intégrés, mère-enfant. Publication d'un sondage commandé par la *SPIIQ* et réalisé par IQOP auprès de 771 femmes de 20 à 39 ans. 6 870 de ces femmes sont favorables à la reconnaissance des sages-femmes.

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1985	À l'instar de Mouvement sage-femme, le *Cercle des fermières* (71 716 membres) recommande: – que soit reconnue légalement la profession de sage-femme – que la formation académique soit de niveau universitaire – que cette profession soit régie de façon autonome. Le Comité Maison de naissances de Montréal dépose au MSSS un projet de cadre fonctionnel et technique de maison de naissances.	*M.E.S.S.*, Un an et demi après son dépôt, le rapport du comité interministériel sur les sages-femmes est rendu public. Les principales recommandations de ce rapport sont: – que la définition de l'exercice de la profession de sage-femme au Québec soit celle adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes; – que soit reconnue à la sage-femme une pratique différente des autres professionnels intervenant en périnatalité; – que la pratique professionnelle reconnue à la sage-femme lui permette d'intervenir dans la recherche active de la grossesse chez une femme pour se poursuivre jusqu'au troisième mois après l'accouchement; – que la sage-femme soit intégrée dans le réseau des services de santé et rattachée, à titre de salariée au C.L.S.C.; – que soient développés d'autres lieux d'exercice à partir des équipements collectifs existants, notamment par la mise sur pied de centres alternatifs de naissance; – que les positions du comité sur les lieux d'exercice s'appliquent aux régions éloignées ou isolées; – que la profession de sage-femme soit légalement reconnue au Québec par une loi sur les sages-femmes; – qu'un programme spécifique de formation de sage-femme soit créé et que sa mise en application se réalise au plus tard en septembre 1985;	Publication d'un sondage commandé par le *CRSSS* Outaouais à Rescoplan. – 7 270 des femmes interrogées connaissent la profession de sage-femme – 68 % d'entre elles choisiraient d'accoucher avec une sage-femme. Création d'un deuxième regroupement de sages-femmes: l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes.

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1985		– que le programme de formation de base des sages-femmes donne lieu à un diplôme de niveau du 1er cycle universitaire; – que des mécanismes de reconnaissance des acquis soient instaurés pour respecter la formation et l'expérience antérieures des candidates au programme de sage-femme.	
1986	De nombreuses représentations sont effectuées devant la commission Rochon, réclamant l'officialisation de la pratique des sages-femmes.	*MSSS*, Mise sur pied du comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, avec la participation du MESS et de l'Office des professions. Le Ministre de la santé ontarien met sur pied un comité de travail chargé d'indiquer les mécanismes à mettre en place pour l'intégration des sages-femmes dans le système de santé ontarien. Le CRSSS-Outaouais dépose au MSSS une étude d'opportunité de maisons de naissances avec sages-femmes pour l'Outaouais.	Publication d'un sondage commandé par le *Comité des femmes médecins de la CPMQ*, auprès de 1000 Québécoises, 3 jours après leur accouchement. (élément méthodologique fortement contesté) Ce qui ressort: – les femmes sont satisfaites de leur accouchement à 98,5 % – le taux de césarienne est à la hausse. À l'occasion d'un consensus national, un comité d'experts remet en question le dicton: « Césarienne un jour, césarienne toujours ». *CPMQ*, Publication d'un guide sur l'exercice de l'obstétrique. La corporation des médecins enjoint ses membres de ne plus pratiquer certaines interventions de façon routinière et propose des standards pour l'utilisation d'interventions, dont la césarienne, l'épisiotomie et les forceps. De passage au Québec, deux experts de l'Organisation mondiale de la santé, section Europe remettent en cause les taux d'interventions obstétricales au Québec, notamment césarienne et application de forceps.

Humanisation des soins en périnatalité, faits marquants (suite)

Année	ORIGINE DES ACTIONS		
	POPULATION	**GOUVERNEMENT**	**PROFESSIONNELS(LES) ET AUTRES**
1987		Diffusion dans l'ensemble de la province d'un document produit en 1985 par Michael Klein et coll. pour le comité d'humanisation des soins du CRSSSMM et portant sur les controverses en obstétrique et les soins maternels.	Publication par l'Association médicale canadienne d'une étude portant sur les soins obstétricaux au Canada et sur la satisfaction des femmes en regard de ces soins. (Obstétrique 87) Dans une publication concernant le suivi de grossesse, la CPMQ sous le titre « Personnalisation des soins » préconise pour les médecins accoucheurs « une attitude d'écoute et d'empathie » envers la femme enceinte.

* La plupart des actions se situant en 1973 et 1981 ont été tirées d'un tableau paru dans le rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes (1983) p. 36 et 37.

4.3.1.2 Au Canada

Le rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes paru en octobre 1983 énumérait les dispositions légales existantes (p.115 à 119).

Il n'existe aucune loi prohibant de façon expresse la pratique des sages-femmes au Canada. Toutefois, la plupart des provinces se sont dotées de dispositions ayant pour effet d'écarter quiconque n'est pas médecin de la pratique de la médecine, ce qui inclut la pratique des accouchements.

Le tableau 24 résume la situation juridique des sages-femmes au Canada.

TABLEAU 24
Situation juridique des sages-femmes au Canada, 1985

	Droit virtuel	Lois	Pratique reconnue Régions éloignées et isolées
Terre-Neuve	Reconnu	An Act Respecting the Practice of Midwifery	Régions éloignées et isolées
Alberta	Reconnu	Medical Professions Act	Régions éloignées et isolées
Colombie-Britannique	Reconnu	Medical Practitioners Act	Non
Manitoba	Reconnu	Medical Act	Non
Québec	Reconnu	Loi médicale	Non
Saskatchewan	Reconnu	Medical Profession Act	Non
Territoires du Nord-Ouest	Reconnu	Medical Profession Ordinance	Régions éloignées et isolées
Île-du-Prince-Édouard	Non reconnu	Medical Act	
Nouveau-Brunswick	Non reconnu	Medical Act	
Nouvelle-Écosse	Non reconnu		
Ontario	Non reconnu	Health Discipline Act	
Yukon	Non reconnu	Medical Profession Ordinance	

Mise à jour du tableau paru dans le rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes, MEQ, 1983, p. 116.

4.3.2 Une pratique qui sort de la clandestinité

La première pratique de sage-femme a commencé en Colombie-Britannique à la fin des années soixante. Par la suite, cette tendance s'est étendue vers l'est jusqu'à la fin des années soixante-dix.

Au Québec, à partir de 1975, on trouve des sages-femmes en pratique privée dans les Cantons de l'Est, dans l'Outaouais, dans les régions de Montréal et de Québec.

Une association de sages-femmes a vu le jour en 1977 en Colombie-Britannique. En 1981, des sages-femmes canadiennes et américaines se rencontrèrent à Guelph, en Ontario. La rencontre aboutit à la mise sur pied de l'Association des sages-femmes de l'Ontario. L'Alberta fut la prochaine province à s'organiser, suivie du Québec en 1982.

En 1984 était fondée l'Association des sages-femmes du Canada qui comprend les associations du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-

Britannique. Ces regroupements permettent l'élaboration d'un code de déontologie et favorise la mise à jour des connaissances par la dispensation de cours de formation.

Par ailleurs, divers mouvements regroupant des sages-femmes avec une formation officielle, des sages-femmes autodidactes, des utilisatrices de services et des couples ont été mis sur pied au cours des dernières années au Canada.

Les coalitions ainsi formées réclament des soins et des services sécuritaires et de qualité en périnatalité. Elles font également la promotion du rôle de la sage-femme et demandent sa reconnaissance officielle.

Membres de l'Association canadienne des sages-femmes, ces coalitions existent dans les provinces suivantes: Colombie-Britannique, Saskatchewan, Alberta, Ontario, Nouveau-Brunswick et au Yukon.

Les provinces du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de Québec travaillent quant à elles à la mise sur pied de ce type de regroupement.

En janvier 1986, le Ministre de la santé ontarien, Monsieur Murray Elston annoncait que son gouvernement avait l'intention de reconnaître la pratique sage-femme dans le système de santé. Pour ce faire, il a mandaté un comité de travail qui déposera un rapport public en juin 1987 concernant:
- un cadre de pratique sage-femme;
- des modalités de formation;
- un plan d'action avec échéancier.

Au cours de ses travaux, le comité a tenu des audiences publiques dans toutes les régions de la province et effectué des missions en Europe et aux États-Unis.

4.3.3 Formation

Deux provinces canadiennes offrent un cours de sages-femmes: Terre-Neuve et la Colombie-Britannique. L'université Memorial de Terre-Neuve exige une formation de base en nursing tandis que le Fraser Valley School of Midwifery en Colombie-Britannique offre un programme avec entrée directe, donc sans pré-requis infirmière. Il s'agit d'une école privée, affiliée à celle de Seattle dans l'État de Washington. Cette formation est en accord avec la définition internationale de la sage-femme (Myles, 1975; ICM, FIGO, OMS, 1976) et est reconnue par la Confédération internationale des sages-femmes. Cette école qui fonctionne depuis 2 ans offre un cours d'une durée de 3 ans auquel s'ajoute une période d'apprentissage. Lors de sa première année de fonctionnement, l'école a surtout accueilli des sages-femmes autodidactes.

Par ailleurs, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta dispensent une formation intensive en obstétrique à des infirmières qui travaillent dans des régions isolées.

Au Québec, il n'existe aucune école officielle de formation depuis la fermeture de celle de l'Hôpital du Saint-Sacrement en 1972. Les regroupements de sages-femmes organisent des sessions de formation pour leurs membres. De plus, les sages-femmes ont également travaillé à l'élaboration d'un curriculum de formation.

Les sages-femmes qui pratiquent actuellement au Québec ont reçu leur formation d'écoles reconnues dans d'autres pays, au Québec ou se sont auto-formées.

4.3.4 Champ de pratique

Le champ de pratique des quelques sages-femmes qui sont autorisées à travailler au Canada est assez semblable à ce qui a été décrit précédemment pour l'Europe et les États-Unis. Toutefois, dans les dispensaires du nord de Terre-Neuve et du Labrador, les sages-femmes assurent uniquement les suivis pré et post-natals. Elles pratiquent les accouchements en cas d'urgence seulement.

La plupart des femmes de ces régions accouchent à l'hôpital, soit à St Antony (Terre-Neuve) ou à Goose Bay (Labrador). Les sages-femmes qui travaillent dans ces hôpitaux ont la responsabilité des soins obstétricaux. Les sages-femmes consultent le gynécologue-obstétricien au besoin à St Antony tandis que le médecin généraliste rencontre toutes les primigestes à Goose Bay.

Par ailleurs, compte tenu des diverses routes empruntées par les femmes qui offrent des services de sage-femme au Canada, il n'est guère étonnant de rencontrer de grandes variations dans leur pratique (Barrington, 1985).

Afin d'uniformiser la qualité des soins, les associations provinciales de sages-femmes exigent que leurs membres remplissent des protocoles de pratique et adhèrent aux directives déterminées par l'Association canadienne des sages-femmes. Ainsi, l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes met à la disposition de ses membres un document intitulé *Pour un choix éclairé.* Ce document permet aux clientes de situer le type de pratique de la sage-femme et de connaître les services auxquels elles ont droit.

Ce document permet également de définir les responsabilités qui incombent à la cliente et à la sage-femme.

Le nombre de clientes suivies par une sage-femme varie entre 2 et 8 par mois, en fonction des demandes, de la disponibilité de la sage-femme et de son organisation de travail.

De façon générale, les sages-femmes rencontrent leurs clientes à chaque mois, du début de la grossesse jusqu'à la 32e semaine. Par la suite, les rencontres s'effectuent deux fois par mois jusqu'à la 36e semaine et 1 fois par semaine jusqu'à l'accouchement. La durée des rencontres dépend des besoins de la cliente. Chaque cliente est aussi suivie par un médecin à qui on a précisé que la femme consulte également une sage-femme. De façon générale, les sages-

femmes ont développé des collaborations avec certains médecins s'assurant ainsi d'un support médical approprié.

4.3.5 Caractéristiques de la clientèle

Des études ont fait état des caractéristiques des femmes et des couples qui choisissent de donner naissance avec l'assistance d'une sage-femme (Cohen 1982; Carty et al., 1985).

Au Québec, Saillant, Desjardins et O'Neill (1985) ont réalisé une étude sur la clientèle d'une sage-femme québécoise. Les auteurs précisent clairement les limites méthodologiques de leur recherche, notamment quant à la représentativité de la sage-femme choisie, par rapport à ses consoeurs québécoises. Nonobstant ce qui précède, certains résultats coïncident avec les études mentionnées plus haut.

L'étude montre que les principales caractéristiques des parents de l'échantillon constituent « la responsabilité sociale, la stabilité et un mode de vie relativement conventionnel » (p.128). Il est noté aussi que seulement le tiers de ces parents ont choisi les services d'une sage-femme dans le but précis d'accoucher à domicile. Selon les auteurs, les femmes et les couples recherchent:

> *Un service moderne qui réunit des dimensions complémentaires et essentielles à toute pratique digne d'être qualifiée de professionnelle: c'est à la fois pour sa compétence technique et pour son souci de l'humain que l'on a recours à la sage-femme. Cette compétence technique cependant est caractérisée, dans le contexte actuel, par sa polyvalence et parce qu'elle inclut des dimensions telles la globalité, la continuité, le savoir-faire technique, les approches douces et bien d'autres choses. Quant au souci de l'humain, il semble aussi fort apprécié de la clientèle, sans doute parce qu'il est celui d'une personne qui sait s'adapter avec réalisme aux demandes qui lui sont faites (p.206).*

4.3.6 Lieux de pratique

De façon générale, le travail des sages-femmes est toléré dans les dispensaires des régions nordiques et isolées.

4.3.6.1 Centres hospitaliers

Seuls ceux de St Anthony à Terre-Neuve, de Goose Bay au Labrador et plus récemment Povungnituk au Québec autorisent le travail des sages-femmes. Nous donnons quelques détails du centre de maternité de Povungnituk à l'annexe IV après avoir fourni quelques résultats préliminaires de cette pratique, au point 2.2.3.

Par ailleurs, deux expériences pilote impliquant des infirmières et des infirmières-sages-femmes en milieu hospitalier méritent également d'être soulignées, celles du **Grace Hospital à Vancouver** tenue de 1981 à 1984 et celle du **Chedoke McMaster Hospital à Hamilton en Ontario** débutée en 1984. Quelques détails sur ces expériences réalisées grâce au consensus des professionnels en place sont joints à l'annexe IV.

4.3.6.2 C.L.S.C.

Dans quelques CLSC de la province, des sages-femmes ont travaillé ou travaillent encore avec des femmes et des couples de leur territoire. Ces sages-femmes offrent un suivi pour les femmes qui présentent des grossesses normales, l'accompagnement à l'hôpital ou l'accouchement à domicile, dans certains cas. Un support médical est assuré à toutes les phases de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Certaines sages-femmes donnent aussi le suivi post-natal et les soins aux nourrissons de même que l'information en planification des naissances.

Ces initiatives sont le fait de personnes qui ont dû modifier leur pratique, pour répondre aux demandes des femmes et des couples. Elles ont ainsi graduellement offert des services relevant de plus en plus du champ de pratique de la sage-femme.

4.3.6.3 Domicile

L'absence de statut reconnu a incité une majorité de sages-femmes à travailler à domicile et à y rencontrer leurs clientes de façon régulière. Les sages-femmes accompagnent aussi des clientes qui désirent accoucher en milieu hospitalier. Dans ces cas, le rôle de la sage-femme se limite la plupart du temps à celui d'une accompagnante.

4.3.6.4 Bureaux privés

Un certain nombre de sages-femmes reçoivent des femmes et des couples en consultation dans leur bureau privé.

4.3.7 Nombre de sages-femmes

Il est difficile d'avoir le nombre précis de sages-femmes « actives » au Québec. Elles ne sont pas toutes regroupées et celles qui font partie d'associations n'exercent pas nécessairement leur profession.

L'Association des sages-femmes du Québec compte un peu plus de 40 membres et l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes en compte plus d'une trentaine.

Des données nous ont été fournies par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Elles nous révèlent qu'en 1983, 137 membres de l'O.I.I.Q. possédaient un diplôme de sage-femme.

4.4 Conclusion

Des sages-femmes ont déjà travaillé officiellement au Québec. Certaines pratiquent encore bien que leur travail ne soit pas légalement reconnu. Depuis

quelques années divers mouvements se sont créés et ont proposé le retour de la profession sage-femme. Actuellement, la Loi médicale reconnaît le partage de la pratique de l'obstétrique entre les sages-femmes et les médecins. Toutefois, les dispositions prévues dans cette loi sont vétustes et inapplicables. Ceci équivaut à interdire légalement l'exercice de la profession de sage-femme.

CHAPITRE V

HYPOTHÈSES D'IMPACTS DE L'INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE AU QUÉBEC

Cadre d'analyse

Nous avons d'abord établi quatre niveaux d'impact d'une pratique sage-femme officielle au Québec (tableau 25). À la lumière des expériences des pays où la pratique sage-femme est établie depuis longtemps, nous avons dégagé des impacts plausibles pour le Québec. Certains de ces impacts sont plutôt d'ordre qualitatif et peu quantifiables comme les éléments qui relèvent de l'organisation des soins et des services. Nous avons vu au chapitre II de ce rapport quelques-unes des conséquences d'une pratique sage-femme. Il nous a cependant semblé important de les inclure dans le tableau qui suit, même si nous ne pouvons en faire une analyse détaillée.

En l'absence de données sur la situation québécoise, d'autres hypothèses d'impact ne peuvent faire l'objet de calculs d'économies potentielles, de coûts supplémentaires ou d'impact mesurés. Un certain nombre d'impacts anticipés sont donc accompagnés de réserves.

Malgré toutes ces limites, l'exercice se devait néanmoins d'être fait, ne serait-ce que pour identifier les zones grises à explorer davantage, pour une meilleure connaissance des répercussions d'une pratique officielle sage-femme.

TABLEAU 25
Niveaux d'impacts d'une pratique officielle sage-femme au Québec

Intervenants (tes)	Certains enjeux en périnatalité	Organisation des soins et services	Financiers
Réduction dans la charge de travail. Modifications du champ de pratique. Meilleur encadrement de l'activité des sages-femmes.	Diminution du taux de prématurité et des naissances de bébés de faible poids. Diminution de certaines interventions notamment : – Césariennes – Application de forceps et de ventouse Réponse accrue aux besoins de populations particulières (adolescentes, communautés culturelles, milieux défavorisés, régions périphériques).	Suivi plus complet (approche globale). Continuité des soins et des services. Soins centrés sur la famille. Plus grande implication des pères. Accès à un autre choix pour les femmes et les couples québécois. Meilleure adéquation des ressources humaines et matérielles.	Diminution des coûts associés aux taux actuels de prématurité et de naissances de bébés de faible poids. Baisse de certaines interventions. Diminution de la durée de séjour à l'hôpital. Référence accrue aux spécialistes.

L'estimation des coûts actuels reliés à la grossesse et à l'accouchement et certaines hypothèses de base, élaborées à partir des résultats de la pratique sage-femme, nous ont servi de guide. Pour chacun des impacts quantifiables présentés dans ce chapitre, nous sommes en mesure d'estimer les économies potentielles ou les coûts supplémentaires qui y sont rattachés.

5.1 Intervenants(es)

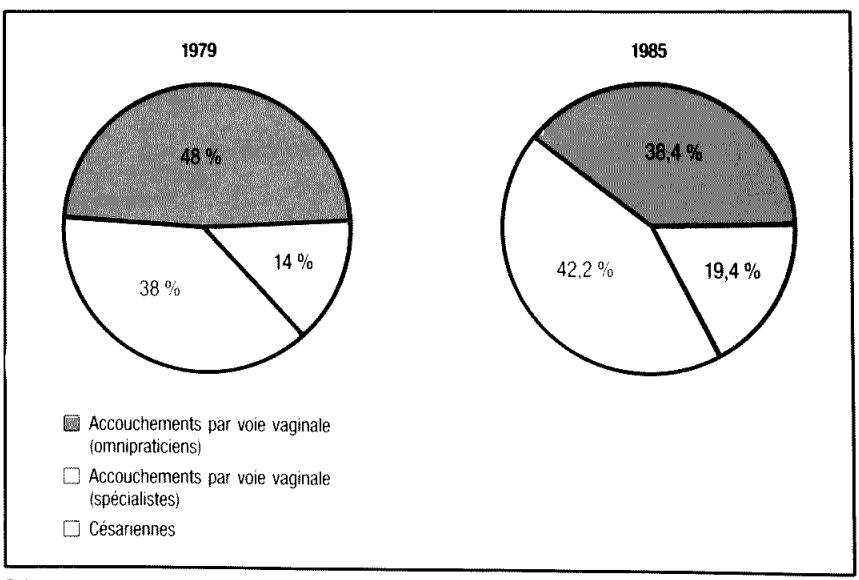
5.1.1 Réduction dans la charge de travail

Médecins

La reconnaissance légale de la pratique sage-femme et la formation d'un certain nombre de ces professionnelles amèneront graduellement une réduction de la charge de travail en obstétrique, pour une partie des médecins. Cette réduction dépendra de l'importance de l'intégration des sages-femmes dans le système de santé québécois.

Par ailleurs, le mouvement de désaffectation des omnipraticiens pour l'obstétrique a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Labrecque, Latulippe et Gauthier (1987) soulignent qu'en 1979, près de la moitié du volume total des accouchements était assuré par les omnipraticiens. Ce pourcentage est tombé à un peu plus du tiers en 1985, comme illustré dans le tableau 26.

TABLEAU 26
Répartition des accouchements faits au Québec selon le type et le statut du médecin-accoucheur en 1979 et 1985



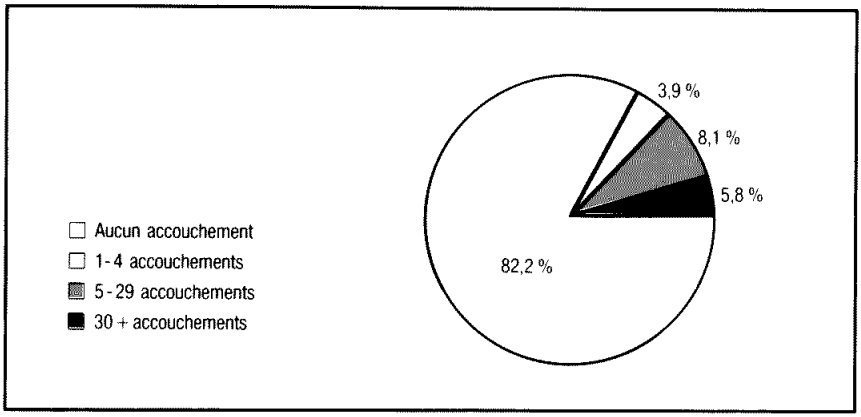
Tiré de Labrecque, Latulippe et Gauthier, 1987.

