

RAPPORT

FINAL

ET

RECOMMANDATIONS



CONSEIL D'ÉVALUATION

DES PROJETS-PILOTES

Québec 

PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES

RAPPORT

FINAL

ET

RECOMMANDATIONS

CONSEIL D'ÉVALUATION

DES PROJETS-PILOTES

PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES



Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**
1-800-707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1997
Bibliothèque nationale du Canada, 1997
ISBN 2-550-32515-X

© Gouvernement du Québec

MISE AU POINT

Ce document ne constitue pas des orientations ministérielles ou gouvernementales, il représente l'opinion des membres du groupe de travail qui ont produit ledit document.

Toutefois, il peut être un outil de référence concernant les projets-pilotes sages-femmes.

AVANT-PROPOS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de nos travaux. Il s'agit de toutes celles qui ont siégé au Conseil d'évaluation de projets-pilotes, Simon Racine, Lucille Rocheleau et Jocelyne Gagné, qui ont été successivement président et présidentes du Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Raymonde Vaillancourt, Line Leduc, Daniel Blouin, Suzanne Desjardins, Marie-Claude Martel, Lucie Vézina, Sylvie Dillard, Christiane Drabbe, Michel Paquette (à titre d'invité pendant une année), Lucie Couillard, Hélène Cornellier, Céline Dufour, Sylvie Marcoux, Michel Morrissette et Céline Goulet. Vous trouverez à l'annexe la liste des membres en fonction lors du dépôt du présent rapport.

Nous remercions également toutes les sages-femmes qui ont su faire preuve de patience lors d'un processus déterminant pour elles, ainsi que tout le personnel des maisons de naissance en passant par la direction générale du CLSC, les adjoints administratifs, les coordonnatrices non sages-femmes, les assistantes natales, les secrétaires, de même que toutes les femmes qui ont bien voulu se prêter à l'évaluation de la pratique des sages-femmes.

Nous avons aussi apprécié la généreuse contribution de François Camirand, Madeleine Levasseur et Sylvie Rheault à plusieurs travaux du Conseil d'évaluation, notamment l'analyse économique, et leur participation au sous-comité de suivi de l'évaluation.

Nous ne pouvons passer sous silence l'énorme travail accompli par l'équipe de chercheurs, Régis Blais, Pierre Joubert, Maria DeKoninck, William Fraser, André-Pierre Contandriopoulos, Andrée Demers, Deena White, Johanne Collin, Daniel Reinharz, Francine Desbiens, Claude Gagnon, Isabelle Krauss et Marie Hatem Asmar.

Finalement, nous tenons à remercier les membres de l'unité de coordination des projets-pilotes de leur précieux soutien, Johanne Albert pour la rédaction du rapport, Hélène Breton, Luc Castonguay, Christiane Couture, Lise Lapointe, Marie Leclerc, Renée Moreau et Monique Séguin.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE.....	3
2.1 CONTEXTE LÉGAL	3
2.1.1 <i>Rappel de la loi et des mandats du Conseil.....</i>	3
2.1.2 <i>Les critères retenus pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes.....</i>	3
2.2 CONTEXTE SOCIAL ET DE SANTÉ	4
2.2.1 <i>Modifications du système de santé et de services sociaux.....</i>	4
2.2.2 <i>Demandes des femmes.....</i>	5
2.2.3 <i>L'accouchement à domicile au Québec.....</i>	5
3. CONSTATS ÉMANANT DE LA LITTÉRATURE ET D'EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES.....	7
3.1 LA PRATIQUE SAGE-FEMME EN ONTARIO	7
3.1.1 <i>Champ de pratique.....</i>	7
3.1.2 <i>Lieux d'exercice.....</i>	8
3.1.3 <i>Organisation professionnelle.....</i>	8
3.1.4 <i>Principes sous-jacents à la profession sage-femme.....</i>	8
3.1.5 <i>Financement et mode de rémunération.....</i>	9
3.2 LA PRATIQUE SAGE-FEMME AILLEURS AU CANADA.....	10
3.3 LA PRATIQUE SAGE-FEMME AUX ÉTATS-UNIS	11
3.4 LA PRATIQUE SAGE-FEMME EN AUSTRALIE.....	17
3.5 LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU ROYAUME-UNI.....	17
3.6 LA PRATIQUE SAGE-FEMME AUX PAYS-BAS.....	24
3.7 LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU DANEMARK	25
3.8 LA PRATIQUE SAGE-FEMME EN FINLANDE.....	26
3.9 LA PRATIQUE SAGE-FEMME EN SUÈDE.....	26
3.10 ÉTUDES SUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE.....	26
3.11 RÉSUMÉ DES CONSTATS SE DÉGAGEANT DE LA LITTÉRATURE ET DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES.....	29

4. ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES	31
4.1 DESCRIPTION SOMMAIRE DU DEVIS	31
4.2 LIMITES DE L'EXPÉRIMENTATION	32
4.3 LIMITES DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE	34
4.4 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE	35
4.4.1 <i>Implantation, fonctionnement et intégration de la pratique sage-femme</i>	35
4.4.2 <i>Caractéristiques de la clientèle</i>	38
4.4.3 <i>Humanisation et continuité des soins</i>	41
4.4.4 <i>Interventions obstétricales</i>	42
4.4.5 <i>Sécurité de la mère et de l'enfant</i>	45
4.5 PUVIRNITUQ	53
4.5.1 <i>Généralités</i>	53
4.5.2 <i>Caractéristiques de la clientèle</i>	54
4.5.3 <i>Interventions</i>	54
4.5.4 <i>Transferts</i>	55
4.5.5 <i>Morbidité maternelle et néonatale</i>	55
4.5.6 <i>Fonctionnement</i>	56
4.5.7 <i>Formation des sages-femmes autochtones</i>	56
4.5.8 <i>Autres difficultés ou besoins exprimés par les personnes interrogées</i>	56
4.5.9 <i>Perspectives</i>	57
4.5.10 <i>Recommandations</i>	58
5. ORGANISATION DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS	59
5.1 CONSIDÉRATIONS CONCERNANT L'ORDRE PROFESSIONNEL	59
5.1.1 <i>Ordre professionnel spécifique</i>	59
5.1.2 <i>Ordre professionnel mixte</i>	59
5.1.3 <i>Projet de règlement du Collège des médecins du Québec</i>	60
5.2 CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LE CHAMP DE PRATIQUE	60
5.2.1 <i>Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux</i>	60
5.2.2 <i>Liste de médicaments</i>	61
5.3 CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LA FORMATION	61
5.3.1 <i>Préalables à la formation sage-femme</i>	62
5.3.2 <i>Champ de pratique et lieux d'exercice des sages-femmes</i>	62
5.3.3 <i>Nombre de sages-femmes à former</i>	63
5.4 CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT ADMINISTRATIF DES MAISONS DE NAISSANCE	64

5.5	CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DE CERTAINES MAISONS DE NAISSANCE	65
5.6	CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SAGES-FEMMES	70
5.7	INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES	71
5.8	RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES	74
5.8.1	<i>Concernant la légalisation</i>	75
5.8.2	<i>Concernant une structure professionnelle transitoire</i>	75
5.8.3	<i>Concernant un ordre professionnel</i>	77
5.8.4	<i>Concernant le champ de pratique</i>	77
5.8.5	<i>Concernant les lieux d'exercice et de naissance</i>	77
5.8.6	<i>Conditions d'exercice en centre hospitalier</i>	77
5.8.7	<i>Conditions d'exercice hors centre hospitalier</i>	78
5.8.8	<i>Concernant la formation</i>	79
5.8.9	<i>Concernant la formation continue</i>	79
5.8.10	<i>Concernant l'intégration</i>	79
5.8.11	<i>Concernant l'harmonisation des lois ou règlements</i>	80
6.	CONCLUSION	81
7.	BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXE 1	LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES	89
ANNEXE 2	DÉFINITION INTERNATIONALE DE LA SAGE-FEMME	91
ANNEXE 3	LES MÉCANISMES VISANT À ASSURER LA SÉCURITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	93
ANNEXE 4	RECOMMANDATION CONCERNANT LA CRÉATION D'UNE STRUCTURE PROFESSIONNELLE TRANSITOIRE	99
ANNEXE 5	COMMENTAIRES DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SUR LE PROJET DE RÈGLEMENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC	105
ANNEXE 6	LISTE D'ACTES SAGES-FEMMES AUTORISÉS	109
ANNEXE 7	LISTE DE MÉDICAMENTS AUTORISÉS	113
ANNEXE 8	DOCUMENT DE TRAVAIL SUR LES RISQUES OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS	119
ANNEXE 9	SYNTHÈSE DU CHAMP DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES	135
ANNEXE 10	DISSIDENCE DU D^R GILLES BERNIER	137

1. INTRODUCTION

Il nous fait plaisir de vous présenter notre rapport final concernant la pertinence de la pratique des sages-femmes, la détermination de l'organisation professionnelle de cette pratique et son mode d'intégration dans l'équipe de périnatalité.

Nous faisons au chapitre deux un survol du contexte ayant entouré l'expérimentation de la pratique des sages-femmes. En effet, le système de santé a subi de profondes transformations depuis l'adoption de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, et les maisons de naissance ont été en grande partie à l'abri de ces modifications. De plus, si nous voulons que l'intégration de la pratique des sages-femmes dans l'équipe de périnatalité soit réaliste, nous devons tenir compte de ce nouveau contexte social et de santé.

L'expérimentation et l'évaluation de la pratique des sages-femmes ayant des limites dues, notamment, à un lieu exclusif de naissance, nous avons jugé indispensable de nous doter d'outils complémentaires à l'évaluation des projets-pilotes afin d'être en mesure de vous faire des recommandations sur l'ensemble d'une pratique sage-femme. C'est pourquoi vous trouverez au troisième chapitre une section portant sur les constats émanant de la littérature et d'expériences menées au Canada et à l'étranger.

Le bilan de l'évaluation des projets-pilotes, qui est au cœur de l'expérimentation de la pratique des sages-femmes, constitue le quatrième chapitre.

Nous présentons au cinquième chapitre les éléments portant sur l'organisation de la pratique des sages-femmes, nos constats et nos recommandations. Ces dernières portent sur la légalisation de la pratique des sages-femmes, la création d'une structure professionnelle transitoire, le champ de pratique, les lieux et conditions d'exercice des sages-femmes, l'ordre professionnel, la formation, l'intégration des sages-femmes et l'harmonisation des lois et règlements.

Finalement, la conclusion reprend l'essentiel des éléments que nous avons à prendre en considération.

2. CONTEXTE

Afin de situer les travaux dans un environnement plus large, nous présentons le contexte légal qui a encadré la pratique des sages-femmes dans les projets-pilotes. Nous introduisons également quelques éléments du contexte social et de santé car celui-ci a beaucoup évolué depuis l'adoption en 1990 de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, et nous croyons que l'intégration de la pratique des sages-femmes doit se faire en tenant compte de ces nouvelles orientations gouvernementales.

2.1 Contexte légal

2.1.1 Rappel de la loi et des mandats du Conseil

La Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes *visé principalement à évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances de bébés prématurés ou de faibles poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles cibles*¹.

Le présent rapport remplit une partie du mandat du Conseil d'évaluation qui est *d'évaluer l'ensemble des résultats obtenus et de transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux et au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, au plus tard neuf mois avant (décembre 1997) la date où la présente loi cesse d'avoir effet (24 septembre 1998), ses recommandations quant à l'opportunité de permettre ou non la pratique des sages-femmes et, le cas échéant, quant à la détermination de l'organisation professionnelle de cette pratique et quant au mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité*².

2.1.2 Les critères retenus pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, afin de répondre aux exigences de la Loi³, a élaboré des critères pour la sélection des projets-pilotes. Ces mêmes critères l'ont guidé dans sa recherche d'informations complémentaires à l'évaluation des projets-pilotes et ont été pris en compte dans la formulation de ses recommandations. En voici la liste :

- les mécanismes mis en place pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant ;
- le caractère continu du suivi des soins et des services fournis par la sage-femme ;
- le degré d'autonomie de la sage-femme dans l'exercice de sa pratique ;
- la manière dont l'organisation administrative et professionnelle du projet-pilote favorise une réalisation efficace et efficiente de l'expérimentation ;
- l'humanisation des soins ;
- le soutien de la communauté ;
- le réalisme du projet ;

1. L.R.Q., c. P-16.1, article 1.

2. L.R.Q., c. P-16.1, article 36, alinéa 5.

3. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1.

-
- les coûts ;
 - la répartition géographique.

2.2 Contexte social et de santé

2.2.1 Modifications du système de santé et de services sociaux

Pendant que le système était confronté à une révision systématique de ses modalités de gestion et de prestation de services, transformant autant les structures que les façons de faire, l'expérimentation, en raison notamment de son caractère temporaire, cheminait sans subir de modifications profondes, échappant ainsi au questionnement fondamental et aux contraintes auxquelles le réseau avait à faire face.

La réforme axée sur le citoyen publiée en décembre 1990 avait comme objectifs que les services sociosanitaires soient plus performants, qu'ils répondent aux besoins prioritaires et qu'ils soient moins coûteux. Elle cherchait à replacer le citoyen au centre du système de santé et des services sociaux en tant que consommateur, payeur et décideur, et faisait appel au réseau pour organiser les services d'une manière plus intégrée. L'accent était mis sur les besoins des bénéficiaires plutôt que sur les pressions exercées par les producteurs de services et sur la nécessité d'une utilisation plus efficiente des ressources investies dans la distribution des services.

La prise de décision et les pouvoirs ont été décentralisés, c'est-à-dire rapprochés de l'action ou du citoyen, ce qui a amené le ministère de la Santé et des Services sociaux à partager la gestion avec les régies régionales qui sont devenues responsables du développement et de l'organisation des services de santé et des services sociaux de leur territoire.

Ce qui était un réseau d'établissements devrait transformer sa dynamique de fonctionnement en devenant un réseau de services par programme clientèle, qui devait, sans argent neuf :

- favoriser une plus grande participation des citoyens ;
- poursuivre l'amélioration continue de la qualité des services en visant autant la pertinence, l'efficacité que l'efficience (être centré sur les résultats et sur les besoins de la population) ;
- favoriser une approche intersectorielle et un mode substitutif de production de services ;
- mettre au point une approche globale en accentuant la prévention et la promotion de la santé ainsi que les services ambulatoires ;
- intégrer la hiérarchisation de services en première ligne, deuxième ligne (niveau régional) et troisième ligne (concentrée dans certains milieux) ;
- assurer un financement qui respecte la capacité de payer de l'État.

Nous sommes maintenant en mesure d'observer :

- une diminution du nombre d'établissements (fermetures, fusions) ;
- une diminution des lits de courte durée ;
- une diminution des durées de séjour ;
- une orientation vers des ressources plus légères ; un transfert des ressources institutionnelles vers la communauté ; une orientation favorisant la concertation. Les établissements ne peu-

vent tous disposer de la haute technologie médicale et des ressources professionnelles et médicales sur-spécialisées ;

- la création de services intégrés ; le décloisonnement des services professionnels ; un accroissement des services rendus dans la communauté ;
- une remise en question du mode de rémunération des médecins⁴ ;
- une réflexion en vue d'une plus grande décentralisation.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la pratique des sages-femmes dans les projets-pilotes a suivi son cours sans être interpellée directement par ces divers changements. Il ne saurait en être ainsi dans une intégration de cette pratique dans le système de santé. C'est pourquoi nous tiendrons compte de ce nouvel environnement dans la formulation de nos recommandations.

2.2.2 Demandes des femmes

La pratique des sages-femmes a été identifiée comme un moyen pour contribuer à l'atteinte des objectifs en périnatalité.

Depuis une vingtaine d'années, des femmes demandent des changements dans le secteur de la périnatalité. Elles revendiquent essentiellement :

- leur autonomie quant à la possibilité de choisir de façon éclairée :
 - le lieu de naissance de leurs enfants,
 - le professionnel de la santé pour les accompagner tout au long de la grossesse et de l'accouchement ;
- une plus grande humanisation et une meilleure continuité des soins et des services.

Selon les groupes de femmes, l'accouchement à domicile assurerait à l'événement de la naissance un caractère intime et favoriserait l'humanisation des soins.

2.2.3 L'accouchement à domicile au Québec

- Des femmes québécoises continuent de revendiquer la possibilité de choisir l'endroit où elles accoucheront.
- Les sages-femmes ont de tout temps travaillé dans divers lieux, incluant le domicile, et elles se sont engagées à soutenir les parents dans leur choix du lieu le mieux adapté et le plus sécuritaire pour eux.
- Cet engagement des sages-femmes explique en partie la pratique clandestine de quelques-unes d'entre elles pour répondre aux demandes des femmes.
- Malgré une plus grande disponibilité des sages-femmes dans le cadre des maisons de naissance, des parents continuent, en 1997, de donner naissance à leurs enfants à la maison avec l'aide de sages-femmes.

4. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de première ligne lié à l'inscription de la population.

Au Québec, le fichier des naissances nous donne les chiffres suivants :

Année	Naissances à domicile	Naissances totales	Pourcentage
1989	406	91 751	0,443 %
1990	418	98 013	0,427 %
1991	375	97 348	0,385 %
1992	317	96 054	0,33 %
1993	327	92 322	0,354 %
1994	309	90 417	0,342 %
1995	177	87 258	0,203 %

La diminution observée en 1995 correspond à la mise en place des maisons de naissance. On pourrait faire l'hypothèse que cette diminution s'est effectuée au profit des maisons de naissance, la clientèle ayant suivi la pratique des sages-femmes dans ces lieux, entre autres raisons pour faciliter le processus de reconnaissance.

3. CONSTATS ÉMANANT DE LA LITTÉRATURE ET D'EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Il nous est apparu nécessaire d'effectuer une analyse de la littérature et d'expériences étrangères puisque l'évaluation actuelle ne pouvait répondre à l'ensemble de nos questions en ce qui concerne, notamment, les lieux de naissance. Nous considérons cette analyse comme un complément essentiel à l'évaluation des projets-pilotes. Ceci nous permet de faire des recommandations plus réalistes qui tiennent compte à la fois du contexte québécois, canadien et international.

Ces travaux ont été faits avec la même orientation prévue par la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-19.1. Les critères, tels l'humanisation et la continuité des soins, l'autonomie de la pratique des sages-femmes, la sécurité de la mère et de l'enfant, les modalités d'intégration des sages-femmes dans l'équipe de périnatalité, le mode de rémunération de la sage-femme et le rôle des tiers, ont constitué la trame de fond.

Comme en témoigne la bibliographie, d'autres études ont été consultées pour faire le point sur la pratique des sages-femmes. Nous avons choisi d'en privilégier quelques-unes parce qu'elles s'inscrivaient dans un contexte de questionnement et de changement sur la pratique sage-femme que nous voulions mettre à profit pour l'implantation de la pratique des sages-femmes au Québec. Certains pays industrialisés, comme la France et la Belgique, ont été éliminés parce qu'il y avait peu de littérature disponible répondant aux critères ci-haut mentionnés.

3.1 La pratique sage-femme en Ontario

3.1.1 *Champ de pratique*

L'Ontario a adopté la définition internationale de la sage-femme (voir celle-ci à l'annexe 2).

Les sages-femmes ont un statut de professionnelle autonome et sont considérées comme des « primary care givers ». Elle peuvent prodiguer des soins et des services pendant toute la période périnatale (évaluer et surveiller les femmes et les nouveau-nés), sans référence préalable d'un médecin et sous leur seule responsabilité dans les cas de grossesses à faible risque et d'accouchements normaux.

Leurs principales activités sont :

- la promotion de l'accouchement normal ; la pratique de l'accouchement normal et spontané par voie vaginale ;
- la prévention des problèmes de santé ;
- les soins aux femmes enceintes à faible risque et à leurs bébés ; la pratique des épisiotomies et amniotomies et la réfection chirurgicale d'épisiotomies et de lacérations qui ne touchent pas l'anus, le sphincter anal, le rectum, l'urètre et la région de l'urètre ;
- les rencontres avec les clientes pour toutes les visites prénatales ;
- l'animation de cours prénatals ;

-
-
- la prescription des tests de laboratoire et des échographies si nécessaire ; la prise des prélèvements de sang chez les nouveau-nés par ponction capillaire ou chez les femmes enceintes par voie veineuse ou capillaire ;
 - l'administration des médicaments selon une liste établie pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale si nécessaire, par injection ou inhalation ;
 - les soins pendant le travail et l'accouchement normaux ;
 - l'introduction des sondes urinaires dans le corps des femmes ; l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà des grandes lèvres pendant la grossesse, l'accouchement et la suite de couches ;
 - l'examen du nouveau-né ;
 - les soins aux mères et aux nouveau-nés jusqu'à six semaines après la naissance.

Les raisons de consultation et de transfert sont articulées selon trois catégories :

- discussion avec une autre sage-femme ou le médecin traitant ;
- consultation avec un médecin ;
- transfert des soins à un médecin.

3.1.2 Lieux d'exercice

Les sages-femmes exercent dans divers lieux et les accouchements peuvent se dérouler en centre hospitalier, en maison de naissance et à domicile. La sage-femme n'est pas une employée du centre hospitalier mais détient des privilèges hospitaliers lui permettant d'y faire admettre ses clientes.

Le Collège des sages-femmes déclare qu'il est important que toutes les sages-femmes donnent des services dans tous les lieux disponibles et impose même des quotas annuels pour s'assurer qu'elles conservent les habiletés requises.

3.1.3 Organisation professionnelle

Les sages-femmes sont regroupées en une corporation professionnelle spécifique. Cependant, étant donné leur petit nombre, un conseil intérimaire sur la profession sage-femme a été institué pour une période de quatre ans (mai 1989 à février 1993). Par la suite, on a formé un conseil transitoire jusqu'en à juin 1995, date où on créait l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario. Les conseils intérimaire et transitoire ont assumé les responsabilités normalement dévolues à un ordre professionnel.

3.1.4 Principes sous-jacents à la profession sage-femme

La profession sage-femme repose sur les trois principes suivants.

- La continuité des soins

Une continuité des soins et des personnes, des services accessibles et disponibles 24 heures sur 24, une philosophie commune, des transferts de soins au cours desquels une sage-femme peut continuer à prodiguer des soins dans le cadre de son champ de pratique, des soins de soutien qui incluent l'éducation, le « counselling » et la défense des droits.

-
- Le choix éclairé

Les femmes sont encouragées à participer activement à leurs soins pendant toute la période périnatale et à choisir le type de soins qu'elles veulent recevoir. Les sages-femmes font la promotion de la prise de décision comme étant une responsabilité partagée entre elles et les femmes. Ultimement, c'est la femme qui prend les décisions.