Selon les auteurs:

Cette baisse résulte à la fois de l'augmentation du nombre de césariennes (+ 19 %) et de l'importante diminution du nombre d'accouchements par voie vaginale faits par les omnipraticiens (– 31.4 %).

De plus en plus d'omnipraticiens et de médecins de famille excluent l'obstétrique de leur champ de pratique. Sur un nombre total de 6 028 omnipraticiens, seulement 350 d'entre eux avaient pratiqué 30 accouchements et plus en 1985 (tableau 27).

TABLEAU 27
Répartition des omnipraticiens québécois selon le nombre d'accouchements faits en 1985



Tiré de Labrecque et al., 1987.

Les raisons invoquées pour expliquer cette «désobstétricalisation» de l'omnipratique portent à croire que le mouvement pourrait continuer à s'accentuer. Parmi ces raisons, mentionnons «le bouleversement de la vie familiale et sociale, le bouleversement de la vie de bureau, la rémunération insuffisante, la réduction du nombre d'accouchements, les questions médico-légales et le manque de confiance lié aux expériences de formation et aux changements technologiques» (AMC, 1987). Labrecque, Latulippe et Gauthier (1987) abondent dans le même sens.

Les omnipraticiens et les médecins de famille ont déjà réduit leurs tâches en obstétrique avant même l'officialisation de la pratique des sages-femmes. Nous pouvons supposer que certains d'entre eux pourraient reconsidérer cette décision dans l'éventualité d'un travail d'équipe avec des sages-femmes.

Les gynécologues-obstétriciens quant à eux, n'ont pas connu de changements aussi importants dans leur travail que leurs collègues en omnipratique en ce qui a trait au nombre d'accouchements par voie vaginale. Ce nombre de 36 112 qu'il était en 1979 est passé à 34 512 en 1985, comparativement à 45 758 et 31 405 chez les généralistes.

Par contre, le nombre de césariennes effectuées par des médecins spécialistes a connu une augmentation de 5,6 % (805) entre 1982 et 1986 (Magnan 1987).

Les gynécologues-obstétriciens pourraient voir leur clientèle de femmes présentant des grossesses normales diminuer légèrement avec l'arrivée des sages-femmes. Il n'est pas exclu que même si leur clientèle peut être constituée majoritairement de femmes dont les grossesses comportent des risques, les spécialistes s'associent des sages-femmes dans leur équipe, comme c'est le cas aux États-Unis.

Infirmières

Nous manquons de données précises sur les infirmières qui travaillent en périnatalité. On sait qu'en 1985, 6,27 % des heures rémunérées pour les infirmières en centres hospitaliers de soins de courte durée étaient attribuables aux infirmières de la pouponnière et du bloc obstétrical (soit 4 853 postes équivalents temps plein). Dans les CLSC, les infirmières offrent de nombreux services en santé maternelle; cependant ces services varient d'un établissement à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de brosser un portrait quantitatif suffisamment précis pour établir quelques impacts possibles d'une pratique sage-femme. Cette lacune nous semble mineure, compte tenu du rythme lent de décroissance du nombre d'infirmières dans ce champ d'intervention.

À long terme, comme « spécialiste de la grossesse normale » telle que définie par l'OMS, la sage-femme remplira, pour une partie de la population, certaines tâches présentement attribuées aux infirmières et aux médecins. On pense ici aux rencontres prénatales et post-natales, aux soins au moment de l'accouchement et aux soins aux nouveau-nés.

Cependant à court et à moyen terme, l'impact sur les professionnels(les) en place sera peu important, principalement à cause du rythme de formation de nouvelles sages-femmes et du pourcentage initial de recours des femmes à cette « nouvelle » professionnelle.

Compte tenu de leurs expériences et de leurs compétences, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des infirmières en obstétrique et en santé communautaire qui travaillent présentement dans ce secteur sera intéressée à compléter une formation de sage-femme.

5.1.2 Modifications du champ de pratique

Des modifications du champ de pratique des autres professionnels (les) impliqués(es) en périnatalité auront lieu avec l'intégration des sages-femmes. Ces modifications seront précisées dans le cadre d'autres travaux impliquant les personnes et associations concernées.

5.1.3 Meilleur encadrement de l'activité des sages-femmes

Le contrôle de la qualité de la pratique de toutes celles qui travaillent avec le titre de sage-femme au Québec n'existe pas actuellement. L'officialisation de la pratique des sages-femmes inclura la mise sur pied d'une organisation professionnelle qui prévoira le contrôle de l'exercice de ses membres et une formation adéquate, d'où une plus grande protection du public.

5.2 Certains enjeux en périnatalité

5.2.1 Diminution du taux de prématurité et des naissances des bébés de faible poids

5.2.2 Diminution de certaines interventions notamment, césariennes, application de forceps et de ventouse

5.2.3 Réponse accrue aux besoins de clientèles particulières: adolescentes, communautés culturelles, milieux défavorisés, régions périphériques

Nous avons déjà rapporté au chapitre 2 les résultats du travail des sages-femmes dans les autres pays, en regard de ces enjeux. Les résultats obtenus par ces professionnelles nous permettent de croire que l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec, associée aux actions déjà en cours, contribuera à la diminution de ces problèmes.

5.3 Organisation des soins et des services

5.3.1 Suivi plus complet (approche globale), continuité des soins et des services, soins centrés sur la famille, plus grande implication des pères

Ces résultats pourront être obtenus en autant que l'organisation professionnelle de la sage-femme et son champ de pratique lui garantissent l'autonomie professionnelle nécessaire au respect de ses caractéristiques propres.

5.3.2 Accès à un autre choix pour les femmes et les couples québécois

Une pratique officielle sage-femme permettra aux personnes qui en font le choix d'avoir accès aux services d'une sage-femme plus facilement, en toute sécurité et sans être pénalisées, comme c'est le cas actuellement.

5.3.3 Meilleure adéquation des ressources humaines et matérielles

La sage-femme constitue l'intervenante principale dans 80 % des naissances du globe. Sa formation et son approche la préparent à assister des femmes et des couples qui vivent une grossesse où tout se déroule normalement ainsi qu'à identifier et référer celles qui présentent des problèmes médicaux.

La définition que nous avons donnée de la grossesse et de la naissance au cours des dernières décennies en a fait des événements médicaux avant d'être familiaux. Nous avons déjà mentionné au point 3.4.3, la réaction de certains médecins qui jugent superflue leur présence à tous les accouchements, préférant être plus disponibles pour celles qui présentent des problèmes faisant appel à leur compétence. L'expérience des autres pays nous démontre que ce partage des tâches est possible et donne des résultats enviables à plusieurs niveaux.

5.4 Certains coûts

S'il existe plusieurs études et recherches qui décrivent la pratique sage-femme, la question des coûts demeure, elle, moins documentée. Il existe peu de travaux à ce sujet et ceux disponibles sont souvent sommaires ou trop spécifiques à un pays pour que les résultats soient transposables au Québec.

Notre démarche est donc de type exploratoire. Nous présentons les coûts actuels en obstétrique. Nous émettons par la suite certaines hypothèses d'économies potentielles en tenant compte des résultats de la pratique sage-femme dans certains pays où elle est reconnue.

5.4.1 Quelques coûts reliés à la grossesse et à l'accouchement

5.4.1.1 Coût moyen d'un accouchement

Dans le tableau 28, nous illustrons les coûts moyens d'un accouchement à partir des honoraires versés, des frais de séjour en milieu hospitalier pour la mère et son enfant. À noter que, dans le cas de ce dernier, les frais sont calculés pour un bébé ne requérant pas de soins spéciaux.

5.4.1.2 Coûts totaux des actes médicaux (1985)

Omnipraticiens	15,1 millions
Spécialistes	22,1 millions
TOTAL	37,2 millions $

Source : (RAMQ 1985)

TABLEAU 28
Coût moyen d'un accouchement au Québec, 1985

	Omnipraticien	Spécialiste
Honoraires[1]	383,66 $	516,23 $
Honoraires pour les autres professionnels[2]	62,06 $	—
Hospitalisation pour la mère[3]	1 320,66 $	1 320,66 $
Hospitalisation pour le bébé[3]	526,35 $	526,35 $
Prénatal collectif, postnatal individuel et collectif[4]	316,00 $	316,00 $
COÛT MOYEN	**2 608,73 $**	**2 679,24 $**

1. Total des honoraires reliés à l'obstétrique / nombre de grossesses, incluant les frais d'anesthésie ainsi que les examens pré et post natals.
2. Coût supplémentaire moyen d'honoraires suite à l'intervention d'un spécialiste dans les cas de césariennes, lorsque la grossesse a été suivie par un omnipraticien.
3. Durée moyenne d'hospitalisation de 4,35 jours avec un per diem de 303,60 $ pour la mère et de 121,00 $ pour le bébé, telle qu'évaluée par le Service des données financières et opérationnelles du MSSS.
4. Selon les estimations du CRSSSO, « Étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes pour l'Outaouais », janvier 1986, page 172.

Sources : RAMQ, Fichier de la rémunération, 1985. MED-ECHO, 1985. CRSSSO, 1985.

5.4.1.3 Coûts reliés aux nouveau-nés de faible poids

Les bébés de poids inférieur à 2 500 grammes représentent en 1985, 6,14 % des naissances (Med-Echo). Cela concorde avec les données extraites des rapports statistiques annuels des centres hospitaliers, qui évaluent à 6,17 % le nombre de bébés de faible poids. Lorsque nous examinons ce que coûtent les bébés de faible poids en frais d'hospitalisation, nous constatons que les bébés de plus de 2 500 g demeurent en moyenne 4,4 jours à l'hôpital contre 13,3 pour ceux de moins de 2 500 g. L'écart moyen est de 8,9 jours. Ceci représente un coût additionnel moyen de 3 034,54 $ par bébé (18,1 millions/5 270, tableau 29), soit un coût supplémentaire de 15,3 millions.

Le per diem de 121,00 $ généralement utilisé reflète une situation où tous les bébés de faible poids n'auraient pas besoin de soins particuliers. Nous savons cependant qu'une partie de ceux-ci reçoivent des soins spécialisés en néonatalogie. À ce moment-là, le per diem devient 420,00 $ par jour. Il nous est impossible d'identifier, parmi les bébés de faible poids, ceux qui doivent recevoir des soins spécialisés.

TABLEAU 29
Coûts générés par les bébés de faible poids de naissance au Québec (1985)
6,14 % des naissances

Poids (en gramme)	Nombre	Per diem $	Séjour moyen (jours)	Coût total (en million)
– 1 500	646	420	31,14	8,45
+ 1 500 – 1 750	480	420*	24,60	4,96
+ 1 750 – 2 000	504	121*	17,50	1,07
+ 2 000 – 2 5000	3 640	121	8,02	3,53
Total des – 2 500	5 270	—	13,27	18,1 **
Total des + 2 500	80 587	121	4,42	43,1
TOTAL	**85 857**	**—**	**4,96**	**61,2 $**

Source : Med-Echo 1985

* Nous utilisons 2 per diem différents parce que nous posons l'hypothèse que les bébés de poids inférieur à 1 750 g reçoivent des soins à l'unité néonatale alors que les autres se retrouvent à la pouponnière.

** Les bébés d'un poids inférieur à 2 500 grammes représentent 6 % des nouveau-nés et génèrent 30 % des frais d'hospitalisation.

5.4.1.4 Coûts reliés à certaines interventions

Césarienne

En 1985, au Québec, 16 049 accouchements, soit 19,0 %, ont été effectués par césarienne. Une césarienne coûte environ 126,00 $ de plus en honoraires qu'un accouchement par voie naturelle; les frais d'hospitalisation quant à eux représentent des coûts supplémentaires de l'ordre de 1 350,23 $ par accouchement. Donc, au total, les césariennes coûtent 1 476,23 $ de plus qu'un accouchement par voie naturelle. Le tableau 30 illustre les coûts supplémentaires reliés aux césariennes, pour l'année 1985.

TABLEAU 30
Coûts reliés aux césariennes au Québec, 1985

Nombre de césariennes	16 049
Coût moyen (honoraires + journées d'hospitalisation)	1 476,23 $
COÛT TOTAL	**24 millions $**

Sources : Med-Echo, 1985
RAMQ, Fichier de la rémunération, 1985

Utilisation des forceps et de ventouse

En 1985, on enregistre l'utilisation de forceps et de ventouse dans 12 840 cas. Ceci représente 18,3 % des accouchements par voie naturelle. L'utilisation de forceps et de ventouse s'accompagne souvent d'autres interventions ou problèmes pour la femme (augmentation des taux d'épisiotomie, des lacérations du 3e ou 4e degré, des hémorragies, etc.) Cela influence aussi la durée d'hospitalisation et par voie de conséquence, les coûts de l'accouchement.

Pour un accouchement sans forceps et sans ventouse, ni césarienne, la durée d'hospitalisation moyenne est de 4,35 jours. En utilisant un per diem de 303,60 $, nous obtenons un coût total de 1 320,66 $. L'utilisation de forceps provoque une hausse de la durée d'hospitalisation à 4,80 jours pour un coût total de 1 457,28 $, soit une augmentation de 136,62 $. Ajoutons à cela l'augmentation des coûts reliés à l'hospitalisation du nouveau-né de 54,45 $ et nous obtenons une augmentation du coût total moyen par accouchement de 191,07 $. Puisque les forceps furent utilisés dans 12 840 cas en 1985, cela représente donc des coûts supplémentaires de près de 2,5 millions (tableau 31).

TABLEAU 31
Coûts reliés à l'extraction par forceps et ventouse, Québec, 1985

Nombre d'accouchements, excluant les césariennes	70 259
Nombre d'accouchements avec extraction par forceps et ventouse	12 840
Coût supplémentaire moyen relié à l'hospitalisation de la mère et du bébé	191,07 $
COÛT TOTAL	**2,5 millions $**

Source : Med-Echo, 1985

5.4.2 Impact financier de l'atteinte de certains objectifs en périnatalité

5.4.2.1 Diminution à 4 % du taux de bébés de faible poids

Le type de pratique des sages-femmes contribuerait à diminuer le nombre de naissances de bébés de faible poids, comme mentionné dans le chapitre 2.

Nous connaissons les nombreux problèmes associés à la naissance de bébés de faible poids. La nécessité de diminuer le nombre des bébés trop petits n'est plus à démontrer.

Nous avons déjà mentionné quelques impacts socio-sanitaires de la naissance de bébés de moins de 2 500 grammes. Le tableau 32 illustre une évaluation des coûts qu'aurait généré en 1985 un taux de 4 % de naissances de bébés de faible poids. On sait qu'en 1985 ce taux était de 6,14 %. 2,9 millions de dollars auraient donc pu être épargnés si nous avions rejoint en 1985 les 4 % enregistrés en Suède, 15 ans auparavant.

TABLEAU 32
Évaluation des coûts générés par les bébés de faible poids de naissance au Québec (hypothèse 4 % des naissances), 1985

Poids (en gramme)	Nombre	Per diem $	Séjour moyen (jours)	Coût total (en million)
– 1 500	421	420	31,14	5,51
+ 1 500 – 1 750	538	420	24,60	5,56
+ 1 750 – 2 000	495	121	17,50	1,05
+ 2 000 – 2 500	2 548	121	8,02	2,50
Total des – 2 500	4 002	–	13,27	14,62
+ 2 500	81 855	121	4,42	43,68
TOTAL:	**85 857**	**–**	**4,96**	**58,3 $**
Économie potentielle: 2,9 millions $				

Source: Med-Echo, 1985

* Nous utilisons 2 per diem différents parce que nous posons l'hypothèse que les bébés de poids inférieur à 1 750 g reçoivent des soins à l'unité néonatale, alors que les autres se retrouvent à la pouponnière.

5.4.2.2 Diminution de certaines interventions obstétricales

Des taux d'intervention inférieurs à ceux du Québec sont rapportés dans les pays où une pratique sage-femme est bien établie (Wagner, 1986). Nous croyons que le Québec peut viser des taux d'interventions aussi bas que ces pays avec des résultats semblables, sinon meilleurs.

Césariennes

Dans l'hypothèse où nous aurions un taux de césariennes équivalant à 12,5 %, soit à peu près ce que l'Organisation mondiale de la santé considère comme étant près du maximum justifiable (entre 10 % et 15 %, OMS, 1985), nous réaliserions des économies de l'ordre de 8 millions de dollars.

Utilisation de forceps et de ventouse

En 1985, le taux d'utilisation des forceps et de ventouse était de 18,3 % au Québec. Dans les pays où l'on retrouve une pratique sage-femme, ce taux s'établit à 3,7 %. Nous émettons l'hypothèse qu'au Québec il serait possible de réduire ce taux à 10 % ce qui générerait des économies de 1,2 millions de dollars (tableau 33)

TABLEAU 33
Économies obtenues en améliorant certains taux en périnatalité, Québec

	%	Millions
Nouveau-nés de faible poids	4	2,9
Césariennes	12,5	8,0
Application de forceps et de ventouse	10,0	1,2
TOTAL		**12,1 $**

5.4.2.3 Diminution de la durée du séjour à l'hôpital

En 1985, la durée d'hospitalisation de la mère est de 4,35 jours. Là où une pratique sage-femme est établie, la durée se situe, dans certains cas, à 2 jours (États-Unis, Hollande). Par exemple, au Launceston Birth Center d'Australie, 50 % des femmes demeurent moins de 24 heures et les autres, 48 heures. Cette diminution de la durée de séjour **s'accompagne cependant toujours de services à domicile** fournis par la sage-femme, une infirmière de santé publique ou une auxiliaire familiale.

Des expériences de ce genre ont été tentées avec succès aux États-Unis, au Québec et dans d'autres provinces canadiennes (Thurston, Dundas 1985, Scupholme 1981).

5.4.2.4 Référence accrue aux spécialistes

En Hollande, dans une étude sur la substitution de la main-d'oeuvre en obstétrique, Butter et Lappré (1986) constatent que, sur une période de vingt ans, la substitution s'est faite majoritairement en direction des services les plus coûteux, ceux des spécialistes et en partie vers les services les moins coûteux, ceux des sages-femmes.

On peut supposer que la baisse de la pratique des accouchements faits par les omnipraticiens et l'officialisation de la pratique des sages-femmes pourraient avoir des effets similaires à ceux rapportés dans l'étude hollandaise.

En faisant du gynécologue-obstétricien le spécialiste des grossesses à risques, on peut s'attendre à ce qu'il réclame des honoraires accrus pour les actes posés, si sa clientèle de grossesses normales diminuait. Le rapport de l'Association médicale canadienne nous confirme que cette demande a déjà été proposée (AMC, 1987).

On évalue qu'en Hollande, les coûts des services des sages-femmes représentent 59 % de ceux des spécialistes. On attribue cette différence de coûts, notamment aux lieux de naissances (les hôpitaux pour les spécialistes) et à l'approche des spécialistes qui ont un type de pratique plus interventionniste. Dans ce pays, les accouchements dans une maison de naissances coûtent 13 % de plus qu'à domicile ; ceux faits à l'hôpital coûtent 62 % de plus qu'à la maison de naissances et 84 % de plus qu'à domicile (Butter et Lappré, 1986).

5.5 Conclusion

Nous avons identifié et décrit sommairement diverses hypothèses d'impact qu'aurait la reconnaissance officielle de la pratique des sages-femmes au Québec. Quant aux problèmes qu'entrainerait l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale, nous croyons qu'ils pourraient être diminués par :

1. La reconnaissance de cette profession et pas seulement sa réglementation.
2. La connaissance et la compréhension par la population et les autres professionnels(les) du rôle que la sage-femme peut jouer dans l'équipe périnatale.
3. La clarification de son champ de pratique.
4. L'accessibilité à ses services.

La pratique des sages-femmes au Québec devra comme tout ce que l'on considère comme une innovation, faire la double démonstration de sa pertinence et de son efficacité.

Le comité a cependant actuellement suffisamment d'informations qui lui permettent de proposer des orientations et recommandations qui visent l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec.

CHAPITRE VI

INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES DANS L'ÉQUIPE PÉRINATALE : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

Les recherches et études réalisées dans le cadre de nos travaux nous convainquent de l'importance de la contribution des sages-femmes dans les pays où elles font partie de l'équipe périnatale.

À partir de l'expérience de ces pays, avec la connaissance des différents problèmes rencontrés et des conditions minimales à la préservation de l'approche spécifique aux sages-femmes, le Comité formule les orientations et recommandations suivantes.

6.1 Cadre juridique

Il existe ailleurs des cadres juridiques qui peuvent nous fournir des éléments intéressants. Toutefois, le Comité a privilégié l'étude des moyens d'intégration envisageables dans le cadre juridique actuel au Québec. À titre d'information, nous joignons la Loi médicale à l'annexe III et la Loi des infirmières à l'annexe VI.

Nous énumérons maintenant les différentes voies juridiques possibles. Nous retrouvons le détail des implications et des conséquences de chacune de celles-ci à l'annexe VII.

1. « Mettre à jour le règlement sur les sages-femmes » tel que prévu aux articles 19 paragraphe *a* et 43 paragraphe *c* de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9).
2. Adopter un « règlement de délégation d'actes aux sages-femmes » en vertu de l'article 19 paragraphe *b* de la Loi médicale.
3. Amender la Loi médicale pour prévoir, à son article 43, une exclusion concernant l'exercice illégal, en faveur des sages-femmes.
4. Amender l'article 31 de la Loi médicale pour prévoir expressément que la pratique des accouchements normaux ne soit pas un acte médical et qu'en conséquence, cette pratique soit exclue du champ de pratique exclusif de la médecine.
5. Amender la Loi des infirmières et infirmiers (L.R.Q., c. I-8) afin de prévoir, à son article 36, que la pratique des accouchements normaux fasse partie de leur champ d'exercice exclusif.
6. Adopter une loi spécifique aux sages-femmes ayant pour but de créer une nouvelle corporation professionnelle à exercice exclusif.

Diverses solutions peuvent être envisagées pour ce qui est du cadre juridique d'une pratique sage-femme au Québec. Il est évident que le Comité a voulu

cerner le plus grand nombre de solutions possible dans le cadre de sa réflexion. Nous ne prétendons pas pour autant que la description des diverses solutions proposées est exhaustive.

Le comité a étudié chacune de ces possibilités. Si nous envisageons l'intégration des sages-femmes dans l'équipe périnatale au Québec, nous devons leur assurer une pratique autonome. Cette condition facilitera le respect des caractéristiques propres aux sages-femmes.