- Les lieux d'exercice et de naissance

Actuellement, deux lieux s'offrent aux femmes, l'hôpital et le domicile. On prévoit que les sages-femmes puissent aussi exercer en maison de naissance hors centre hospitalier, mais ce lieu n'est pas encore développé. On fait la promotion de l'accouchement hors centre hospitalier tout, en respectant le choix des femmes qui désirent accoucher en centre hospitalier. Le Collège des sages-femmes de l'Ontario demande que les sages-femmes soient en mesure d'offrir des services dans chacun des lieux.

3.1.5 Financement et mode de rémunération

Le gouvernement ontarien a élaboré et mis en place le « Midwifery program » qui permet le financement des services des sages-femmes au moyen de « local non-profit transfert payment agencies » (TPA). Le ministère de la Santé a la responsabilité de financer et de gérer le programme et d'accréditer les organisations à titre de TPA. Le gouvernement s'est fixé une période de transition d'une durée de cinq ans pour la mise en œuvre du programme. La transition est actuellement assurée par le « Lebel Midwifery Care Organisation » qui a notamment la responsabilité du financement des services des sages-femmes, de l'identification des TPA pour gérer localement les services des sages-femmes, du soutien aux organisations intéressées à devenir TPA, du développement des politiques administratives et des procédures pour le financement des services des sages-femmes et de l'émission d'avis au Ministère concernant la reconnaissance et le financement des groupes.

Les sages-femmes ont un contrat avec cette organisation. Ce contrat inclut des normes quant à la charge de travail. Elles sont rémunérées suivant une progression de 12 échelons salariaux passant de 55 000 \$ à 77 000 \$ par année. Une sage-femme qui travaille à temps plein doit prodiguer des soins et des services à 40 clientes comme première responsable et à 40 autres comme deuxième sage-femme, soit 80 clientes au total.

3.2 La pratique sage-femme ailleurs au Canada

Lois sur les sages-femmes	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard	Terre-Neuve
Voire province envisage-t-elle de réglementer l'exercice des sages-femmes ?	Le gouvernement s'est engagé publiquement à présenter une loi sur les sages-femmes.	Le rapport final sur l'évaluation du projet de Rankin Inlet portant sur l'accouchement est favorable aux sages-femmes, mais aucune loi n'a encore été proclamée.	Oui. Nous avons déjà le <i>Health Professions Act - Midwives</i> .	La réglementation sur l'exercice des sages-femmes a été approuvée en novembre 1994.	Étude en cours sur la possibilité que les associations de sages-femmes de l'Alberta ou du Manitoba régissent la profession de sage-femme en Saskatchewan. Examen également en cours sur la compatibilité de la réglementation.	En février 1993, le groupe de travail sur les sages-femmes a déposé son rapport, qui comporte 44 recommandations à l'intention du ministre de la Santé. Aucune annonce n'a encore été faite concernant les projets de la province en cette matière.	Oui.	À venir. Plusieurs projets pilotes sont en cours.	Non. Cependant, le groupe de travail suit avec intérêt les projets pilotes présentement en cours ailleurs.	Non, mais le ministère de la Santé s'est engagé à étudier plus à fond la possibilité de réglementer l'exercice des sages-femmes.	Non. Ce n'est pas à l'étude.	Le comité devait déposer son rapport dès avril 1994. Les sages-femmes actuelles sont des infirmières sages-femmes qui travaillent uniquement dans les régions du nord de la province.
Titre de la loi régissant l'exercice des sages-femmes	S/O	S/O	<i>Le Health Professions Act</i> .	<i>Le Health Disciplines Act</i> .	S/O	<i>The Midwifery and Consequential Amendments Act</i> .	La Loi modifiant la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (proclamée le 31 décembre 1993).	S/O	S/O	S/O	S/O	<i>The Midwifery Act</i> (non en vigueur depuis l'adoption du <i>Nursing Act</i> existant depuis les années 50 et vise les sages-femmes non diplômées d'ailleurs. Aujourd'hui, les sages-femmes sont régies par le <i>Nursing Act</i>).
Titre réservé ou domaine d'exercice réservé?	S/O	S/O	Titre réservé aux membres du <i>College of Midwives</i> .	Seul le titre est réservé.	S/O	Titre réservé.	Titre réservé, sauf pour les sages-femmes autochtones.	S/O	S/O	S/O	S/O	Oui.
Exigences d'accréditation, y compris les compétences générales	S/O	S/O	A être définies par le <i>College of Midwives</i> .	Baccalauréat en sage-femme / diplôme supérieur.	S/O	En élaboration.	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	Exigences d'accréditation pour les infirmières.
L'accréditation auprès d'un autre ordre professionnel est-elle permise ? Si oui, quelle forme prend-elle ? (ex. : double, auxiliaire)	S/O	S/O	A déterminer. Le RNABC a recommandé la double accréditation.	Oui, double accréditation.	S/O	Oui, infirmière et sage-femme. Réglementation en cours d'élaboration.	Oui, infirmière et sage-femme, mais la même personne ne peut agir à ces deux titres en même temps.	S/O	S/O	S/O	S/O	Les sages-femmes sont des infirmières.
Personne-ressource Numéro de téléphone	Jan Horton (867) 667-5695	Marnie Bell (867) 873-7040	Hellen Morrison (250) 952-2303	Linda Mollen (403) 422-2720	Wayne Fritz (306) 787-9153	Linda Barker (204) 786-7183	Margaret Anne McHugh (416) 314-8264	Renée Moreau (418) 646-1809	Bonny Hoyt-Hallett (506) 453-2582	Donna Mulholland (902) 424-2052	Rick Callaghan (902) 368-4932	Ruth Graham (709) 729-3121

1997-11-11

(dp\ccrhts-sf.doc)

3.3 La pratique sage-femme aux États-Unis

Décrire la pratique des sages-femmes aux États-Unis comporte des limites en raison, notamment, de l'absence de programme universel de santé pour l'ensemble des États et de l'existence de plusieurs régimes d'assurance-maladie amenant beaucoup de diversité entre les États.

Nous retrouvons trois types de sages-femmes aux États-Unis : les infirmières sages-femmes, les sages-femmes diplômées, les sages-femmes autodidactes (« empirical », « lay » ou « independant midwife »). Leur statut légal varie d'un État à l'autre. Elles sont regroupées en deux organisations nationales reconnues : l'« American College of Nurse-Midwives », fondé en 1955, et le « Midwives Alliance of North America » (MANA), fondé en 1992.

Les principaux prestataires de soins sont les hôpitaux, majoritairement privés, et les médecins de pratique privée. Les dépenses se font par différentes formes de « managed care » dont le « Health Maintenance Organization » (HMO), le « Preferred Provider Organization » (PPO) et le réseau de points de services (POS). Selon les États, les sages-femmes exercent leur profession dans les hôpitaux, en centre de maternité, dans des agences ou des groupes à l'intérieur de réseaux tels les HMO, en pratique privée, à domicile. Une faible proportion pratique seule de façon autonome.

Le remboursement des frais médicaux est fait par plusieurs compagnies d'assurances dont l'assurance privée, « medicare », « medicaid », et une assurance couvrant le personnel militaire et les vétérans. Les sages-femmes peuvent être salariées, s'inscrire dans un régime d'assurance maladie ou être directement payées par les clientes.

On note deux tendances dans les services offerts par les sages-femmes. Une première consiste à offrir des alternatives aux femmes qui présentent une grossesse normale et qui désirent accoucher en dehors du milieu hospitalier, que ce soit dans un centre de maternité ou à domicile. L'autre est d'œuvrer en milieu hospitalier, souvent auprès de clientes vulnérables et à risques élevés.

Généralement, en centre hospitalier spécialisé, les sages-femmes offrent deux types de suivi, soit un suivi complet débutant en prénatal, soit un suivi pour la période périnatale uniquement pour une clientèle souvent à risque socio-économique. En centre hospitalier régional, la clientèle des sages-femmes, en plus d'être à risque socio-économique, est souvent à risque obstétrical.

Les centres de maternité existent depuis une vingtaine d'années ; ils peuvent être intra-hospitaliers « alternative birth centers » ou extra-hospitaliers « free-standing birth centers ». La pression de la clientèle et la compétition entre les établissements ont fait qu'en 1991, plus de la moitié des centres hospitaliers américains disposaient de chambres de naissance, de chambres de maternité et de centres de maternité. Les centres de maternité autonomes (extra-hospitaliers) se rapprochent davantage de l'accouchement à domicile à cause, notamment, du type de clientèle, de la philosophie et des faibles taux d'interventions. Nous aborderons plus longuement le fonctionnement des centres de maternité autonomes, situés à l'extérieur des hôpitaux, puisqu'ils ressemblent beaucoup aux maisons de naissance que nous avons mises sur pied au Québec.

Un centre de maternité autonome est un lieu offrant des services périnataux de première ligne aux femmes présentant une grossesse normale. En effet, la plupart des centres de maternité sélectionnent une clientèle présentant de faibles risques obstétricaux. La « National Association of

Childbearing Centers » (NACC) considère les centres de maternité autonomes comme des centres ayant une entière autonomie en ce qui a trait à l'établissement et à la formulation des politiques, procédures et programmes nécessaires au fonctionnement du centre ainsi que du personnel, des lieux et un budget autonomes. Elle les définit comme une adaptation d'un environnement familial offrant un court séjour et des services ambulatoires, avec possibilité d'accès à l'hôpital pour des services d'obstétrique et de néonatalogie. Ils sont conçus pour faciliter de façon sécuritaire la participation des membres de la famille et le soutien du choix des femmes, et dispenser des services professionnels préventifs aux femmes à faible risque ainsi qu'à leur fœtus et à leur nouveau-né pendant la grossesse, la naissance et le post-partum.

Les centres de maternité autonomes peuvent être à but lucratif, privés, ou relever des centres hospitaliers. En 1995, on recensait environ 135 centres de maternité autonomes dispersés dans 37 États et une centaine étaient en développement.

La NACC recommande un nombre d'accouchements mensuels par sage-femme allant de six à dix. En 1985, un sondage de la NACC révélait un séjour moyen de 8,5 heures et de 12,8 heures pour les femmes de milieux défavorisés. Un minimum de quatre heures est recommandé. Les visites à domicile en postnatal ne sont pas de routine dans tous les centres. Dans certains cas, on peut faire des contacts téléphoniques uniquement ou la visite peut être effectuée soit par l'infirmière qui était présente à l'accouchement, soit par une agence d'infirmières. La sage-femme fait rarement la visite postnatale.

Divers mécanismes ont été prévus pour assurer la sécurité des centres de maternité autonomes. Plusieurs de ceux-ci peuvent être mis en parallèle avec l'encadrement proposé pour les maisons de naissance au Québec⁵. Les voici :

- dans 30 États, détention d'un permis et respect des règlements prévus par l'État ;
- inspection régulière par des représentants des départements de la santé ;
- dans les États où il n'y a pas ce type de règlement, les centres devraient suivre les lignes directrices de l'« American Public Health Association » ;
- existence de deux associations de centres de maternité : une en Californie, la « California Association of Freestanding Birth Centers », et une association nationale, la NACC ;
- la NACC, à partir de normes, a établi des politiques et procédures dont les membres doivent s'inspirer. Elle est très exigeante aussi sur l'élaboration de protocoles ; la NACC exclut certaines interventions (administration de médicaments pour provoquer ou stimuler le travail, utilisation de ventouses ou de forceps, surveillance du cœur fœtal au moyen d'un moniteur électronique et recours de routine aux échographies) ;
- accréditation des centres de maternité, ce qui se veut une démarche éducative plutôt que disciplinaire ;
- contrôle de la qualité à partir d'un manuel préparé par la NACC ;

5. Vous trouverez à l'annexe 3 les éléments de sécurité que le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a déterminés afin de sélectionner les projets-pilotes et des les aider dans leur fonctionnement. À ces mécanismes s'ajoutent le suivi des projets-pilotes fait par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes et le suivi de l'accréditation fait par le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes par son règlement sur la suspension et la révocation des sages-femmes. Il nous faut aussi mentionner que la perception que la femme a de sa sécurité et le sentiment de confiance qu'elle a en ses capacités de mettre au monde un enfant influencent le choix du lieu qu'elle privilégiera.

-
-
- sondages réguliers faits auprès de ses membres (taux d'inscription, références, admissions en travail, transferts, taux de mortalité, durée de séjour, caractéristiques des centres, services offerts, etc.) et publication de ces sondages ;
 - plusieurs centres de maternité ont un directeur médical, obstétricien-gynécologue qui habituellement ne travaille pas sur place. La NACC recommande que la directrice du centre de maternité soit une sage-femme ayant des habiletés de gestion. Si la directrice n'est pas sage-femme, on s'assurera qu'il y ait une sage-femme directrice des services fournis par les sages-femmes ;
 - formation des sages-femmes ; formation en réanimation (la NACC recommande qu'il y ait à chaque naissance une personne formée en réanimation cardio-respiratoire de la mère et une autre en réanimation du nouveau-né par l'« American Heart Association /American Academy of Pediatrics »). Les sages-femmes et les infirmières sont formées pour intuber au besoin, mais on préfère généralement transférer le bébé qui a besoin d'être intubé ;
 - présence d'autres professionnelles, infirmières et éducatrices prénatales ; on peut retrouver dans certains centres pendant le travail et l'accouchement des étudiantes sages-femmes et des « birth assistants » ;
 - présence de personnel consultant. La plupart du temps, des médecins obstétriciens-gynécologues et pédiatres ou néonatalogistes ne fournissent pas de soins et services sur place mais partagent la garde pour les besoins de consultation et de transfert. D'autres professionnels peuvent aussi être consultants au besoin (diététistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, praticiens en médecine alternative, etc.). On s'assure autant que possible que les médecins consultants aient des privilèges d'admission dans les centres hospitaliers où sera dirigée la clientèle en cas de transfert ;
 - la NACC accorde beaucoup d'importance à ce que le niveau des soins soit de niveau primaire et que le processus de sélection de la clientèle soit continu ;
 - la NACC recommande que des mécanismes de consultation et de transfert soient établis avec des spécialistes (obstétriciens-gynécologues, pédiatres, néonatalogistes). Lorsque les services des spécialistes ne peuvent être obtenus, qu'on ait au moins la possibilité de les consulter par téléphone. Dans les faits, certains centres ont des ententes officielles avec des médecins ou des hôpitaux, mais d'autres n'en ont aucune ou en ont une officieuse. Dans plusieurs cas, on privilégie des ententes avec des médecins ayant des privilèges hospitaliers plutôt qu'avec un établissement. Certaines ententes sont verbales, d'autres sont écrites ;
 - dans certains États, on exige une ou deux visites de la cliente chez un obstétricien-gynécologue ; d'autres laissent la décision au centre ou à la cliente. Souvent on demande que le nouveau-né soit vu par un médecin dans un délai d'une semaine après sa naissance et que la mère soit revue par une sage-femme dans le même laps de temps ;
 - existence d'un système de garde pour les sages-femmes ;
 - présence d'équipement médical sur place et de matériel de réanimation ou de soins d'urgence pour la mère ;
 - concernant les transferts, la NACC a comme ligne directrice que les centres de maternité soient à moins de 30 minutes d'un centre hospitalier. Ceci peut varier puisque pour la NACC, la distance a moins d'importance que la compétence des sages-femmes (pour dépister tôt un problème, le faire comprendre aux parents et faire accepter un transfert) et que l'établissement dispose de critères précis pour la consultation et le transfert et de protocoles à respecter.

Par ailleurs, plusieurs études ont prouvé la sécurité des centres de maternité. Nous présentons l'étude de Rooks *et al.* (1992) qui est une étude descriptive et prospective menée à l'échelle nationale auprès de 84 centres de maternité. Son échantillon est de 11 814 femmes présentant des grossesses à faible risque admises en période périnatale dans un centre de maternité entre 1985 et 1987. Sur les 84 centres, 60 étaient gérés par des infirmières sages-femmes, 11 par des obstétriciens-gynécologues, 6 par des médecins généralistes, 3 par des sages-femmes, 3 par des obstétriciens et des infirmières sages-femmes et 1 par une équipe d'infirmières sages-femmes et des sages-femmes.

Cette étude avait comme principal objectif de déterminer la sécurité des centres de maternité. Même si elle ne couvre que 52 % des centres de maternité recensés à cette époque, comme le soulignent les auteurs, il n'y a aucune évidence pour supporter l'hypothèse que les hôpitaux sont plus sécuritaires pour les femmes présentant une grossesse normale.

Les données démontrent que le monitoring électronique fœtal, l'induction, la stimulation du travail par l'oxytocine, l'anesthésie autre que locale, l'utilisation de forceps et de ventouses sont peu fréquents.

Selon les auteurs, les résultats de cette étude révèlent également que les centres de maternité ne présentent pas de taux de mortalité périnatale plus élevé (sauf pour les naissances post-terme) que celui qui est noté dans les autres études faites aux États-Unis auprès de clientèles hospitalières ayant la même catégorie de femmes.

Le tableau suivant compare la mortalité périnatale et le taux de césarienne observés dans l'étude de Rooks *et al.* en 1992 et les données obtenues aux États-Unis pour la même année

	Étude de Rooks <i>et al.</i> (1992)	États-Unis 1992 ⁶
Mortalité périnatale	1,27/1 000	8,5/1 000
Taux de césarienne	4,4 %	22,3 %

Les trois prochains tableaux présentent les résultats de l'étude de Rooks *et al.*

Étude de Rooks <i>et al.</i> (1992)		
Est-ce que les clientes du centre sont à faible revenu ?	9,5 % (oui)	90,5 % (non)
Le centre est-il à but lucratif ?	61,9 % (oui)	36,9 % (non)
Quel est le principal dispensateur de soins ?	75,6 % infirmières sages-femmes 7,4 % un obstétricien 2,5 % un médecin de famille 3,8 % une sage-femme 3,0 % une étudiante infirmière sage-femme	

6. Source : « National Center for Health Statistics : Vital statistics of the United States, vol. 11, mortality, part A, for data years 1950-95. »

Étude de Rooks <i>et al.</i> (1992)	
Qui assiste la personne qui est responsable de l'accouchement ?	88 à 89 % une sage-femme 65,9 % des accouchements dirigés par des spécialistes étaient assistés par une infirmière
Quelles personnes étaient présentes à l'accouchement ?	92,4 % le père du bébé 36,5 % des ami(e)s 29,1 % les grands-parents 25,3 % les enfants
Transferts	
Transferts prénatals (13,8 %)	Transferts per et postnatals (15,8 %)
Résultats maternels	
Temps gestationnel	
<37 semaines	2,4 %
37-42 semaines	86,2 %
>42	11,4 %
Durée du travail (heures)	
<3	49,2 %
4-6	24,5 %
7-10	14,5 %
11-15	7,6 %
>15	4,2 %
Stimulation du travail	
Huile de ricin	8,7 %
Amniotomie	1,0 %
Oxytocine	0,4 %
Méthode d'accélération du travail	
Amniotomie durant le 1 ^{er} stade	51,0 %
Stimulation des mamelons	12,7 %
Oxytocine	1,5 %
Mode d'accouchement	
Accouchement vaginal ⁷	99,4 %
Forceps ou ventouse	0,6 %
Césarienne	4,4 %

7. Le calcul du nombre d'accouchements vaginaux et assistés est effectué sur un échantillon de 10 205 au lieu de 11 814.

Étude de Rooks <i>et al.</i> (1992)	
Complications⁸	
Peu/absence de progrès	10,7 %
Présence de méconium	17,7 %
Hémorragie postnatale	6,2 %
Anesthésie	
Aucune	44 %
Locale seulement	53 %
Épidurale	3,2 %
État du périnée	
Intact	34,2 %
Lacération du 3 ^e et du 4 ^e degré	2,4 %
Déchirure légère	8,2 %
Déchirure nécessitant une suture	5,2 %
Épisiotomie	23,2 %
Monitoring du bien-être fœtal	
Manuel	90,5 %
Électronique	7,5 %

Étude de Rooks <i>et al.</i> (1992)	
Résultats infantiles	
Poids à la naissance <2 500 g	1,0 %
APGAR à 1 minute	
0	0,1 %
1-2	0,3 %
3-4	1,2 %
5-6	4,2 %
7-8	41,7 %
9-10	47,4 %
APGAR à 5 minutes	
0	0,1 %
1-2	0,0 %
3-4	0,1 %
5-6	0,4 %
7-8	7,3 %
9-10	88,4 %
Mortalité périnatale	1,27/1 000

8. Le pourcentage de complications pendant le travail est basé sur un échantillon de 11 814 alors que celui des complications durant l'accouchement et la période postnatale est calculé sur 10 348.

3.4 La pratique sage-femme en Australie

La formation sage-femme a été introduite en Australie au début du siècle. La pratique sage-femme a d'abord été intégrée à la pratique infirmière, contexte professionnel duquel les sages-femmes essaient maintenant de se dissocier. Au cours des années 1970, le système de santé n'offrait pas encore d'alternatives au milieu hospitalier quant à la façon d'accoucher et au choix du lieu et du professionnel. Une quête d'autonomie et de reconnaissance de la profession sage-femme s'installe donc progressivement.

Un peu plus tard, au début des années 1980, parallèlement au système de santé, s'organise une pratique sage-femme, assistée par des médecins généralistes. Cette pratique se fait sur la base de facturations d'honoraires aux clientes et n'est couverte par aucun fonds ni assurance publique. Pendant cette même période, on remodèle l'organisation de la pratique sage-femme. La littérature témoigne de l'apparition de centres de maternité intra-hospitaliers, de cliniques de sages-femmes en milieu hospitalier et de services de suivi postnatal à domicile fait par les sages-femmes.

Depuis les années 1990, de nombreux groupes de pression revendiquent l'amélioration des services de périnatalité, la création de choix réels pour les femmes quant au lieu de naissance, la promotion de l'accouchement à domicile et l'autonomie de la pratique des sages-femmes. Les instances gouvernementales tentent d'implanter depuis cette période un programme des services alternatifs de naissance dont un des principaux objectifs est de rendre accessible l'accouchement à domicile.

3.5 La pratique sage-femme au Royaume-Uni

La pratique sage-femme est reconnue au Royaume-Uni depuis 1902. Dès 1949, on intègre la pratique des sages-femmes au sein du réseau de santé ; elles sont identifiées comme les principales dispensatrices de soins en périnatalité.

Jusqu'à tout récemment, le système de soins laissait peu de place à l'autonomie des sages-femmes tant en ce qui concerne le champ de pratique que les lieux d'exercice de leur profession. En effet, l'instauration officielle de la pratique sage-femme s'est effectuée sous la supervision médicale. La médicalisation de la grossesse et l'institutionnalisation de l'accouchement au cours du siècle ont eu comme effet de confiner les sages-femmes dans un modèle de pratique s'apparentant à l'assistance médicale et à un rôle d'infirmière spécialisée en maternité.

Des changements s'amorcent au cours des années 1980. Le « Royal College of Midwifery » devient plus actif, des groupes de pression font leur apparition. D'une part, on revendique notamment la reconnaissance des sages-femmes comme praticiennes autonomes et des changements à l'intérieur du système de santé pour pallier entre autres la fragmentation des soins causée par la spécialisation temporaire des sages-femmes selon les périodes périnatales. D'autre part, on observe l'émergence d'un nouveau mode d'organisation de la pratique, soit l'approche d'équipe, pour contrer l'insatisfaction envers l'approche des milieux institutionnels.

Depuis le début des années 1990, deux autres éléments viennent consolider cette ère de changements. D'une part, la réforme du système de santé amorcée en 1989 qui tend à s'éloigner d'un modèle intégré pour se rapprocher d'un modèle contractuel pour les services hospitaliers avec

une forme de concurrence gérée au niveau de l'offre, réforme qui offre plus d'ouverture à l'autonomie de la pratique des sages-femmes. D'autre part, en 1993, le rapport *Changing Childbirth* sur les services de maternité propose des changements radicaux, notamment en recommandant que l'accouchement à domicile devienne une option réelle pour les femmes et en accordant une place prépondérante aux sages-femmes. Il recommande entre autres :

- que toutes les femmes puissent connaître une sage-femme assurant la continuité de leurs soins de maternité et qu'au moins 30 % des femmes puissent avoir une sage-femme comme professionnelle responsable de leurs soins de maternité et puissent être admises dans les unités de maternité sous la direction d'une sage-femme ;
- que les sages-femmes puissent avoir un accès direct à quelques lits dans toutes les unités de maternité.

En 1993, 88 % des sages-femmes étaient employées par le système national de santé et travaillaient à l'intérieur de services hospitaliers ou communautaires. Les autres se retrouvaient dans une banque de sages-femmes, étaient enseignantes, travaillaient dans des agences, étaient employées par des médecins de famille ou exerçaient en institution privée, en pratique privée ou autres.

En milieu hospitalier, les sages-femmes œuvrent au sein de divers modèles d'organisation de soins :

- 1) le modèle hospitalier conventionnel assigne les sages-femmes à une catégorie de soins pré, per et postnatals sur une base rotative (trois à six mois en clinique prénatale, trois à six mois en salle de travail et ainsi de suite), ce qui ne permet pas la continuité des soins. Elles sont soumises aux règles et protocoles de leur unité qui sont majoritairement définis par les spécialistes, ce qui limite l'autonomie de pratique des sages-femmes. Les unités sont dirigées par des médecins spécialistes ;
- 2) le modèle de soins partagés : ce modèle est une variante du modèle conventionnel. Il a été mis sur pied pour alléger le travail des obstétriciens qui confient les suivis pré et postnatals à une sage-femme et un omnipraticien qui travaillent en collaboration. L'accouchement est assisté par l'obstétricien ;
- 3) le modèle chambre de naissance : on cherche à reproduire le domicile par l'aménagement de la salle d'accouchement. Les chambres sont mises à la disposition des médecins généralistes ou des sages-femmes communautaires offrant le modèle DOMINO⁹. Dans ce dernier cas, deux sages-femmes sont présentes à l'accouchement ;
- 4) le modèle DOMINO est davantage présent dans les centres hospitaliers de courte durée. Il s'agit de confier à une équipe de sages-femmes l'ensemble du suivi des femmes présentant une grossesse normale. Les suivis pré et postnatal s'effectuent à domicile et l'accouchement a lieu à l'hôpital sous la responsabilité de la sage-femme de garde. Ce n'est donc pas nécessairement celle qui a suivi la cliente qui est présente à l'accouchement. On offre un congé rapide de l'hôpital ;

9. Le terme DOMINO est un acronyme de « Domestic In and Out ».

-
-
- 5) le modèle d'approche d'équipe et les unités de maternité sages-femmes : soins périnataux complets dirigés par des sages-femmes en centres hospitaliers. Cette pratique est apparue en même temps que la recherche de solutions à la fragmentation des soins de maternité. Prise en charge du suivi par une équipe de quatre à six sages-femmes ; critères rigoureux de sélection de la clientèle ; une visite auprès d'un obstétricien à la 36^e semaine et au besoin à la 41^e ; accouchements sous la responsabilité de la sage-femme de garde accompagnée par une étudiante sage-femme ou un étudiant en médecine ; une sage-femme peut utiliser des forceps et peut assister l'obstétricien s'il y a complication ; le postnatal est fait à raison de deux fois par jour à l'hôpital, tous les jours à domicile pendant 10 jours, aux 4 à 7 jours durant 28 jours ;
 - 6) le modèle de charge de dossier « caseload midwifery » : variante de l'approche d'équipe où la sage-femme semble bénéficier de plus d'autonomie et de reconnaissance. Ce modèle s'inscrit dans la foulée de la réforme du système de santé qui tend à s'éloigner d'un modèle intégré pour se rapprocher d'un modèle contractuel pour les services hospitaliers avec une forme de concurrence gérée au niveau de l'offre. Les hôpitaux sont incités à entrer en concurrence entre eux pour l'obtention de contrats de prestation de services avec les autorités sanitaires de district. Le suivi comprend toute la période périnatale, les sages-femmes travaillent à la fois à l'hôpital et dans la communauté, la majorité des soins sont assumés conjointement par une sage-femme et un médecin généraliste ;
 - 7) le modèle de pratique de groupe : est aussi une variante de l'approche d'équipe et offre plus d'autonomie et de reconnaissance de la pratique aux sages-femmes. Il fonctionne sur le principe de charge de dossiers, mais place la femme au centre des soins de maternité.

En milieu communautaire, les sages-femmes œuvrent principalement dans le système des soins partagés avec des médecins généralistes ou à l'intérieur d'un modèle DOMINO où elles sont les principales dispensatrices de soins périnataux. On retrouve aussi les sages-femmes communautaires dans les pratiques de groupe et dans le modèle de charge de dossier.

Nous vous présentons maintenant quelques études comparatives du modèle hospitalier conventionnel et d'autres modèles de pratique sage-femme. La première étude, publiée par Flint *et al.* décrit un essai clinique randomisé ayant pour but d'évaluer le modèle de pratique en équipe de sages-femmes (modèle 5) comparativement au modèle hospitalier conventionnel (modèle 1). Les accouchements des deux groupes de femmes se déroulent en centre hospitalier. L'étude couvre une période de deux ans, entre avril 1983 et mars 1985. L'échantillon total est de 503 femmes pour le modèle de pratique en équipe de sages-femmes et de 498 pour le modèle hospitalier conventionnel. L'équipe du modèle de pratique en équipe de sages-femmes est responsable de sa propre gestion et n'est pas affectée par l'unité de maternité conventionnelle où sont intégrées d'autres sages-femmes sous la supervision de médecins. Le modèle de pratique en équipe de sages-femmes fonctionne selon un horaire rotatif en fonction des trois périodes afin d'assurer la continuité. Lors de l'étude, la charge de travail de l'équipe de sages-femmes était de 250 suivis complets.

Étude de Flint <i>et al.</i>		
Résultats maternels	Modèle de pratique en équipe de sages-femmes	Modèle hospitalier conventionnel
Mode d'accouchement :		
forceps ou ventouse	12 %	14 %
césarienne	8 %	7 %
Induction	11 %	13 %
Rupture artificielle des membranes	53 %	59 %
Stimulation du travail	17 %	25 %
Durée du 1 ^{er} stade du travail >6 heures	62 %	52 %
Épidurale	18 %	30 %
Analgésie (en excluant l'entonox)	49 %	62 %
État du périnée :		
périnée intact	24 %	24 %
déchirures	42 %	34 %
Épisiotomie	34 %	42 %

Étude de Flint <i>et al.</i>		
Résultats infantiles	Modèle de pratique en équipe de sages-femmes	Modèle hospitalier conventionnel
Poids à la naissance <2500 g	6 %	8 %
Apgar à une minute <8	19 %	19 %
Apgar à 5 minutes <8	4 % (17/470)	1 % (6/471)
Réanimation néonatale	20 %	28 %
Néonatalogie spécialisée	5 %	4 %
Mortalité périnatale	2 % (8/478)	1 % (4/471)

Principaux constats

De façon générale, les résultats de l'étude montrent moins d'interventions dans le modèle de pratique en équipe de sages-femmes, comme en témoignent les taux de stimulation du travail, d'épidurale et d'épisiotomie. Par contre, on retrouve plus de déchirures dans ce modèle de pratique et une durée du travail plus longue, ce qui peut être mis en relation avec la stimulation du travail qui est moins fréquente dans le modèle de pratique en équipe de sages-femmes.

La deuxième étude, publiée par MacVicar en 1993, est aussi une étude de type contrôlé. L'échantillon de 3510 femmes présentant une grossesse normale est réparti au hasard dans les deux groupes expérimentaux. On compare un modèle mixte de pratique de sages-femmes, soit un modèle de soins partagés pour la période prénatale¹⁰ (modèle 2) et le modèle de chambre de naissance pour la période perinatale (modèle 3), avec le modèle hospitalier conventionnel (modèle 1). Il peut y avoir consultation ou référence auprès d'un spécialiste, à l'initiative d'un des trois types d'intervenants participant au suivi (soit les sages-femmes du modèle mixte ou la sage-femme communautaire ou le généraliste). Les sages-femmes du modèle mixte travaillent selon un horaire rotatif (trois tiers par jour) et il n'y a pas de système de garde. Lors de l'étude, la charge de l'équipe du modèle mixte était d'environ 1150 suivis par année.

Étude de MacVicar <i>et al.</i>		
Résultats maternels		
	Modèle mixte de pratique sage-femme	Modèle hospitalier conventionnel
Temps gestationnel <37 semaines	5 %	6 %
Mode d'accouchement :		
accouchement vaginal	84 %	82 %
accouchement vaginal siège	1 %	1 %
forceps ou ventouse	8 %	10 %
césarienne	7 %	7 %
Accouchement spontané	73 %	64 %
Induction	9 %	11 %
Stimulation	12 %	16 %

10. Une équipe de 10 sages-femmes est responsable du suivi des femmes sélectionnées pour accoucher en chambre de naissance ; l'accouchement en chambre de naissance est assumé par des sages-femmes de l'équipe. Le suivi prénatal est fait selon le modèle de soins partagés où les sages-femmes de l'équipe de 10 voient les femmes à trois reprises. Le reste du suivi prénatal de même que le suivi postnatal sont faits par une sage-femme communautaire ou un généraliste. Au lieu d'être un partage entre un spécialiste d'une part et une sage-femme communautaire et un généraliste d'autre part, il s'agit d'un partage entre l'équipe de sages-femmes d'une part et une sage-femme communautaire et un généraliste d'autre part.

Étude de MacVicar <i>et al.</i> (suite)		
Résultats maternels		
	Modèle mixte de pratique sage-femme	Modèle hospitalier conventionnel
Durée du travail		
1 ^{er} stade	385 minutes	355 minutes
2 ^e stade	22 minutes	23 minutes
Présence de méconium	25 %	15 %
Anesthésie :		
aucune	13 %	12 %
épidurale	16 %	20 %
État du périnée :		
intact	33 %	30 %
déchirures	45 %	40 %
Épisiotomie	23 %	31 %
Moniteur électronique fœtal	50 %	89 %
ÉCHANTILLON	2304	1206
Résultats infantiles		
Poids à la naissance <2500 g	5 %	5 %
Apgar à une minute	7	8
Apgar à 5 minutes	9	9
Mortalité périnatale	1/1 000	0,4/1 000
ÉCHANTILLON	2304	1206

Principaux constats

Le modèle de pratique sage-femme repose sur la normalisation de la grossesse et de l'accouchement et sur le principe d'interventions minimales. On suppose une grande autonomie pour les femmes. L'équipe de sages-femmes responsable du service fonctionne de façon autonome, mais son organisation repose sur le même modèle que le modèle hospitalier conventionnel. L'horaire des sages-femmes de ce service demeure le même que celui du modèle hospitalier conventionnel. Il n'y a pas de modification au type de suivi postnatal. Le suivi est fragmenté, sans continuité par rapport à l'approche, aux personnes et au lieu ; les femmes y rencontrent plusieurs intervenantes.

Les données présentées dans le tableau précédent font ressortir que la santé des enfants est comparable d'un groupe à l'autre mais que la fréquence de certaines interventions est moindre dans le modèle mixte. Il s'agit du monitoring fœtal, de l'induction du travail, de la stimulation du travail, de l'épisiotomie. On observe plus de travail spontané chez les femmes suivies dans le modèle

mixte. Cette étude révèle aussi un taux de transfert élevé, soit 45 % (23 % en prénatal et 22 % en pernatal).

La troisième étude, publiée par Hundley *et al.* en 1994, a été réalisée entre octobre 1991 et août 1993 auprès d'un groupe de 2844 femmes présentant une grossesse normale. Elle se déroule dans un centre universitaire ultra-spécialisé, où on compare une unité sage-femme intra-hospitalière adjacente au département d'obstétrique lui-même, soit le modèle de chambre de naissance (3) et le département d'obstétrique soit le modèle hospitalier conventionnel (1). Le suivi prénatal a été offert par le personnel du modèle hospitalier conventionnel ; l'unité sage-femme offre seulement le service pernatal. La seule différence entre le modèle de chambre de naissance et le modèle hospitalier conventionnel est que les femmes ont la possibilité d'accoucher sous la responsabilité d'une sage-femme dans l'une des cinq chambres de naissance plutôt qu'en salle d'accouchement.

Il n'y a pas de réelle intégration puisqu'on a simplement aménagé des chambres de naissance pour les clientes des sages-femmes. On ne voit pas d'approche globale du processus périnatal qui exclut toute forme de continuité (approche, personnes, lieux) avec la période perinatale. On ne note aucune modification dans l'organisation de l'ensemble du suivi et des soins périnatals.

Étude de Hundley <i>et al.</i>		
Résultats maternels		
	Modèle chambre de naissance	Modèle hospitalier conventionnel
Temps gestationnel <37 semaines	2,6 %	3 %
Durée moyenne du travail en heures	9,6	9,2
Mode d'accouchement :		
vaginal	78,2 %	75,3 %
forceps ou ventouse	12,2 %	13,3 %
césarienne	6,9 %	8,0 %
Accouchement spontané	78,6 %	80,1 %
Induction	21,4 %	19,9 %
Pré-éclampsie	3,8 %	1,9 %
Détresse fœtale	18,5 %	22,4 %
Présence de méconium	13,8 %	14,1 %
Anesthésie		
aucune	1,9 %	1,8 %
épidurale	14,7 %	17,7 %
Analgésie par méthodes naturelles	53,8 %	45,0 %
Épisiotomie	25,2 %	29,1 %

Étude de Hundley <i>et al.</i> (suite)		
Résultats maternels		
	Modèle chambre de naissance	Modèle hospitalier conventionnel
Moniteur électronique fœtal	57,3 %	92,8 %
ÉCHANTILLON	1819	915
Résultats infantiles		
Poids moyen à la naissance en grammes	3427	3420
APGAR à 1 minute	9	9
APGAR à 5 minutes	9	9
Mortalité périnatale	0,8/1 000	0,6/1 000
ÉCHANTILLON	1900	944

Principaux constats

On observe dans le modèle chambre de naissance moins d'utilisation du moniteur électronique fœtal, moins d'épidurale, moins d'épisiotomie et de césarienne. Par contre, on note un taux de transfert élevé : un total de 54 %, soit 38 % en prénatal et 16 % en pernatal.

3.6 La pratique sage-femme aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, l'ensemble du système de soins de maternité repose sur une conception de la grossesse et de l'accouchement vus comme un processus physiologique ; la naissance est perçue comme un événement familial et social. C'est dans cette perspective que s'est implantée la pratique des sages-femmes.

Les sages-femmes sont des praticiennes autonomes et sont responsables de la régulation de leur profession. L'Association professionnelle des sages-femmes a été fondée au début du siècle. Tout comme les autres professions médicales du pays, les sages-femmes sont réglementées par un code disciplinaire défini par la loi médicale. Les honoraires professionnels sont remboursés par le système national d'assurance publique qui favorise les sages-femmes pour le suivi des femmes présentant une grossesse normale.

La formation des sages-femmes est d'une durée de trois ans après les études secondaires et l'accès au programme est direct.

Les gouvernements et les lois ont en général toujours contribué à protéger la pratique et le rôle des sages-femmes comme professionnelles de première ligne. La sage-femme est la principale professionnelle qui effectue la sélection et l'orientation des femmes enceintes. Depuis 1987, on a modifié les façons de faire. Dans certains cas, une consultation peut avoir lieu entre une sage-femme ou un médecin généraliste et un obstétricien. Mais c'est la sage-femme ou le médecin

généraliste qui décide en dernière instance, ce qui a causé des protestations de la part des obstétriciens et des frictions entre les trois groupes de professionnels.

Un service d'aides de couches soutient le système de soins en périnatalité. On retrouve deux lieux de naissance, mais trois options possibles pour les femmes. Pour celles présentant une grossesse à risque, seul l'accouchement en centre hospitalier est possible. Les autres femmes ne présentant pas de risque peuvent choisir entre le domicile et la polyclinique (service hospitalier ambulatoire) située en milieu hospitalier. En polyclinique, le séjour est en général d'environ 24 heures, les soins pré et postnatals immédiats sont en tout ou en partie assumés à domicile, notamment par les aides de couches. Les femmes conservent leur dossier. Notons que les aides de couches assurent le suivi per et postnatal pour environ deux tiers des naissances.

En 1991, 45 % des accouchements ont été assistés par des sages-femmes, 45 % par des obstétriciens et 10 % par des médecins généralistes ; 31 % de ces accouchements ont eu lieu à domicile et 25 % en polyclinique. L'accouchement à domicile était d'environ 70 % dans les années 1950 ; il a chuté entre les années 1960 et 1980 pour se stabiliser depuis autour de 35 %.

En 1994, 80 % des sages-femmes étaient en pratique privée et assistaient des accouchements à domicile et en polyclinique. Toujours pour la même année, 25 % des sages-femmes pratiquaient moins de 100 accouchements par année, 47 % entre 100 et 150 et 28 % plus de 150.

3.7 La pratique sage-femme au Danemark

Tout comme pour les Pays-Bas, il existe un système public de santé basé sur l'accès universel aux services et la pratique des sages-femmes est une des caractéristiques des soins et services en périnatalité.

La formation sage-femme existe depuis 200 ans. Elle est d'une durée de trois ans et d'entrée directe après le secondaire.

En 1993, on retrouvait 1200 sages-femmes pour une population d'environ 5 millions et un taux de natalité de 12,0/1000 habitants.

Les sages-femmes sont employées du Service national de santé dans leur comté. Des standards de soins ont été élaborés et 99 % des femmes suivent ces lignes directrices en ce qui a trait à la fréquence des visites et aux professionnels responsables de leur suivi. C'est ainsi que toutes les femmes voient une sage-femme durant leur grossesse, de 10 à 20 % reçoivent des soins partagés entre une sage-femme et un spécialiste en raison de complications. Moins de 1 % sont suivies par un omnipraticien. Selon les standards, une femme aura cinq visites avec une sage-femme, une avec un obstétricien-gynécologue et deux avec son médecin de famille. Les femmes conservent leur dossier. Il n'y a pas beaucoup de continuité des soins puisque les sages-femmes ne font pas nécessairement le suivi sur l'ensemble de la période périnatale. De plus, il est rare que la sage-femme qui a assumé le suivi soit celle qui soit présente à l'accouchement. Actuellement, on explore des avenues de travail en équipe de sages-femmes pour pallier le problème de continuité. La plupart des accouchements se font à l'hôpital.

Le médecin de famille pose le diagnostic de grossesse et réfère la cliente à une sage-femme si la grossesse semble se présenter normalement.

3.8 La pratique sage-femme en Finlande

Tout comme pour les Pays-Bas et le Danemark, il existe un système public de santé basé sur l'accès universel aux services et la pratique des sages-femmes est une caractéristique des soins et services en périnatalité.

Le diplôme d'infirmière est un préalable à la formation sage-femme. Les services offerts par les sages-femmes n'offrent pas beaucoup de continuité. Elles dispensent des soins pré et postnataux dans des centres de maternité ambulatoires. Leur travail est partagé avec les médecins généralistes. Elles assument des soins périnataux en milieu hospitalier pour les accouchements normaux.

Depuis les années 1990, la place qu'occupent les sages-femmes diminue. On les remplace progressivement dans les centres de maternité par des infirmières, leur rôle demeurant présent pour l'assistance à l'accouchement en milieu hospitalier.

3.9 La pratique sage-femme en Suède

Tout comme pour les Pays-Bas, le Danemark et la Finlande, il existe un système public de santé basé sur l'accès universel aux services et la pratique des sages-femmes est une caractéristique des soins et services en périnatalité.

Les sages-femmes sont des professionnelles autonomes employées du système national de santé. Elles sont des intervenantes de première ligne, responsables du suivi pré, per et postnatal des femmes présentant une grossesse normale. Leur formation est d'une année et demie après la formation d'infirmière qui est d'une durée de trois ans.

Les soins périnataux standards sont divisés selon la période, d'où absence de continuité des soins. 99 % des femmes reçoivent leurs soins à l'intérieur d'un réseau de cliniques pré et postnatales et d'hôpitaux. Les femmes sont vues par la sage-femme 11 à 12 fois et deux fois par un obstétricien, à la 12^e et à la 36^e semaine. Les femmes conservent leur dossier. Les sages-femmes pratiquent en clinique ou en milieu hospitalier. Ce n'est pas la même sage-femme qui fait le suivi prénatal et l'accouchement. Cependant, une même sage-femme assure le suivi prénatal. Les accouchements se font majoritairement à l'hôpital.

3.10 Études sur la sécurité de l'accouchement à domicile

Nous avons choisi de présenter maintenant une méta-analyse, publiée par Olsen portant sur la sécurité de l'accouchement à domicile. Comme vous le verrez, elle regroupe des études provenant des Pays-Bas, des États-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie et de la Suisse.

Cette méta-analyse présente une sélection d'études portant sur la sécurité de l'accouchement à domicile versus l'accouchement à l'hôpital. En tout, 607 études ont été identifiées dans les ban-

ques « MEDLINE » et « MIDIRS ». Parmi celles-ci, 62 semblaient pertinentes. Finalement, après analyse, six études ont été retenues en tenant compte des critères suivants :

- 1) le groupe accouchement à domicile doit inclure tous les accouchements à domicile planifiés, peu importe où l'accouchement a eu lieu (transferts du domicile vers l'hôpital) et exclure les accouchements planifiés à l'hôpital qui ont eu lieu à domicile ;
- 2) les deux groupes doivent être comparables le plus possible ou certaines différences doivent être compensées par des méthodes statistiques ;
- 3) l'information concernant la mesure des résultats doit être comparable.