À cet effet, l'expérience américaine peut nous servir de mise en garde. Devries (1982) rapporte que:

> *L'infirmière sage-femme certifiée a été reconnue officiellement par le Collège Américain des gynécologues-obstétriciens en 1971 et est maintenant capable de pratiquer légalement dans 49 États et juridictions. Toutefois, cette acceptation a été achetée au prix de l'indépendance. Selon le Collège américain des infirmières sages-femmes l'infirmière sage-femme américaine fonctionne toujours dans le cadre de services de santé dirigés par les médecins... Elle n'est jamais une praticienne indépendante.*

L'expérience des autres pays, l'histoire des sages-femmes et d'autres professions au Québec notamment les acupuncteurs nous fournissent des éléments qui soulignent la nécessité d'une profession autonome. Professionnelles distinctes des médecins et des infirmières, la profession de sage-femme doit pouvoir être responsable de la formation, du contrôle et de la surveillance des actes professionnels de ses membres.

De plus, nous avons à tenir compte du fait que, même si elle n'est pas officielle, il existe actuellement une pratique sage-femme au Québec.

Nous sommes conscients que dans le cas des sages-femmes, étant donné leur petit nombre actuellement, il serait plus approprié d'étudier une organisation professionnelle novatrice et plus souple qu'une corporation.

Dans l'analyse des modèles possibles, il y aurait lieu de songer à ceux qui mettent à contribution l'expertise de professionnels(les) « de formation diverses, choisis pour leur compétence et leur indépendance d'esprit » comme le suggère Dussault (1985).

L'Office des professions pourrait dans ce cas être amené à jouer un rôle important dans la mise sur pied et l'encadrement de ce type d'organisation.

L'Office des professions a déjà étudié cette éventualité, suite à une demande de l'Association des sages-femmes du Québec, à l'effet d'être constituée en corporation professionnelle.

Nous formulons une recommandation quant à l'encadrement juridique que devrait avoir la profession sage-femme au Québec, considérant que:

- il faudrait modifier le Code des professions pour proposer une organisation professionnelle, tenant compte du petit nombre de sages-femmes actuellement au Québec. À noter que le Comité ne fait cette proposition, les démar-

ches pour modifier le Code des professions nous apparaissant actuellement trop lourdes, complexes et longues;

- d'autres travaux concernant la réglementation professionnelle sont présentement en cours et pourraient influencer la décision à ce sujet;
- préalablement à cette décision, des consultations devront être effectuées avec les personnes et associations concernées.

En conséquence, **à partir du cadre juridique actuel**, le comité formule la recommandation suivante:

> Adopter une loi spécifique aux sages-femmes ayant pour but de créer une nouvelle corporation professionnelle à exercice exclusif.

6.2 Champ de pratique

Tout comme pour le cadre juridique, nous reconnaissons que la détermination finale du champ de pratique des sages-femmes devra être effectuée, en collaboration avec les sages-femmes et les autres professions impliquées en périnatalité au Québec, médecins et infirmières.

Cependant, il nous apparaît à propos de suggérer quelques éléments qui pourront servir de guides à ceux et celles qui auront à fixer le champ de pratique notamment:

- la définition internationale de la sage-femme;
- le champ de pratique des sages-femmes des autres pays (Annexe I);
- le champ professionnel de la sage-femme, proposé en 1983 dans le rapport du comité interministériel, présidé par le M.E.Q. au chapitre 3, pages 67 à 79 (Annexe V);
- *A Midwife's code of practice for midwives practicing in the United Kingdom*, p. 2-3. Ce champ de pratique est le même pour tous les pays membres de la Communauté économique européenne.

Le code de pratique des pays de la C.E.E. identifie les activités suivantes pour la sage-femme:

1. *Conseiller et informer en matière de planification des naissances;*
2. *Établir un diagnostic de grossesse et surveiller les femmes qui présentent une grossesse normale; effectuer les examens nécessaires à la surveillance de ces femmes;*
3. *Prescrire ou conseiller les examens nécessaires à l'identification précoce des femmes présentant des grossesses à risques;*
4. *Dispenser un programme de préparation parentale et de préparation à l'accouchement, incluant de l'information sur les influences des habitudes de vie, du travail et de l'environnement;*
5. *Prodiguer des soins et assister la mère pendant le travail et surveiller l'état du foetus avec les moyens techniques et cliniques appropriés;*

6. *Assister les accouchements spontanés, faire une épisiotomie au besoin et en cas d'urgence assister les accouchements de bébés se présentant par le siège;*
7. *Reconnaître la présence d'anormalités, chez la mère ou l'enfant qui nécessitent la référence à un médecin et assister ce dernier, au besoin; en l'absence du médecin prendre les mesures d'urgence qui s'imposent;*
8. *Examiner et prodiguer des soins au nouveau-né; en cas de complications, prendre les décisions qui s'imposent et au besoin, procéder immédiatement à la réanimation du nouveau-né;*
9. *Prodiguer des soins et surveiller l'état de la mère pendant la période post-natale, donner l'information nécessaire aux parents en regard des soins au nourrisson pour leur permettre de favoriser le développement optimal de leur enfant;*
10. *Au besoin, dispenser les traitements prescrits par le médecin;*
11. *Conserver dans un système de dossier les informations relatives aux clientes.*

Le Comité reconnaît qu'à partir des éléments déjà mentionnés, il serait possible pour les personnes et organisations concernées, de déterminer le champ de pratique des sages-femmes au Québec.

Le Comité souhaite que le champ de pratique des sages-femmes québécoises leur permette une utilisation maximale de leur potentiel.

6.3 Formation

Le programme de formation destiné aux sages-femmes doit permettre de préparer une intervenante compétente et autonome qui sache travailler en équipe et dans différents contextes. Orientée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, la formation devra tenir compte des caractéristiques de l'approche sage-femme, telles que définies précédemment. L'étudiante devra posséder les connaissances nécessaires qui l'amènent à comprendre le processus normal de la maternité, en plus de ses aspects pathologiques.

Le contenu du programme s'inspirera de ceux des autres pays et traitera notamment des matières suivantes: anatomie, physiologie, pathologie, embryologie, néonatalogie, anesthésie, sociologie, psychologie, éducation sexuelle, approche sage-femme. Ce programme de formation devra rencontrer des critères de compétence internationaux.

À titre d'exemple, dans les pays de la Communauté économique européenne, la durée de la formation des sages-femmes est de trois ans. Pour les étudiantes qui possèdent déjà une formation d'infirmière, le cours est réduit à 18 mois.

La formation clinique doit avoir lieu en centre hospitalier et dans la communauté, sous la supervision du personnel autorisé. L'étudiante sage-femme doit effectuer au moins 100 examens pré-natals et donner des soins et services continus, à au moins 40 femmes enceintes. En respectant ces critères de formation,

la sage-femme québécoise pourra elle aussi être considérée « la spécialiste de l'accouchement normal » telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé.

6.3.1 Niveau de formation

Au Québec, le système d'éducation offre deux niveaux de formation post-secondaire, soit le collégial et l'universitaire. Une zone grise existe entre ces deux niveaux de formation et il n'y a pas de règle générale qui permette un départage automatique du lieu où ces programmes doivent être offerts. Le Conseil des universités et le Conseil des collèges, deux organismes consultatifs au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science, ont étudié la question.

Le Conseil des universités n'a pas de critères précis pour déterminer le niveau de formation post-secondaire (Avis du Conseil des universités, 1980). Il favorise plutôt des approches par champ d'activités qui permettent de préciser les objectifs et les besoins de formation et d'identifier les lieux de compétence, en fonction des exigences d'apprentissage.

Par contre, pour le Conseil des collèges (Avis au Ministre de l'Éducation), l'attribution de programmes aux différents ordres d'enseignement doit reposer sur des critères connus qui fassent consensus et surtout, s'appliquent à tous les cas. Le cadre de référence proposé par le Conseil des collèges comprend trois éléments, à savoir:

1. volume de connaissances requis;
2. complexité des tâches et ampleur de la fonction à accomplir dans ce domaine;
3. responsabilité professionnelle généralement attachée à l'exercice de telles fonctions.

L'analyse de ces critères a permis au Comité de déterminer le niveau de formation pour les sages-femmes. L'autonomie nécessaire au travail des sages-femmes, l'importance des connaissances requises, la responsabilité professionnelle liée à l'exercice de cette fonction, font que:

> le Comité recommande que la sage-femme soit formée au niveau universitaire (1er cycle).

6.3.2 Pré-requis à la formation

Il existe certains points communs, tant sur le plan des connaissances que des techniques, entre la profession de sage-femme et d'autres professions de la santé. Malgré cela, une formation et une expérience pratique en médecine ou en sciences infirmières, ne constituent pas nécessairement la préparation spécifique pour devenir sage-femme.

À l'échelle internationale, la sage-femme est considérée comme une professionnelle distincte des autres professionnels(les) de la santé. Elle possède un champ d'action, une pratique et une tradition qui lui sont propres (Tate, 1985; OMS, 1985). En fait, l'International Confederation of Midwives (Fenner, 1980) et la Midwives Alliance of North America (Ventre, 1982) affirment que les programmes de formation permettant l'accès direct à la profession sage-femme (programme n'exigeant pas comme préalable un cours d'infirmière) constituent un moyen important de préserver le caractère distinct de la sage-femme. Moins coûteux, ces programmes à accès direct procurent aux éventuelles praticiennes une formation adéquate, sans exiger d'elles au préalable, une formation et une compétence prouvées dans une autre profession (Newson, 1981).

Soulignons, qu'en mars dernier, la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers (F.Q.I.I.) regroupant douze mille membres demandait la reconnaissance officielle des sages-femmes. Contrairement à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et au Syndicat professionnel des infirmiers et des infirmières, la F.Q.I.I. n'insiste pas pour que la sage-femme soit d'abord infirmière. Elle reconnaît en cela le caractère distinct de la formation des sages-femmes.

Le comité recommande d'admettre au programme de formation les candidates qui possèdent:

- soit un DEC de formation générale;
- soit un DEC de formation professionnelle;
- ou une formation équivalente.

Le comité reconnaît que bon nombre d'infirmières pourront avoir accès plus rapidement à la formation de sages-femmes, une partie de leur formation et de leur expérience pouvant leur être reconnue.

Enfin, à la suite de l'OMS, des associations internationales de sages-femmes, de la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, du comité interministériel sur les sages-femmes, le Comité recommande:

l'accès direct à la formation de sage-femme, la formation d'infirmière devant être considérée comme «une voie d'accès et non un pré-requis».

6.3.3 Type de programme de formation

La possibilité de formation dans une école ou dans une seule université n'a pas été retenue par le Comité, malgré une plus grande facilité de coordination. Ce choix s'explique par les limites posées par un programme dispensé dans une seule institution. Ce type de programme réduit considérablement l'accessibilité aux étudiants et étudiantes et perpétue le problème de manque de ressources dans les régions périphériques et isolées.

La démarche du Comité a permis d'arriver à une autre proposition, soit le Programme-réseau.

Programme-réseau

Dans un programme-réseau, plusieurs universités dispensent des cours. Cependant, la coordination du programme et la responsabilité d'attribuer un diplôme de sage-femme ne reviennent qu'à une seule université. Cela suppose que l'université responsable ait pris des ententes avec les autres maisons d'enseignement.

Il s'agit en fait de donner une formation de sage-femme en faisant appel à plusieurs universités au Québec. Ceci implique:

- des cours, suivis dans la région de la candidate, équivalents à ceux indiqués dans le programme général.
- des cours pris dans les facultés de médecine ou sciences infirmières;
- des rencontres périodiques sous forme de séminaires avec les candidates permettant la mise en commun et l'intégration des connaissances, dans le respect de l'esprit et des principes de la pratique sage-femme;
- des cours comprenant des matières spécifiques aux activités de sage-femme;
- la planification et la réalisation d'expériences cliniques dans les différentes régions (on peut penser à une forme de tutorat).

Le programme-réseau comprend également un programme **d'actualisation des connaissances**. Ce dernier s'adressera à deux clientèles distinctes: les sages-femmes diplômées, au Québec ou ailleurs, et les sages-femmes autodidactes qui ont acquis des connaissances et de l'expérience au cours des dernières années.

La décision de la mise en oeuvre d'un programme de formation sage-femme revient au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science. Une fois prise la décision de mettre sur pied un programme de formation du type de celui que supposerait une pratique sage-femme, il peut s'écouler deux à trois ans, avant le début de ce programme.

Rappelons brièvement les étapes à suivre:

- le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science demande aux universités québécoises de lui soumettre un projet de programme, formulé par un Comité de formation multidisciplinaire comprenant des sages-femmes et des consommatrices;
- une université soumet un programme de formation au Conseil des universités, lequel présente ses recommandations au ministre;
- le ministre donne son avis sur le programme et alloue les crédits nécessaires, s'il y a lieu.

Nous voulons expérimenter à moyen terme quelques projets d'implantation d'une pratique sage-femme au Québec, nous devrons donc définir des critères de compétence qui conviennent aux sages-femmes qui travailleront dans le cadre de ces projets. Il existe au Québec des sages-femmes qui répondent à des critères de compétence internationale. Les sages-femmes, une fois leur compétence reconnue au Québec, pourraient travailler à l'intérieur de projets-pilote.

6.3.4 Évaluation

Le programme de formation devra faire l'objet d'une évaluation continue et ce, jusqu'à cinq ans après sa mise en place. L'évaluation devrait être placée sous la responsbilité d'un Comité interdisciplinaire.

6.3.5 Coûts

Les règles budgétaires fixent les coûts de formation des étudiants dans le domaine de la santé. Les coûts évalués pour ce secteur s'élevaient à environ 11 000 $ par année et par étudiant en 1985-1986, pour le premier cycle universitaire. À partir de cette donnée, nous pouvons supposer qu'une formation de sage-femme, d'une durée de trois ans, s'élèverait à environ 33 000 $. Notons que la formation d'un omnipraticien coûte 55 000 $ et celle d'un gynécologue-obstétricien 99 000 $ (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, 1985).

6.3.6 Financement de nouveaux programmes

En outre, il existe au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, le programme Fonds de développement pédagogique. Ce programme a, entre autres, comme objectif, d'assurer une plus grande cohérence dans le développement des nouvelles activités d'enseignement universitaire.

Un des volets de ce fonds permet de financer de nouveaux programmes d'enseignement sanctionnés par des grades. La qualité et la pertinence de ces programmes sont reconnues par les instances universitaires désignées à cette fin et par le Conseil des universités.

Le montant d'une subvention forfaitaire pourra correspondre à 70 % des dépenses considérées pour un nouveau programme dans les secteurs prioritaires et à 50 % dans les autres secteurs.

En résumé, le comité recommande:

- Une formation qui respecte les standards internationaux.
- Un niveau universitaire de 1er cycle.
- L'accès direct à cette formation.
- Un programme de type réseau.

– La réalisation de projets d'implantation au Québec avec des sages-femmes qui répondent à des critères de standards internationaux.

6.4 Lieux de pratique

6.4.1 Centre hospitalier

L'organisation actuelle des soins et services au Québec ne favorise pas le rattachement de la sage-femme uniquement au centre hospitalier, du moins en région urbaine. Les services pré et post-natals relèvent surtout des CLSC. De plus, les demandes formulées par les femmes au cours des dernières années touchent particulièrement:

– la démédicalisation de la grossesse et de l'accouchement normaux;

– la nécessité d'éviter le morcellement et d'assurer une plus grande continuité dans les services.

Le comité croit que la décision de rendre plus accessibles les services préventifs en prénatal en les offrant localement dans les CLSC ne doit pas être remise en question, du moins pour les clientèles-cibles. On doit plutôt songer à prévoir des mécanismes qui facilitent les communications entre le CLSC et le centre hospitalier.

Différents projets de développement en obstétrique dans les centres hospitaliers ont été soumis au MSSS au cours des dernières années. Les responsables de ces projets appuient leurs demandes sur la nécessité pour eux de procéder à des réaménagements physiques en vue d'apporter une réponse plus adéquate aux demandes des femmes.

CENTRE HOSPITALIER	
Avantages	**Contraintes**
Expériences positives dans certains pays, au Canada et au Québec	Structure hiérarchique et administrative lourde
Plus près de la situation actuelle, demande moins d'adaptation aux professionnels(les) déjà en place	Nécessité d'une entente particulière pour que ce département fonctionne différemment des services accueillant des malades
Ouverture de certains professionnels(les) à ce type d'approche	Plusieurs catégories de professionnels(les) déjà en place
Plus rapide, si besoin d'équipement spécialisé	Organisation du travail qui favorise le morcellement entre les étapes
Accessible à un plus grand nombre de femmes	Limite à l'expérimentation de nouvelles approches
Ne crée pas une nouvelle catégorie d'établissement	Organisation du travail plus rigide, due à un nombre élevé d'accouchements

Des directions hospitalières ont déjà profité de l'ouverture d'un nouveau centre ou de transformations dans leur service d'obstétrique pour innover. Le comité croit qu'il serait à propos de profiter des changements prévus ou à venir en centre hospitalier pour proposer l'intégration d'une pratique sage-femme avec évaluation de son impact. Ceci n'exclut pas que des directions de C.H. acceptent d'innover en intégrant des sages-femmes dans leur équipe, sans pour autant effectuer des transformations physiques majeures.

6.4.2 En CLSC avec privilèges hospitaliers

La mission du CLSC est très proche du modèle d'intervention des sages-femmes. En effet, on y favorise une approche communautaire, globale, d'aspect préventif et le travail en équipes multidisciplinaires. À cet égard, les soins et les services en pré et post-natals offerts par la sage-femme pourraient bien s'intégrer au CLSC. Afin d'assurer la continuité des soins, la sage-femme devra disposer de privilèges hospitaliers lui permettant d'assister sa cliente pendant le travail, l'accouchement et le post-natal immédiat.

Il est à noter que le comité interministériel sur les sages-femmes, dans son rapport, déposé en 1983, proposait aussi ce type d'organisation.

CLSC AVEC PRIVILÈGES HOSPITALIERS	
Avantages	**Contraintes**
Continuité de suivi	Ententes particulières pour privilèges hospitaliers
Suivi complet (période périnatale)	Changement d'établissement pour l'accouchement
Orientation familiale et communautaire	
Travail avec équipe multidisciplinaire	
Identification précoce de certains problèmes	
Ne crée pas une nouvelle catégorie d'établissements	
Certains avantages déjà démontrés dans une organisation de ce type	

6.4.3 Maison de naissances autonome

Deux projets de maison de naissances autonome ont été élaborés avec l'appui financier du MSSS. Il s'agit de celui du Comité maison de naissances de Montréal déposé en 1985 et celui du CRSSS Hull-Outaouais remis en 1986. Ces deux projets encore à l'étude, méritent qu'on s'en inspire dans la proposition de lieux de pratique pour les sages-femmes.

Le comité croit que la mise sur pied d'une maison de naissances autonome, tout en offrant un service adéquat aux femmes qui présentent une grossesse normale, permettrait de mettre l'accent sur l'évènement familial qu'est la naissance.

MAISON DE NAISSANCE AUTONOME	
Avantages	**Contraintes**
Répond aux demandes d'un certain nombre de femmes	Crée une catégorie d'établissements qui n'existe pas
Petit, flexible, moins d'intervenants	Nécessite des ententes de services pour transfert et services plus spécialisés
Plus grande autonomie de la sage-femme	Oppositions à prévoir : la grossesse est définie actuellement selon différentes catégories de risques
Plus appropriée pour les grossesses et accouchements normaux	
Plus pratique pour les parents ; possibilité de retrouver l'ensemble des services périnatals dans un même endroit	

6.4.4 Domicile

Malgré le fort mouvement d'opposition qu'il suscite, l'accouchement à domicile demeure le choix d'un certain nombre de femmes et de couples. Il importe que des services sécuritaires et des professionnels(les) qualifiés(es) soient disponibles pour assister ces personnes.

L'accouchement à domicile a fait l'objet d'un certain nombre d'articles notamment ceux de Mehl et al 1977, Alberman 1986, Chamberlain 1986. Ces auteurs illustrent bien la controverse qui entoure ce lieu de naissances. Il serait indiqué de mieux documenter la situation québécoise en gardant à l'esprit que les femmes qui choisissent d'accoucher avec une sage-femme ne choisissent pas toutes d'accoucher à domicile (Saillant et al., 1986).

6.4.5 Bureaux privés

La pratique officielle sage-femme pourrait aussi se développer en équipe de sages-femmes, avec des gynécologues-obstétriciens ou avec des omnipraticiens. Ces associations donnent de bons résultats dans d'autres pays.

Toutefois, dans un contexte de remise en question du mode et de la source de rémunération, il nous est difficile de donner plus de précisions sur la question de savoir qui paiera pour les services rendus, soit en bureaux privés, soit à domicile.

Devons-nous songer à la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou aux compagnies d'assurances ? Les clientes continueront-elles d'assumer les frais pour ce service « gratuit » dans d'autres lieux et avec d'autres professionnels(les) ?

6.5 Projets d'implantation

6.5.1 Cadre de réalisation: quelques éléments

Nous avons identifié quelques résultats de la pratique des sages-femmes en regard d'objectifs à poursuivre en périnatalité au Québec. Nous avons présenté également différentes possibilités de lieux de travail pour ces professionnelles avec les avantages et les inconvénients qu'ils comportent.

Déjà en 1983, le comité interministériel présidé par le MEQ proposait la mise sur pied de projets-pilote de pratique sage-femme. Au cours des dernières années, les demandes pour avoir accès à des choix différents en périnatalité ont été exprimées, à divers niveaux par plusieurs personnes ou organismes. En outre, de plus en plus de professionnels-les de la santé manifestent leur intérêt à collaborer avec une sage-femme compétente.

Compte-tenu:

- des objectifs à poursuivre en périnatalité au Québec;
- des résultats obtenus par les sages-femmes en regard de l'atteinte de ces objectifs;
- de la pertinence pour le Québec d'offrir un autre choix aux femmes et aux futurs et aux nouveaux parents.

Le Comité recommande l'implantation de la pratique des sages-femmes au Québec.

Cette implantation pourrait se réaliser dans le cadre de projets qui privilégient le travail de la sage-femme dans la communauté, auprès de clientèles-cibles et dans divers lieux. Dans le choix de ces lieux, il faudra s'assurer que l'organisation physique et le personnel en place favorisent le respect des caractéristiques de l'approche sage-femme: normalité, globalité, continuité de soins et travail d'équipe.

Il revient aux régions et aux établissements concernés de définir des objectifs et de suggérer des moyens qui correspondent à leur réalité spécifique. Comme mentionné, divers scénarios de projets en obstétrique font actuellement l'objet d'études au MSSS. Il y aurait lieu de voir dans quelle mesure les responsables de ces projets sont ouverts à l'intégration de sages-femmes dans leur équipe.