Les résultats périnataux de 24 092 femmes à faibles risques ont été analysés pour mesurer la mortalité, la morbidité incluant l'APGAR, les lacérations maternelles et les taux d'interventions. Les facteurs confondants ont été contrôlés par élimination, pairage et analyses statistiques.

Les personnes assistant les accouchements à domicile sont des sages-femmes diplômées (États-Unis, Australie, Pays-Bas et Angleterre), des sages-femmes autodidactes (États-Unis), des infirmières (États-Unis), des généralistes (Pays-Bas, Angleterre, États-Unis) et autres médecins (Suisse).

Les accouchements en centre hospitalier ont été assistés par des médecins uniquement, aux États-Unis et aux Pays-Bas, alors que des sages-femmes pouvaient y participer en Australie, en Angleterre et en Suisse.

Voici un tableau décrivant les études :

Lieu	Auteurs	Année de publication	Années d'échantillonnage	Nombre d'accouchements à domicile commencés	Nombre d'accouchements à domicile complétés	% de transferts	Nombre d'accouchements à l'hôpital
USA (Wisconsin)	Mehl	1977	?	1 046	945	10	1 046
Angleterre	Shearer	1985	1978-1983	185	178	4	185
Pays-Bas	Berghs <i>et al.</i>	1988	1984-1985	766	655	14	368
USA (Tennessee)	Durand	1992	1971-1989	1 679	1 551	9	14 033
Australie	Woodcock <i>et al.</i>	1994	1981-1987	928	791	15	2 928
Suisse	Ackermann-Liebrich <i>et al.</i>	1994	1989-1991	439	369	16	489

Voici deux tableaux présentant les résultats :

Olsen (Méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement à domicile)		
	« Odds ratio » (OR) ¹¹	Intervalle de confiance à 95 %
Mortalité périnatale	0,87	(0,54-1,41)
APGAR à 1 minute <8	0,50	(0,40-0,64)
APGAR à 5 minutes <8	0,55	(0,41-0,74)
Lacération du 2 ^e et du 3 ^e degré	0,67	(0,54-0,83)

Olsen (Méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement à domicile)		
Interventions obstétricales		
Interventions	« Odds ratio »	Étude
Induction	0,06	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
	0,07	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Stimulation	0,26	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
	0,69	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Épisiotomie	0,02	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
	0,38	Shearer, Angleterre
	0,42	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
Césarienne ou accouchement vaginal	0,04	Durand, États-Unis (Tennessee)
Accouchement vaginal	0,03	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
	0,15	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
	0,42	Berghs <i>et al.</i> , Pays-Bas
Césarienne élective	0,05	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale
Césarienne	0,09	Durand, États-Unis (Tennessee)
	0,31	Mehl, États-Unis (Wisconsin)
Césarienne d'urgence	0,27	Woodcock <i>et al.</i> , Australie-Occidentale

11. Taux d'incidence au sein d'un groupe donné rapporté au taux d'incidence au sein d'un autre groupe. L'incidence est le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée dans une population donnée. Certains auteurs traduisent « Odds ratio » par rapport de cotes ou risque relatif (RR). Un « Odds ratio » inférieur à 1 indique un risque plus faible, un « Odds ratio » égal à 1 indique qu'il n'y a pas de différence dans les deux groupes et un « Odds ratio » plus grand que 1 indique un niveau de risque plus élevé.

En résumé, la mortalité périnatale n'est pas différente d'un groupe à l'autre [OR 0.87 (95 % IC (0.54-1.41)]. Cependant, concernant le groupe de femmes accouchant à domicile, plusieurs données sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent être attribuées au hasard de l'échantillonnage. On note une faible fréquence d'APGAR bas, moins de lacérations du 2^e et du 3^e degré (environ 50 % de plus ont été enregistrées chez les femmes accouchant à l'hôpital). La fréquence plus faible des inductions, stimulations, épisiotomies et césariennes est statistiquement significative dans chacune des études.

L'auteur mentionne qu'il n'y a aucune évidence pour supporter l'opinion que l'accouchement à domicile est moins sécuritaire que l'accouchement en milieu hospitalier. Les analyses révèlent une augmentation significative et constante de la morbidité et des interventions dans le groupe de femmes accouchant à l'hôpital. Des décès périnataux ont été enregistrés dans les deux groupes, ce qui permet de dire que l'accouchement à domicile n'est pas totalement sécuritaire, pas plus que ne l'est l'accouchement à l'hôpital.

Olsen mentionne également que les résultats de la méta-analyse sont supportés par d'autres études qui indiquent :

- qu'un soutien émotionnel et psychologique continu durant l'accouchement réduit significativement la fréquence d'APGAR en dessous de 7, à 5 minutes ;
- que plusieurs éléments de soins reliés à l'hôpital (monitorage électronique fœtal, position couchée pendant le travail, épisiotomie) ont été démontrés comme inefficaces ou faisant plus de mal que de bien ;
- que ces procédures sont utilisées moins souvent dans les unités de sages-femmes ;
- que les femmes préfèrent même à l'hôpital des soins donnés par des sages-femmes dans un environnement familial plutôt que dans un environnement de haute technologie avec des obstétriciens.

Toujours selon l'auteur, les résultats concernant la mortalité sont supportés par deux larges études scandinaves. Il conclut en disant que l'accouchement à domicile est une alternative acceptable pour les femmes sélectionnées et qu'il conduit à une diminution des interventions médicales.

3.11 Résumé des constats se dégageant de la littérature et des expériences étrangères

Il existe dans plusieurs pays un questionnement sur la place qu'occupent les sages-femmes dans le système de santé. Ce questionnement amène souvent des modifications de leur rôle qui, à divers degrés, a été assimilé à la pratique médicale ou infirmière, d'où diminution de leur spécificité et de leur autonomie.

Lorsque des modèles de pratique de sages-femmes en milieu hospitalier ont été comparés à des modèles hospitaliers conventionnels, il a été observé une diminution des interventions obstétricales en faveur des modèles de pratique de sages-femmes. Cependant, lorsque nous comparons la pratique intra-hospitalière à la pratique extra-hospitalière, il a été noté que les accouchements assistés, les césariennes, le monitoring fœtal électronique, la stimulation du travail et l'analgésie

sont plus courants en milieu hospitalier. Un taux plus élevé de transferts pour la pratique sage-femme en milieu hospitalier a également été observé.

Le mode d'organisation de la pratique sage-femme en milieu hospitalier, la définition et le respect d'une philosophie, l'adaptation des services et la définition des protocoles de soins sont fondamentaux si on souhaite maintenir l'autonomie de la pratique des sages-femmes, l'humanisation des soins et la continuité des personnes et des lieux à chacune des périodes périnatales. Les modèles d'intervention en milieu hospitalier qui ne reposent pas sur ces éléments ont souvent comme conséquence une diminution dans l'autonomie de la pratique des sages-femmes, une rupture dans la continuité et une diminution de l'humanisation des soins. La continuité des soins peut être présente dans plusieurs modes d'organisation, ce qui n'est pas le cas pour la continuité de la personne. On note dans certains cas une multitude d'intervenants pour la période périnatale.

On a pu voir aussi que la sage-femme n'est pas toujours responsable de l'ensemble du processus périnatal. Selon les organisations, elle peut s'occuper du pré et du postnatal alors que le périnatal revient aux médecins, ou s'intéresser seulement à la période périnatale.

La sécurité ne dépend pas uniquement du lieu où se déroulent les accouchements mais d'un ensemble de facteurs, notamment ceux prévus pour les centres de maternité autonomes aux États-Unis.

Par ailleurs, nous notons une évolution des tendances par rapport à l'accouchement à domicile :

- bien que peu généralisé, l'accouchement à domicile est autorisé, notamment en Ontario, aux États-Unis et en Europe ;
- les accouchements à domicile ne dépassent pas 1 % de tous les accouchements en pays industrialisés, sauf aux Pays-Bas où il se situe autour de 31 % ;
- en Ontario, 60 % des accouchements faits par les sages-femmes se déroulent en centre hospitalier et 40 % à domicile. Tel que mentionné précédemment, il n'existe actuellement aucune maison de naissance même si ce lieu est autorisé ;
- en Australie, depuis les années 1980, des changements sont observés en matière de périnatalité. D'une part, on note l'apparition de nouveaux types de services en périnatalité (centres de maternité intra-hospitaliers, cliniques sages-femmes en milieu hospitalier et services postnatals à domicile assurés par des sages-femmes). D'autre part, on observe une demande croissante pour rendre accessible l'accouchement à domicile ;
- au Royaume-Uni, le rapport *Changing Childbirth*, paru en 1993 et portant sur les services de périnatalité, recommande notamment que l'accouchement à domicile devienne une option réelle pour les femmes. Ce rapport redéfinit les rôles des médecins généralistes, des sages-femmes et des obstétriciens dans les services de périnatalité, et reconnaît les compétences des sages-femmes et leur droit à une pratique indépendante. Il s'inscrit dans la foulée de la réforme du système de santé amorcée en 1989 ; ses recommandations sont mises en application.

4. ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES

Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes avait notamment comme mandat d'évaluer l'ensemble des résultats obtenus par les projets-pilotes. Afin de satisfaire à cette obligation, une offre de subvention à la recherche a été lancée en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux auprès de chercheurs universitaires. Un consortium de chercheurs provenant de diverses universités s'est regroupé et nous a présenté un devis d'évaluation que nous décrivons plus loin.

La clientèle sage-femme qui forme la cohorte étudiée est constituée par les femmes enceintes suivies par une sage-femme dans une maison de naissance depuis le début des projets-pilotes jusqu'à la fin de la collecte des données. Avant le 1^{er} février 1995, seules les femmes admises pour un accouchement dans une maison de naissance font partie de la cohorte. Après cette date, toutes les femmes suivies par une sage-femme et qui ont accouché avant le 31 octobre 1996 font partie de la cohorte. La notion de suivi signifie que la femme a eu plus de deux visites pour un suivi de grossesse avec une sage-femme sans avis de transfert de soins à un médecin ou qu'elle a accouché avec l'aide d'une sage-femme.

Lorsqu'une femme est assignée au groupe sage-femme selon les paramètres précédemment cités, elle le demeure même si elle est transférée plus tard à un médecin. Ceci explique que certaines interventions qui ne sont pas pratiquées par les sages-femmes, comme les césariennes, la péridurale et l'utilisation de forceps, sont attribuées au groupe de femmes suivies par des sages-femmes.

La collecte des données s'est échelonnée du 1^{er} février 1995 au 31 décembre 1996 (22 mois).

4.1 Description sommaire du devis

La recherche évaluative consiste en un devis mixte, soit une étude de cas multiples et une étude comparative avec groupes témoins appariés.

L'étude de cas consiste en une étude de l'ensemble des projets-pilotes et une analyse en profondeur de trois des sept projets-pilotes. Les principaux instruments utilisés sont des entrevues d'orientation, l'analyse de documents divers (protocoles d'entente, procès-verbaux, correspondance, description de tâches et de fonctionnement, revue de presse, etc.), des entrevues auprès d'acteurs clés (coordonnatrices, sages-femmes, etc.), l'observation (réunions du conseil multidisciplinaire, etc.), le journal de bord des sages-femmes ou l'équivalent et les règles de soins. L'étude de cas multiples a surtout fourni des informations pour le volet organisationnel et professionnel.

L'étude comparative consiste à appairer des clientes suivies par les sages-femmes à des clientes suivies par des médecins afin d'apprécier les services offerts par les sages-femmes en regard des services médicaux courants en ce qui a trait à l'humanisation et la continuité des soins, à l'utilisation des technologies obstétricales, à la sécurité et la santé de la mère et de l'enfant ainsi qu'aux coûts.

L'étude comparative touche trois des quatre volets de la recherche, soit les volets épidémiologique, psychosocial et économique. La collecte est faite à l'aide des dossiers périnataux sages-femmes, des dossiers médicaux et des questionnaires postnatals. On utilise aussi pour l'analyse économique les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en ce qui concerne les services facturés à l'acte.

Le projet de Puvirnitug n'a pas eu le même type d'évaluation puisqu'il a déjà fait l'objet de deux évaluations. Voici les objectifs de la présente évaluation :

- décrire la clientèle, les soins dispensés et les résultats obstétricaux évidents (ex. : morbidité maternelle et périnatale) ;
- identifier les facteurs organisationnels, professionnels et sociaux qui ont favorisé l'intégration des sages-femmes de manière à mettre à jour les données de l'évaluation réalisée en 1989-1990.

4.2 Limites de l'expérimentation

Nous avons pu constater plusieurs limites à l'expérimentation. La plupart de ces limites ont été décrites par les chercheurs comme des obstacles à la pratique des sages-femmes. Ce sont les suivantes :

- **Lieu unique d'exercice pour les sages-femmes**

La Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes prévoyait que les accouchements puissent avoir lieu dans un centre hospitalier ou dans une installation maintenue par l'établissement responsable du projet-pilote et spécialement aménagée pour procéder aux accouchements, en l'occurrence des maisons de naissance. Dans les faits, les sages-femmes n'ont pu exercer qu'en maison de naissance.

- **Rattachement administratif aux CLSC seulement**

Un projet-pilote pouvait être élaboré par un centre hospitalier, un centre local de services communautaires (CLSC) ou conjointement par ces deux établissements. Les projets-pilotes qui ont répondu aux exigences de la Loi et aux critères de sélection du Conseil d'évaluation étaient des projets présentés par les CLSC.

- **Avis du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)**

Encore aujourd'hui, ce ne sont pas tous les CMDP des CLSC responsables des projets-pilotes qui ont donné un avis favorable au projet. Cette réalité explique en partie les difficultés de collaboration et d'intégration auxquelles les sages-femmes ont eu à faire face.

- **Protocole d'entente devant assurer le soutien médical à une sage-femme**

Les maisons de naissance ont dû, dans plusieurs cas, fonctionner avec des protocoles d'entente minimaux en vertu desquels un centre hospitalier accepte les transferts des femmes et des bébés en situation d'urgence. Alors qu'au début, plusieurs des transferts se faisaient vers l'urgence, ils

sont aujourd'hui effectués, dans la plupart des cas, directement au département d'obstétrique. Il s'agit là d'une amélioration.

Il a aussi été difficile pour les sages-femmes de s'arranger directement avec les obstétriciens-gynécologues lorsqu'un transfert devenait imminent. Dans plusieurs cas l'omnipraticien agissait comme intermédiaire entre la sage-femme et l'obstétricien-gynécologue. Cette situation de non-reconnaissance du statut d'intervenante de première ligne pour la sage-femme a eu pour effet d'allonger le processus de transfert, d'introduire un intervenant de plus et d'augmenter les coûts.

- **Absence d'obstétriciens-gynécologues au sein des conseils multidisciplinaires**

Contrairement aux intentions du législateur, les conseils multidisciplinaires, qui constituent un des mécanismes important de contrôle de la qualité de la pratique des sages-femmes, ont toujours fonctionné en l'absence d'un obstétricien-gynécologue dûment nommé. Cela aurait fourni aux médecins et aux sages-femmes une occasion d'apprendre à travailler ensemble et à se faire confiance. Nous nous retrouvons à la fin de l'expérimentation avec des collaborations officieuses plus souples mais des collaborations officielles toujours absentes de la part des obstétriciens-gynécologues.

- **Délai d'expérimentation**

La période d'évaluation pendant laquelle les sages-femmes avaient à démontrer les effets de leur pratique était relativement courte et se situait très tôt dans le processus compte tenu que les maisons de naissance n'existaient pas au Québec, que les sages-femmes provenaient de milieux divers et possédaient des acquis différents, que l'habitude de travailler dans un système n'était pas acquise pour la plupart des sages-femmes, que les collaborations médicales ont tardé à se faire sentir, qu'aucun programme de sensibilisation à la pratique des sages-femmes n'a été mis en place au début des projets pour favoriser des collaborations et sensibiliser une clientèle potentielle.

On évalue un processus en mouvement, en transformation, qui n'avait pas atteint sa pleine vitesse de croisière pendant la période d'observation. En ce sens, notre évaluation est photographique, alors que la cible continue à évoluer. De plus, l'évaluation est partielle puisque la collecte des données s'arrête en décembre 1996. Elle ne reflète donc pas toute la réalité de la pratique durant l'expérimentation¹².

- **Non-harmonisation avec d'autres lois ou règlements**

Le manque d'harmonisation des lois touchant les partenaires externes au projet-pilote, notamment les médecins, laisse des zones d'incertitude importantes qui affectent la pratique quotidienne dans les maisons de naissance¹³.

12. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 277.

13. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 273.

Par exemple, tel qu'il est formulé, le règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ne permet pas que le radiologiste soit rémunéré s'il intervient à partir d'une requête signée par une sage-femme. Dans ce cas, les médecins doivent signer les demandes d'échographie faites par les sages-femmes avant que ces demandes soient acheminées.

La reconnaissance du droit à prescrire certains médicaments et examens diagnostiques n'a pas toujours été acquise.

4.3 Limites de la recherche évaluative

Les chercheurs ont aussi relevé certaines limites sur le plan méthodologique :

- **Sites d'expérimentation non choisis au hasard**
- **Appariement**

Les clientes des sages-femmes ont été obligées de participer dès le début de l'étude, alors que les clientes des médecins ont été choisies au hasard après leur accouchement ; les clientes des deux groupes ne sont pas équivalentes sur toutes les variables d'appariement ; l'appariement a priori aurait été préférable à celui a posteriori qui a été choisi.

- **Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon est suffisante pour mesurer avec une puissance statistique satisfaisante plusieurs effets (ex. interventions obstétricales, humanisation et continuité des soins, coûts). Cependant, pour mesurer des événements rares comme les mortinaissances, il aurait fallu beaucoup plus de cas¹⁴.

- **Analyse des coûts**

Les dépenses ne sont pas comptabilisées de la même façon dans les deux types d'établissements, ce qui rend difficile le calcul des coûts ; les coûts mesurés dans le questionnaire postnatal ne sont que des approximations sujettes, entre autres, à des biais de mémoire¹⁵.

- **Comparaison de l'information contenue dans le dossier médical à celle du dossier périnatal sage-femme**

Le dossier utilisé par les sages-femmes contenait plus de détails ; ceci a pu entraîner un biais d'information puisqu'on retrouvait plus souvent des événements notés dans le dossier des sages-femmes que dans celui des médecins.

14. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 278.

15. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 278.

*Malgré l'importance des limites, la stratégie de recherche utilisée et ses différentes composantes ont permis d'obtenir les résultats les plus valides dans les circonstances*¹⁶.

4.4 Principaux résultats de la recherche évaluative

L'implantation, le fonctionnement et l'intégration ont été évalués à partir de la méthode d'étude de cas multiples.

4.4.1 Implantation, fonctionnement et intégration de la pratique sage-femme

L'implantation a été définie par les chercheurs comme l'ensemble du processus de négociation menant à l'adoption des protocoles et des ententes nécessaires au démarrage et au fonctionnement de chaque maison de naissance. Le Conseil d'évaluation, quant à lui, la décrivait comme une période s'échelonnant de trois à six mois dont les principales activités étaient l'embauche d'une coordonnatrice ou d'une chargée d'implantation, la réécriture du projet, la recherche du lieu où le projet allait se réaliser, les négociations et les démarches qui découlent du choix du lieu, l'embauche de sages-femmes, etc.

Pour le Conseil d'évaluation, l'implantation était circonscrite dans le temps, alors que pour les chercheurs elle est considérée comme non terminée puisque tous les mécanismes de collaboration n'ont pu être mis en œuvre (ex. : ententes souvent minimales, pas d'obstétriciens-gynécologues aux conseils multidisciplinaires). Le contexte de travail continue d'être jugé difficile pour les sages-femmes.

L'initiative locale du projet, l'existence d'une pratique antérieure de sage-femme et la présence ou la continuité des initiateurs du projet ont constitué des conditions favorisant l'implantation des projets-pilotes.

Déjà la politique de périnatalité précisait que *le succès de l'expérimentation de la pratique des sages-femmes repose sur plusieurs facteurs. Parmi les plus importants figurent une large information du public, une sensibilisation des milieux professionnels, une concertation interprofessionnelle et une collaboration inter établissements. Un autre facteur déterminant de réussite est le respect des demandes de la population à l'origine de l'expérimentation*¹⁷.

Malheureusement, bien que plusieurs facteurs devaient être pris en compte dans l'expérimentation, certains d'entre eux ont fait défaut, rendant difficile la pratique des sages-femmes en maison de naissance. *L'expérimentation de la pratique des sages-femmes au Québec est réalisée dans un cadre où les deux principaux types de professionnel/les (sage-femme et médecin) travaillent dans des contextes qui sont relativement isolés l'un de l'autre*¹⁸.

16. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 278.

17. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, 1993, 101p.

18. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 282.

Il existe des décalages entre les professionnels (ex. omnipraticiens, obstétriciens-gynécologues, sages-femmes, infirmières) à l'égard de leur vision de leur propre pratique et des celles autres (Qui doit jouer quel rôle ?). Il existe aussi des différences de philosophie entre les professionnels concernant leur conception de la santé et de la maladie et leur évaluation du risque et la façon d'y faire face (Dans telle situation, faut-il intervenir ou non ?)¹⁹.

La mise en place des projets-pilotes a été une démarche très laborieuse, parsemée d'embûches, de délais, d'imprécisions, d'ajustements imprévus, etc. À plusieurs égards, les conditions d'expérimentation ont été en deçà de ce qui aurait été souhaitable et des changements pourraient être apportés pour améliorer l'efficacité de la pratique sage-femme²⁰. Dans le cadre de cette expérimentation, les difficultés rencontrées pour établir les collaborations médicales et hospitalières indispensables au bon fonctionnement des maisons de naissance ont drainé l'essentiel des énergies destinées à l'intégration dans le système²¹.

Le contexte expérimental et temporaire de la Loi²² n'a pas permis d'harmoniser les lois ou règlements ayant un impact sur la pratique des sages-femmes (ex. : médecins, pharmaciens, ambulanciers, hôpitaux). Ceci a créé beaucoup d'incertitude dans l'environnement des projets-pilotes, notamment pour ce qui est des rôles et responsabilités attribuables aux diverses instances. *L'absence de mécanismes bien établis de consultation et de collaboration entre les maisons de naissance et les sages-femmes, d'une part, et les autres établissements et professionnels de la santé, d'autre part, et les contraintes imposées par la Loi²³ (ex. : obligation de transférer une cliente lorsqu'on soupçonne un problème) ont pu entraîner des manœuvres de contournement, voire des conduites d'évitement, de la part des sages-femmes et des médecins, des délais dans les traitements ou des décisions cliniques discutables. En particulier, le manque d'accès direct de la sage-femme à l'obstétricien-gynécologue (dans la plupart des cas, les sages-femmes qui avaient besoin de l'avis d'un spécialiste devaient d'abord passer par un omnipraticien) a occasionné des retards et a pu, éventuellement, représenter des risques²⁴ accrus pour la cliente. De plus, la présence d'un intermédiaire dans cette consultation a pu augmenter les coûts pour le système de santé²⁵.*

19. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 283.

20. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 283.

21. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 240.

22. *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, L.R.Q., c. P-16.1.

23. *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, L.R.Q., c. P-16.1.

24. Le mot risque signifie une probabilité de voir l'état de santé de la mère ou du bébé se détériorer en raison de délais indus.

25. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 283.

Si l'occasion d'interagir avec les sages-femmes a permis à certains professionnels de les percevoir plus positivement, l'isolement des maisons de naissance de l'ensemble du système de périnatalité a contribué à maintenir une attitude de fermeture dans la plupart des milieux hospitaliers et médicaux²⁶.

D'autres observations ont été faites par les chercheurs :

- la stabilité et la cohérence (par rapport à l'expérience et à la formation antérieures) des équipes de sages-femmes ont constitué des aspects importants pour assurer le bon fonctionnement ;
- au début de l'implantation, une coexistence de sages-femmes avec des antécédents différents a nécessité des ajustements importants, générant notamment conflits, tension et fatigue ;
- la profession sage-femme est encore en émergence et est à se structurer selon un nouveau mode de pratique ;
- le type de relation cliente/sage-femme pose un défi pour les sages-femmes. *La résistance d'une cliente autonome et rendue plus compétente grâce au transfert des connaissances des sages-femmes pose un dilemme éthique et un défi professionnel pour toute sage-femme lorsque la première insiste sur son droit au choix éclairé²⁷. Dans la relation que la sage-femme privilégie avec sa cliente, il y a plutôt transfert d'une partie de l'expertise, de l'autorité mais également de la responsabilité vers la cliente²⁸ ;*
- la formation continue pour les sages-femmes (ex. : règles de soins) doit être prévue. *Au-delà de ces différences de forme et de fond, le concept même de règles de soins ne fait pas l'unanimité. Ceci se reflète dans les faits ; parallèlement aux règles de soins officielles, plusieurs projets-pilotes ont préparé des documents ou des guides de conduite qui portent des noms variés (politiques, manuels de procédures, protocoles, énoncés de philosophie) et qui contiennent des éléments que d'autres projets-pilotes considèrent comme des règles de soins²⁹ ;*
- la collaboration médicale crée plusieurs zones d'incertitude, notamment l'impossibilité de normaliser les tâches et les rôles et de définir les notions de responsabilités lors des consultations et transferts. On note toutefois un élargissement des collaborations en réseau d'affinité et une amélioration de l'accueil fait aux femmes par l'ensemble du personnel médical ;
- les règles de fonctionnement, les rôles et les responsabilités sont mal définis entre les sages-femmes et les autres professionnels ;
- les ententes de services entre établissements demeurent fragiles et susceptibles de devoir être renégociées constamment ;

26. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 255.

27. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 101.

28. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 250.

29. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 76.

- il existe deux écoles de pensée pour les sages-femmes et les médecins, au regard de la grossesse et de la naissance, dont la toile de fond est la conception de la naissance et du risque qui lui est associé (approche sage-femme qui considère la grossesse comme un phénomène normal et naturel versus approche médicale qui vise surtout à éliminer les risques) ;
- des maisons de naissance et des sages-femmes sont peu intégrées au CLSC parrain et au reste du système sociosanitaire (ex. : liens uniquement administratifs avec les CLSC parrains, échanges de services minimaux) ;
- des régies régionales sont totalement absentes ; le contexte expérimental et le budget protégé n'incitaient pas les régies régionales à considérer la pratique des sages-femmes à l'intérieur de leur planification de services ;
- des lois ou règlements relatifs à la pratique sage-femme qui ne sont pas harmonisés, notamment la loi et les règlements de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les ententes avec les associations médicales ;
- les sages-femmes doivent avoir recours à d'autres professionnels pour exercer leur profession ; leur rôle d'intervenantes de première ligne n'est pas reconnu. La pratique des sages-femmes est orientée vers les femmes présentant une grossesse normale, ce qui suppose qu'elles ont à l'occasion recours aux services médicaux ou à d'autres ressources non médicales pour des consultations et des transferts. De plus, leur intervention se situe à un moment donné de la période périnatale, c'est-à-dire que d'autres intervenants sont susceptibles de prendre la relève, notamment après la période postnatale de six semaines ;
- la marge de manœuvre pour les projets-pilotes est faible, vu le petit nombre de sages-femmes disponibles et la difficulté de procéder au remplacement lors de maladie ou de congé.

Les problèmes de collaboration et d'harmonisation des pratiques qu'ont vécus les sages-femmes ont été très lourds. Cependant, des difficultés de collaboration existent aussi à l'intérieur des autres services périnatals. En effet, *la collaboration est peu organisée entre les centres hospitaliers et les CLSC dans un même territoire ou dans une même région. Elle est peu fréquente entre les médecins en cabinets privés et les CLSC. Elle est source de friction entre les ressources communautaires et l'ensemble des intervenants et des intervenantes. Cette situation est déplorée autant par les parents que par les médecins, les intervenants et les intervenantes, le personnel des établissements et les ressources communautaires. Elle nuit à la continuité des soins et des services à laquelle les femmes enceintes et les familles attachent une grande importance*³⁰.

4.4.2 Caractéristiques de la clientèle

Ces caractéristiques sont tirées du questionnaire postnatal qui a été rempli par les deux groupes de clientes (suivies par les médecins et suivies par les sages-femmes), du dossier périnatal sage-femme et du dossier médical. Au total, 1 933 femmes ont répondu au questionnaire postnatal (1 000 clientes des médecins et 933 clientes des sages-femmes). Concernant les deux autres éléments, soit le dossier médical et le dossier périnatal sage-femme, ils étaient constitués de 961 paires de clientes.

30. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 43.

Les groupes (clientes de sages-femmes et clientes des médecins) se ressemblent pour la parité, la catégorie de risque obstétrical, l'âge et la proportion de femmes vivant avec un conjoint.

Par ailleurs, les clientes des sages-femmes semblent mieux informées et mieux préparées face à l'accouchement et aux soins à donner au bébé [...], ces femmes vont peut-être avoir moins recours aux services professionnels et aux interventions qui ne sont pas nécessaires. Cette diminution dans l'utilisation des services peut alors entraîner une réduction des coûts.³¹

On note chez les clientes des sages-femmes les caractéristiques socio-démographiques suivantes :

Caractéristiques sociodémographiques			
Rapport de l'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec			
	Groupe sage-femme	Groupe médecin	Test du Khi-deux (non significatif si p >0,05) p
>16 ans de scolarité	46,2 %	31,9 %	50,48 p <0,001
Clientèle anglophone	13,7 %	9,5 %	13,79 p <0,001
Poids des femmes avant la grossesse entre 60 et 79 kilos	30,2 %	38,1 %	21,01
>80 kilos	3,4 %	5,5 %	p <0,001
Poids des femmes à l'accouchement entre 60 et 79 kilos	68,7 %	62,5 %	16,8
>80 kilos	24,0 %	32,6 %	p <0,001
Femmes vivant en union libre	53,3 %	35,3 %	60,93 p <0,001
Femmes fumeuses	10 %	14,6 %	9,32 p = 0,002
Un recours à un médecin	38,0 %	81,6 %	n/d
Début d'allaitement maternel	94,1 %	66,6 %	n/d

On remarque donc chez ces clientes :

- un niveau de scolarité plus élevé ;
- une clientèle plus anglophone ;
- une tendance à un poids moins élevé ;
- une plus grande proportion de femmes vivant en union libre ;
- un recours moins fréquent à un médecin

Chez les clientes des sages-femmes, le recours au médecin est moins fréquent (38,0 %) que chez les clientes de médecins (81,6 %). Alors que 14,4 % optent pour une ressource en médecine

31. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. p. 283.

douce ou alternative et que 45,4 % choisissent une ou l'autre des deux ressources, ce qui n'est le cas que de 1,2 % et 15,0 % des clientes de médecins³² ;

- parmi certains comportements des santé, on retrouve chez les clientes des sages-femmes une plus faible consommation de cigarettes et une proportion plus élevée d'allaitement maternel.

Après avoir constamment progressé depuis les années 1970, le taux d'allaitement maternel au Québec a nettement diminué entre 1982 et 1993, passant, à l'hôpital, de 60,5 % à 48,7 %. De plus, la durée de l'allaitement est écourtée. Une enquête effectuée en 1994 auprès de femmes primipares révèle que 66,3 % d'entre elles allaitent à l'hôpital et qu'elles ne sont plus, respectivement que 38,6 % et 10,7 % à le faire au troisième et au sixième mois de vie de l'enfant³³.

Dans une déclaration conjointe, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF précisaient que pour atteindre l'objectif global d'une santé et d'une nutrition optimales pour la mère et l'enfant, toutes les femmes devraient être en mesure d'allaiter exclusivement et tous les enfants devraient être nourris exclusivement de lait maternel de la naissance à 4 à 6 mois. Par la suite, les enfants devraient continuer d'être allaités tout en recevant des compléments alimentaires appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans et plus.

Par rapport à leurs antécédents obstétricaux, on note chez les clientes des sages-femmes :

- une fréquence plus élevée d'antécédents d'interruption volontaire de grossesse ;
- une proportion plus élevée de fausses couches.

Antécédents obstétricaux			
Rapport d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec			
	Groupe sage-femme	Groupe médecin	Test du Khi-deux (non significatif si p >0,05) p
Interruption volontaire de grossesse :			
1 ou 2	20,4 %	10,6 %	41,94
plus de 2	1,5 %	0,4 %	p<0,001
Fausse couche :			
1 ou 2	24 %	20 %	
3 ou plus	2,5 %	1,6 %	p=0,034

32. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 185.

33. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, p. 39.

4.4.3 Humanisation et continuité des soins

Selon les données du questionnaire postnatal, globalement les deux types de clientes (de médecins et de sages-femmes) sont satisfaites de leur expérience. *Les résultats obtenus présentent un portrait qui n'est pas tranché malgré les tendances générales soutenues : les situations ne sont pas en opposition³⁴. Si les deux clientèles sont satisfaites, elles ne mettent pas nécessairement l'accent sur les mêmes dimensions ni n'interprètent leur expérience de la grossesse et de l'accouchement à la lumière des mêmes conceptions³⁵.*

Systématiquement les clientes des sages-femmes répondent de façon plus positive et confirment qu'elles ont un suivi qui paraît plus complet si l'on se fie à des mesures quantitatives (notamment à cause de la fréquentation des rencontres prénatales), qu'elles auraient eu moins d'interventions et qu'elles sont plus nombreuses à allaiter³⁶.

Même si les attentes des deux groupes étaient différentes, certains éléments permettent de penser que *les clientes sages-femmes semblent bénéficier d'un suivi plus personnalisé au cours duquel elles associent des personnes de leur entourage, participent un peu mieux aux décisions et reçoivent une préparation qui les rend plus confiantes à l'égard de l'accouchement à venir³⁷.*

Mentionnons quelques éléments en faveur de la pratique des sages-femmes :

- le délai d'arrivée des médecins au lieu de l'accouchement est beaucoup plus long que ne l'est celui des sages-femmes qui sont déjà sur place ;
- l'intervalle entre l'admission et l'accouchement est plus court pour les clientes des sages-femmes :
 - >12 heures : 14,3 % pour les clientes des sages-femmes et 27,9 % pour les clientes des médecins,
 - >16 heures : 7,3 % pour les clientes des sages-femmes et 16,9 % pour les clientes des médecins ;
- la grande majorité des clientes de sages-femmes ont été assistées à la maison de naissance par la personne qui les avait suivies (70,5 % versus 38,8 %) ;
- la grande majorité de ces clientes ont reçu des soins postnatals par la personne qui les a assistées à l'accouchement (71,4 % versus 33,1 %) ;
- le changement de personnel qui surveille le déroulement du travail et de l'accouchement est plus élevé chez les clientes de médecins ;

34. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 206.

35. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 207.

36. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 206

37. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 197.

- les clientes des sages-femmes ont la possibilité de manger pendant le travail;
- il y a plus de choix de positions d'accouchement pour les clientes des sages-femmes (les trois quarts des clientes des médecins disent ne pas avoir eu ce choix contre une minorité chez les clientes des sages-femmes) ;
- plus de temps est consacré aux clientes des sages-femmes : la participation à des rencontres prénatales est plus élevée, 76,0 % versus 51,5 %, le nombre de visites prénatales est sensiblement le même, 11,4 chez les clientes des sages-femmes et 10,8 chez les clientes des médecins, *la durée moyenne de la première visite est de 78 minutes chez les sages-femmes (versus 33 chez les médecins) et de 66 minutes (versus 19) pour les visites subséquentes*³⁸ ;
- une grande importance est accordée à l'information pour les clientes des sages-femmes ;
- il y a moins d'attente lors des visites prénatales chez les clientes des sages-femmes (5 minutes et moins pour 61 % des clientes des sages-femmes versus 15 minutes et plus pour 60 % des clientes des médecins) ;
- la connaissance du lieu d'accouchement et la visite de ce lieu sont plus fréquents pour les clientes des sages-femmes (la presque totalité des clientes des sages-femmes ont visité le lieu d'accouchement versus 45,2 % qui ne l'ont pas fait chez les clientes des médecins).

4.4.4 Interventions obstétricales

Globalement, on note une utilisation moins fréquente des technologies médicales en période prénatale et perinatale pour les clientes des sages-femmes. Ceci peut être associé à la pratique des sages-femmes, mais aussi au type de clientèle qui est plus informée et qui refuse certaines interventions.

On note aussi :

- moins d'hospitalisations en cours de grossesse pour les clientes des sages-femmes (3,3 % versus 10,3 %) ;
- une durée de séjour de 24 heures et moins pour les clientes des sages-femmes versus 2 jours pour 35,9 % et 3 jours pour 33,7 % des clientes des médecins.

4.4.4.1 Période prénatale

Les clientes de sages-femmes ont eu moins d'échographies, d'amniocentèses, de tests de réactivité fœtale, de dépistages du diabète gestationnel. Le tableau suivant illustre ces résultats.

38. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 81.

Interventions obstétricales Période prénatale Rapport d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes			
	Groupe sage-femme	Groupe médecin	Test du Khi-deux (non significatif si $p > 0,05$) p
Échographies avant 20 semaines			
1	52,3 %	70,2 %	173,07
2 ou 3	7,9 %	15,9 %	$p < 0,001$
Échographies à 20 semaines ou plus			
1	35,2 %	41,3 %	
2 ou 3	7,3 %	16,2 %	
Amniocentèse génétique ou biopsie chorionique	6,2 %	11,0 %	14 $p < 0,001$
Test de réactivité fœtale	23,8 %	34,0 %	23,9 $p < 0,001$
Dépistage du diabète gestationnel	23,4 %	55,15	191,9 $p < 0,001$
Hospitalisation au cours de la grossesse	3,3 %	10,3 %	36,7 $p < 0,001$

4.4.4.2 Période prénatale

On note une utilisation plus faible des procédures médicales diagnostiques et thérapeutiques pour les clientes des sages-femmes : le déclenchement du travail, la rupture artificielle des membranes, l'administration des ocytociques chez les femmes en travail spontané, le monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal, la péridurale, l'épisiotomie médiane, l'épisiotomie médiolaterale, l'absence d'épisiotomie, l'utilisation de forceps bas, de forceps moyens et de ventouse.

Interventions obstétricales³⁹			
Période périnatale			
Rapport d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes			
	Groupe sage-femme	Groupe médecin	Test du khi-deux (non significatif si p>0,05) p
Déclenchement du travail	5,5 %	23,6 %	146,2 p <0,001
Rupture artificielle des membranes	33,2 %	58,1 %	116,3 p <0,001
Administration des ocytociques chez les femmes en travail spontané	10,6 %	42,4 %	287,4 p <0,001
Monitoring électronique du bien-être fœtal	21,8 %	89,8 %	901,2 p <0,001
Péridurale	11,3 %	49,1 %	323,5 p <0,001
Épisiotomie médiane	5,8 %	32,1 %	249 p <0,001
Épisiotomie médiolatérale	1,1 %	4,4 %	249 p <0,001
Aucune épisiotomie	93,1 %	63,5 %	249 p <0,001
Utilisation de forceps moyens	0,2	0,8 %	126,2 p <0,001
Utilisation de ventouse	1,7 %	10,2 %.	126,2 p <0,001
Césariennes chez les nullipares	10,8 %	19,8 %	126,2
Césariennes chez le multipares	1,4 %	6,8 %	p <0,001

39. Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, les interventions telles la péridurale et la césarienne ne sont pas effectuées par les sages-femmes. Elles ont été faites aux clientes sages-femmes transférées à l'hôpital.

4.4.5 Sécurité de la mère et de l'enfant

4.4.5.1 Consultations

Le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux qui devait s'appliquer pour encadrer la pratique des sages-femmes ne prévoyait pas la possibilité pour une sage-femme de consulter un médecin lors de l'apparition d'un risque durant la grossesse. Seul un transfert de responsabilités du suivi à un médecin aurait dû s'appliquer, ou un suivi conjoint si ce dernier y consentait. Cependant, 30 % des femmes suivies par une sage-femme ont eu une consultation auprès d'un médecin au regard de leur grossesse sans transfert de responsabilité.

4.4.5.2 Transferts

Le tableau suivant présente l'ensemble des transferts.

Transferts maternels		
Nombre total de suivis : 961		
Nombre total de transferts maternels : 242 (25,2 %) de l'ensemble des suivis		
Transferts maternels en prénatal (N : 961)	Transferts maternels en pernatal (N : 858)	Transferts maternels en postnatal (N : 722)
nombre : 103 (10,7 % de l'ensemble des suivis) 4 urgents (0,4 % de l'ensemble des suivis)	nombre : 136 (15,8 % des femmes ayant débuté leur travail en maison de naissance) 26 urgents (3 %)	nombre : 3 (0,4 % des femmes ayant accouché en maison de naissance)
Transferts néonataux (bébés)		
Nombre : 23 (3,2 % des bébés nés en maison de naissance) urgents : 10 (1,4 %) admission aux soins intensifs ⁴⁰ (17)		

40. Pour plusieurs maisons de naissance, les ententes concernant les transferts des nouveau-nés sont faites via une unité de soins intensifs ou néonatale, ce qui fait que la plupart des bébés transférés sont admis aux soins intensifs quelle que soit la gravité de leur état. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de clientes pour l'admission aux soins intensifs.

Le tableau suivant illustre les raisons de transferts maternels.

Raisons des transferts maternels			
Raisons des transferts	Transferts maternels en prénatal	Transferts maternels en pernatal	Transferts maternels en postnatal
Dystocie		75 (55,2 %)	
Grossesse post-terme	16 (15,5 %)		
Menace de travail préterme	15 (14,6 %)	7 (5,2 %) travail préterme	
Présentation anormale	14 (13,6)	6 (4,4 %)	
Rupture prématurée des membranes	13 (12,6 %)	24 (17,7 %)	
Anomalie échographique	7 (6,8 %)		
Complication médicale	6 (5,8 %)		
Diabète	5 (4,9 %)		
Suspicion de détresse fœtale	4 (3,9 %)	13 (9,6 %)	
Suspicion de RCIU (retard de croissance intra-utérine)	3 (2,9 %)		
Pré-éclampsie	2 (1,9 %)		
Grossesse multiple	2 (1,9 %)		
Anticipation de dystocie	2 (1,9 %)		
Saignement	2 (1,9 %)	2 (1,5 %)	
Hypertension		2 (1,5 %)	
Difficulté respiratoire			
Hypotonie			
Autre	12 (11,6 %)	5 (3,7 %)	
Total	103 (100 %)	136 (100 %)	3 (100 %)

Dans le cadre de l'application du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, 242 clientes des sages-femmes, soit 25 %, ont été transférées à des médecins lorsqu'un risque était décelé. Il s'agit là d'une proportion comparable à ce que l'on remarque ailleurs (Rooks *et al.*, 1989). Cependant, malgré le transfert d'une cliente suivie par une sage-femme à un médecin, tous les

résultats (coûts, examens, santé) sont associés au groupe sage-femme dans les comparaisons ultérieures.

La proportion de transferts est très variable selon les projets-pilotes (Estrie, 32,4 % ; Outaouais, 30,1 % ; Côte-des-Neiges, 25,5 % ; Saint-Romuald, 21,6 % ; Lac-Saint-Louis, 21,2 %).

4.4.5.2.1 Transferts maternels urgents

Le nombre de transferts urgents s'avère relativement faible, ces derniers ne représentant que 12 % (30 cas) de l'ensemble des 242 transferts maternels, soit 3 % de l'ensemble des suivis effectués (961) par des sages-femmes.

Les transferts maternels urgents ont surtout eu lieu au moment de l'accouchement (2,7 % de l'ensemble des transferts maternels) ; les transferts urgents survenant avant ou après la naissance ne représentent respectivement que 1,7 % et 1,2 % de l'ensemble des transferts maternels.

4.4.5.2.2 Transferts maternels en période prénatale

103 transferts ont eu lieu en prénatal (soit 10,7 % de l'ensemble des suivis) ; 4 (soit 0,4 % de l'ensemble des suivis) étaient urgents.

4.4.5.2.3 Transferts maternels en période perinatale

136 femmes (soit 15,8 % des femmes ayant débuté leur travail en maison de naissance) ont nécessité un transfert à l'hôpital pour l'accouchement ; 26 (soit 3 %) de ces transferts étaient urgents. Selon les chercheurs, cette proportion est plus faible que la proportion observée aux Pays-Bas (18 %) et semblable à ce que rapporte une étude effectuée aux États-Unis (Rooks *et al.*, 1989).

4.4.5.2.4 Transferts maternels en post-partum (après l'accouchement)

3 femmes (soit 0,4 % des femmes ayant accouché en maison de naissance) ont été transférées en post-partum.

4.4.5.2.5 Transferts néonataux des bébés nés dans une maison de naissance vers un hôpital

23 bébés (soit 3,2 % des bébés nés en maison de naissance) ont été transférés ; 10 de ces transferts (soit 1,04 % de l'ensemble des suivis) étaient urgents.