Par ailleurs, les projets qui accepteront l'expérimentation d'une pratique sage-femme devront permettre l'atteinte des objectifs en périnatalité que nous rappelons:

- maintenir ou améliorer les taux de mortalité périnatale;
- prévenir les naissances prématurées et de bébés de faible poids;

– humaniser les soins et les services entourant la grossesse, l'accouchement et la naissance;

– développer une approche et des services adaptés à des clientèles cibles:
  • adolescentes enceintes
  • femmes enceintes des milieux défavorisés
  • femmes enceintes des régions périphériques ou éloignées
  • nouveaux parents

– favoriser un recours adéquat aux interventions obstétricales.

6.5.2 Évaluation

Chaque projet d'implantation devra comprendre un programme d'évaluation qui tienne compte des objectifs à poursuivre en périnatalité au Québec et de l'établissement de nouveaux services en périnatalité. L'évaluation devra porter également sur le fonctionnement de ce nouveau service.

6.5.3 Coûts

L'évaluation des coûts sera possible quand nous aurons plus d'informations sur les projets soumis par des établissements ou des individus.

6.5.4 Rémunération des sages-femmes

Bien que d'autres travaux soient en cours sur la rémunération des professionnels de la santé, nous proposons dans cette section les modes de rémunération des sages-femmes qui nous apparaissent les plus adéquats.

Nous privilégions deux hypothèses de mode de rémunération: le salariat et la rémunération au cas. Le premier est adapté à une fonction exercée dans un poste d'un établissement: un CH, un CLSC, une maison de naissances. Le second convient pour l'ensemble des soins requis, dans une situation donnée, en fixant une somme globale pour les services fournis par un(e) professionnel(le) qui accepte la prise en charge de ce cas (Rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, 1980).

Pour nos calculs du salaire des sages-femmes, nous retenons la moyenne de l'échelle salariale des pharmaciens oeuvrant en établissement au Québec, soit 35 000 $. Les similitudes entre les deux groupes nous amènent à privilégier cette échelle salariale. Tous deux ont une responsabilité sociale importante, ils-elles travaillent en milieu hospitalier et ils-elles doivent être disponibles en dehors des heures régulières pour assurer les services de garde et ont une formation universitaire. Nous ajoutons à ce salaire 35 % pour couvrir les autres frais et les bénéfices marginaux.

Les coûts reliés à l'assurance-responsabilité sont normalement assumés par les professionnel(les) et l'institution qui les emploie. On sait qu'une augmentation rapide des primes versées par les médecins a conduit l'État, à l'instigation

des principaux concernés, à partager temporairement ces frais. Nous ne sommes pas en mesure d'établir les montants des primes qui seront versées par les sages-femmes. Le Bureau des assurances du Canada ne possède pas de documentation sur les assurances-responsabilités des sages-femmes. Elles devront, lorsqu'elles seront légalement reconnues, procéder par appel d'offres auprès des compagnies pour l'ensemble des membres de leur organisation professionnelle. Dans le cas des projets d'implantation dans un centre hospitalier par exemple, il y aura lieu de vérifier auprès de l'Association des hôpitaux du Québec si cette couverture peut être assurée via son fonds d'auto-assurance, subventionné en partie par le MSSS. Nous savons, par ailleurs, qu'un projet de loi sur l'assurance-responsabilité est actuellement à l'étude au Québec.

6.6 Résumé des recommandations

Le comité recommande la reconnaissance officielle de la pratique des sages-femmes au Québec. Il associe à cette reconnaissance la mise en oeuvre des recommandations suivantes.

Cadre juridique

Que la profession sage-femme fasse l'objet d'une loi spécifique qui permette à la fois de couvrir les sages-femmes qui travailleraient dans les projets d'implantation et celles qui travailleront en dehors de ces projets, moyennant le respect de certains critères.

Champ de pratique

Que la détermination du champ de pratique de la sage-femme se fasse à partir des éléments suivants:

- la définition internationale des sages-femmes;
- le code de pratique des sages-femmes des pays membres de la Communauté économique européenne;
- les propositions contenues dans le chapitre 3 du rapport interministériel sur les sages-femmes (1983).

Formation

Que la formation des sages-femmes tienne compte des éléments suivants:

- une formation qui respecte les standards internationaux;
- un niveau universitaire de 1er cycle;
- l'accès direct à cette formation;
- un programme de type réseau;
- une solution de transition qui permette la tenue de projets d'implantation avec des sages-femmes déjà formées.

Lieux de pratique et projets d'implantation

Que différentes possibilités d'implantation de la pratique sage-femme dans le système de santé actuel soient expérimentées et évaluées:

– auprès de clientèles-cibles;
– en CLSC avec privilèges hospitaliers;
– en maison de naissances autonome;
– en centre hospitalier;
– en pratique privée.

CONCLUSION

Dans ce premier avis, nous avons brossé un tableau de la situation actuelle, en regard des principaux problèmes identifiés en périnatalité au Québec. Nous avons suggéré par la suite les objectifs à poursuivre en périnatalité. Ceux-ci font, pour la plupart d'entre eux, l'objet de travaux dont les résultats paraîtront au cours de l'automne.

L'étude de l'un des moyens à privilégier pour l'atteinte des objectifs prioritaires nous révèle que les sages-femmes obtiennent des résultats significatifs dans les pays où elles font partie de l'équipe périnatale. La spécificité de la formation et l'approche de ces professionnelles centrée sur le normal, la continuité des soins, la globalité et le travail d'équipe les préparent avantageusement à oeuvrer auprès des futurs et des nouveaux parents. L'aspect préventif du travail des sages-femmes a également été souligné, notamment en ce qui a trait à la prématurité et à la naissance de bébés de faible poids, deux problèmes prioritaires au Québec, problèmes qui ont des impacts majeurs sur la santé physique et mentale de l'enfant et de ses parents. De plus, dans les pays qui reconnaissent la pratique des sages-femmes, on note des taux d'interventions obstétricales nettement inférieurs à ceux qu'on rencontre au Québec.

La sage-femme joue un rôle essentiel et irremplaçable là où elle fait partie de l'équipe périnatale, soit dans la plupart des pays du monde. Nous croyons que cette professionnelle devrait pouvoir s'intégrer aux équipes québécoises à l'intérieur des structures officielles.

Au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées à plusieurs endroits au Québec, dans les services dispensés aux futurs et aux nouveaux parents. Plusieurs professionnels-les de la santé ont également effectué des remises en question importantes. Malgré cela, la pratique des sages-femmes continue de se développer en marge du système officiel, faisant ressortir le besoin pour la population d'avoir accès à des services non disponibles actuellement dans notre réseau officiel de santé.

L'expérience des autres pays industrialisés de niveau de vie et de culture comparables aux nôtres nous a démontré que, loin de nous faire reculer, l'intégration de la sage-femme constituerait un atout majeur qui nous permettrait de diminuer certains problèmes et de satisfaire des besoins de la population.

Le Comité propose donc la réalisation de projets d'implantation de pratique de sage-femme au Québec, ayant démontré que ces professionnelles jouent un rôle déterminant dans la dispensation des soins et services périnatals. Le rapport fait état des moyens à privilégier pour permettre la reconnaissance et la légalisation des sages-femmes au Québec en prenant en compte l'expérience des autres pays et la situation particulière du Québec.

D'autres sujets touchant notamment l'organisation professionnelle, l'assurance-responsabilité et la source de rémunération des professions de la santé font actuellement l'objet de travaux à d'autres niveaux et influenceront sans doute les décisions à prendre dans le cas des sages-femmes. Le champ de pratique de la sage-femme devra quant à lui être déterminé en collaboration avec les instances concernées. Les résultats de l'ensemble de ces travaux seront connus dans les mois qui viennent. Nous croyons que des étapes importantes du processus d'implantation de la pratique sage-femme au Québec peuvent être réalisées entre-temps, notamment la consultation sur ce rapport, l'identification des endroits où seront réalisés les projets d'implantation et les modifications législatives nécessaires pour la réalisation de ces projets.

Nous souhaitons avoir apporté un éclairage utile à la prise de décision quant à la pertinence de l'officialisation de la pratique des sages-femmes au Québec. Nous espérons également avoir bien mis en évidence les impacts importants que cela suppose pour l'État et les professionnels(les) mais surtout pour les premiers concernés, les parents et leurs enfants.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS, C., « Nurse-midwifery practice in high volume tertiary care settings », *Issues in Health Care of Women*, no 3, 1931, pp.93-99.

ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES, Mémoire présenté à la Commission Rochon, mai 1986, 47 p.

ASHTON, R., « The Royal College of midwives, past, present, future », *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, vol. 17, no 2, 1979, pp. 124-127.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Obstétrique 87, Un rapport de l'Association médicale canadienne sur les soins obstétricaux au Canada*, 1987, 31p.

BALL, J., « Effect of present patterns of maternity care on the emotional needs of mothers. Parties I, II and III », *Midwives Chronicle and Nursing Notes*, 1981, mai, pp. 151-154, juin, pp. 198-202, juillet, pp. 231-233.

BARIC EPSE DELON, Fanny, *La surveillance à domicile des grossesses à risques par une sage-femme. À propos de 18 mois d'activités à Toulouse*, France, Université Paul Sabatier, Faculté de médecine, 1979, 80 p.

BARRINGTON, E., *Midwifery is catching*, Toronto, NC Press Limited, 1985.

BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., « Dossier périnatalité : bilan et prospective », *Carrefour des affaires sociales*, édition spéciale, vol.2, sept. 1980, pp.10 à 28.

BOILARD, H., SÉGUIN, M., GAGNON, D., *Rapport de la mission en Californie sur les sages-femmes du 31 octobre au 13 novembre 1981*, Québec, Ministère de l'Éducation, 1982.

BOILY, R., *Résumé du document de Monique Cournoyer sur les perceptions des femmes cries lors de leur accouchement.*, Module nord québécois, Montréal, DSC, l'Hôpital général de Montréal, mai 1986, 14 p.

BOURASSA, J. et al., *L'éclosion du devenir parent*, Québec, DSC du CHUL, mars 1986, 91p.

BROWNE, H.E., ISAACS, G., « The Frontier Nursing Service : The primary care nurse in the community hospital », *American Journal Obstetric and Gynaecology*, vol. 124, no 1, janvier 1973, pp. 14-17.

BRUCKER, Mary C., MUELLNER, Maggie, « Nurse-midwifery care of adolescents », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 30, no 5, sept./oct. 1985, pp. 277-279.

BUCKLEY, Suzanne, « Efforts to reduce infant and maternity mortality in Canada between the two World Wars », *Atlantis*, no 2, 1977.

_____ « Ladies or midwives? Efforts to reduce infant and maternal mortality », dans KEALY, L., *A not unreasonable claim : Women and reform in Canada, 1880-1920*, Toronto, Women's Press, 1979.

BUTLER, Lorraine, *A review of perinatal services in British Columbia*, Colombie-Britannique, Ministère de la Santé, décembre 1986, 45 p.

BUTTER, J., LAPPRÉ, R., « Obstetric care in the Netherlands : manpower substitution and differential costs », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 1, 1986, pp. 89-100.

CAMPBELL, Rona, MCFARLANE, Alison, « Place of delivery : a review », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, juillet 1986, pp. 675-683.

CAPPIELO, A., « Beaucoup trop de césariennes, les médecins doivent revoir leur approche », *L'Actualité médicale*, 19 mars 1986.

CARTY, E. et al., *The low risk clinic : evaluation report 1981-1984*, Vancouver, Université de Colombie-Britannique, 1985.

CENTRAL MIDWIVES BOARD PUBLICATION, *Midwifery committee of the English National Board Notices : to the United Central Council midwives rules for England and Wales*, United Kingdom Central Council for nursing, midwifery and health visitors, 1983.

CHERRY, J. et al., « Comparison of hospital charges generated by certified nurse-midwives's and physician's clients », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 27, no 1, jan./fév. 1982, pp. 7-11.

CHRISTOPHERSON NELSON, C., HEWITT, M.A., « An Indochinese refugee population in a nurse midwife service », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol.28, no 5, sept/oct., 1983, pp.9-14.

COHEN, R., « A comparative study of women choosing two different childbirth alternatives », *Birth*, vol. 9, no 1, 1982, pp. 13-20.

COLIN, Christine, « Prévention et prématurité », dans *L'Omnipraticien et la périnatalité*, Montréal, FMOQ, mars 1987, 32 p.

_____ « Grossesse, risques et prévention en milieu urbain très défavorisé : le quart monde », *Prévenir*, cahier 10, *Le jeune enfant*, décembre 1984, pp. 59-68.

COLLINS, J., DORE, J., KAUFMAN, K., *Rapport préliminaire au Conseil des médecins et chirurgiens*, Ontario, Hamilton, 1985.

COLLOQUE SUR L'HUMANISATION DES SOINS EN PÉRINATALITÉ, « Les possibilités offertes à la femme et à la famille lors de l'accouchement, région 03/1979-80 », *Dossier régional d'information*, Région de Québec, Québec, avril 1981.

COMITÉ BRUNET *Rapport du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, 10 mars 1987, 91 p.

COMITÉ MAISON DE NAISSANCE DE MONTRÉAL, *Programme fonctionnel et technique de centre de maternité : un projet-pilote à Montréal*, Montréal, octobre 1985, 83 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Dossier « enfants 0-11 ans »*, Québec, oct. 1986, 164p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *Des problèmes prioritaires*, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du Ministère des Communications, 1983, 189p. (Coll. La santé des québécois).

_____ *Objectif-Santé*, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1984, 217 p.

CONSEIL DES UNIVERSITÉS, *L'université québécoise des années 1980, Avis du Conseil des universités sur trois rapports de la Commission d'étude sur les universités*, avis 79-13, Québec, mars 1980.

CONSEIL DES COLLÈGES, *Avis au ministre de l'Éducation sur l'harmonisation des programmes professionnels entre les ordres secondaire, collégial et universitaire*, avis 84-38, Québec, juin 1984.

COQUATRIX, N., ROCHELEAU, L., *Accoucher en 1980... les anciens et les nouveaux risques*, Québec, 1980.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Exercice de l'obstétrique : la césarienne, l'anesthésie épidurale, l'induction du travail, le monitorage foetal, l'utilisation de forceps, l'épisiotomie*, Montréal, mai 1986, 40 p.

_____ *Exercice de l'obstétrique : le suivi de grossesse, l'échographie obstétricale*, Montréal, février 1987, 32 p.

_____ *L'évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois*, Québec, Sondage effectué par le Centre de l'Université de Montréal, sept. 1985, 55 p.

CORRESPONDANCE DES INTENDANTS, *Archives des colonies séries A et B*, Canada, 1650-1760.

CÔTÉ, Marguerite, « Participation du père aux tâches familiales et développement de l'identité sexuelle du jeune garçon », à paraître prochainement dans les Actes du Colloque : *La part du père*, Montréal, 1987.

COURCHESNE, M.N., GAGNON, D., MICHON, L., *Rapport de la mission européenne sur les sages-femmes*, Québec, Ministère de l'Éducation, 1982.

COURNOYER, M., *Tournée d'information sur les résultats de recherche : Analyse des perceptions des femmes cries sur les conditions d'accouchement*, Montréal, DSC de l'Hôpital général de Montréal, juillet 1986, 24 p.

CUSHNER, Irwin, « The health care team : a physician's perspective », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 31, no 5, sept./oct. 1982, pp. 216-218.

DALLAIRE-DUROCHER, Lise, MARCOS, Maria, *L'évaluation des cours prénatals : revue critique de la littérature*, St-Jean, DSC de l'Hôpital du Haut-Richelieu, mai 1986, 259 p.

DEVRIES, Raymond G., « Midwifery and the problem of licensure », dans *Research in the Sociology of Health Care*, volume 2, Jai Press Inc., 1982, pp. 77-120.

DINGWALL, Robert, « Malpractice Issues in Childbirth 1985 », *Health Policy*, no 6, 1986, pp. 103-106.

DSC DU HAUT-RICHELIEU, Compilation des rapports annuels/cours pré-natal, St-Jean, CH du Haut-Richelieu, 1987.

DUBUC, Jean-Guy, «Des enfants qui naissent perdants», dans *La Presse*, Montréal, mardi 3 février 1987.

DUNN, H., «Social aspects of low birth weight,»*Can. Med. Assoc. J.*, vol.130, mai 1984.

DUSSAULT, G., «Les corporations de la santé et les médecines douces», *Les médecines douces et le système de santé québécois*, Le rapport de l'Agora, Ayer's Cliff, éditions de l'Agora, 1986, 195 p.

ENKIN, M., «Midwife plays an important role in English obstetric care», dans *The Medical Post*, 4 novembre 1980, 36 p.

_____ *Midwifery – integration into the health care system*, Texte présenté à la conférence internationale des sages-femmes, Vancouver, mai 1986.

ERNST, Eunice K., «The impact of non-available, non-affordable liability insurance on choice, alternative or even access to care, from spotlight on childbearing year, Convention resource manual», *International Childbirth Education Association*, Minnesota, 1986.

FAGIN, Claire, «Nursing as an alternative to high-cost care», *American Journal of Nursing*, vol. 82, no 1, janvier 1982, pp. 56-60.

FAIRWEATHER, «The role of the professional midwife», *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, vol. 17, no 2, 1972, pp. 99-138.

FECTEAU, J.M., *Pauvres, indigents et assistés au Québec; modes successifs d'insertion de l'État dans le processus de réduction des discordances sociales*, Québec, Ministère des Affaires sociales, juillet 1976, 375 p.

FENNEY, R.J., «Recognition and regulation of midwives», *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, vol. 17, no 2, 1979, pp. 105-107.

FIGO/ICM JOINT STUDY GROUP, *Maternity care in the world: international survey of midwifery practice and training*, Angleterre, Londres, 1972 et 1976.

FILION, G., THÉBAULT, M., *Grossesse et adolescence, revue de la littérature et éléments de problématique*, Montréal, DSC de l'Hôpital Saint-Luc, octobre 1984, 58 p.

F.M.S.Q. INFORMATION, «Mémoire concernant l'attribution du statut de Corporation professionnelle à l'Association des sages-femmes du Québec», vol. 6, no 2, mars 1986.

«FORUM ON MALPRACTICE ISSUES IN CHILDBIRTH», *Public Health Reports*, vol. 100, no 6, nov./déc. 1985, pp. 629-633.

GAGNON, J., PROULX, J.F., *Constitution d'un comité de périnatalité*, Québec, Povungnituk, septembre 1986.

GAGNÉ,J., MALENFANT, R., *Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans*, Québec, DSC du CHUL, novembre 1984.

GILMORE, Elizabeth, «The Malpractice Crisis», *Mothering*, été 1986, pp. 77-82.

GOLDBERG, Barbara D., BAISEH, Mary J., FOX, Robert A., «Teen Pregnancy Service», *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 31, no 6, nov./déc. 1986, pp. 263-269.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, 1981, 343 p.

HAIRE, Doris, «Improving the outcome of pregnancy through increased utilization of midwives», *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 26, no 1, jan./fév. 1981, pp. 5-8.

HOOTON, P., «Patterns of Care: Joint Presentation. The Team Approach to Midwifery Care», *Midwives Chronicle & Nursing Notes*, octobre 1984, pp. 105-106.

HOUD, Suzanne, «Appropriate use of human resources in the perinatal period», dans J.M.L. Phaff, *Perinatal health services in Europe*, London, Croom Helm, 1986, pp. 92-104.

HOWARD, S., *Midwifery in British Columbia: Why?*, préparé avec le Comité de travail de Colombie-Britannique pour le Ministère de la Santé, Vancouver, Gouvernement de Colombie-Britannique, janvier 1986.

HULTIN, H., «Role of the midwife: the Finland experience», dans *Prevention of Perinatal Mortality and Morbidity*, New York, Karger, 1984, 182 p.

HUMENICK, S.S., «Mastery: the key to childbirth satisfaction? A review», *Birth and the Family Journal*, vol. 8, no 2, été 1981, pp. 79-90.

JELIU, G., «Facteurs de vulnérabilité et prévention psycho-sociale en pédiatrie», *L'union médicale du Canada*, Tome 108, novembre 1979, pp. 1273-1283.

JOHNSON, Phyllis, *Proposal for midwifery education programm*, Curriculum report for year one, submitted to Board of Directors, Fraser Valley Childbirth Education Association, mars 1985.

KENDELLEN, Rosalind, « The medical malpractice insurance crisis. An overview of the issues », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 32, no 1, jan./fév. 1987, pp. 4-10.

KLEIN, M. et al., *Controverses obstétricales et les soins maternels*, Montréal, CRSSS MM, 1984, 78 p.

_____ « A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care : shared-care (consultant) and integrated general practice unit. I. Obstetrical procedures and neonatal outcome«, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90, fév. 1983, pp. 118-122.

_____ « The Canadian Family Practice Accoucheur », *Can. Fam. Physician*, vol. 32, mars 1986, pp. 533-540.

KOBRIN, Frances E., « The american midwife controversy, a crisis of professionalisation », *Bulletin of the History of Medecine*, juillet-août 1966, pp. 343-373.

LABRECQUE, Michel, LATULIPPE, Louis, GAUTHIER, Danielle, « L'obstétrique en omnipratique au Québec, souffrance médicale aiguë », *Le Médecin du Québec*, mai 1987, pp. 75-78.

LAFORCE, Hélène, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, I.Q.R.C., 1983, 237 p. (Coll. Edmond de Nevers, no 4).

LAURENDEAU, FRANCE, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, XXIV, 2, mai-août 1983, pp. 203-233.

LEAVITT, Judith W., « Science enters the birthing room : obstetrics in America since the Eighteen Century », *Journal of American History*, sept. 1970, pp. 236-287.

LEGISLATION UPDATE, « Nurse-Midwives obtain liability insurance from insurance consortium », *NAACOG Newsletter*, vol. 13, no 9, sept. 1986, pp. 11-12.

LEPAGE, M.C., CYR. L., MALENFANT, R., *« Problématique de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité »*, Québec, DSC du CHUL, mars 1986, 120 p.

LEVY, B. et al., « Reducing neo-natal mortality rate with nurse midwives », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, no 1, janvier 1971, pp. 50-58.

L'OFFICIEL DE LA SAGE-FEMME, *Journal de l'association nationale des syndicats de sage-femme*, France, 33e année, no 3, mars 1986.

LOI MÉDICALE, L.R.Q., C.M-9.

LOI DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS, L.R.Q., C.Z.

LOMAS, Jonathan, « Consensus Conference Report, Indications for cesarean section : final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth », *CMAJ*, vol. 134, juin 1986, pp. 1348-1352.

LONSDALE, L. et al., « Su Clinica Familiar – Georgetown University Pilot Project », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 27, no 5, sept./oct. 1982, pp. 25-33.