4.4.5.3 Morbidité néonatale

4.4.5.3.1 Prématurité et faible poids à la naissance

Ces deux conditions de naissance comptent parmi les grands prédicteurs de problèmes futurs chez les enfants. Pour cette raison, de nombreux efforts sont constamment déployés pour les réduire. Un des objectifs de la politique de santé et bien-être est de réduire d'ici l'an 2002 à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant. *Depuis 14 ans, le pourcentage de la prématurité a tendance à augmenter au Québec (5,7 % en*

1980, 7,0 % en 1994), alors que celui de l'insuffisance de poids à la naissance diminue très lentement (6,5 % en 1980, 5,9 % en 1994)⁴¹.

L'accouchement préterme, soit <37 semaines (2,9 % versus 5,7 %), et le faible poids à la naissance, soit <2500 g (1,6 % versus 2,9 %), sont moins fréquents chez les clientes des sages-femmes que chez la clientèle des médecins. Toutefois, nous ne pouvons attribuer cette situation à la pratique sage-femme ou aux caractéristiques de la clientèle (ex. : moins fumeuse, plus scolarisée), puisqu'aucune analyse comparative des dossiers n'a été effectuée par les chercheurs.

4.4.5.3.2 Mortinaissances

La comparaison entre les deux groupes a été rendue impossible puisque pendant une période d'environ 10 des 17 mois de l'appariement, le BSQ (Bureau de la statistique du Québec) a négligé, pour des raisons administratives inconnues, d'inclure le fichier des mortinaissances à la banque de naissances vivantes lors de la sélection des clientes de médecins.

Cependant, dans le cas présent, bien que les comparaisons faites ici comportent des limites méthodologiques, les données dont nous disposons concernant les mortinaissances ne sont pas rassurantes quant à la sécurité d'un suivi prénatal sage-femme dans cette population à faible risque. Toutefois, l'intervalle de confiance du taux de mortinaissances observé chez les clientes de sages-femmes inclut les taux observés dans la majorité des études ...et ces mortinaissances relativement élevées qu'on observe peuvent être dues à une variation aléatoire⁴².

En d'autres mots, même si les chercheurs ont observé un taux de mortinaissances légèrement plus élevé dans le groupe de femmes suivies par des sages-femmes que ce qui est rapporté dans d'autres études conduites auprès de populations obstétricales non sélectionnées, ils ne peuvent, en raison des faibles effectifs de l'étude et de la fréquence relativement rare de cette issue, tirer de conclusions définitives. Une telle différence pourrait aussi s'observer dans une sélection au hasard de 1 000 dossiers de naissances parmi les 90 000 naissances annuelles au Québec.

Nous pouvons toutefois mentionner que les sept mortinaissances chez la clientèle des sages-femmes ont eu lieu en prénatal : aucune n'est survenue en cours de travail.

Néanmoins, cette question reste préoccupante. Comme l'ont proposé les chercheurs, nous pensons qu'il est important de suivre l'évolution de ce phénomène au-delà de la période d'évaluation.

Nous avons déjà observé que cette tendance à un taux plus élevé de mortinaissances se maintient. En effet, pendant la période de collecte, nous en avons observé 7 sur 1 000 et le cumul incluant cette période nous donne 15 sur 2 272 naissances au 30 juin 1997. Tout comme celles notées pendant la période de collecte, ces mortinaissances se sont produites en prénatal et ne sont pas corrigées pour les cas de malformations majeures.

41. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, p. 36.

42. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 175.

4.4.5.3.3 Autres indices de morbidité néonatale

Parmi les indices que nous présenterons dans cette section, on retrouvera l'APGAR. L'APGAR est une appréciation de l'état du nouveau-né qui se fait à un moment précis durant les premiers instants de la vie. On le note généralement à 1, 5 et 10 minutes de vie. Pour le quantifier, on utilise 5 critères que l'on note de 0 à 2 selon l'état de l'enfant, ce qui donne un total de 10. Les critères utilisés sont les battements cardiaques, les mouvements respiratoires, le tonus musculaire, la réactivité (grimace, toux, éternuement) et la couleur.

La plus grande utilité de l'APGAR est de permettre d'évaluer rapidement les nouveau-nés requérant des soins de réanimation, de guider les gestes d'interventions et de juger de leur efficacité. Malheureusement cette utilisation de l'indice APGAR s'est modifiée, notamment pour satisfaire certaines affirmations à l'effet qu'un score APGAR faible puisse être un signe d'asphyxie néonatale. Selon l'Académie américaine de pédiatrie, trois critères devraient être présents pour permettre de prédire de façon plus fiable qu'un nouveau-né a souffert d'asphyxie pendant le travail. Ces trois critères sont des convulsions néonatales précoces, une hypotonie prolongée et un score APGAR de 0 à 3 à 10 minutes après la naissance sans autre cause⁴³.

Parmi les bébés nés de clientes des sages-femmes, nous ne connaissons pas le pourcentage de bébés qui sont nés à l'hôpital et en maison de naissance.

Toutefois, dans le groupe sage-femme on retrouve de façon statistiquement significative :

- une proportion de bébés avec un APGAR <7 à 1 minute, supérieure (11,0 % versus 7,7 % pour le groupe de clientes des médecins) ;
- pour la réanimation du nouveau-né :
 - l'utilisation d'oxygène plus fréquente (12,6 % versus 7,8 %),
 - une ventilation <5 minutes plus fréquente (6,4 % versus 4,6 %),
 - une ventilation >5 minutes plus fréquente (1,5 % versus 0,7 %) ;
- une proportion d'ecchymoses moins fréquente chez les bébés (3,4 % contre 8,3 %).

Dans les deux groupes, il n'y a pas de différence statistiquement significative pour les éléments suivants :

- la proportion de bébés avec un APGAR <7 à 5 minutes ;
- les proportions de fracture d'un os long ou du crâne, hématome sous-dural ou intracérébral, paralysie brachiale, aspiration méconiale, hypotonie, état de conscience anormal, convulsions, difficultés alimentaires, problèmes respiratoires, antibiothérapie systématique et une admission à l'unité de soins intensifs ;
- un score de morbidité néonatale élevé (≥ 300)

Un nouveau-né a un score plus élevé quand il cumule plusieurs problèmes, chacun de ces problèmes représentant plus ou moins de points selon sa gravité.

43. Source LETKO, Martina D., « Understanding the Apgar Score », Journal of obstetric, gynaecology and neonatal nursing (JOGNN), vol. 25, no. 4, mai 1996.

Cependant, nous n'avons pas la preuve que les différences dans certaines mesures (APGAR à une minute et variables de réanimation) ont un effet sur l'état de santé du bébé. Quoi qu'il en soit, ceci constitue une information que nous prenons en considération.

4.4.5.4 Morbidité maternelle⁴⁴

Le fait d'être suivie par une sage-femme :

- diminue la probabilité d'un accouchement vaginal assisté : utilisation de forceps bas (1,4 % versus 4,1 %), de forceps moyens (0,2 versus 0,8 %) et de ventouse (1,7 % versus 10,2 %) ;
- réduit le recours à une épisiotomie : l'épisiotomie médiane (5,8 % versus 32,1 %), l'épisiotomie médiolatérale (1,1 % versus 4,4 %), aucune épisiotomie (93,1 % versus 63,5 %) ;
- n'offre pas de différence dans la proportion des femmes avec un périnée intact ;
- abaisse la probabilité d'une déchirure de 3^e et de 4^e degré (réduction de plus de 70 % chez les femmes suivies par une sage-femme) ;
- entraîne un risque relatif de césarienne plus faible chez les clientes de sages-femmes que chez les clientes de médecins, tant chez les multipares que chez les nullipares (RR=0,46 ; IC 95 %=0,34-0,61). *Chez les nullipares le RR est de 0,54 ; IC 95 %=0,40-0,75). Chez les multipares, l'importance de l'effet est accrue par la forte proportion de femmes avec césarienne antérieure parmi les clientes de médecins. Une fois exclues de l'analyse les multipares avec césarienne antérieure, les proportions de césariennes sont (clientes de sages-femmes 7/486, 1,4 %, clientes de médecins 19/472, 4,0 %)*⁴⁵.

4.4.5.5 Coûts⁴⁶

Le type d'analyse qui a été retenu permettait de comparer deux pratiques (la pratique sage-femme en maison de naissance et la pratique médicale en centre hospitalier), en isolant plus particulièrement les activités effectuées, tant administratives que cliniques, pour la clientèle admise. Par contre, elle ne constitue pas une estimation de ce que cela coûte réellement à l'État. Pour cela, il faut tenir compte de l'ensemble des services offerts. D'autres analyses doivent être réalisées si on veut prendre des décisions sur le mode le plus efficace d'organisation des services.

44. La morbidité se définit comme un état de maladie, l'écart subjectif ou objectif par rapport à l'état de bien-être physiologique. Elle peut s'exprimer par l'incidence ou la prévalence. La prévalence représente la fréquence des cas par rapport à la population étudiée à un moment donné, l'incidence représente le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée/population au milieu de cette période.

45. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p.151.

46. Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a bénéficié du soutien d'une personne ressource du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le suivi et l'interprétation de ce volet de la recherche.

Le tableau suivant illustre les données qui ont été recueillies par les chercheurs pour effectuer l'analyse économique des services offerts à la clientèle admise.

Comparaison des coûts publics et coûts privés directs			
	Suivi avec sage-femme		Suivi traditionnel
Coût par suivi	Toutes les maisons de naissances	Estrie et Saint-Romuald⁴⁷	
• Coûts publics			
Volet prénatal	547,51		541,91
Volet pernatal	1 269,77		2 166,17
Volet postnatal	223,18		83,61
Sous-total	2 040,46	2 193,09	2 791,59
Analyse de sensibilité	1 823,00/2 662,28		2 789,78/2 795,74
• Coûts privés			
Volet prénatal	152,84		107,20
Volet pernatal	41,43		72,44
Volet postnatal	59,09		49,25
Sous-total	253,36	246,59	228,89
Analyse de sensibilité	239,00/267,11		226,50/231,28
Total	2 293,83	2 439,68	3 020,48
Analyse de sensibilité	2 062,00/2 929,99		3 016,28/3 027,02

Source : *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Rapport final, 1997.*

Les dépenses totales, tant privées que publiques, par suivi de grossesse s'élèvent à 2 293,83 \$ pour un suivi avec sage-femme et à 3 020,48 \$ pour un suivi médical. L'avantage économique du suivi sage-femme semble provenir principalement des différences de coûts pour la période perinatale, plus particulièrement de la prévalence plus faible des séjours hospitaliers et des coûts moins élevés en maison de naissance pour un accouchement.

Nous observons également que si l'on retient uniquement les coûts publics, la différence de coûts entre le suivi avec sage-femme et le suivi médical est légèrement plus élevée. Ainsi, la différence des coûts entre le suivi traditionnel et le suivi sage-femme est de 751,13 \$ lorsque l'on considère

47. Ces deux projets ont été utilisés pour faire une analyse de sensibilité afin de corriger la faible déclaration du nombre d'heures/suivi faite par certains projets. D'après les informations reçues, il semble que ces deux projets aient mieux compilé ces données (bilan de services à compléter pendant la collecte de données).

uniquement les coûts publics et de 726,65 \$ lorsque l'on considère les coûts publics et privés. Cette différence s'explique par des dépenses privées plus élevées pour les clientes des sages-femmes, notamment en frais de déplacement et de consultations paramédicales (naturopathes, ostéopathes...). Les frais de déplacement plus élevés pour les clientes des sages-femmes dénotent un plus grand nombre de visites et rencontres prénatales pour les clientes des sages-femmes et des distances probablement plus grandes pour ces clientes, en raison des territoires plus vastes à couvrir par les maisons de naissance.

Volet prénatal

On observe des coûts publics presque identiques pour le volet prénatal entre le suivi sage-femme et le suivi médical. Puisque le nombre d'heures de services offerts est plus élevé pour les sages-femmes, l'absence de différence entre les coûts pour le service prénatal s'explique uniquement par les plus faibles niveaux de rémunération.

Volet postnatal

La différence de coût public entre les deux types de suivi est relativement élevée pour le volet postnatal. La différence absolue est de 139,57 \$. Toutefois, lorsque l'on compare les différences relatives, on constate que les dépenses pour le volet postnatal sont 2,7 fois plus élevées pour les clientes des sages-femmes. Ainsi, le coût du suivi postnatal est plus élevé dans le cas d'un suivi avec sage-femme pour des coûts pernatals plus faibles. Cette situation était néanmoins prévisible et dénote la différence de pratique entre les médecins et les sages-femmes.

Analyse de sensibilité et interprétation des résultats

Ces estimations sont celles qui sont considérées comme les plus réalistes ou probables. Il s'agit des estimations de base. Afin de tenir compte de certaines incertitudes, des analyses de sensibilité ont été réalisées. Par exemple, pour les services médicaux offerts au CLSC, diverses estimations ont été effectuées en considérant des durées différentes de visites, puisque les données disponibles n'en précisaient pas la durée. Or, pour estimer le coût réel des visites médicales en CLSC, il était nécessaire de connaître le temps alloué aux visites médicales. D'autre part, en maison de naissance, puisqu'il était impossible de distinguer comme en milieu traditionnel les activités réalisées selon les diverses catégories de service, les coûts ont été calculés en tenant compte d'une fourchette de rémunération. En particulier, pour les maisons de naissance, on a utilisé les dépenses totales des maisons de naissance comme coûts maximums.

Il a été particulièrement difficile d'évaluer le coût des séjours hospitaliers. Rappelons que contrairement à la majorité des services médicaux où il a été possible de retrouver la majorité des montants payés pour chaque cliente, il n'existe pas de facturation en milieu hospitalier. Il était donc nécessaire d'imputer un coût par service. Les données financières des établissements ont été utilisées pour les activités administratives et de soutien, entre autres choses, et les centres d'activités reliés au volet obstétrical et infirmier ont été retenus. Cet ajustement, quoique imparfait, nous donne une meilleure image. La donnée de base utilisée a été le *per diem*. Après diverses simulations et validations des données, elle a été jugée la plus réaliste. Toutefois, elle donne une valeur sous-estimée pour les clientes des sages-femmes puisque ces dernières ont de très courts séjours. En effet, les coûts sont généralement plus élevés lors de la première journée

d'hospitalisation. Des estimations ont été faites sur une base horaire permettant de donner une valeur plus élevée à la première journée, mais les coûts obtenus sont apparus excessifs.

Ainsi, lorsque l'on retient toutes les estimations minimales, on obtient des dépenses totales de 2 062,00 \$ avec le suivi sage-femme et de 3 016,28 \$ avec le suivi traditionnel. Les estimations maximales sont respectivement de 2 929,99 \$ et de 3 027,02 \$. Lorsque nous comparons les fourchettes de dépenses, minimum et maximum, on peut conclure à une différence de coût entre les deux types de suivi, à l'avantage de la pratique des sages-femmes, mais compte tenu de biais d'information relevés, nous ne pouvons conclure à une réelle différence entre les coûts d'un suivi avec sages-femmes et les coûts d'un suivi médical.

En effet, les résultats doivent être nuancés en fonction des éléments suivants :

- le nombre d'heures de suivi en prénatal pour les clientes des sages-femmes semble avoir été sous-déclaré par les sages-femmes ;
- l'immobilisation n'est pas comptabilisée pour les centres hospitaliers. Or, les différences entre les investissements d'un centre hospitalier et d'une maison de naissance peuvent être importantes. D'autre part, les maisons de naissance assument, à même leur budget, un loyer, ce qui constitue les frais liés à l'immobilisation. Toutefois, ces coûts n'ont pas été retenus dans l'analyse de base présentée au tableau présenté plus haut. Ces coûts sont inclus lors de l'analyse de sensibilité seulement, dans l'estimation maximale.
- ce type d'évaluation des coûts compare uniquement le coût de services offerts à la clientèle admise. Ainsi, en maison de naissance ne sont pas comptabilisées toutes les activités. Par exemple, les sessions d'information, les heures de présence sans service associé à cette clientèle et certaines activités administratives ne sont pas incluses dans les coûts. En milieu traditionnel également, on n'a tenu compte que des activités reliées à la clientèle suivie ;
- comme nous l'avons mentionné précédemment, le *per diem* utilisé en centre hospitalier est sous-estimé pour la clientèle sage-femme dont le séjour hospitalier est très court.

4.5 Puvirnitug

4.5.1 Généralités

- Le projet existe depuis 1986.
- Le projet est issu du milieu et devrait continuer indépendamment des décisions relatives à l'avenir des projets-pilotes dans le Sud. La communauté inuit, le directeur général en poste à l'ouverture⁴⁸ et les trois directeurs des services professionnels (DSP) qui se sont succédé voulaient avoir des sages-femmes ; les sages-femmes siègent au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui est appelé un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF).
- Le projet permet aux femmes de la baie d'Hudson d'accoucher dans le Nord plutôt que de devoir se rendre dans le Sud comme par le passé (la maternité de Puvirnitug dessert les femmes des dispensaires avoisinants).

⁴⁸ Le directeur général est autochtone et est toujours le même depuis l'ouverture.

- Le projet inclut un programme de formation de sages-femmes communautaires autochtones ayant pour fonctions :
 - de dispenser des soins adaptés à la culture autochtone ;
 - de fournir des soins de santé primaire à la future mère ;
 - d’assister la sage-femme accréditée ou le médecin ;
 - de savoir reconnaître les problèmes et de consulter une sage-femme accréditée ou un médecin au besoin.
- Le projet a déjà fait l’objet de deux évaluations avant celle de 1995-1996, soit en 1987-1988 et en 1991.

4.5.2 Caractéristiques de la clientèle

- En 1995-1996, par rapport à 1987-1988 :
 - la proportion de femmes primipares a augmenté (5,9 % versus 20,3 %) ;
 - la proportion de femmes grandes multipares a diminué (20,7 % versus 13,3 %).
- Pour 1995-1996 :
 - les mères sont peu scolarisées (<8 ans de scolarité, 2,8 % ; 8 à 12 ans de scolarité, 30,3 % ; >12 ans de scolarité, 4,5 % ; on note un pourcentage élevé d’inconnu : 62,4 %) ;
 - au moins 30,3 % d’entre elles sont célibataires ;
 - la grande majorité des femmes fument (84,0 %).

4.5.3 Interventions

Dans l’ensemble, les données disponibles montrent que les résultats obtenus à la maternité de Puvirnituk sont très bons et se sont même améliorés, par rapport à 1987-1988, en termes de rétention des accouchements dans le Nord, d’utilisation des interventions obstétricales et de certains indicateurs de mortalité et de morbidité⁴⁹.

- Comparativement à 1987-1988, on note pour 1995-1996 :
 - moins de visites chez les médecins et les infirmières ;
 - plus de visites chez les sages-femmes ;
 - les femmes ont pris moins de poids pendant la grossesse ;
 - le pourcentage de césariennes (3,1 %) et d’accouchements difficiles (3,5 %) est demeuré très faible ;
 - il y a eu plus d’accouchements spontanés ;
 - le taux d’épisiotomies a diminué de moitié ;
 - il semble y avoir moins de déchirures du périnée, mais plus de déchirures vaginales ;
 - la proportion de femmes dont le périnée est intact est à peu près la même pour les deux périodes ;
 - la durée d’hospitalisation à l’accouchement a diminué ;
 - le séjour de la mère hors de son village a été réduit de trois jours.

49. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D’ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 261.

Le tableau suivant précise les éléments précédemment cités.

Comparaison des résultats de 1987-1988 et 1995-1996, Puvirnitq		
Rapport d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes		
	1987-1988	1995-1996
Prise de poids pendant la grossesse	9,9 kg	6,7 kg
Épisiotomie	7,2 %	3,5 %
Déchirures du périnée (1 ^{er} à 4 ^e degré)	31,1 %	25,1 %
Déchirures vaginales	7,5 % pour Puvirnitq seulement	16,0 % en 1995-1996 pour 5 dispensaires incluant Puvirnitq
Durée d'hospitalisation	4,2 jours	2,4 jours
Durée du séjour de la mère hors de son village	17,8 jours	14,8 jours

4.5.4 Transferts

- Le pourcentage de femmes qui ont accouché dans le Sud a diminué sensiblement entre les deux périodes (17,2 % versus 9,4 %).
- Il y a eu des difficultés avec le transport aérien pour les transferts urgents (autant entre les dispensaires et Puvirnitq qu'entre Puvirnitq et Montréal).

4.5.5 Morbidité maternelle et néonatale

- L'aspiration, l'administration d'oxygène et l'intubation ont diminué sensiblement.
- Le pourcentage de bébés <2500 g est passé de 7,1 % en 1987-1988 à 4,3 % en 1995-1996.
- Le taux de mortinaissances (non corrigé pour les malformations) est demeuré faible (3,6/1 000) ; le taux au Québec en 1992 dans les hôpitaux de niveau 1 est de 4,3/1 000 naissances.
- La proportion d'enfants donnés en adoption reste élevée, même si elle a quelque peu diminué (30,7 % versus 27,9 %).

Le pourcentage de bébés allaités a légèrement diminué, passant de 69,4 % à 67,3 %. Ceci est un phénomène qui devrait être documenté davantage afin de permettre, s'il y lieu, de prendre des mesures pour éviter une lente, mais perceptible diminution. Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans une déclaration conjointe, l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF précisaient que pour atteindre l'objectif global d'une santé et d'une nutrition optimales pour la mère et l'enfant, toutes les femmes devraient être en mesure d'allaiter exclusivement et tous les enfants devraient être nourris exclusivement de lait maternel de la naissance à 4 à 6 mois. Par la

suite, les enfants devraient continuer d'être allaités tout en recevant des compléments alimentaires appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans et plus.

4.5.6 Fonctionnement

- Il y a un grand roulement de personnel qui amène certaines difficultés :
 - difficulté de mener les dossiers à terme ;
 - absence de continuité ;
 - bris dans la transmission d'information ;
 - problèmes quant au partage d'une même philosophie ;
 - difficultés dans la formation et l'encadrement des infirmières des points de service⁵⁰.
- La présence d'un CMDPSF a été très positive pour le succès de l'intégration des sages-femmes. Cependant, une officialisation de la présence des sages-femmes au CMDP pourrait susciter des réactions de la part des médecins.
- Un comité de périnatalité se réunit chaque semaine ; on y discute le cas de chaque cliente. Médecins, sages-femmes, infirmières et pharmaciens sont invités à participer à ces réunions. On mentionne qu'on doit s'assurer de la rédaction régulière des comptes rendus et veiller à la confidentialité.
- Il existe une bonne collaboration avec les infirmières et les médecins du centre de santé ; des lignes directrices ont été émises afin de clarifier les rôles de chacun.
- Le respect des lignes d'autorité hiérarchique et fonctionnelle a été corrigé par rapport à 1987-1988.