MAGNAN, Anne, *Quelques observations sur les actes relatifs à l'accouchement pratiqués par les médecins omnipraticiens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1987, 12 p.

MANN, R.J., « San Francisco General Hospital nurse-midwifery practice : the first thousand births », *American Journal of Obstetric and Gynaecology*, vol. 140, no 6, juillet 1981, pp. 676-682.

MARTEL, D., *Projet-pilote maternité, Povungnituk*, Québec, DSC du CHUL, avril 1986.

MATE, G., « Failed birth demonstrates need for midwifery », *The Medical Post*, janvier 1987, p. 13.

McCALLUM, Wenda T., « The Maternity Center at El Paso », *Birth and the Family Journal*, vol. 6, no 4, hiver 1979, pp. 259-266.

McMASTER UNIVERSITY MEDICAL CENTER, *Discussion paper : extended role of the nurse in obstetrics*, 1984, p. 1.

MERCIER, Gilles, « L'accouchement sans risque, un mythe ? », *Le médecin du Québec*, vol. 14, no 6, juin 1979, pp. 60-64.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, *La périnatalité, une politique du Ministère des Affaires sociales*, Québec, 1973, 53 p.

_____ « Le regroupement des services obstétriques ou comment le Québec combat la mortalité infantile », dans *65 à l'heure*, vol. 1, no 4, janvier 1973, 12 p.

_____ *Projet de politique en périnatalité*, Québec, 1985, 68 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Les sages-femmes : proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation*, Rapport du Comité interministériel, 1985, 371 p.

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA SCIENCE, *Règles budgétaires et calculs des subventions de fonctionnement aux universités du Québec*, Québec, Édition de juin 1985.

MORNEAULT, Monique, « Les chambres de naissance », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 5, no 3, 1983, pp. 8-12.

MOUTQUIN, J.M., *Réduction du taux de naissance des enfants de petit poids au Québec*, Montréal, Univ. de Montréal, septembre 1985.

MURDAUGH, A., « Report on Su Clinica Familiar », *Journal of Nurse-Midwifery*, hiver 1977.

MYLES, M.F., *A textbook for midwives*, Edimbourg, Livingston, 1975.

NAIR, C., WADHERA, S., « Trends in cesarean section births in Canada », présenté à la *National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth*, Ontario, oct. 1985, 18 p.

NATIONS-UNIES, *Annuaire démographique*, États-Unis, Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistique, 1983, 1083 p.

NELSON, C.C., HEWITT, M.A., « An indochinese refugee population in a nurse-midwife service », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 28, no 5, sept./oct. 1983, pp. 9-14.

NEWSON, K., « Direct entry method of training midwives in three countries : 1-the Netherlands, *Midwives Chronicles and Nursing Notes*, février 1981.

NORSIGIAN, Judy, « Nurse-midwives and the insurance crisis », *The Network News*, nov./déc. 1985, pp. 1 et 6.

NURSE-MIDWIFERY IN AMERICA, *A report of the American College of Nurses-Midwives Foundation*, Washington D.C., 1986.

OAKLEY, A., *The captured womb, A history of the medical care of pregnant women*, London, New York, Basil Blackwell Publisher, 1984, 351 p.

_____ « Social consequences of obstetric technology : The importance of measuring "soft" outcomes », *Birth*, vol. 10, no 2, 1983, pp. 99-109.

_____ « Social support and perinatal outcome », dans J.M.L. Phaff, *Perinatal health services in Europe*, London, Croom Helm, 1986, pp. 92 à 104.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Rapport de mission sur les modes de contrôles et de réglementation des professions aux États-Unis*, Québec, avril 1979, p. 10.

OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, ISSN 0378-6978, L 33, vol. 23, 11 février 1980.

OPPENHEIMER, J., « Childbirth in Ontario : the transition from home to hospital in the early twentieth century », *Ontario Historio History*, vol. LXXV, no 1, mars 1983, pp. 36-60.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Appropriate technology for birth », *Lancet*, avril 1985, pp. 436-437.

_____ *Having a baby in Europe : Report on a study*, Copenhagen, Regional Office for Europe, Public Health in Europe 26, 1985, 157 p.

_____ *Maternity care in the world, report of a joint study group of the FIGO and ICM*, deuxième édition, 1969, 1976.

PAPIERNIK. E., BOUYER, J. et al., « Prevention of preterms births : A perinatal study in Haguenau, France, » *Pediatrics*, vol. 76, no 2, août 1985, pp. 154-158.

PHILLIPS, C.R., ANZALONE, J.T., *Fathering : Participation in labor and birth*, St-Louis, C.V. Mosby Co., 1978.

PIECHNIK, Sara L., CORBETT, Margaret Ann, « Reducing low birth weight among socioeconomically high-risk adolescent pregnancy », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 30, no 2, mars/avril 1985, pp. 88-98.

PINEAULT, Raynald, LESSARD, Richard, « Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ? », *L'Union médicale du Canada*, tome 113, septembre 1984, pp. 750-770.

RANKIN, S., « Midwives first-nurses second ? » *Nursing mirror*, 11 décembre 1980, pp. 22-23.

Rapport de la Commission Royale du Canada sur la santé publique et les services sociaux, Ottawa, Éditeur de la reine, II, 1964, 675 p.

RAPPORT DU COMITÉ sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec, *Le système des honoraires modulés*, Québec, mars 1980, 319 p.

RICHARDS, M., « Husbands becoming fathers », dans LAMB, Michael E. (ed.), *Fatherhood and family policy*, New Jersey, Erlbaum Ass., 1983, chap. 9, p. 141.

RODGER, J., *Proposal for the future of the maternity services*, communication présentée à la Conférence internationale des sages-femmes, Londres, mai 1986.

ROSS, Michael G., « Health impact of a nurse programm », *Nursing Research*, vol. 30, no 6, nov./déc. 1981, pp. 353-354.

ROY, Augustin, « L'assurance-responsabilité ou la relation médecin-patient : un défi à relever », *Bulletin C.P.M.Q.*, vol. XXVI, no 2, mai-juin 1986.

RUSSELL, G., *The changing role of fathers*, St-Louis, University of Queensland Press, 1982.

RUSSELL, G., RADIN, N., « Increased paternal participation : the father's perspective », dans LAMB, Michael E. (ed.), *Fatherhood and family policy*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass., 1985, pp. 139-166.

RYAN, Claude, *La Commission parlementaire sur les universités : un premier bilan*, texte reconstitué de l'allocution de Claude Ryan, Québec, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, Québec, 21 octobre 1986.

SAILLANT, Francine, DESJARDINS, Danièle, O'NEILL, Michel, *Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise*, Québec, F.C.L.S.C. et Université Laval, mai 1986, 162 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* : Lignes directrices nationales, Ottawa, 1987, 135 p.

SAVARD, S., *Analyse des résultats de la consultation auprès des centres hospitaliers sur les routines hospitalières en obstétrique et à la pouponnière*, Québec, MSSS, Comité de périnatalité, mai 1986, 28 p. et annexes.

SCHERJON, S., « A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, juillet 1986, pp. 684-689.

SCHNEIDER, G., « Management of normal labourer and delivery in the case room : a critical appraisal », *CMA Journal*, vol. 125, août, 1981, pp. 350-352.

SCUPHOLME, Anne, « Postpartum early discharge », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 26, no. 6, nov./déc. 1981, pp. 19-22.

SCITOUSKY, Anne, A., « Changes in the costs of treatment of selected illness, 1971-1981 », *Medical Care*, vol. 23, no. 12, déc. 1985, pp. 1345-1357.

SLOME, J., « Future Setting of Nurse-Midwifery Practice, A Delphi Survey », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol.28, no 6, nov./déc. 1983, pp. 5-10.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « Sages-femmes et accoucheurs », déclaration de la SOGC à l'assemblée annuelle du 27 juin 1986, publiée dans *UPDATE*.

STARK, R., et al., « The Women's Health Care Training Project – An alternative for training midwives » *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 29, no 3, mai/juin 1984, pp. 191-196.

STATISTIQUES CANADA, *Statistiques de l'état civil trimestriel*, catalogue 84-001, 1987, 9 p.

STEWART, Richard B., CLARK, Linda, « Nurse-midwifery practice in an Hospital Birthing Center : 2050 births », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 27, no 3, mai/juin 1982, pp. 21-26.

ST-ONGE, Micheline, *Étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes pour l'Outaouais*, Hull, C.R.S.S.S.O., 1986, 201 p.

TATE, Merryn, *The changing role of the perinatal nurse in hospital and community*, Conférence au Collège Mowhawk, octobre 1985.

TEW, Marjorie, « Do obstetric intranatal interventions make birth safer ? », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, juillet 1986, pp. 659-674.

THERRIEN, F., *Une maternité à Povungnituk : Étude comparative de coûts par rapport à la situation actuelle*, Québec, Projet-Nord, DSC du CHUL, 1986.

THURSTON, Norma E., DUNDAS, J. Brock, « Evaluation of an early post partum discharge program », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76, nov./déc. 1985, pp. 384-387.

TOMPKINSON, J., « Professional interrelationship : the midwife and the physician », *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, oct. 1979, pp. 99-101.

TOWLER, Jean, BRAMALL, Joan, *Midwives in history and society*, London, Croom Helm, 1986, 316 p.

TREFFERS, P.E., LAAN, R., « Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol.93, juillet 1986, pp. 690-693.

TURGEON, Jean, *Les causes et les effets de la hausse des primes d'assurance-responsabilité* (document de travail), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1986, 25 p.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, « A midwife's code of practice for midwives practicing in the United Kingdom », *Midwifery and Health Visiting*, First edition, États-Unis, mai 1986.

UNIVERSITÉ MC MASTER, Département d'obstétrique et de gynécologie, « La maternité, une histoire de famille », dans *Bulletin* (SOGC), vol. 11, no. 3, juin 1981.

VANDELAC, Louise et al., *Du travail et de l'amour*, Montréal, St-Martin, 1985, 3910.

VENTRE, F., « The future of midwifery: an alliance », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 27, no 5, sept./oct. 1982, p. 23.

VERMOT-DESROCHES, B., « Des soins de santé accessibles à tous? Les disparités régionales en matière de soins de santé: l'exemple de la Gaspésie », *Réseau*, sept. 1986, pp. 15-18.

WAGNER, Marsden, Conférences au D.S.C. du C.H.U.L. et à la faculté de Nursing de l'Université McGill, novembre 1986.

_____ *Having a baby in Europe: Lessons for North America*, Conférence prononcée au Congrès de l'Association américaine de santé publique, Washington, novembre 1985, 12 p.

_____ Témoignage présenté à l'enquête McLaughlin-Harris, Toronto, juillet 1985.

WALKER, J., « Midwife or obstetric nurse? Some perceptions of midwives and obstetricians of the role of the midwife », *Journal of Advanced Nursing*, no 1, 1976, pp. 120-138.

WALLIS, Mary U., *Grossesse et accouchement: le rôle du médecin et de l'infirmière au Canada*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, mars 1986, 79 p.

WILLEFORD, M.B., « The Frontier Nursing Service », *Public Health Nursing*, vol. 25, no 9, 1933, pp. 6-10.

WILLIS, Evan, *« Medical dominance. The division of labour in Australian health care »*, Sydney, Londres et Boston, George Allen and Unwin, 1985, 236 p.

WEATHERSON, L. et al., « Hospital based midwifery: meeting the needs of childbearing women », *The Canadian Nurse*, janvier 1985, pp. 35-37.

WERTZ, Richard et Dorothée, *Lying in. A history of childbirth in America*, New-York, Schocken Book, 1977, 260 p.

WINTER, R.W., « La main-d'oeuvre en obstétrique et en gynécologie », *Le Bulletin (SOGC)*, juillet-août 1986, pp. 5-9.

YATES, Susan A., « Professional liability insurance for nurse-midwives: The availability/affordability crisis », dans *Nurse-Midwives Foundation*, Washington D.C., 1986, pp. 73-75.

YOUNG, Diony, « Malpractice: the rush to sue health care providers for malpractice adds to the cost of care and prompts overrise of technological intervention », *Childbirth Educator*, hiver 1984-1985.

_____ « Malpractice issues in childbirth: Report on a National Forum », *Birth*, vol. 13, no 1, mars 1986, pp. 53-60.

_____ « Midwives of the future », *The Lancet*, 21 mars 1987, p. 664-666

_____ « Midwives, their role in the hospital », dans *Changing Childbirth, Family birth in the hospital*, New York, Rochester, Childbirth graphics Ltd, 1982, pp. 181-207.

ANNEXE I

CHAMP DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AUX ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE

La période pré-natale

La période pré-natale se situe entre la conception et le début du travail. Cette phase est importante, non seulement pour la croissance et le développement du foetus mais aussi pour la préparation de la mère et du père à leur futur rôle de parent.

Tel qu'illustré dans le tableau A-1, la sage-femme effectue les consultations et rencontres pré-natales et peut prescrire les analyses de laboratoire usuelles. Dans certains pays, elle peut également prescrire et administrer l'échographie et surveiller les femmes présentant une grossesse à risques, à l'hôpital ou à domicile. À cela s'ajoute un soutien individualisé d'aspect préventif (femmes et enfants battus, malnutrition, familles de milieux défavorisés) ce qui facilite l'adaptation à la maternité. De plus, une place importante est accordée à la préparation à l'accouchement et au rôle de parent.

Le suivi pré-natal s'effectue au moyen de rencontres avec la sage-femme. Le nombre et la fréquence des visites est sensiblement le même qu'au Québec soit, tous les mois au début, puis deux fois par mois durant les septième et huitième mois, et ensuite toutes les semaines jusqu'au moment de l'accouchement.

Certains pays favorisent les visites à domicile en prénatal. Ainsi, en Angleterre, la sage-femme visiteuse responsable du post-partum rencontre à domicile la femme enceinte avant l'accouchement (Courchesne, Gagnon, Michon, 1982). En Hollande, la sage-femme visite au moins une fois ses clientes à domicile ce qui favorise ainsi la sélection de celles qui accoucheront à l'hôpital (Wagner, 1986). En France, à Toulouse et dans la région parisienne, un projet-pilote favorisait la surveillance à domicile des grossesses à risques (Baric Epse Delon, 1979).

TABLEAU A-1
Responsabilité de la sage-femme dans certains pays pendant la période pré-natale

Pays	Consultations pré-natales	Rencontres pré-natales	Prescriptions échographie	Administration échographie
États-Unis	OUI	OUI	NON	NON
Suède	OUI	OUI	OUI	OUI
France	OUI	OUI	OUI	OUI
Angleterre	OUI	OUI	NON	NON
Pays-Bas	OUI	OUI	OUI	OUI
Danemark	OUI	OUI	NON	*
Finlande	OUI	OUI	NON	*
Japon	OUI	OUI	*	*
Suisse	OUI	OUI	OUI	NON

TABLEAU A-1
Responsabilité de la sage-femme dans certains pays pendant la période pré-natale (suite)

Pays	Analyse de laboratoire	Surveillance grossesses à risques			
		Hôpital		Domicile	
États-Unis	OUI	sous surv. méd.	oui	Pers. resp.	oui
Suède	OUI	sous resp. méd. gyn.-obs.			oui
France	OUI	sous resp. méd.	oui	sous resp. méd.	
Angleterre	OUI	sous resp. méd.	oui	sous resp. méd.	
Pays-Bas	OUI	trav. avec gyn-obs.	oui		oui
Danemark	NON	trav. avec gyn.-obs.	oui		oui
Finlande	*	sous resp. méd.	oui		oui
Japon	*	*			*
Suisse	OUI	sous resp. méd.	oui		non

Sources : – L'officiel de la sage-femme, journal de l'association nationale des syndicats de sages-femmes, 33e année – n° 3, mars 1986.
– Communications avec les associations de sages-femmes des divers pays.

* Données non disponibles.

TABLEAU A-2
Responsabilités de la sage-femme dans certains pays pendant la période per-natale

Pays	Surveille, évalue, assiste accouchement eutocique	Surveille, évalue, travail dystocique avec obs.-gynéco.	Prescription ocytociques	Administre médicaments	Prescrire et lire pelvimétrie
États-Unis	oui	oui	oui	oui	oui
Suède	oui	oui	oui	oui	oui
France	oui	surveillance seulement	oui	oui	oui
Angleterre	oui	surveillance seulement	oui	oui	*
Pays-Bas	oui	oui	oui	oui	oui
Danemark	oui	surveillance seulement	oui	oui	*
Finlande	oui	surveillance seulement	*	oui	*
Japon	oui	surveillance seulement	*	oui	*
Suisse	oui	oui	non	oui	sur prescription médicale

Pays	Assiste accouchement siège	Épisiotomie		Accouchement instrumental (ventouses ou forceps)
		Effectuée	Réparée	
États-Unis	oui	oui	oui (3e)	dépend des États
Suède	oui	oui	oui	ventouses
France	avec gynécologue	oui	oui (2e)	non
Angleterre	avec gynécologue	oui	non	ventouses avec gynécologue
Pays-Bas	oui	oui	oui	ventouses avec gynécologue
Danemark	avec gynécologue	oui	*	ventouses avec gynécologue
Finlande	*	oui	*	ventouses avec gynécologue
Japon	*	oui	*	*
Suisse	avec gynécologue ou en urgence	non	non	ventouses avec gynécologue

Sources : – L'officiel de la sage-femme, journal de l'association nationale des syndicats de sages-femmes, 33e année – n° 3, mars 1986.
– Communications avec les associations de sages-femmes des divers pays.

* Données non disponibles.

La période per-natale

La période per-natale comprend le travail et l'accouchement, jusqu'à la stabilisation de l'état de la mère et de l'enfant.

Les soins donnés durant cette période s'inscrivent dans la continuité de la période prénatale, et favorisent l'autonomie de la femme et du couple. Tant que la situation est normale, la sage-femme constitue l'intervenante de première ligne. Elle:

- assure le soutien psychologique et le confort physique pendant et après le travail;
- effectue l'interprétation des observations et des évaluations faites au cours du processus;
- aide les prises de décisions de la femme et du couple;
- peut intervenir en cas d'urgence, soit en référant sa cliente à un autre spécialiste, soit en agissant elle-même, en l'absence d'un médecin.

Le tableau A-2 fait état des divers actes posés par la sage-femme lors du travail et de l'accouchement. Ils réfèrent à un processus normal selon les protocoles en vigueur dans les différents pays.

Nous avons exclu du tableau certains actes, tels: l'accouchement prématuré, l'accouchement de jumeaux, la délivrance artificielle du placenta, la révision utérine et l'induction du travail. La sage-femme a reçu une formation lui permettant d'intervenir dans ce type de situation. Cependant, elle ne le fera qu'en cas d'urgence ou, dans certains pays, sous surveillance d'un gynécologue-obstétricien. Dans un centre de grossesses à risque, ces actes lui sont permis, suite à un entrainement spécifique en accord avec les protocoles de l'établissement.

La période post-natale

Dans la majorité des pays étudiés, le travail de la sage-femme pendant la période post-natale se termine six semaines après l'accouchement.

Les premières heures après la naissance du bébé, l'état du nourrisson et de la mère nécessitent une surveillance étroite. La sage-femme réfère à des spécialistes s'il y a complications. Les visites subséquentes permettent d'évaluer la condition physique de la mère et de l'enfant, tout en aidant les parents à s'adapter à leur nouveau rôle. Elle les rassure sur leur compétence en leur apportant le soutien nécessaire.

Le suivi post-natal peut varier selon les pays. Par exemple, au Royaume-Uni (Boilard, Gagnon, Séguin, 1984), la sage-femme visite la famille pendant les dix jours qui suivent l'accouchement. Par la suite, une infirmière visiteuse prend la relève pendant six mois. En Hollande, les visites post-natales sont quotidiennes pendant dix jours, que la mère soit en maternité ou à domicile. Enfin dans le Birth Center de Menlo Park, à Los Angeles, en Californie, les petites équipes de sages-femmes effectuent le suivi pendant les cinq premiers jours.

La planification des naissances et la gynécologie

En matière de planification des naissances, la sage-femme intervient principalement par des conseils et de l'information.

Par exemple, elle peut prendre les mesures de la cape cervicale ou du diaphragme et en indiquer l'usage. Quant aux soins gynécologiques de routine, ils se limitent à certains tests (États-Unis, Suède, Pays-Bas, Suisse) et à l'administration de médicaments pour des maladies ou infections vénériennes mineures (tous nos pays de référence).

ANNEXE II

FORMATION DES SAGES-FEMMES AUX ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE

a) Aux États-Unis

Dans la majorité des programmes, on retrouve les cours théoriques suivants:

- anatomie et physiologie
- examen physique général
- embryologie et génétique incluant certains aspects des nouvelles technologies de la reproduction
- chimie
- pharmacologie
- gynécologie et planification des naissances
- nutrition
- examen du nouveau-né
- pédiatrie
- approche sage-femme: grossesse, travail, accouchement et post-partum
- éducation à la préparation à la naissance
- psychologie et counselling
- sexualité
- sociologie de la santé
- statistique et épidémiologie
- histoire de la profession sage-femme
- philosophie de la profession sage-femme
- techniques de laboratoire
- santé environnementale
- lois, normes et règles
- santé communautaire
- pathologie obstétricale

Tous les programmes d'entrée directe (qui ne demandent pas comme préalable une formation d'infirmière) nécessitent une année supplémentaire d'apprentissage. La formation clinique prévoit le suivi complet (pré, per et post natal) d'environ 50 femmes enceintes.

Suivi d'un examen national ou d'État, le programme de formation donne accès au titre de sage-femme ou d'infirmière sage-femme.

b) En Europe

La CEE stipule que le programme de formation doit dispenser les cours suivants, en vue de l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat:

Matières de base:

- notions fondamentales d'anatomie et physiologie
- notions fondamentales de pathologie
- notions fondamentales de bactériologie, virologie et parasitologie
- notions fondamentales de biophysique, biochimie et radiologie
- pédiatrie, eu égard notamment au nouveau-né
- hygiène, éducation sanitaire, prévention des maladies, dépistage précoce
- nutrition et diététique, eu égard notamment à l'alimentation de la femme, du nouveau-né et du nourrisson
- notions fondamentales de sociologie et problèmes de la médecine sociale
- notions fondamentales de pharmacologie
- psychologie
- pédagogie
- législation sanitaire et sociale et organisation sanitaire
- déontologie et législation professionnelle
- éducation sexuelle et planification familiale
- protection juridique de la mère et de l'enfant.