4.5.7 Formation des sages-femmes autochtones

- Une seule personne a complété le programme de formation de sage-femme communautaire offert au projet-pilote.
- Les cinq autres étudiantes ont complété leur formation sur les soins pré et postnatals.
- Il y a insuffisance de sages-femmes allochtones pour assurer diverses tâches en plus de la formation.
- On observe un manque d'assiduité des étudiantes sages-femmes pour mener à bien leur formation.
- Les sages-femmes autochtones ont besoin de supervision et ne peuvent assumer toutes les responsabilités des sages-femmes allochtones.
- Le recrutement de sages-femmes allochtones est difficile.
- Il y a manque de documentation en obstétrique.

4.5.8 Autres difficultés ou besoins exprimés par les personnes interrogées

- Il y a manque de formation continue pour les sages-femmes.
- Un seul système de ventilation fait circuler l'air vicié dans tout l'établissement, y compris la maternité, d'où risques de contamination (ex. : tuberculose).
- On note l'absence d'utilité souillée.

50. Il est à noter que la distance est aussi un facteur qui complique la formation et l'encadrement.

-
- On constate l'existence de beaucoup de problèmes sociaux ayant des effets sur la santé physique.
 - Les omnipraticiens sont débordés par les soins curatifs, d'où peu d'investissement en santé communautaire ; il n'y a pas de médecin en santé communautaire depuis 1988 ; on souhaite une planification en santé communautaire.
 - Il existe un problème de financement :
 - ce problème se manifestera à court, moyen et long terme si on maintient l'option de décentralisation ;
 - il n'y a pas de financement supplémentaire lorsqu'on participe à des projets de recherche ;
 - on pourrait effectuer une étude de coûts (ex. : coûts des maternités « locales » versus transport et séjour des femmes à Puvirnituk ; coûts des maternités versus coûts des services requis pour répondre à d'autres besoins sociaux de la communauté), avant d'investir dans la mise en place de maternités ailleurs qu'à Puvirnituk ;
 - il faut dégager des ressources financières et humaines additionnelles pour accélérer la formation des sages-femmes autochtones.
 - Il est nécessaire de maintenir les efforts pour assurer le respect de la confidentialité des dossiers.
 - Les services des sages-femmes aux enfants doivent être élargis au-delà du suivi postnatal (six semaines).
 - Il faut analyser les tâches assumées actuellement par les sages-femmes afin d'identifier les personnes les plus appropriées pour remplir chacune de ces tâches et de répartir les tâches parmi le personnel en place ou d'engager du personnel additionnel s'il y a lieu (ex. : secrétaire, coordonnatrice sage-femme à temps plein, sage-femme allochtone).
 - Deux sages-femmes autochtones doivent être disponibles en tout temps à la maternité.
 - On doit maintenir des sages-femmes au CMDPSF pour assurer leur intégration à l'établissement.
 - On a intérêt à conserver la maternité, indépendamment de ce qui adviendra des autres projets-pilotes dans le Sud.

4.5.9 Perspectives

- Organiser une coordination partagée par une sage-femme autochtone et allochtone.
- Décentraliser vers Inukjuak et Salluit les services de périnatalité destinés aux autres villages de la côte. Cette décentralisation est soutenue par la direction générale du centre de santé, le personnel de la maternité, les communautés locales concernées et le gouvernement régional du Nunavik. Ces maternités, où travailleraient une sage-femme allochtone, une sage-femme autochtone et un médecin, seraient réservées aux femmes qui ont des grossesses normales. Les femmes qui présentent des grossesses à risque viendraient accoucher à Puvirnituk ou à Montréal, selon le cas. En 1995-1996, les femmes provenaient de Puvirnituk (26,1 %, soit 75 femmes), Inukjuak (23,7 %, soit 68 femmes), Salluit (13,7 %, soit 39 femmes), Umiujaq (8,4 %, soit 24 femmes) et Kuujuarapik (7,7 %, soit 22 femmes).
- Les médecins du centre de santé ne sont pas favorables à l'ouverture d'une maternité à Inukjuak pour les raisons suivantes :
 - équipement ;
 - pas de médecin de garde en permanence ;

-
- pas de sage-femme stable (aucune sage-femme allochtone en poste actuellement et instabilité chez les sages-femmes autochtones en raison d'activités traditionnelles) ;
 - évacuations ne pouvant se faire en moins de huit heures ;
 - absence d'étude de coûts pour étudier la rentabilité de décentraliser les services.

4.5.10 Recommandations

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- s'assure du maintien du fonctionnement actuel de la maternité ;
- prévoit des mécanismes pour donner suite au rapport d'évaluation du projet (traduction du rapport, distribution, etc.) ;
- prévoit dans le programme de formation initiale de sage-femme des ajouts pour la pratique en région éloignée.

5. ORGANISATION DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

Avant d'introduire nos commentaires sur l'intégration de la pratique des sages-femmes, nous présentons quelques constats découlant du fonctionnement des projets-pilotes ou de recherches ou discussions que nous avons effectuées.

5.1 Considérations concernant l'ordre professionnel

Le Conseil d'évaluation a analysé deux avenues possibles pour la création d'un ordre professionnel pour les sages-femmes, soit un ordre professionnel spécifique et un ordre professionnel mixte. Les avantages et les inconvénients associés à chacune des modalités ont été discutés. Sur ce point, les avis ont été partagés. En effet, sur 10 membres, 6 préfèrent la création d'un ordre professionnel spécifique et 4 un ordre professionnel mixte.

La mise en place d'un ordre professionnel serait précédée et préparée par le travail du groupe intermédiaire qui assumera ces fonctions pendant une période de transition (voir annexe 4).

5.1.1 *Ordre professionnel spécifique*

Un ordre professionnel spécifique est un ordre composé de sages-femmes seulement, donc auto-géré. Afin de pouvoir se réaliser, il devra bénéficier de modalités de subventions offertes par le gouvernement, tel que le permet l'article 198 du Code des professions, ou d'une autre manière pour pallier le petit nombre de membres qui en feraient partie les premières années. Cet ordre professionnel pourrait assumer toutes les responsabilités qui lui sont dévolues par la loi en ciblant la protection du public, soit le code de déontologie, l'assurance responsabilité professionnelle, l'inspection professionnelle, les permis et conditions d'admission, la discipline, le syndicat et la gestion des demandes d'enquête.

5.1.2 *Ordre professionnel mixte*

Un ordre professionnel mixte est un ordre professionnel partagé avec un autre groupe de professionnels. Il implique :

- la création d'une nouvelle catégorie de permis à l'intérieur d'un ordre existant, ce qui signifie que les titres ne sont pas interchangeables ;
- une représentation de deux secteurs d'activité professionnelle au Bureau de l'ordre ;
- des élections de deux catégories de représentants en proportion du nombre de membres des deux catégories ;
- des modifications des règlements de l'ordre afin d'assurer la concordance avec les nouveaux venus.

Il devrait être créé dans un esprit d'association et de partenariat et non dans celui d'une intégration. Soulignons que ce modèle n'existe pas actuellement.

5.1.3 Projet de règlement du Collège des médecins du Québec

Concernant le projet de règlement du Collège de médecins du Québec quant aux règles relatives à l'étude et l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes, publié dans la Gazette officielle du 31 décembre 1996, le Conseil d'évaluation a fait part de ses commentaires au président de l'office de professions du Québec. Essentiellement, le conseil considère ce projet de règlement comme inapproprié, prématuré et incomplet pour des raisons exposées dans la lettre de l'annexe 5.

5.2 Considérations concernant le champ de pratique

*Le champ de pratique réfère à toutes les activités et procédures qu'une sage-femme est autorisée à remplir dans le cadre de ses fonctions*⁵¹. Dans le cadre de la Loi⁵², le champ de pratique des sages-femmes a été défini par plusieurs paramètres. Il s'agit des articles 2, 5, 8, 23 et 29 de cette loi et des éléments qui en découlent, soit le Règlement sur les critères de compétence et de formation des sages-femmes, le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, la liste d'actes sages-femmes (voir l'annexe 6), la liste de médicaments (voir l'annexe 7) et la liste d'examen et d'analyses de laboratoire.

À cause du caractère expérimental et temporaire de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes et, par le fait même, de l'absence d'ordre professionnel représentant les sages-femmes, certaines fonctions habituellement attribuées à un ordre professionnel ont été assumées par des instances prévues par la Loi⁵³ dont le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes et les conseils multidisciplinaires.

Dans la perspective d'une nouvelle législation, la détermination du champ de pratique des sages-femmes devrait se faire par un ordre professionnel, en collaboration avec les autres professions impliquées en périnatalité. Par ailleurs, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes doit faire des recommandations sur l'organisation professionnelle de la pratique sage-femme, dont fait partie le champ de pratique. C'est dans cette optique et sur la base de l'expérimentation de la pratique sage-femme dans les projets-pilotes et de l'analyse de ce qui se fait ailleurs que le Conseil fait ses recommandations.

5.2.1 Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux

L'évaluation des projets-pilotes ne nous donne pas beaucoup d'informations sur l'application du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, si ce n'est les transferts et les raisons qui les ont justifiés ainsi que le fait que plusieurs consultations ont été réalisées même si le Règlement ne le prévoyait pas. D'autre part, ce règlement a été pensé en fonction d'une expérimentation, ce qui ne sera plus le cas à l'automne 1998.

51. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La périnatalité au Québec, La pratique des sages-femmes*, p. 44.

52. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1.

53. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1.

Par ailleurs, nous avons pu constater que tel qu’il est libellé, le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux est contraignant parce qu’il fait référence à des raisons de transfert uniquement et non à des raisons de consultation et de transfert. Nous savons aussi, notamment à la suite des visites effectuées dans les projets-pilotes, que :

- plusieurs critères peuvent être interprétés différemment d’un projet à un autre ;
- certains critères sont difficiles à appliquer, tel l’examen du nouveau-né par un médecin dans la première semaine de vie ;
- les périodes de suivi postnatal pour la mère et le nouveau-né ne sont pas harmonisées. En effet, le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux prévoit que le nouveau-né puisse être suivi jusqu’à 28 jours alors que les sages-femmes suivent leurs clientes jusqu’à 6 semaines postnatales.

C’est pourquoi le Conseil d’évaluation des projets-pilotes a convenu d’analyser le Règlement à partir notamment de la littérature et de l’expérience des projets-pilotes. Vous trouverez à l’annexe 8 le document de travail sur les risques obstétricaux et néonataux.

5.2.2 Liste de médicaments

À l’échéance de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1, l’article 39⁵⁴ perd son effet et la prescription de médicaments devient une disposition inconciliable avec la Loi médicale. Pour mettre à jour la liste de médicaments et maintenir le droit de prescrire, il faudra une autre loi et de préférence un pouvoir réglementaire à l’intérieur de cette loi. Un tel processus est familier à l’Office des professions du Québec et est privilégié par le Collège des médecins du Québec, l’Ordre des pharmaciens du Québec et le Conseil consultatif de pharmacologie.

La révision de cette liste devrait être faite en fonction des lieux d’exercice et de l’avancement de la science. Voici quelques exemples à corriger :

- la liste de médicaments en vigueur a été définie en fonction d’une pratique en maison de naissance ; il faudra la revoir en fonction d’autres lieux de naissance ;
- la liste est exhaustive, aucun ajout n’y est possible ; il faudrait permettre des ajouts dans un processus de mise à jour régulière ;
- la liste mentionne les noms commerciaux des produits à utiliser et non uniquement les grandes catégories, ce qui amène certaines difficultés d’utilisation et rend difficile la substitution par des produits équivalents.

5.3 Considérations concernant la formation

Avant d’entreprendre un programme de formation, il est nécessaire de répondre à quatre questions préalables. Nous reprenons chacune de ces questions afin de situer nos recommandations.

54 Malgré toute disposition inconciliable de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et de la Loi médicale (chapitre M-9), une sage-femme peut, dans le cadre d’un projet-pilote, poser les actes médicaux ou infirmiers visés à l’article 2 ainsi que, le cas échéant, ceux prévus au projet-pilote lui-même.

5.3.1 Préalables à la formation sage-femme

Dans les années précédant la mise en œuvre de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1, deux avis ont été émis sur le niveau d'un éventuel programme de formation sage-femme. En 1983, le Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes concernant un profil de formation et des hypothèses de formation pour les sages-femmes recommandait :

- que le programme de formation de base des sages-femmes donne lieu à un diplôme de sage-femme du niveau du 1^{er} cycle universitaire ;
- que la formation d'infirmière et la reconnaissance d'acquis soient considérées comme des voies d'accès possibles et non comme des préalables.

En 1989, l'avis sur les sages-femmes⁵⁵ reprenait les mêmes recommandations :

- que les sages-femmes soient formées au niveau universitaire (1^{er} cycle) ;
- que l'accès soit direct à la formation de sage-femme, la formation d'infirmière devant être considérée comme une voie d'accès et non un préalable.

5.3.2 Champ de pratique et lieux d'exercice des sages-femmes

Les besoins éducatifs dans le domaine des sciences de la santé et dans d'autres domaines, doivent tenir compte des tâches professionnelles que le personnel à former aura à accomplir et des besoins manifestés pour remplir ces tâches. Un programme de formation, en plus de tenir compte du champ de pratique des intervenants concernés, doit aussi prendre en considération les lieux où ils pourront exercer.

Selon le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, le champ de pratique des sages-femmes devrait se définir autour de la définition internationale de la sage-femme (annexe 2) et d'une synthèse du champ de pratique inspiré de celui en vigueur dans la Communauté européenne (annexe 9). Les compétences requises pour l'exercice sage-femme font donc référence à ces deux éléments.

Voici, à titre indicatif, les constats que nous avons faits face à l'émergence d'un programme de formation initiale pour les sages-femmes :

- le champ de pratique ainsi que les lieux et conditions d'exercice, tels qu'ils sont décrits par le Conseil, conduisent à la définition de la sage-femme comme étant une professionnelle autonome, responsable, sachant offrir à la clientèle des services spécialisés de qualité ; la sage-femme dispose d'un statut professionnel lui assurant une identité spécifique ;
- la sage-femme est une intervenante centrée sur la normalité, qui assiste la future mère à chacune des étapes pré, per et postnatales ;
- la sage-femme travaille dans une perspective d'humanisation et de continuité des soins, d'une utilisation judicieuse des technologies, tout en assurant la qualité et la sécurité des soins à offrir à la famille ;

55 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La périnatalité au Québec, La pratique des sages-femmes*, Québec, 1989, 155 p.

- la sage-femme sera intégrée aux services de première ligne du réseau actuel de santé et de services sociaux et elle aura à collaborer avec d'autres professionnels de la première, deuxième et troisième ligne pour des consultations et des transferts ;
- le programme de formation doit *permettre de préparer une intervenante compétente et autonome qui sache travailler en équipe et dans différents contextes*⁵⁶ ;
- la sage-femme aura à assister des femmes en divers lieux pour la période périnatale ;
- la sage-femme doit être en mesure de bien cerner et intégrer les aspects normaux et pathologiques de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale ;
- les compétences requises à l'exercice professionnel de la sage-femme commandent une formation clinique importante.

Nous pensons que la mise en place d'un programme de formation initiale pourrait faciliter l'harmonisation de la pratique des sages-femmes et son intégration dans le réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, nous citons ces commentaires émis par les chercheurs :

- *arriver à une certaine standardisation de la pratique sage-femme, notamment par l'établissement d'une formation et d'une éthique commune, de façon à atténuer l'incertitude qui est vécue par les collaborateurs des sages-femmes due, entre autres, au manque d'uniformité dans les pratiques*⁵⁷ ;
- *favoriser les interactions et les contacts entre professionnels pour qu'il y ait établissement d'une confiance mutuelle et d'un véritable travail de collaboration, en se rappelant que les cadres ou procédures imposés de l'extérieur ne peuvent transformer les attitudes aussi efficacement que le contact direct*⁵⁸.

5.3.3 Nombre de sages-femmes à former

Cette dernière question est plus difficile à documenter pour le Conseil. En effet, elle fait référence, notamment, à des éléments comme le rythme d'implantation de la pratique sage-femme et les prévisions quant au nombre de femmes qui pourraient avoir accès à leurs services. Même si le Conseil a précisé que les sages-femmes devraient être intégrées au système de santé comme intervenantes de première ligne, il lui est difficile de prévoir le nombre de sages-femmes dont on aura sans doute besoin à court, moyen et long terme. Dans ce contexte, le Conseil a convenu de baser son estimation sur le nombre minimal de candidates à former pour qu'un programme de formation soit viable, soit entre 30 et 40 candidates par année.

56. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. La périnatalité au Québec, La pratique des sages-femmes, p. 88.

57. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, p. 283.

58. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, p. 283.

5.4 Considérations concernant le rattachement administratif des maisons de naissance

Actuellement, les maisons de naissance sont rattachées à :

- un CLSC, (à l'intérieur ou à l'extérieur du CLSC) ;
- un centre de santé (intra centre de santé, par exemple Puvirnituaq, ou extra centre de santé, par exemple la maison de naissance Mimosa).

Cependant, d'autres rattachements auraient pu être possibles, tel le rattachement à un centre hospitalier (maison de naissance intra-hospitalière, c'est-à-dire située à l'intérieur de l'hôpital, mais indépendante du département d'obstétrique, ou extra-hospitalière, c'est-à-dire située à l'extérieur de l'hôpital).

Dans une perspective d'intégration dans le système de santé, les maisons de naissance actuelles pourraient être amenées à modifier leur fonctionnement. En effet, si les sages-femmes ont la possibilité d'accompagner leurs clientes dans d'autres lieux, il n'est pas exclu par exemple qu'une sage-femme fasse ses consultations pré et postnatales en CLSC ou dans d'autres locaux et assiste l'accouchement de sa cliente en maison de naissance, tout comme elle peut le faire en centre hospitalier.

Qu'elles soient rattachées administrativement à un CLSC, à un centre hospitalier ou à un centre de santé, les maisons de naissance doivent avoir la même philosophie d'intervention et bénéficier de leur propre réglementation concernant les pratiques entourant l'accouchement. Elles doivent aussi souscrire au concept d'un lieu offrant des services périnataux de première ligne aux femmes présentant une grossesse normale. Elles représentent une adaptation d'un environnement familial offrant un court séjour, des services ambulatoires, avec possibilité d'accès à un hôpital pour des services d'obstétrique et de néonatalogie. La maison de naissance est conçue pour faciliter de façon sécuritaire la participation des membres de la famille et le support du choix des femmes, et pour dispenser des services professionnels préventifs aux femmes à faible risque et à leur fœtus et nouveau-né pendant la grossesse, la naissance et le post-partum. Certaines interventions n'y sont pas pratiquées, comme le déclenchement du travail, l'utilisation des forceps, l'épidurale, etc.

Cependant, la littérature consultée nous permet d'émettre des réserves quant aux maisons de naissance relevant de centres hospitaliers. En effet, pour la pratique sage-femme en milieu hospitalier, la proximité du département d'obstétrique a pour effet d'inciter davantage au recours au département d'obstétrique dès l'apparition de la moindre difficulté. À cet égard, les études montrent des taux de transferts importants. De plus, lorsque la pratique sage-femme en milieu hospitalier est comparée à une pratique sage-femme faite dans d'autres lieux tels les maisons de naissance autonomes et le domicile, les taux d'intervention sont plus élevés pour les sages-femmes pratiquant en milieu hospitalier.

5.5 Considérations concernant les coûts de fonctionnement de certaines maisons de naissance

Comme l'analyse économique présentée par les chercheurs ne permettait pas de se prononcer sur le rendement des maisons de naissance, une étude complémentaire a été effectuée⁵⁹. Les variables retenues sont le nombre de rencontres prénatales, les visites médicales de routine pour des clientes des maisons de naissance, les admissions hospitalières en cours de grossesse et les courts séjours en maison de naissance.

Il en est résulté que certaines maisons de naissance ont un coût de fonctionnement plus élevé que d'autres. Le tableau suivant montre les dépenses publiques courantes* par accouchement avec suivi sage-femme pour le réseau socio-sanitaire, pour l'année 1996-1997.

	Dépenses publiques	% de transfert	Dépenses publiques	
	Maisons de naissance		Maison de naissance + Réseau	Totales
Colette-Julien	8 201,86	0,22	722,55	8 924,41
Etrie	4 593,52	0,28	927,51	5 521,03
Outaouais	3 763,30	0,25	805,33	4 568,62
Mimosa **	2 704,86	0,20	685,87	3 390,73
Lac-Saint-Louis	2 809,17	0,21	754,41	3 563,58
Côte-des-Neiges	3 169,44	0,16	628,09	3 797,53
Moyenne pondérée	3 553,86	0,26	743,00	4 296,87

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

* Dépenses d'opération courantes, excluant les coûts du loyer.

** Données financières incomplètes pour Mimosa pour l'année 1996-1997, délai occasionné par la fusion du CLSC (changement d'entité administrative en court d'année financière). Données de 1995-1996 utilisées.

59. À cette fin, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a demandé le soutien d'une personne-ressource au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts, dont des modalités organisationnelles plus lourdes et le nombre de naissance. Plusieurs éléments de l'organisation peuvent être revus et un nombre minimal d'accouchements par maison de naissance doit être planifié. C'est ainsi que ce nombre ne devrait pas se situer en dessous de 200 par année, dans la mesure où le mandat de la maison de naissance se limite au suivi et à l'accouchement des femmes présentant des grossesses normales et pour des femmes dont l'accouchement est prévu en maison de naissance.

D'autres éléments de la pratique des sages-femmes mériteraient d'être extrapolés dans le réseau socio-sanitaire, alors que d'autres sont plus discutables. Voici les facteurs analysés.

Nombre de visites prénatales

Au tableau suivant, on observe que le nombre de visites prénatales (incluant les visites chez le médecin) pour des clientes suivies par les sages-femmes est plus élevé. De plus, on constate que pour ces clientes, la norme est de 10 visites et plus (61,2 %), alors que pour les clientes de médecins, la norme est entre 5 et 10 visites (72,1 %). La durée des rencontres est beaucoup plus importante chez les clientes des sages-femmes. À partir du questionnaire postnatal, on peut estimer que le temps de rencontre total pour les visites prénatales chez les clientes de sages-femmes est d'en moyenne 12,9 heures, contre 3,65 pour les clientes de médecins, soit plus de trois fois supérieur. La durée d'attente est toutefois supérieure pour les clientes de médecins, 0,64 heure par rencontre comparativement à 0,14 heure pour les clientes de sages-femmes. Également, on constate que les clientes des sages-femmes sont plus nombreuses à assister à des rencontres prénatales, 76 %, comparativement à 51,4 % des clientes suivies par des médecins.