Matières spécifiques aux activités de sage-femme:

- anatomie et physiologie
- embryologie et développement du foetus
- grossesse, accouchement et suites de couches
- pathologie gynécologique et obstétricale
- préparation à la naissance et à la parenté, y compris les aspects psychologiques
- préparation à l'accouchement (y compris connaissance et emploi du matériel obstétrical)
- analgésie, anesthésie et réanimation
- physiologie et pathologie du nouveau-né
- soins et surveillance du nouveau-né

– facteurs psychologiques et sociaux.
(Journal officiel des communautés européennes, 1980)

La formation clinique doit avoir lieu en centre hospitalier et dans la communauté et être supervisée par le personnel autorisé. L'étudiante sage-femme doit effectuer au moins 100 examens pré-natals et donner des soins et des services continus à au moins 40 femmes enceintes.

La formation requise par la CEE doit être d'au moins 3 ans d'études, pratiques et théoriques. Pour les étudiantes qui ont une formation d'infirmière, le cours est de 18 mois.

c) Tableau sur la formation sage-femme dans certains pays

Le tableau A-3 nous présente certains éléments en regard de la formation:

- généralement le niveau de formation est l'équivalent d'une formation universitaire au Québec;
- même si dans plusieurs pays il y a un cours d'infirmière comme pré-requis, il y a actuellement un mouvement de plus en plus important vers l'entrée directe;
- l'âge minimum d'admission est de 20 ans; cependant, les prérequis exigés laissent supposer que les candidates sont plus âgées à l'entrée à l'école;
- une formation additionnelle est généralement requise, pour l'administration et l'enseignement.

TABLEAU A-3
Formation sage-femme dans certains pays, 1976

Pays	Nombre écoles	Âge min. d'admission	Durée de la formation	Pré-requis à la formation	Formation additionnelle
Angleterre	116	20 ans	Infirmière (1 an) Entrée directe (3 ans)	Infirmière ou entrée directe	Préparation à l'enseignement
Danemark	2	20 ans	Infirmière (2 ans) Entrée directe	*	*
Finlande	1	*	1 an	Diplôme infirmière	*
France	33	18 ans	4 ans	Baccalauréat** ou équivalent	Second cycle pour administration et/ou enseignement
Hollande	3	20 ans	3 ans	12 ans scolarité, entrée directe	*
Japon	78	21 ans	1 an	Diplôme infirmière	Cours en administration et enseignement
Suède	9	*	1 an	Infirmière avec expérience	Cours spéciaux pour administration supervision et enseignement
États-Unis	34	20 ans	1½ à 2 ans	Diplôme infirmière ou formation de base en science santé	Maîtrise avec majeure en administration

Sources : Curriculum de formation des pays cités et Organisation mondiale de la santé, *Maternity care in the world*, 1976

* Données non disponibles

** Le Baccalauréat se donne en France à la fin des études Secondaires. Il équivaut à notre Diplôme d'études collégiales (DEC).

ANNEXE III

LOI MÉDICALE ET LOI MODIFIANT LA LOI MÉDICALE CONCERNANT L'ACUPUNCTURE

Chapitre M-9

LOI MÉDICALE

SECTION I
DÉFINITIONS

Interprétation.

1. Dans la présente loi et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:

« *Ordre* »: *a)* « Ordre »: l'Ordre des médecins du Québec constitué par la présente loi;

« *Bureau* »: *b)* « Bureau »: le Bureau de l'Ordre;

« *médecin* », « *membre de l'Ordre* »: *c)* « médecin » ou « membre de l'Ordre » quiconque est inscrit au tableau;

« *permis* »: *d)* « permis »: un permis délivré conformément au Code des professions et à la présente loi;

« *autorisation spéciale* »: *e)* « autorisation spéciale »: une autorisation d'exercer la profession médicale accordée conformément au Code des professions et à la présente loi;

« *établissement* »: *f)* « établissement »: un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-5);

« *tableau* »: *g)* « tableau »: la liste des membres en règle de l'Ordre dressée conformément au Code des professions et à la présente loi.

1973, c. 46, a. 1; 1974, c. 65, a. 67.

SECTION II
ORDRE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Corporation, Noms.

2. L'ensemble des médecins habilités à exercer la profession médicale au Québec constitue une corporation désignée sous le nom de « Corporation profesionnelle des médecins du Québec » ou « Ordre des médecins du Québec ».

1973, c. 46, a. 2; 1977, c. 5, a. 229.

Code applicable.

3. Sous réserve des dispositions de la présente loi, l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions.

1973, c. 46, a. 3.

Siège social.

4. Le siège social de l'Ordre est à Montréal ou à tout autre endroit du Québec déterminé par règlement du Bureau.

1973, c. 46, a. 4.

Signification des procédures.

5. Toute procédure dirigée contre l'Ordre doit être signifiée à son secrétaire ou à l'un de ses adjoints au siège social de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 5.

SECTION III
BUREAU

Composition. **6.** L'ordre est administré par un Bureau formé d'un président et de vingt-huit administrateurs.

Citoyenneté. Le président et tous les administrateurs doivent être citoyens canadiens.

1973, c. 46, a. 6.

Administrateurs élus. **7.** Vingt des administrateurs sont élus chacun comme représentant d'une des régions délimitées conformément à l'article 65 du Code des professions.

Administrateurs nommés. Quatre autres administrateurs sont nommés par l'Office des professions du Québec, de la manière prévue au Code des professions.

Administrateurs nommés. Quatre autres administrateurs sont nommés par les facultés de médecine de l'Université Laval, de l'Université de Montréal, de l'Université McGill et de l'Université de Sherbrooke, à raison d'un administrateur par faculté.

1973, c. 46, a. 7.

Représentants des régions. **8.** Le gouvernement fixe le nombre de représentants de chacune des régions au sein du Bureau conformément à l'article 65 du Code des professions.

1973, c. 46, a. 8.

Élection du président. **9.** Les élections au poste de président ont lieu tous les quatre ans, le premier mercredi d'octobre, si le président est élu au suffrage universel des membres inscrits au tableau, ou à la première réunion du Bureau qui suit cette date, si le président est élu par les administrateurs élus.

Formation du Bureau. Dans les cas où le président est élu par les administrateurs élus, le Bureau est considéré comme régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.

1973, c. 46, a. 9.

Élection des administrateurs élus. **10.** Les élections aux postes d'administrateurs élus ont lieu le premier mercredi d'octobre, tous les deux ans.

Remplacement. Elles pourvoient au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.

1973, c. 46, a. 10.

Choix des administrateurs nommés. **11.** Le choix des administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec et par les facultés de médecine a lieu en même temps que les élections des administrateurs élus.

Remplacement. Lors de ce choix, on pourvoit au remplacement des administrateurs nommés dont le mandat vient à expiration.

1973, c. 46, a. 11.

Mandat. **12.** Le président et les administrateurs sont élus ou nommés, suivant le cas, pour un mandat de quatre ans.

1973, c. 46, a. 12.

Désignation du vice-président et des membres du comité administratif.

13. À la première réunion du Bureau suivant le premier mercredi d'octobre de chaque année, les membres élus du Bureau désignent parmi eux, par un vote au scrutin secret, un vice-président et deux membres qui doivent faire partie du comité administratif.

Qualité.

Le vice-président est d'office membre et vice-président du comité administratif.

Autre membre du comité administratif.

Lors de la même réunion, un autre membre du comité administratif est désigné par vote au scrutin secret des membres du Bureau parmi les membres nommés par l'Office.

1973, c. 46, a. 13; 1974, c. 65, a 68.

Incapacité d'agir du président.

14. Au cas d'incapacité d'agir du président par suite d'absence ou de maladie, il est remplacé par le vice-président.

1973, c. 46, a. 14.

Fonctions du Bureau.

15. En outre des fonctions prévues à l'article 86 du Code des professions (chapitre C-26), le Bureau:

a) donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux fournis dans les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins;

b) collabore, conformément aux modalités fixée en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 184 du Code des professions, à l'élaboration des programmes d'études conduisant à un diplôme donnant ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste, et à la préparation des examens ou autres mécanismes d'évaluation des personnes effectuant ces études;

c) organise la tenue d'un registre des étudiants en médecine, de même que des personnes effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité, et détermine les formalités relatives à l'immatriculation dans ce registre;

d) détermine les formalités relatives à l'inscription et à la réinscription au tableau, de même qu'aux demandes d'autorisation spéciale.

1973, c. 46, a. 15; 1974, c. 65, a. 69; 1985, c. 23, a. 24.

Comité d'enquête.

16. Dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées au paragraphe *a* de l'article 15, le Bureau peut faire effectuer des enquêtes au sujet de la qualité des soins médicaux fournis dans les établissements et former un comité d'enquête à cette fin.

1973, c. 46, a. 16.

Manoeuvres interdites.

17. Il est interdit d'entraver de quelque façon que ce soit un membre d'un comité d'enquête formé en vertu de l'article 16 dans l'exercice de ses fonctions, de le tromper par des réticences ou par de fausses déclarations ou de refuser de lui fournir un renseignement ou un document relatif à une enquête qu'il tient en vertu de la présente loi.

Infraction et peine.

Toute personne qui contrevient au présent article commet une infraction et est passible de peines prévues à l'article 188 du Code des professions.

1973, c. 46, a. 17.

Enquêtes.

18. Le Bureau peut tenir une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline des membres de l'Ordre ou l'honneur et la dignité de la profession.

Délégation d'un membre.

Aux fins de cette enquête, le Bureau délègue un membre de l'Ordre, qui a le droit d'obtenir de tout médecin, établissement ou patient tous les renseignements qu'il juge utiles, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.

Ordonnance d'outrage au tribunal.

S'il y a refus de répondre ou d'exhiber un document concernant l'enquête ou de laisser prendre copie d'un tel document, l'Ordre peut obtenir, sur requête dûment signifiée à l'intéressé, une ordonnance de la Cour supérieure équivalant à une ordonnance d'outrage au tribunal.

1973, c. 46, a. 18; 1974, c. 65, a. 70.

Transmission des informations.

18.1. Le Bureau transmet au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens auquel est rattaché un médecin visé par une enquête, sur demande ou de sa propre initiative, les informations obtenues par un comité d'enquête, le comité d'inspection professionnelle, le syndic ou les syndics adjoints et qu'il croit utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.

1981, c. 22, a. 35; 1984, c. 47, a. 210.

Règlements du Bureau.

19. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions, le Bureau doit, par règlement:

a) déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes;

b) déterminer parmi les actes visés à l'article 31 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins;

c) déterminer les conditions et formalités de la révocation de l'immatriculation d'un étudiant en médecine ou d'une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité;

d) déterminer des normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances, verbales ou écrites, faites par un médecin.

Consultations préalables.

Le Bureau doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa, consulter l'Office des professions du Québec et les corporations professionnelles auxquelles appartiennent les personnes visées par ce règlement ou, à défaut de telle corporation, les organismes représentatifs de ces classes de personnes.

1973, c. 46, a. 19; 1974, c. 65, a. 71.

Règles du Bureau sur l'acupuncture.

20. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions, le Bureau doit, par règlement, déterminer des règles relatives:

a) à la formation des personnes autres que des médecins qui désirent exercer l'acupuncture;

b) à l'exercice de l'acupuncture par ces personnes;

c) aux conditions et modalités de l'inscription annuelle de chacune de ces personnes à un registre tenu par le secrétaire de l'Ordre, à la suspension de cette inscription, à son annulation ou au refus de son renouvellement;

d) à l'application des pouvoirs du comité d'inspection professionnelle et des pouvoirs d'enquête du syndic à l'égard de ces personnes;

e) aux matières sur lesquelles doit avoir porté l'enseignement reçu par les personnes mentionnées à l'article 21;

f) à la formation des médecins qui désirent exercer l'acupuncture.

Consultation de l'Office. Le Bureau doit, avant d'adopter un règlement en vertu du présent article, consulter l'Office des professions du Québec et les organismes représentatifs des personnes concernées, identifiés de concert avec l'office.

Appel au Tribunal. Une décision prise par le Bureau de suspendre une inscription au registre prévu au paragraphe *c* du premier alinéa, de l'annuler ou d'en refuser le renouvellement est susceptible d'appel devant le Tribunal des professions dont la décision est définitive et sans appel. Cet appel doit être interjeté dans les vingt jours de la signification, conformément au Code de procédure civile, de la décision du Bureau à la personne intéressée.

1977, c. 66, a. 27.

Inscription au registre. **21.** Malgré les paragraphes *a* et *c* du premier alinéa de l'article 20, le Bureau doit inscrire au registre prévu à cet article toute personne qui:

a) en fait la demande écrite à l'Ordre ou à l'Office des professions du Québec avant le 1er juin 1978;

b) a exercé l'acupuncture au Québec avant le 22 décembre 1977;

c) est diplômée d'une école d'acupuncture où elle a reçu un enseignement théorique et clinique d'au moins 1 000 heures dans les matières définies par règlement; et

d) subit avec succès les examens déterminés et contrôlés par un comité d'examinateurs composé de trois personnes dont deux sont nommées par le Bureau et l'autre par l'Office des professions du Québec.

Nouvelle session d'examens. Les personnes qui subissent un échec aux examens prévus au paragraphe *d* du premier alinéa doivent avoir la possibilité de se présenter, dans les six mois qui suivent cet échec, à une nouvelle session d'examens déterminés et contrôlés par un comité d'examinateurs composé conformément à ce paragraphe.

1977, c. 66, a. 27.

Règlement adopté par l'Office. **22.** À défaut par le Bureau d'adopter un règlement conformément au paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19 ou conformément à l'article 20 dans le délai fixé par l'Office des professions du Québec, celui-ci peut adopter un tel règlement.

Pouvoirs de l'Office. Les pouvoirs conférés à l'Office par les paragraphes *q* et *r* du troisième alinéa de l'article 12 du Code des professions s'appliquent à un règlement adopté en vertu de l'article 20 ou du présent article.

Approbation et entrée en vigueur. Tout règlement adopté par l'Office en vertu du présent article doit être soumis à l'approbation du gouvernement et il entre en vigueur, après cette approbation, le jour de sa publication dans la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure qui y est fixée.

1973, c. 46, a. 20; 1977, c. 68, a. 28.

Règlements du Bureau.

23. En outre des pouvoirs prévus à l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), le Bureau peut, par règlement:

a) (paragraphe abrogé);

b) établir et administrer une caisse de retraite pour les membres de l'Ordre et organiser des régimes d'assurance-groupe pour les médecins;

c) établir et administrer au profit des médecins dans le besoin un fonds de secours, dont les avoirs sont placés conformément à l'article 981*o* du Code civil.

1973, c. 46, a. 21; 1974, c. 65, a. 72; 1983, c. 54, a. 49.

Entrée en vigueur.

24. Les règlements adoptés par le Bureau en vertu de la présente loi entrent en vigueur conformément à l'article 95 du Code des professions.

1973, c. 46, a. 22

SECTION IV
SECRÉTAIRE DE L'ORDRE

Secrétaire.

25. Le Bureau choisit le secrétaire parmi les membres de l'Ordre.

Mandat.

La durée des fonctions du secrétaire n'est pas limitée; il peut y être mis fin:

a) par la démission du secrétaire;

b) par résolution du Bureau adoptée à la majorité des deux tiers de ses membres.

Adjoints.

Le Bureau peut également nommer une ou plusieurs secrétaires adjoints de l'Ordre et déterminer leurs attributions.

1973, c. 46, a. 23; 1974, c. 65, a. 73.

Fonctions.

26. Le secrétaire agit comme secrétaire de l'Ordre, du Bureau et du comité administratif.

Fonctions.

Il est dépositaire des archives de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 24.

Authenticité des certificats.

27. Tout certificat portant la signature du secrétaire ou d'un secrétaire adjoint est authentique.

1973, c. 46, a. 25.

SECTION V
IMMATRICULATION

Certificat.

28. L'immatriculation d'un étudiant en médecine ou d'une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 26; 1974, c. 65, a. 74.

Qualités requises pour l'obtention d'un certificat.

29. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en médecine qui:

a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Bureau; ou

b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Bureau; et

c) a rempli les formalités déterminées par le Bureau.

Qualités requises pour l'obtention d'un certificat.

A également droit à un certificat d'immatriculation une personne qui effectue un stage de formation professionnelle ou qui poursuit des études de spécialité et qui a rempli les formalités déterminées par le Bureau.

1973, c. 46, a. 27; 1974, c. 65, a. 75; 1985, c. 21, a. 96.

Révocation de certificat.

30. Le bureau peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe c du premier alinéa de l'article 19.

1973, c. 46, a. 28.

SECTION VI
EXERCICE DE LA MÉDECINE

Actes constituant l'exercice.

31. Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

Actes constituant l'exercice.

L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections.

1973, c. 46, a. 29.

Conseils.

32. Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé.

1973, c. 46, a. 30.

Qualités requises pour l'obtention d'un permis.

33. A droit d'obtenir un permis celui qui en fait la demande et qui:

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) est titulaire d'un diplôme reconnu valide à cette fin par le gouvernement ou jugé équivalent par le Bureau;

c) a prêté le serment ou fait l'affirmation solennelle selon la formule établi par le Bureau;

d) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément à la présente loi et aux règlements du Bureau.

Disposition non applicable.

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant dont le diplôme a été délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec.

1973, c. 46, a. 31.

Permis temporaire.

34. Le Bureau peut délivrer, aux conditions qu'il détermine, un permis temporaire à toute personne qui n'est pas citoyen canadien et qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33, mais qui est engagée comme professeur dans le domaine de la santé dans une université du Québec. Ce permis est valable pour la

durée de l'engagement de cette personne comme professeur, mais il ne peut excéder un an, si ce n'est avec l'autorisation du gouvernement, lorsque l'intérêt public le requiert.

1973, c. 46, a. 32.

Permis restrictif.

35. Le Bureau peut accorder, aux conditions qu'il détermine à toute personne qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33 un permis restrictif, annuel et renouvelable.

Restriction.

Le détenteur d'un tel permis ne peut poser d'autres actes professionnels que ceux spécifiquement autorisés par son permis.

1973, c. 46, a. 33.

Inscription au tableau.

36. A droit d'être inscrit au tableau tout détenteur d'un permis qui a acquitté en totalité les cotisations exigibles par l'Ordre et qui n'est pas sous le coup d'une suspension ou d'une radiation.

1973, c. 46, a. 34.

Certificat de spécialiste.

37. A droit à un certificat de spécialiste tout détenteur de permis qui en fait la demande et qui:

a) est déteneur d'un certificat d'immatriculation;

b) est titulaire d'un diplôme reconnu valide à cette fin par le gouvernement ou jugé équivalent par le Bureau; et

c) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément à la présente loi et aux règlements du Bureau.

Disposition non applicable.

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant dont le diplôme a été délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec.

1973, c. 46, a. 35.

Utilisation de médicaments, d'appareils.

38. Tout médecin est autorisé à utiliser les médicaments, les substances et les appareils dont il peut avoir besoin dans l'exercice de sa profession, de même qu'à administrer et prescrire des médicaments à ses patients.

Attestations.

Il peut également délivrer des attestations relatives à la fourniture de médicaments.

1973, c. 46, a. 36.

Vente de prothèses.

39. Il est interdit à un médecin de vendre des prothèses autres que des verres de contact.

Intérêts prohibés.

Il est également interdit à un médecin d'avoir un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise de fabrication ou de vente de quelque prothèse que ce soit. Si un intérêt dans une telle entreprise lui échoit, par succession ou autrement, il est tenu d'en disposer immédiatement.

1973, c. 46, a. 37.

Prescription de médicaments.

40. Il est interdit au médecin de prescrire, d'administrer ou de fournir des médicaments dont il refuse de révéler au Bureau la composition qualitative ou quantitative exacte, ou encore qu'il refuse de soumettre aux analyses requises par le Bureau.

1973, c. 46, a. 38.

Nom autre.

41. Nul ne peut exercer la médecine sous un nom autre que le sien.

Raison sociale.

Il est toutefois permis à des médecins d'exercer leur profession sous une raison sociale dont le nom est celui d'un, de plusieurs ou de tous les associés.

1973, c. 46, a. 39.

Secret professionnel.

42. Un médecin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel.

1973, c. 46, a. 40.

SECTION VII
EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Actes réservés aux médecins.

43. Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin.

Exceptions.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux actes posés:

a) par les étudiants en médecine et les personnes qui sont immatriculés et qui effectuent un stage de formation professionnelle conformément à la présente loi et aux règlements du Bureau;

b) par les personnes qui, en raison de leurs fonctions ou de leur formation, prêtent, à titre gratuit et dans des circonstances spéciales, leur assistance aux malades;

c) par les sages-femmes exerçant l'obstétrique conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *a* du premier alinéa de l'article 19;

d) par les personnes agissant conformément aux règlements édictés en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19 ou en vertu de l'article 22;

e) par les personnes exerçant l'acupuncture conformément aux règlements édictés en vertu des articles 20 ou 22;

f) par des étudiants dans le cadre d'un programme de formation de personnes visées au règlement adopté en vertu du paragraphe *b* de l'article 19 ou en vertu de l'article 22.

1973, c. 46, a. 41; 1974, c. 65, a. 76; 1977, c. 66, a. 29; 1984, c. 27, a. 78.

Acupuncteur.

44. Nul ne peut de quelque façon prétendre être acupuncteur ni utiliser un titre pouvant laisser croire qu'il l'est, à moins qu'il ne soit inscrit au registre prévu au paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 20 ou, s'il s'agit d'un médecin, qu'il ne se soit conformé aux règlements édictés en vertu du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 20.

1977, c. 66, a. 30.

Infractions et peines.

45. Quiconque contrevient aux articles 43 et 44 est passible, pour chaque infraction, des peines prévues à l'article 188 du Code des professions.

1973, c. 46, a. 42; 1977, c. 66, a. 31.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — TRENTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi 156
(1986, chapitre 112)

LOI MODIFIANT LA LOI MÉDICALE CONCERNANT L'ACUPUNCTURE

Présenté le 13 novembre 1986
Principe adopté le 26 novembre 1986
Adopté le 19 décembre 1986
Sanctionné le 19 décembre 1986

Éditeur officiel du Québec
1986

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi a pour objet de régulariser la situation des personnes autres que les médecins qui ont exercé l'acupuncture au Québec entre le 22 décembre 1977 et le 8 septembre 1986.

Il prévoit une modification à l'article 21 de la loi afin de les assujettir aux mêmes conditions que ceux qui exerçaient l'acupuncture avant le 22 décembre 1977.

Il vise en outre à assurer la tenue en 1987 des examens destinés à régulariser la situation des personnes visées au premier alinéa.

Projet de loi 156

Loi modifiant la Loi médicale concernant l'acupuncture

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT:

1. L'article 21 de la Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9) est modifié:

1° par le remplacement des paragraphes *a* et *b* du premier alinéa par les suivants:

«*a)* en fait la demande écrite à l'Ordre avant le 1er juin 1987;

«*b)* a exercé l'acupuncture au Québec avant le 8 septembre 1986;»;

2° par l'insertion, après le premier alinéa, du suivant:

«Dans le cas des personnes qui ont satisfait à l'exigence prévue au paragraphe *a* du premier alinéa, les examens prévus au paragraphe *d* du premier alinéa doivent avoir lieu au plus tard le 31 décembre 1987.»

2. La présente loi entre en vigueur le 19 décembre 1986.

ANNEXE IV

PROJETS-PILOTES DE PRATIQUE SAGE-FEMME EN MILIEU HOSPITALIER, QUÉBEC, COLOMBIE-BRITANNIQUE ET ONTARIO

Le Centre de maternité de Povungnituk

Origine de la maternité

Pendant près de 15 ans, les femmes de la région de la Baie d'Hudson ont dû accoucher soit à Moose Factory en Ontario, soit à Montréal. Cette façon de faire entraînait de longues périodes de séparation familiale et une rupture importante dans le mode de vie des futurs parents.

En 1985, la population a demandé un lieu où les femmes pourraient donner naissance de façon sécuritaire dans leur propre communauté, assistées de femmes compétentes qui parlent leur langue.

En 1986, le centre hospitalier de la Baie d'Hudson, suite à une consultation avec un regroupement de femmes inuit, la Native Women's Association, le CRSSS Kativik et le DSC du CHUL, a mis en place un centre de maternité, le premier de ce type au Québec.

Objectifs poursuivis

- offrir des services en périnatalité dans une optique de santé communautaire;
- organiser la formation en périnatalité pour des autochtones;
- assurer la formation continue des infirmières des dispensaires (Martel, 1986).

Personnel sur place et services offerts

Le centre de maternité est dirigé par 2 sages-femmes et 4 femmes inuit en formation. Elles assument la responsabilité de l'ensemble des services périnatals. Elles organisent également la formation et l'information pour les femmes et les familles de la région. L'équipe périnatale comprend aussi les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux, avec lesquels les responsables de la maternité collaborent étroitement.

Mode de fonctionnement du Centre

Chaque femme enceinte rencontre le médecin au début de sa grossesse et à nouveau entre la trente et trente-cinquième semaine. Les sages-femmes ou les infirmières des dispensaires effectuent le suivi régulier, mensuel, hebdomadaire et bi-hebdomadaire.

Le Comité de périnatalité, décrit plus loin, évalue le dossier de chaque femme enceinte après la deuxième consultation médicale. Ce Comité se réunit à toutes les semaines afin de déterminer où accoucheront les femmes enceintes: au centre de maternité à Povungnituk ou à l'hôpital Royal Victoria à Montréal. Une grille d'identification des risques a été développée afin de faciliter les choix,

en regard des soins et du suivi. Toutes les décisions du Comité se prennent par consensus. Dans certains cas, elles font suite à des consultations avec un gynécologue-obstétricien de Montréal.

La femme qui accouche à Povungnituk est assistée par une sage-femme et une femme inuit en formation durant tout le travail et à l'accouchement. Le médecin ne participe pas à tous les accouchements, mais il est toujours disponible en cas de complication. Un protocole précise les situations nécessitant toujours sa présence. Dans le cas où une femme a besoin d'être suivie par un médecin, la sage-femme demeure impliquée pour certains aspects des soins.

Les soins requis durant la période post-natale et ce qui a trait à la planification des naissances relèvent des sages-femmes et des femmes inuit en formation. Les services, disponibles au centre de maternité ou dans la communauté, sont offerts en collaboration avec les infirmières des villages.

Comité de périnatalité du C.H. de l'Hudson

Composition: 4 médecins
2 sages-femmes
4 femmes inuit
1 représentante des usagères, membre du Native Women's Association

Responsabilités:

- définir les orientations en périnatalité;
- s'assurer de leur respect dans les établissements de la région (1 C.H. et 7 dispensaires);
- élaborer des directives et des protocoles précis pour tous les aspects des soins et services périnatals;
- identifier les tâches de chacun des membres de l'équipe périnatale;
- évaluer la qualité des soins et des services périnatals et leur impact sur la santé de la population.

Impact:

La mise sur pied du comité de périnatalité a permis d'établir un système de collaboration avec des rôles et des modes de communication précis. Ceci facilite:

- une cohésion d'équipe face à la décision du lieu d'accouchement et du suivi de la femme;
- le maintien de l'uniformité du système, tout en facilitant la tâche des médecins remplaçants ou occasionnels, qui connaîtraient mal ou pas du tout, le fonctionnement d'une maternité;
- l'assurance d'une évaluation constante sur l'orientation des accouchements de la côte de la Baie d'Hudson afin d'éviter l'aboutissement à une situation comme celle qui prévaut actuellement dans plusieurs centres. Dans ces endroits, malgré des services disponibles, la majorité des femmes sont transférées ailleurs pour l'accouchement.

Évaluation

Des analyses en cours permettront d'évaluer l'impact d'un tel système de soins et de services.

Le Grace Hospital à Vancouver et le Chedoke McMaster Hospital à Hamilton.

En Colombie-Britannique et en Ontario deux centres hospitaliers, le Grace Hospital à Vancouver et le Chedoke McMaster à Hamilton ont mené des projets-pilotes avec pratique d'infirmière sage-femme. Ces deux initiatives présentent des points communs:

- elles sont le fait d'infirmières sensibilisées aux demandes des femmes et des couples en matière d'humanisation des soins et services en périnatalité;
- les projets proposés sont de type hospitalier, conçus et mis en oeuvre uniquement par du personnel hospitalier;
- la réalisation de ces projets repose sur la bonne volonté des gens en place, d'où une certaine fragilité;
- les infirmières qui participent au projet McMaster à titre de sage-femme accomplissent les tâches d'une sage-femme, en plus de leurs tâches habituelles d'infirmière, sans rémunération supplémentaire.

Il est à noter que ces deux projets s'adressent à des femmes dont la grossesse se déroule normalement (Tableau A-4).

TABLEAU A-4
Rôle *de l'infirmière* ou *de l'infirmière sage-femme* en pré, per et post-natal dans le cadre de projets pilotes au Grace Hospital à Vancouver et au Chedoke McMaster Hospital à Hamilton, 1981-1984
Infirmière-sage-femme

Hôpital	Période pré-natale	Période per-natale	Période post-natale
Grace Hospital Vancouver	Soins donnés par les infirmières sages-femmes Accent sur prise en charge de sa santé Rencontres de groupe avec clientes Préparation à l'accouchement	Présence continue de l'infirmière sage-femme dès l'arrivée de la femme en travail Aucune intervention de routine Accouchement par l'infirmière sage-femme	Suivi par l'infirmière sage-femme Examens physiques Soutien émotif Suivi jusqu'à 6 semaines Information en contraception
Infirmière avec rôle élargi			
Chedoke McMaster Hamilton	En négociation Projet de soins partagés avec le médecin de famille	Rôle élargi de l'infirmière pendant le travail et l'accouchement L'infirmière assiste l'accouchement sous supervision du médecin	Non développé à ce jour

Sources:
The low risk clinic: Family care based on the midwifery model, 1981-1984. A report on the pilot project, prepared by the project team with support from Shaughnessy Hospital Education Services, University of British Columbia, School of Nursing, 1984
Rapport préliminaire au Conseil des médecins et chirurgiens, J. Collins, m.d., J. Doré, infirmière, K. Kaufman, infirmière sage-femme responsables du projet-pilote McMaster University, Hamilton, Ontario, 1985

Le projet du Chedoke McMaster est différent puisque l'infirmière n'intervient que pendant la période per-natale, soit au moment du travail et de l'accouchement. D'ailleurs il aurait été impossible d'avoir recours à des sages-femmes puisque les médecins posaient comme condition que les participantes à ce projet soient des infirmières (Kaufman, 1986).

Dans les statistiques qui suivent (tableau A-5), on ne note pas d'écart significatif entre les résultats obtenus par les infirmières au rôle élargi et les médecins. Les responsables du projet s'en déclarent fort satisfaits. Ce type d'expérience illustre cependant une substitution de main-d'oeuvre à moindre coût et ce, sans différence quant aux résultats. Il y a moins de continuité des soins, puisque l'infirmière n'est pas responsable du pré et du post-natal. Notons également que l'infirmière effectue son travail sous supervision d'un médecin.

TABLEAU A-5
Project McMaster, Hamilton, Ontario, 1984-1985

	Groupe des infirmières à rôle élargi	Groupe des médecins
Nombre total accouchements	65	40
Accouchement vaginal spontané	50 (76.9 %)	33 (82.5 %)
Utilisation de forceps	10 (15.4 %)*	3 (7.5 %)
Césariennes	5 (7.6 %)*	4 (10 %)
Épidurales	22 (33.8 %)	14 (35 %)

* interventions effectuées par un médecin

Rapport préliminaire au Conseil des médecins et chirurgiens, J. Collins, m.d., J. Doré, infirmière, K. Kaufman, infirmière sage-femme, responsables du projet-pilote McMaster University, Hamilton, Ontario, 1985

Dans les statistiques du Grace Hospital (tableau A-6), on note un plus grand nombre d'accouchements vaginaux spontanés et une baisse des interventions, dans le projet avec sages-femmes. Malgré ces résultats, le projet a été interrompu en 1984.

TABLEAU A-6
Projet Grace Hospital, Vancouver, 1981-1984

	Sages-femmes	Médecins
Accouchement vaginal spontané	73 %	58.7 %
Utilisation de forceps	16 %	19.8 %
Césariennes	11 %	21.5 %
Épidurales	5 % (accouchement vaginal spontané) 100 % (forceps)	24 à 40 %

The low risk Clinic : Family care based on the midwifery model, 1981-1984. A report on the pilot project, prepared by the project team with support from Shaughnessy Hospital Education Services, University of British Columbia, School of Nursing, 1984.

ANNEXE V

CHAMP PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME, TIRÉ DU RAPPORT DU COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LES SAGES-FEMMES, M.E.Q., 1983

Chapitre 3
Le champ professionnel de la sage-femme

3.1 Présentation

Le comité a voulu cerner le champ professionnel de la sage-femme à partir de trois paramètres: une définition de la profession de sage-femme, la mise en relief de la philosophie qui inspire sa pratique et l'inventaire des tâches qu'elle est en mesure d'assumer. Seule une approche aussi globale était de nature à bien faire ressortir toutes les spécificités de cette profession, traçant en cela des pistes importantes au regard de la formation.

Le présent chapitre rend compte de cette démarche. La définition du champ professionnel de la sage-femme qui en émerge s'apparente, dans ses dimensions essentielles, à ce qu'on peut observer ailleurs[1]: il consiste en l'accomplissement d'actes auprès des femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement.

3.2 Philosophie à la base de la définition de la sage-femme

Que doit-on entendre par sage-femme? La réponse à cette question délimite en quelque sorte une pratique. Aussi, est-il apparu important au comité d'adopter une définition de la profession de sage-femme qui, tout en étant générale, soit suffisamment explicite pour englober les principales dimensions, à savoir la formation, la reconnaissance d'une pratique, les responsabilités et les lieux d'exercice.

De toutes les définitions examinées par le comité, une seule répondait véritablement à ces critères, soit celle adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes lors de son congrès de 1972. Elle est ainsi formulée:

> *«Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum,*

1. Le comité a procédé à une revue de littérature exhaustive pour déterminer les tâches qui sont généralement dévolues à la sage-femme. Les résultats de cette recherche sont consignés dans un document de travail du Comité sage-femme intitulé *La détermination des tâches de la sage-femme: Revue de la littérature.*

d'aider lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit»[1].

En raison des précisions qu'apporte cette définition, le comité a décidé de la faire sienne et de s'en servir comme guide dans l'identification des tâches, la définition du statut professionnel et celle du cadre général de la formation.

Si cette définition permet d'identifier clairement les principaux actes d'une pratique, elle demeure, par ailleurs, assez limitée sur les modalités d'interprétation de celle-ci. C'est la philosophie à la base d'une pratique professionnelle qui peut apporter les précisions nécessaires. Aussi il est de toute première importance de bien la camper. À cette fin, le comité s'est inspiré des orientations philosophiques des tables de consultation organisées par le ministère de l'Éducation du Québec[2] et de celles retenues par l'American College of Nurse-Midwife[3].

Une philosophie est un ensemble de conceptions générales de la vie et des événements dont une personne peut s'inspirer pour guider ses décisions et ses actions. Parler d'une philosophie à la base de la profession de sage-femme implique qu'on puisse identifier un tel ensemble de conceptions générales relatives au processus de la maternité qui particularisent cette profession nelle par rapport aux autres intervenants dans le domaine de la périnatalité.

Fondamentalement, cet ensemble s'articule autour d'une vision de la grossesse et de l'accouchement comme étant des phénomènes **naturels** et, conséquemment, **normaux** dans la majorité des cas. De cette conception, découlent à la fois une éthique structurée autour du respect du rythme propre de la femme tout au cours de sa maternité et une reconnaissance des compétences particulières de tous les membres de l'équipe médicale.

L'American College of Nurse-Midwives a résumé en trois règles de base la philosophie qui doit inspirer la pratique des sages-femmes[4]. Ce sont les suivantes :

- Toute naissance doit être vécue en sécurité, perçue comme une expérience satisfaisante dans le respect et la dignité humaine, dans la reconnaissance du droit des parents à l'autodétermination ;

1. Myles, M.F., *A textbook for midwifes*, Edinburgh (Great Britain), Livingston, 1975 : XXXI (traduction du comité).
2. Courchesne, op. cit.
3. American College of Nurse – Midwifes, Philosophy and definitions of nurse – midwifery in *American College of nurse – midwives manual of essentials documents*, Washington, D.C.
4. American College of Nurse-Midwives, op. cit.

- Des soins complets, incluant un support émotif et éducatif autant que des soins physiques, doivent être assurés à la mère, à l'enfant et à la famille, au besoin ;
- La sage-femme fait partie d'une équipe dont les disciplines se complètent pour les meilleurs soins à la clientèle.

Ces règles se situent dans le prolongement des principes directeurs issus des revendications pour la reconnaissance des sages-femmes et viennent en quelque sorte les expliciter. Le comité les a fait siennes.

Dans cette optique, la sage-femme, en tant que professionnelle, aura donc à jouer un rôle de « service à la maternité », de support technique et humain en vue de développer des compétences chez les femmes et les couples impliqués dans l'expérience d'une grossesse, d'un accouchement et d'une naissance.

D'inspiration essentiellement humaniste, ces règles guident la sage-femme dans l'accueil et le support à la clientèle qu'elle assiste à toutes les étapes de la maternité et l'incitent à créer une atmosphère où la mère peut utiliser au maximum ses propres ressources et celles disponibles afin de vivre en toute sécurité une expérience de maternité satisfaisante.

3.3 Domaines d'activités

Les conceptions philosophiques qu'on vient d'énoncer sont inséparables des tâches. Elles guident leur réalisation, contribuant ainsi à définir « une pratique de sage-femme ».

Le comité s'est inspiré, pour dresser l'inventaire des tâches de la sage-femme, du résultat des tables de consultation organisées par le ministère de l'Éducation à l'été 1981 [1] et d'une analyse critique de la littérature réalisée par deux de ses membres [2].

De l'ensemble de tâches analysées, il se dégage un champ professionnel propre à la sage-femme. Celui-ci concerne les événements normaux du processus de reproduction humaine et comprend l'ensemble des services requis tout au cours de leur déroulement. Dans cet ordre d'idée, le champ professionnel de la sage-femme recouvre toutes les phases normales du processus de reproduction. Une sage-femme peut donc intervenir auprès des cas « normaux », et ce, dès qu'il y a recherche de grossesse et poursuivre cette intervention jusqu'au troisième mois suivant la naissance. De plus, elle doit également, selon les cas, s'acquitter des responsabilités administratives et pédagogiques.

Ces tâches, dans l'ensemble, peuvent se subdiviser en sept domaines d'activité qui, de l'avis du comité, rendent compte du champ professionnel

1. Courchesne, op. cit.
2. Comité sages-femmes, op. cit.

qu'on vient d'évoquer. Chacun implique un ensemble des connaissances et d'habiletés professionnelles nécessaires à l'accomplissement des tâches. Ces domaines sont les suivants: 1) Accueillir, informer et éduquer; 2) Recueillir les données, observer, évaluer; 3) Planifier, programmer; 4) Fournir l'accompagnement et le support psychologique; 5) Soigner et traiter; 6) Enseigner, faire de la recherche; 7) Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles.

3.4 Tâches de la sage-femme

Pour mieux cerner les tâches de la sage-femme, nous en présentons une description suivie d'une liste des principales activités qui en découlent. Évidemment, cet exposé n'est pas exhaustif. Il explicite seulement chacun des domaines identifiés.

3.4.1 Accueillir, informer et éduquer

L'une des premières tâches de la sage-femme est d'accueillir la clientèle, de l'informer des ressources et des services offerts, de la sensibiliser à assumer une responsabilité accrue et une participation active aux diverses étapes à vivre et, si nécessaire, de la guider vers l'utilisation de ressources aptes à combler certains besoins. Dans cette optique, ses connaissances et habiletés s'actualisent, entre autres, dans:

- l'établissement d'un contact chaleureux et sécurisant

- la description du déroulement général du processus de la maternité
- la précision sur le rôle de l'intervenante et de la cliente
- l'utilisation des moyens propres à faciliter l'échange
- l'écoute attentive des besoins
- une communication caractérisée par une information
- la transmission d'indications sur les ressources disponibles
- l'information sur les droits de la femme enceinte et de celle qui accouche
- l'éducation sanitaire
- l'information sur la contraception
- la sensibilisation quant aux facteurs susceptibles d'affecter le processus de la maternité
- la transmission de renseignements sur les soins à donner au nouveau-né
- etc.

3.4.2 Recueillir les données, observer, évaluer

La sage-femme recueille les données nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'intervention et observe directement les attitudes et les comportements de la cliente et de son entourage. Elle réalise alors les tâches suivantes:

- l'élaboration du bilan de santé
- la reconstitution de l'histoire de cas (plans clinique, obstétrical, psychologique et social)
- la réalisation d'examens physiques et gynécologiques complets
- la prescription d'analyse et tests usuels ou pertinents
- le diagnostic
- l'identification des risques physiologiques et psychologiques
- l'observation des milieux familial, social et de travail
- l'évaluation des conditions et habitudes de vie à l'intérieur des milieux familial, social et professionnel
- etc.

3.4.3 Planifier, programmer

Le troisième domaine d'activités regroupe les tâches d'élaboration et d'application des plans et des programmes d'assistance auprès des clientes et, s'il y a lieu, de leur entourage. À cette fin, la sage-femme procède à:

- l'établissement d'objectifs
- l'élaboration de moyens spécifiques en vue d'atteindre ces objectifs
- l'établissement de délais précis
- la répartition de la fréquence d'application des plans et programmes
- l'enrichissement des programmes par une étroite collaboration avec le personnel de l'institution
- l'opérationnalisation des programmes et leur mise en place
- la préparation de rencontres pré et postnatales
- la planification
- etc.

3.4.4 Fournir l'accompagnement et le support psychologique

Assister la cliente tout au cours du processus de la grossesse, de l'accouchement et des «relevailles», la rendre compétente dans le contrôle de ce processus et lui fournir le support psychologique requis constituent certes un domaine du travail de la sage-femme. Elle s'y adonne par:

- le counselling auprès de la cliente et de sa famille
- le suivi assidu tout au cours de chacune des étapes de la grossesse, de l'accouchement et des «relevailles»
- le maintien d'un contact chaleureux et sécurisant tout au cours de ces étapes

- l'adaptation des services en fonction du choix et des besoins de la cliente et de sa famille
- une présence et une assistance pendant toutes les phases actives du travail et de l'accouchement
- l'assistance requise pour faciliter l'intégration du nouveau-né au sein de la famille
- etc.

3.4.5 Soigner et traiter

Si elle assiste la cliente, la sage-femme prodigue aussi des soins et traitements requis en situation normale et fait face aux situations d'urgence. Ainsi, réalise-t-elle, entre autres:

- les examens physiques et gynécologiques
- la prescription d'analyses usuelles ou pertinentes
- l'identification d'anomalies et de risques
- le suivi physiologique du déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement, du post-partum immédiat et éloigné
- les examens usuels à la mère et au nouveau-né
- les techniques de facilitation de travail et de l'expulsion (massage, relaxation, etc.)

- l'application de techniques d'urgence (épiosotomie, forceps, etc.)
- la prescription et l'administration de médicaments, si nécessaire
- une collaboration avec les membres de l'équipe médicale
- etc.

3.4.6 Enseigner, faire de la recherche

Un sixième domaine d'activités pour la sage-femme consiste à préparer et transmettre des connaissances en vue de former ses paires et d'autres professionnels de la santé, à initier et collaborer à des recherches en périnatalité ou dans des domaines connexes. À cet égard, elle contribue à:

- l'élaboration de programmes d'enseignement destinés aux étudiantes sages-femmes
- la réalisation de ces programmes
- l'évaluation de ces programmes
- la supervision de stages
- l'évaluation des étudiantes
- la collaboration à l'élaboration et à la réalisation de programmes d'enseignement aux autres professionnels de la santé

– l'identification et la réalisation des recherches pertinentes à l'enrichissement constant de la profession de sage-femme.

3.4.7 Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles

Enfin, la sage-femme participe à la gestion des ressources humaines et matérielles relatives à la conception, l'application, le contrôle et l'évaluation des programmes et des services. Ces activités se manifestent alors dans:

– l'entraînement du nouveau personnel et des stagiaires

– la gestion des ressources humaines (gestion de personnel, évaluation, établissement d'horaires)

– la gestion des ressources matérielles (approvisionnement, entretien, budget)

– la tenue de dossiers

– la gestion de documents d'administration courante (déclaration de naissance, certificats de sortie de l'hôpital, etc.)

– les procédures d'admission

– la participation au travail d'équipe (réunions, comités, etc.).

3.5 Conclusion

Le champ professionnel de la sage-femme se définit autour des événements normaux du processus de la reproduction humaine. En cela, il se rattache à une philosophie d'ensemble de la reproduction telle que préconisée par l'American College of Nurse-Midwives. C'est d'ailleurs de cette philosophie que découlent des domaines d'activités à l'intérieur desquels des tâches spécifiques sont reconnues. L'opérationnalisation de ces domaines par des sages-femmes permettrait de regrouper des services à la maternité actuellement morcelés entre plusieurs intervenants et de développer une pratique adaptée aux grossesses et aux accouchements normaux. C'est du moins la conviction à laquelle est arrivé le comité.

LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS

Chapitre I-8

LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS

SECTION I
DÉFINITIONS

Interprétation

1. Dans la présente loi et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:

«Ordre»:

a) «Ordre»: l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec constitué par la présente loi;

«Bureau»:

b) «Bureau»: le Bureau de l'Ordre;

«infirmière»:

c) «infirmière», «infirmier» ou «membre de l'Ordre»: quiconque est inscrit au tableau;

«permis»:

d) «permis»: un permis délivré conformément au Code des professions et à la présente loi;

«autorisation spéciale»:

e) «autorisation spéciale»: une autorisation d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier accordée conformément au Code des professions et à la présente loi;

«établissement»:

f) «établissement» : un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-5);

«tableau»:

g) «tableau»: la liste des membres en règle de l'Ordre dressée conformément au Code des professions et à la présente loi.

«section»:

h) «section»: une corporation locale visée à la section VI.

1973, c. 48, a. 1; 1974, c. 65, a. 78.

SECTION II
ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Corporation, Noms.

2. L'ensemble des personnes habilitées à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier au Québec constitue une corporation désignée sous le nom de «Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers du Québec» ou «Ordre des infirmières et infirmiers du Québec».

1973, c. 48, a. 2; 1977, c. 5, a. 229.

Code applicable.

3. Sous réserve des dispositions de la présente loi, l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions.

1973, c. 48, a. 3.

Siège social.

4. Le siège social de l'Ordre est à Montréal ou à tout autre endroit du Québec déterminé par règlement du Bureau.

1973, c. 48, a. 4.

SECTION III
BUREAU

Composition du Bureau.

5. L'Ordre est administré par un Bureau formé d'un président et de vingt-huit administrateurs.

Citoyenneté.

Le président et tous les administrateurs doivent être citoyens canadiens.

1973, c. 48, a. 5.

Administrateurs élus.

6. Vingt-quatre des administrateurs sont élus par les conseils de section parmi leurs membres.

Administrateurs nommés.

Quatre autres administrateurs sont nommés par l'Office des professions du Québec, de la manière prévue au Code des professions

1973, c. 48, a. 6.

Administrateurs des conseils de section.

7. Le gouvernement fixe après consultation de l'Ordre et de l'Office des professions du Québec, le nombre d'administrateurs que chaque conseil de section peut élire au Bureau.

1973, c. 48, a. 7.

Bureau régulièrement formé.

8. Dans les cas où le président est élu par les administrateurs élus, le Bureau est considéré comme régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.

1973, c. 48, a. 8.

Vice-président.

9. À la première réunion du Bureau suivant l'élection et la nomination des administrateurs, les membres du Bureau désignent parmi eux un vice-président par un vote au scrutin secret.

1973, c. 48, a. 9.

Remplacement.

10. Au cas d'incapacité d'agir du président par suite d'absence ou de maladie, il est remplacé par le vice-président.

Vacances.

Toute vacance à un poste d'administrateur élu est rempli par un administrateur élu par le conseil de section dont faisait partie l'administrateur dont le poste est devenu vacant.

1973, c. 48, a. 10.

Fonctions du Bureau.

11. En outre des fonctions prévues à l'article 86 du Code des professions (chapitre C-26), le Bureau:

a) donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins infirmiers fournis dans les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins;

b) collabore, conformément aux modalités fixées en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 184 du Code des professions, à l'élaboration des programmes d'études conduisant à un diplôme donnant ouverture à un permis et à la préparation des examens ou autres mécanismes d'évaluation des personnes effectuant ces études;

c) détermine les formalités relatives à l'inscription et à la réinscription au tableau, de même qu'aux demandes d'autorisation spéciale;

d) détermine la date et l'endroit de l'assemblée générale annuelle, qui doit se tenir dans les neuf mois de la fin de l'année financière de l'Ordre;

e) organise la tenue d'un registre des étudiants en soins infirmiers et détermine les formalités relatives à l'inscription dans ce registre.

1973, c. 48, a. 11; 1985, c. 23, a. 24.

Règlements du Bureau.

12. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du code des professions, le Bureau doit, par règlement:

a) déterminer parmi les actes visés à l'article 36 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers, notamment par les infirmières auxiliaires et les infirmiers auxiliaires;

b) déterminer les conditions et formalités de la révocation de l'immatriculation d'un étudiant en soins infirmiers.

Consultations préalables.

Le Bureau doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe *a* du premier alinéa, consulter l'Office des professions du Québec et les corporations professionnelles auxquelles appartiennent les personnes visées par ce règlement ou, à défaut de telle corporation, les organismes représentatifs de ces classes de personnes.

1973, c. 48, a. 12.

Règlement adopté par l'Office.

13. À défaut par le Bureau d'adopter un règlement conformément au paragraphe *a* du premier alinéa de l'article 12 dans le délai fixé par l'Office des professions du Québec, celui-ci peut adopter un tel règlement.

Approbation et entrée en vigueur.

Tout règlement adopté par l'Office en vertu du présent article doit être soumis à l'approbation du gouvernement et il entre en vigueur, après cette approbation, le jour de sa publication dans la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure qui y est fixée.

1973, c. 48, a. 13.

Règlements du Bureau.

14. En outre des pouvoirs prévus à l'article 94 du Code des professions, le Bureau peut, par règlement:

a) modifier le territoire des sections avec le consentement des sections intéressées;

b) exiger des sections un rapport financier annuel;

c) mettre sous tutelle ou abolir les sections qui n'ont pas les fonds suffisants pour subsister ou qui ne font pas un usage convenable et utile de leurs fonds; exiger des officiers de ces sections un rapport de l'emploi de leurs fonds et, si nécessaire, ordonner une enquête;

d) prononcer à l'égard des sections en défaut de produire un rapport exigé en vertu du paragraphe *b* ou de se soumettre au désaveu d'un règlement prononcé en vertu de l'article 31 les sanctions suivantes: la mise en tutelle ou l'abolition de la section;

e) fixer la répartition entre les sections du produit des cotisations.

1973, c. 48, a. 14.

Entrée en vigueur. **15.** Les règlements adoptés par le Bureau en vertu de la présente loi entrent en vigueur conformément à l'article 95 du Code des professions.

1973, c. 48, a. 15.

SECTION IV
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Droit de vote. **16.** Seuls les délégués des sections ont droit de vote aux assemblées générales de l'Ordre.

1973, c. 48, a. 16.

Élection des délégués. **17.** Chaque section élit, conformément à ses règlements, un délégué par soixante-quinze membres de l'Ordre ayant leur résidence principale dans le territoire de la section le 31 décembre précédent.

1973, c. 48, a. 17.

SECTION V
SECRÉTAIRE DE L'ORDRE

Secrétaire. **18.** Le Bureau choisit le secrétaire parmi les membres de l'Ordre.

Mandat. La durée des fonctions du secrétaire n'est pas limitée; il peut y être mis fin:

a) par la démission du secrétaire;

b) par la résolution du Bureau adoptée à la majorité des deux tiers de ses membres.

Adjoints. Le Bureau peut également nommer un ou plusieurs secrétaires adjoints de l'Ordre et déterminer leurs attributions.

1973, c. 48, a. 18; 1974, c. 65, a. 79.

Devoirs. **19.** Le secrétaire agit comme secrétaire de l'Ordre, du Bureau et du Comité administratif

Dépositaire des archives. Il est dépositaire des archives de l'Ordre.

1973, c. 48, a. 19.

SECTION VI
SECTIONS

Nombre de sections. **21.** L'Ordre est divisé en au moins onze sections, dont les limites territoriales sont déterminées par les règlements du Bureau.

1973, c. 48, a. 21.

Corporation distincte. **22.** Chaque section constitue une corporation distincte et autonome, formée des infirmières et des infirmiers qui y sont inscrits.

1973, c. 48, a. 22.

Désignation.

23. Les sections sont désignées sous le nom de « Corporation des infirmières et infirmiers de la région *(indiquer ici le nom ou le numéro de la région appropriée)* ».

1973, c. 48, a. 23.

Conseils de section.

24. Chaque section est administrée par un conseil comprenant un président, un vice-président et le nombre de conseillers n'excédant pas huit fixé par les règlements de la section, qui déterminent la durée de leur mandat.

1973, c. 48, a. 24.

Élection du président, vice-président et conseillers.

25. L'élection du président, du vice-président et des conseillers se tient avant le 1er octobre.

Modalités.

Le conseil, par résolution, fixe les modalités de l'élection et nomme comme président de l'élection un membre de la section.

Scrutin secret.

Les voix doivent être données au scrutin secret à un endroit désigné par le conseil.

Droit de vote.

Seuls peuvent voter et sont éligibles les membres de l'Ordre ayant leur résidence principale dans le territoire de la section.

1973, c. 48, a. 25; 1974, c. 65, a. 80.

Devoirs du président.

26. Le président préside les réunions de la section et les séances du conseil. Au cas d'égalité des voix, le président, le vice-président ou le président temporaire choisi en leur absence, donne un vote prépondérant.

1973, c. 48, a. 26.

Remplacement.

27. Au cas d'incapacité d'agir du président par suite d'absence ou de maladie, il est remplacé par le vice-président.

1973, c. 48, a. 27.

Règlements des conseils de section.

28. Un conseil de section peut faire des règlements concernant la conduite de ses affaires et l'administration de ses biens, de même que sur toute matière d'intérêt général pour les membres de la section, à l'exception de celles qui sont de la compétence de l'Ordre.

Modification des limites.

Il peut, par règlement, décider la modification des limites territoriales de la section ou sa fusion avec une autre ou sa dissolution, à des conditions subordonnées à l'approbation des membres des sections intéressées et du Bureau.

1973, c. 48, a. 28.

Entrée en vigueur des règlements.

29. À moins qu'il n'en soit autrement ordonné, les règlements des conseils de section entrent en vigueur le jour de leur adoption.

1973, c. 48, a. 29.

Copie certifiée au secrétaire.

30. Chaque secrétaire de section expédie au secrétaire de l'Ordre une copie certifiée de tout règlement adopté par le conseil de la section, dans les dix jours de son adoption.

1973, c. 48, a. 30.

Désaveu de règlements.

31. Dans les quatre mois de la réception d'un règlement de section par le secrétaire de l'Ordre, le Bureau peut, après préavis à la section dont il s'agit, désavouer ce règlement par un vote affirmatif des deux tiers de ses membres.

Motifs.

Le Bureau exerce ce droit de désaveu si le règlement d'un conseil de section est incompatible avec un règlement du Bureau ou avec l'intérêt général de l'Ordre.

Effet rétroactif.

Le désaveu prononcé par le Bureau rétroagit à la date du règlement de section et met à néant tout ce qui a pu être fait sous son empire.

1973, c. 48, a. 31.

Dévolution des pouvoirs.

32. Lorsqu'une section est mise en tutelle ou abolie, tous ses pouvoirs passent au Bureau.

1973, c. 48, a. 32.

SECTION VII
IMMATRICULATION

Certificat d'immatriculation.

33. L'immatriculation d'un étudiant en soins infirmiers est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.

1973, c. 48, a. 33.

Conditions d'obtention.

34. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en soins infirmiers qui :

a) est détenteur d'un certificat de fin d'études secondaires décerné par le ministre de l'éducation ou d'un diplôme jugé équivalent par le Bureau, et

b) a rempli les formalités déterminées par le Bureau.

1973, c. 48, a. 34.

Révocation.

35. Le Bureau peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 12.

1973, c. 48, a. 35.

SECTION VIII
EXERCICE DE LA PROFESSION

Actes constituant l'exercice.

36. Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'idenfier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

1973, c. 48, a. 36.

Renseignements.

37. L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.

1973, c. 48, a. 37.

Conditions d'obtention d'un permis.

38. A droit d'obtenir un permis celui qui en fait la demande et qui:

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) est titulaire d'un diplôme reconnu valide à cette fin par le gouvernement ou jugé équivalent par le Bureau;

c) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément à la présente loi et aux règlements du Bureau.

Exception. Le paragraphe a du premir alinéa ne s'applique pas au requérant dont le diplôme a été délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec.

1973, c. 48, a. 38.

Inscription au tableau.

39. A droit d'être inscrit au tableau tout détenteur d'un permis qui a acquitté en totalité les cotisations exigibles par l'Ordre et qui n'est pas sous le coup d'une suspension ou d'une radiation.

1973, c. 48, a. 39.

Nom autre.

40. Nul ne peut exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier sous un nom autre que le sien.

1973, c. 48, a. 40.

SECTON IX
EXERCICE ILLÉGAL DE LA PROFESSION

Actes réservés aux infirmières et infirmiers.

41. Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 36, s'il n'est pas infirmière ou infirmier.

Exceptions. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux actes posés:

a) par une personne qui est légalement autorisée à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier hors du Québec et dont le contrat d'engagement exige qu'elle accompagne et soigne un patient résidant temporairement au Québec, durant le temps de cet engagement, pourvu que cette personne ne se présente pas comme détenant un permis;

b) par les candidats à l'admission à l'exercice de la profession qui effectuent un stage de formation professionnelle conformément à la présente loi et aux règlements du Bureau;

c) par les personnes agissant conformément aux règlements édictés en vertu des articles 12 et 13;

d) par des étudiants dans le cadre d'un programme de formation de personnes visées au règlement adopté en vertu du paragraphe *a* de l'article 12 ou en vertu de l'article 13.

Exceptions. Les dispositions du présent article ne visent pas non plus:

a) les personnes qui donnent des soins aux malades en qualité de domestique, de dame de compagnie, de bonne d'enfant ou d'aide domestique;

b) les personnes qui donnent des soins aux membres de leur famille.

1973, c. 48, a. 41; 1984, c. 27, a. 68.

Infractions et peines.

42. Quiconque contrevient à l'article 41 est passible, pour chaque infraction, des peines prévues à l'article 188 du Code des professions.

1973, c. 48, a. 42.

SECTION X
DISPOSITION PARTICULIÈRE

Effet d'exception.

43. La présente loi a effet indépendamment des dispositions des articles 2 et 7 à 15 de la Loi constitutionnelle de 1982 (annexe B de la Loi sur le Canada, chapitre 11 du recueil des lois du Parlement du Royaume-Uni pour l'année 1982).

1982, c. 21, a. 1.

ANNEXE VII

HYPOTHÈSES ÉTUDIÉES POUR DÉTERMINER LE CADRE JURIDIQUE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC

Proposition:

1. Mise à jour du Règlement sur les sages-femmes

Art. 43 par. *c* et 19 par. *a* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

- La Loi médicale prévoit déjà une exclusion concernant l'exercice illégal en faveur des sages-femmes exerçant l'obstétrique.

- Dans un contexte d'un consensus unanime entre les parties impliquées, les délais sont en principe plus courts étant donné la non-nécessité d'une modification législative.

- Il est prévu que le Bureau de la C.P.M.Q. a l'obligation d'adopter un tel règlement.

- Les sages-femmes seraient sous le contrôle des médecins étant donné qu'elles exerceraient en vertu d'un règlement adopté par la Corporation professionnelle des médecins du Québec sous l'autorité de la Loi médicale.

- Le pouvoir de déterminer les règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes est de la compétence uniquement du Bureau de la C.P.M.Q.

- L'Office des professions n'a pas de pouvoir supplétif en cas de défaut ou de refus d'agir de la part du Bureau.

- En l'absence de tout appui par les médecins, ce mécanisme n'est pas efficace.

- Le pouvoir réglementaire assimile la pratique des sages-femmes uniquement à l'exercice de l'obstétrique.

- On reconnaît alors que la pratique des accouchements normaux est un acte médical.

- La procédure prévue pour l'adoption de ce règlement ne prévoit pas de possibilité réelle d'intervention par des tiers:
  - pas de consultation;
  - simple pouvoir d'approbation de la part du gouvernement.

N.B. Toute autre solution que celle-ci implique l'abrogation des articles 19 par. *a* et 43 par. *c* de la Loi médicale.

Proposition:

2. Adoption d'un règlement de délégation d'actes aux sages-femmes

Art. 19 par. *b* et 43 par. *d* de la Loi médicale
Abrogation des articles 19 par. *a* et 43 par. *c* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

- L'adoption d'un tel règlement permet à certains groupes de personnes, qui font l'objet d'une autorisation spécifique en ce sens, de poser légalement certains actes «médicaux» et ce, à cause de l'art. 43 par. *d*.

- Le libellé du pouvoir habilitant prévu à l'art. 19 par. *b* permet aux médecins de laisser une grande autonomie aux groupes sujets à la délégation.

- Dans le contexte d'un consensus unanime entre les parties impliquées, la procédure est plus simple et les délais sont en principe plus courts vu la non-nécessité d'une modification législative.

- L'histoire démontre cependant que l'adoption des autres règlements de délégation d'actes a nécessité plusieurs années.

- L'Office des professions peut demander à la C.P.M.Q. d'adopter un tel règlement et, en cas de défaut ou de refus d'agir, il a un pouvoir supplétif.

- Ainsi, malgré l'opposition des médecins, il demeure une possibilité de faire adopter un tel règlement par l'Office.

- Après qu'un tel règlement ait été adopté, l'Office a également un pouvoir de suggérer des modifications et, en cas de défaut ou de refus d'agir, il a le pouvoir de modifier ledit règlement.

- L'Office des professions ne peut intervenir qu'en cas de défaut de la C.P.M.Q. Son pouvoir supplétif n'est qu'un pouvoir extraordinaire.

- Consultations obligatoires prévues au 2e alinéa de l'art. 19 de la Loi médicale.

- Rien n'oblige à ce qu'une telle délégation soit intégrée au règlement actuel sur la délégation des actes; il peut exister un deuxième règlement parallèle et indépendant contenant des dispositions et des modalités d'application autres que celles qui existent actuellement dans le Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins. Cela dépendra de la volonté de l'entité appelée à élaborer le projet de règlement.

- En adoptant un tel règlement, on reconnaît alors que la pratique des accouchements normaux est un acte médical et les sages-femmes seraient toujours sous le contrôle des médecins.

Proposition:

3. Apporter une modification législative à la Loi médicale en vue de permettre une exclusion en faveur des sages-femmes concernant l'exercice illégal

Art. 43 de la Loi médicale
Abrogation des articles 19 par. *a* et 43 par. *c* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

– Pas besoin de passer par tout le processus d'adoption d'une loi spécifique aux sages-femmes pour leur permettre de pratiquer sans être taxées d'exercer illégalement la médecine.

– L'encadrement de la sage-femme ne serait alors pas soumis à tous les mécanismes prévus au Code des professions, ce qui peut permettre une certaine flexibilité.

– C'est une solution intéressante si on n'a pas besoin de tout l'encadrement prévu au Code tel:
  – formation;
  – admission
  – inspection professionnelle;
  – discipline;
  – recours par le public etc.

– Le pouvoir de faire adopter ces modifications appartient à l'Assemblée nationale et non à la C.P.M.Q. ou au gouvernement.

– Le principal problème consiste à déterminer la classe de gens visée par l'exclusion.
  – par qui et comment.

– Selon la classe déterminée, il peut en découler un encadrement encore plus rigide que celui prévu au Code des professions. Ex.: Si on désigne une association, ce sera alors cette association qui contrôlera l'accès et l'évolution de la profession.

– Avec cette proposition, la pratique des accouchements normaux demeurerait un acte médical.

– Il existerait alors une incohérence au niveau des textes: d'une part, la pratique des accouchements est assez importante pour faire partie du champ d'exercice exclusif de la médecine alors que d'autre part, on laisserait ce champ à des personnes peu ou pas contrôlées.

– Pas d'assises juridiques claires pour la profession.

Proposition:

4. Amender l'art. 31 de la Loi médicale pour exclure expressément la pratique des accouchements normaux du champ d'exercice exclusif de la médecine

Abrogation des articles 19 par. *a* et 43 par. *c* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

- On sort ainsi l'accouchement normal du domaine médical c'est-à-dire qu'on ne le traite plus comme une déficience de la santé.
- Le pouvoir de faire adopter ces modifications appartient à l'Assemblée nationale et non à la C.P.M.Q. ou au gouvernement.
- Cela devient un domaine de pratique inoccupé. Donc, n'importe qui pourrait se l'approprier et non seulement les sages-femmes.
- Ça règle le problème de l'accouchement mais non de tout ce qui gravite autour.

Proposition:

5. Amender la Loi des infirmières (L.R.Q., chap. I-8) afin de prévoir que la pratique des accouchements normaux fait partie de leur champ d'exercice exclusif

Art. 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers
Abrogation des articles 19 par. *a* et par. *c* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

- On évite ainsi les étapes et les délais inhérents à la création d'une nouvelle corporation professionnelle.
- Les sages-femmes ne seraient alors pas sous le contrôle des médecins car elles feraient partie de la profession d'infirmière et d'infirmier laquelle est autonome.
- Cela restreindrait la pratique sage-femme aux membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- La profession de sage-femme évoluerait alors de la façon dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le jugerait opportun ou souhaitable.

- La pratique de l'accouchement normal serait alors un acte infirmier.
- Cette proposition n'enlèverait pas le droit aux médecins de continuer à poser ces actes.

N.B. Cette proposition peut être étudiée sous deux aspects. Soit que cette pratique est tout simplement incluse dans le champ de pratique des infirmières et infirmiers et que tous ces professionnels peuvent l'exercer, soit que cette pratique est conditionnelle à l'obtention d'une formation supplémentaire. Si cette dernière option était privilégiée, une étude approfondie du Code des professions et des lois professionnelles concernées devrait être amorcée afin d'établir les moyens appropriés pour en venir à cette modification.

Proposition:

6. Création d'une corporation professionnelle à exercice exclusif Adoption d'une loi spécifique aux sages-femmes

Abrogation des articles 19 par. *a* et 43 par. *c* de la Loi médicale

Implications et conséquences de cette proposition

- Une corporation professionnele est avantageuse pour la profession: ça lui donne autonomie, indépendance et pouvoir.
- L'évolution et le contrôle de la profession sont entre les mains du groupe lui-même plutôt que sous la tutelle des médecins, le tout, sous réserve du Code des professions.
- Le champ d'exercice pourrait être clairement défini dans leur loi constitutive.
- La protection du public serait en principe assurée.
- Mécanisme de création d'une corporation est lourd compte tenu des consultations, analyses, évaluations afin de prévoir, dans tous ses détails, l'intégration du groupe dans le système.
- Processus législatif beaucoup plus lourd que lorsque l'on modifie un ou deux articles d'une loi.
- Nécessité d'avoir de grosses ressources humaines et financières afin de faire fonctionner adéquatement la corporation.
- La corporation est la seule à déterminer l'accès et l'évolution de la profession.
- Les médecins continueraient quand même d'avoir le droit, en vertu de la Loi médicale, de pratiquer les actes définis comme faisant partie du champ d'exercice des sages-femmes.

H 6560
Ex.2 Gagné, Jocelyne et al.

La pratique des sages-femmes : étude d'un moyen pour atteindre les objectifs en périnatalité

DATE	NOM
96/03/08	L HAMEL

H 6560
Ex.2



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

89-809