Les données de l'évaluation semblent démontrer un apport positif de la pratique sage-femme au regard des soins prénatals. Il semble également que malgré les investissements additionnels en temps de suivi, le coût public d'un suivi par une sage-femme n'est pas plus dispendieux qu'un suivi traditionnel avec médecins. Les différences de rémunération expliquent cependant cette situation. Ainsi, dans la perspective d'une hausse de la rémunération sage-femme, les coûts d'un suivi prénatal seraient plus élevés avec les sages-femmes. Rappelons, par ailleurs, qu'il y a eu erreur de déclaration du temps accordé au suivi par les sages-femmes lors de la collecte de données pour l'analyse des coûts.

Nombre de rencontres prénatales Résultats de l'évaluation des projets-pilotes sages-femmes		
	Clientes des sages-femmes	Clientes des médecins
Questionnaire postnatal*		
Nombre moyen de visites	11,4	10,8
Durée médiane (et moyenne) des visites		
Première visite	80 minutes (78)	30 minutes (33)
Visites subséquentes	60 minutes (66)	15 minutes (19)
Heures d'attente moyennes pour les visites	0,14 heure	0,64 heure
Rencontres prénatales (groupe)	76 % des clientes	51,4 % des clientes
Dossier périnatal**		
Nombre moyen de visites (écart-type)	11,3 (2,6) dont 1,1 (1,8) visites chez le médecin	8,9 (2,6)
Nombre de visites prénatales (%)		
<5	0,5	3,1
entre 5 et 10	38,3	72,1
>10	61,2	24,8
* Il s'agit des données obtenues d'un questionnaire rempli par des clientes de sages-femmes et des clientes de médecins appariées. ** Dossier constitué par les sages-femmes ou les médecins. Source : Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Rapport final, 1997.		

Compte tenu de l'écart important dans le nombre d'heures de services offerts en soins prénatals entre les clientes des sages-femmes et les clientes des médecins, il y a lieu de se demander s'il aurait été possible d'obtenir des résultats similaires pour les clientes des sages-femmes, tout en réduisant le nombre d'heures de suivi, et par ailleurs les coûts. Rappelons que le calcul des coûts ne tient compte que des heures de présence auprès des clientes et non des heures en attente ou de disponibilité des sages-femmes. Certaines activités administratives et de gestion sont aussi exclues.

Tant pour la pratique effectuée par les médecins que pour celles des sages-femmes, on peut s'interroger sur la pertinence du nombre de rencontres prénatales, particulièrement pour une clientèle non à risque. Les attentes et les besoins de ce type de clientèle devraient être pris en considération. Les évaluations consultées jusqu'ici questionnent la pertinence d'un nombre aussi élevé de visites pour ce type de clientèle. À cet égard, les chercheurs mentionnaient qu'un essai clinique randomisé, subventionné conjointement par l'Organisation mondiale de la santé et le « National Institute of Health » des États-Unis et d'autres organismes est actuellement en cours dans le but d'évaluer si un nombre limité de cinq visites prénatales bien structurées pourrait apporter des résultats équivalents ou supérieurs au type de suivi traditionnel.

Les visites médicales obligatoires

À la maison de naissance de l'Estrie, deux visites médicales font partie du suivi prénatal. Ces visites s'ajoutent au suivi effectué par les sages-femmes. À l'analyse des données entre les diverses maisons de naissance, on n'observe pas de substitution de services, soit une réduction du nombre de rencontres avec sages-femmes en contrepartie d'un plus grand nombre de visites médicales.

Nous avons estimé le coût additionnel de ces suivis en comparant les coûts totaux des honoraires médicaux pour le suivi prénatal de la maison de naissance de l'Estrie avec la moyenne de ces mêmes coûts pour les autres maisons de naissance qui n'ont pas ce protocole d'intervention (Gatineau, Côte-des-Neiges, Saint-Romuald, Mont-Joli et Lac-St-Louis). Ces coûts additionnels s'élèvent à 25 \$ par cliente. Pour cette maison de naissance, cette pratique a entraîné des coûts supplémentaires de 2 900 \$ pour l'année financière 1995-1996.

Ce coût additionnel, qui n'a pas d'ailleurs prouvé son utilité dans les résultats de santé, transposé à l'ensemble des accouchements au Québec (84 855 en 1995-1996⁶⁰), se serait élevé à plus de 2,1 millions de dollars.

Les admissions hospitalières en cours de grossesse

Le type de pratique effectué par les sages-femmes permet de réduire le nombre d'admissions hospitalières, entre autres pour faux travail. Pour effectuer une estimation de ces coûts, nous avons utilisé deux procédés. Selon nous, les coûts hospitaliers potentiellement évitables se situent entre ces deux limites.

- Parmi les résultats comparés de la pratique sage-femme et du suivi traditionnel, on a constaté des écarts importants dans le taux d'hospitalisation en cours de grossesse. Ainsi, 3,3 % des clientes des sages-femmes ont eu une admission hospitalière en cours de grossesse. Par contre, pour les clientes suivies par les médecins, ce taux est de 10,3 %. Considérant qu'il s'agit dans les deux cas d'une clientèle non à risque, nous pouvons penser qu'une partie des hospitalisations actuelles pourraient être évitées. En appliquant le taux des sages-femmes aux mé-

60. Données provenant du fichier Med-Écho, incluant les naissances vivantes et les mortinaissances (source: Infocentre).

decins, nous aurions pu éviter environ 770 admissions hospitalières en 1995-1996⁶¹. En appliquant les niveaux d'intensité relative de soins (NIRRU) à ces cas et en multipliant par le coût moyen d'une hospitalisation au Québec, on obtient des coûts évités potentiels de près d'un million, soit 957 140 \$.

- Parmi les admissions hospitalières en 1995-1996, on constate que 3 145 séjours hospitaliers dans la catégorie obstétrique (CMD-14) ont eu lieu pour faux travail. De ce nombre, parmi les cas appariés, 1 681 présentaient des niveaux de faible sévérité. Si on considère qu'il n'y a pas plus de deux séjours pour une même femme, cela correspond à environ 1,9 % des accouchements⁶². Or, ces séjours sont généralement évités dans les maisons de naissance, puisque la sage-femme, en cas de doute, se déplace au domicile de la cliente ou évalue l'évolution du travail avec la cliente par des échanges téléphoniques. Le coût moyen de ces séjours hospitaliers s'élevait à 1 243 \$ en 1995-1996⁶³. Les coûts de ces séjours pour faux travail se sont donc élevés à environ 2,1 millions de dollars en 1995-1996 pour l'ensemble du Québec. En supposant deux heures de suivi additionnel pour ces clientes, au taux de rémunération des sages-femmes, et en diminuant les coûts totaux de ces frais, il s'agit d'un potentiel de gains nets de 2,0 millions⁶⁴.

Les courts séjours en maison de naissance

L'évaluation des coûts des projets-pilotes sages-femmes a distingué les volets prénatal, périnatal et postnatal. Nous pouvons donc voir l'effet net d'un séjour plus court en maison de naissance car nous avons aussi les coûts pour les services offerts en postnatal. Lorsque l'on additionne les coûts publics pour les volets périnatal et postnatal, on obtient des coûts de 1 492,95 \$ pour un suivi avec sage-femme et de 2 249,78 \$ pour un suivi traditionnel. Ceci signifie qu'au total, il pourrait y avoir des gains financiers à un plus court séjour, quoique relativement faibles.

Nous avons, par ailleurs, évalué la diminution globale des coûts pour le réseau due à une réduction de la durée de séjour dans le milieu hospitalier. Cette information est intéressante puisque nous observons actuellement dans le réseau des efforts substantiels pour réduire les durées de séjour.

Par hypothèse, nous avons réduit l'ensemble des séjours hospitaliers d'une journée. Pour les bébés, nous avons limité l'analyse aux bébés pesant plus de 2 500 grammes à la naissance. Seuls les cas appariés sont retenus ; sont donc exclus les décès, les séjours excessifs, les transferts, etc. Des ajustements sont également faits pour tenir compte des coûts plus faibles vers la fin d'un séjour hospitalier⁶⁵.

61. En 1995-1996, il y a eu 10 999 admissions pour des problèmes reliés à la grossesse. Nous avons retenu les catégories majeures de diagnostics suivantes : grossesse ectopique, menace d'avortement, faux travail, autres troubles antepartum. Seuls les cas appariés sont retenus. Ainsi, 7 % des 10 999 admissions auraient pu être évitées, soit 770 admissions.

62. Données APR-DRG, 1995-1996, Infocentre, MSSS, 1997.

63. Le coût moyen est obtenu en appliquant le NIRRU (Niveau d'intensité relative) pour le diagnostic faux travail de faible sévérité (0,4413) au coût moyen d'hospitalisation de 2 817 \$.

64. Un coût horaire de 34,62 \$ par heure de service a été utilisé. Cela représente, pour les 1 681 cas, 116 392 \$ de frais additionnels.

65. Pour les cas de chirurgie, la journée réduite est estimée à 53,9 % du coût des journées précédentes et à 84,4 % pour les cas de médecine (source : Jean Paquin, Service du développement d'indicateurs). Pour les accouchements vaginaux, nous avons retenu le pourcentage appliqué aux cas de chirurgie, considérant la forte concentration des services médicaux et infirmiers au début du séjour.

Il s'agit d'un objectif ambitieux. Nous l'avons toutefois retenu afin de rendre les efforts dans le réseau davantage semblables à la pratique qui se fait déjà en maison de naissance. Pour tenir compte des services nécessaires à la suite d'un court séjour, nous avons imputé des coûts pour des services en postnatal (coûts des services offerts dans les maisons de naissance), desquels on a soustrait les coûts des services déjà offerts par le réseau. Il s'agit donc d'un coût additionnel par accouchement de 139,57 \$. Ce coût constitue, à notre avis, un maximum.

Les gains potentiels pour une réduction du séjour d'une journée pour les mères et les bébés sont évalués, sur la base des données de 1995-1996, à 25,9 millions de dollars.

5.6 Considérations concernant la rémunération des sages-femmes

Situation actuelle

- Dans les projets-pilotes, les sages-femmes sont salariées, et le salaire a été calculé sur la base du salaire moyen d'un pharmacien.
- Elles gagnent 49 000 \$ par année pour une semaine de 35 heures de travail. La coordonnatrice sage-femme gagne 53 500 \$.
- Le budget de fonctionnement des maisons de naissance est un budget protégé et versé aux CLSC responsables.

Constats

- L'horaire fixe de 35 heures est qualifié d'inadéquat, particulièrement par les sages-femmes pour le type de pratique des sages-femmes, notamment pour la continuité des soins et des services. Le temps moyen mis pour un suivi complet de grossesse est d'environ 45 heures par cliente. Dans un projet, ce temps pouvait aller jusqu'à 68 heures par cliente.
- Le nombre de suivis complets estimé par le Conseil d'évaluation est de 40 à 60 comme première responsable et l'équivalent comme deuxième responsable. Ce nombre avait été retenu en tenant compte notamment du type de pratique offert par les sages-femmes, de la nécessité de maintenir les compétences sages-femmes et de ce qui se fait ailleurs, particulièrement en Ontario. Dans les faits, le nombre de suivis complets par sage-femme est très souvent en deçà du minimum de 40.
- Il y a peu d'intégration des services à ceux du CLSC et à ceux du territoire, même en ce qui concerne la périnatalité, d'où cloisonnement et dédoublement. La reconnaissance et l'intégration de la sage-femme comme intervenante de première ligne constituent toutefois des éléments favorables au décroisement de leurs activités.
- Les modalités de paiement ou de rémunération privilégiées devraient répondre en partie aux constats soulevés et tenir compte des exigences et responsabilités de la pratique des sages-femmes tout en respectant les principes d'humanisation, de continuité et de globalité de l'approche.

5.7 Intégration de la pratique des sages-femmes

Nous avons vu qu'il y a eu plusieurs facteurs qui ont nui à l'intégration de la pratique des sages-femmes et des maisons de naissance dans le système de santé. Les constats touchant l'organisation de la pratique des sages-femmes en maison de naissance et la nécessité d'harmoniser les services périnatals afin de pouvoir y intégrer ces dernières efficacement, nous amènent à conclure que des changements majeurs doivent être effectués si nous voulons y arriver.

Malgré cet environnement difficile et parfois même hostile, les sages-femmes ont quand même réussi à exercer leur profession, à obtenir plusieurs des résultats que la Loi⁶⁶ demandait de mesurer et à établir de façon officielle ou officieuse des collaborations nécessaires à leur pratique. Il s'agit donc pour nous de tirer profit des résultats de l'expérimentation et de l'ensemble des travaux effectués pour proposer une forme d'intégration optimale.

Nous pensons que l'intégration de la pratique sage-femme devrait se faire dans le respect des particularités de cette pratique, qui comprend *une approche globale et familiale de l'ensemble des soins prénatals, pernatals et postnatals aux femmes dont la grossesse et l'accouchement se présentent sans complication. Au sein de cette approche, la continuité de soins constitue un élément déterminant, notamment dans la prévention des problèmes de santé et de bien-être. Elle permet la détermination précoce de difficultés pouvant se transformer en pathologie. Les sages-femmes exercent leur profession de façon autonome au sein d'une équipe multidisciplinaire*⁶⁷.

Étant donné les particularités de sa pratique, nous pensons que l'insertion de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité devrait se faire dans le cadre des orientations de la politique de périnatalité. Nous croyons que la sage-femme, dans sa façon d'intervenir, contribuera à l'atteinte de plusieurs objectifs mis de l'avant dans la politique de périnatalité. En effet, *les grandes voies d'action mises de l'avant dans la politique de périnatalité s'appuient sur la conviction que la grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement constituent un processus physiologique naturel et une réalité multidimensionnelle; que les mères et les pères sont compétents pour s'occuper de leurs enfants, une responsabilité qu'ils assumeront d'autant mieux qu'ils se sentiront reconnus socialement et soutenus dans leur rôle*⁶⁸. *L'application de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes sociaux et de santé dans le champ de la périnatalité est particulièrement appropriée dans cette période clé de la vie des familles. Il s'agit d'un moment privilégié pour prévenir les problèmes à leur source et promouvoir une qualité de vie pour toutes et tous*⁶⁹.

La politique de périnatalité précise aussi que les femmes et leur conjoint ressentent le besoin d'avoir un contact privilégié pendant toute la période périnatale avec une personne qui pourra les aider à se préparer à leur nouvelle condition et à faire face, le cas échéant, à des difficultés bio-

66. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16.1.

67. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 61.

68. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 3.

69. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 49.

logiques, psychologiques et sociales. *Pour assumer pleinement leur rôle, les femmes enceintes, les mères et les pères devront être informés, encouragés et soutenus. Un accompagnement adéquat leur permettra de se préparer à l'accouchement et à la naissance de leur enfant, d'intégrer celui-ci dans leur quotidien, d'établir avec lui un lien d'attachement harmonieux. Pendant l'accouchement, les femmes et les couples ont besoin d'un accompagnement propice au déroulement physiologique de l'accouchement et de la naissance. Durant la période post-partum, à plus forte raison quand un problème survient, ils auront besoin d'un contexte favorisant l'intimité, le soutien continu et l'établissement du lien parent-enfant*⁷⁰.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs nouvelles orientations ont été nécessaires, en raison notamment de la modification rapide de celui-ci. À cet effet, des avis ont été publiés par diverses instances dont le Conseil médical du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), la Fédération des CLSC. Plusieurs propositions contenues dans ces avis rejoignent ou complètent la vision que nous avons d'une intégration et constituent en quelque sorte des éléments susceptibles de la favoriser.

Le virage ambulatoire contribue d'une part au renforcement de la première ligne et d'autre part au décloisonnement de l'institution qu'est l'hôpital ainsi qu'à la concentration de sa fonction d'hospitalisation sur les soins aigus et sur les clientèles les plus vulnérables. L'Association des hôpitaux du Québec dit sentir *de plus en plus le besoin de développer un continuum de soins et de travailler en réseaux intégrés de services de santé*⁷¹. L'insuffisance de continuité et de collaboration entraîne notamment des attitudes et des pratiques hétérogènes, parfois contradictoires, un doublement des services et une perte d'information qui peuvent être préjudiciables à la mère, au père et à leur bébé⁷². L'AHQ a aussi comme *objectif d'offrir un service efficace et efficient dans la structure la plus légère possible et le plus près du milieu de vie*⁷³.

Le Conseil médical du Québec estime urgent de réaliser la hiérarchisation du système et de recentrer le rôle des généralistes et des spécialistes. Pour y arriver, il propose une nouvelle organisation des services médicaux reposant sur des services complémentaires de première, deuxième et troisième ligne. Il définit la première ligne comme la porte d'entrée du système de santé, le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux comprenant un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère, des moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de santé de la population.

L'accessibilité, la globalité, la continuité et l'homogénéité caractérisent les services de première ligne. Actuellement, plusieurs catégories de professionnels offrent ces services et le font en cabinet privé, en CLSC, en centre de santé, à domicile, en milieu de travail et dans les institutions de santé.

70. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 13-14.

71. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier*, dans la collection Reconfiguration du réseau, p. 4.

72. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 40.

73. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier*, dans la collection Reconfiguration du réseau, p. 55.

Selon nous, la pratique sage-femme satisfait les caractéristiques de l'intervention de première ligne telle qu'elle est définie par le Conseil médical du Québec. Elle devrait donc être considérée comme une intervenante de première ligne qui intervient à un moment précis de la période périnatale, soit pendant les périodes pré, per et postnatale jusqu'à six semaines après la naissance du bébé. Son action est continue entre chacune de ces périodes. Elle est aussi complémentaire à d'autres ressources en périnatalité qui peuvent être consultées en cours de suivi ou assurer la prise en charge de la femme lorsque la sage-femme ne peut plus assumer le suivi ou que celui-ci est terminé. *La période périnatale débute lors de la prise de décision d'avoir un enfant ou lors de sa conception et s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait au moins un an. La périnatalité s'intéresse à la santé globale des personnes qui traversent la période périnatale, soit les femmes enceintes, les mères, les pères et les nourrissons*⁷⁴.

Les maisons de naissance devraient relever d'un établissement qui a une vocation de première ligne et la pratique des sages-femmes devrait s'inscrire dans la proposition de hiérarchisation des services faite par le Conseil médical du Québec. *La culture organisationnelle des CLSC, ainsi que leur mode de fonctionnement, sont propices au travail en équipes multidisciplinaires, ce qui, rappelons-le, constitue une forme de collaboration plus étroite que la simple consultation. De plus, la coordination des pratiques professionnelles à travers la participation à des programmes tel que OLO⁷⁵, ou à travers des équipes multidisciplinaires, peut favoriser l'établissement de collaboration avec les sages-femmes*⁷⁶.

Comme nous l'avons mentionné au début de cette section, nous croyons que des changements majeurs doivent être faits si nous voulons que l'intégration de la pratique des sages-femmes devienne réalité. Les préalables proposés par la Fédération des CLSC, notamment concernant l'application de la politique de périnatalité, nous apparaissent indispensables, puisque c'est à l'intérieur de ce cadre que devrait s'inscrire l'ensemble des services périnataux.

Dans son avis concernant le virage ambulatoire, la Fédération des CLSC mentionnait : *bien que les acteurs locaux puissent s'entendre pour modifier leurs façons de faire et expérimenter avec succès certains projets, une véritable transformation du réseau ne sera possible que si des orientations ou des politiques nationales de même que des mécanismes de concertation régionaux soutiennent les actions au niveau local. Les préalables suivants sont nécessaires :*

- a) *l'application de la politique de périnatalité de 1993 et les orientations à prendre dans le cadre du virage ambulatoire en périnatalité (détermination des objectifs à atteindre, orientations du système et réallocation des ressources) ;*
- b) *des mécanismes de coordination régionaux afin de planifier la transformation des services, d'en supporter l'organisation, de redistribuer le financement et d'évaluer l'impact sur la clientèle ;*

74. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, p. 15-16.

75. Composante d'un programme intégré de suivi global en périnatalité offert aux femmes enceintes en situation psycho-sociales difficiles où on offre un suivi nutritionnel incluant la distribution de suppléments alimentaires (OLO ou oeuf, lait, orange), un soutien à l'allaitement ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson..

76. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, p. 242.

-
-
- c) un engagement des décideurs au niveau des établissements et des organismes de même qu'une planification provinciale du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant leur implication au niveau des mécanismes de concertation ;
- d) une concertation et une planification étroite avec les gestionnaires et les cliniciens impliqués auprès de la clientèle incluant les médecins en pratique privée ;
- e) une attitude de respect, d'ouverture et le souci des intérêts collectifs⁷⁷.

Par la suite, divers moyens pourraient être utilisés pour favoriser une meilleure collaboration, complémentarité et continuité des interventions.

D'une part, l'intégration des sages-femmes nécessitera des collaborations diverses de la part des intervenants de première, deuxième et troisième ligne, si nous voulons, notamment, satisfaire certains objectifs énoncés par le Conseil médical du Québec qui consistent à :

- favoriser en première ligne le travail en groupe et le travail en équipe multidisciplinaire ;
- améliorer l'accessibilité aux services de deuxième ligne ;
- assurer la continuité des services entre les lignes de services ;
- favoriser chez la population une utilisation appropriée et optimale des ressources médicales.

D'autre part, des protocoles d'entente devront être conclus, pour, notamment :

- assurer les consultations ou les transferts des clientes ou de leurs bébés ;
- attribuer des privilèges hospitaliers aux sages-femmes ;
- assurer que les sages-femmes puissent avoir accès directement aux services de deuxième et troisième ligne ;
- établir les modalités de fonctionnement des sages-femmes en centre hospitalier ;
- définir la complémentarité et les collaborations nécessaires entre diverses professions de la santé.

Un véritable partenariat n'est possible que si la clientèle est au cœur des préoccupations de chacun et que les partenaires ont une volonté de travailler ensemble. Le partenariat s'appuie d'abord sur le partage d'une vision commune des besoins de la clientèle, sur une philosophie commune d'intervention ainsi que sur la reconnaissance et le respect du rôle et de la mission de chacun des acteurs dans l'organisation des services. Les ententes écrites viennent confirmer ces visions communes mais ne peuvent en aucun temps les remplacer⁷⁸.

5.8 Recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes

Considérant :

- les demandes de femmes relatives à l'humanisation et à la continuité des soins ;
- les résultats de l'évaluation des projets-pilotes pour la période s'échelonnant de février 1995 à décembre 1996 ;

77. FÉDÉRATION DES CLSC. *Virage ambulatoire périnatalité*, p.39.

78. FÉDÉRATION DES CLSC. *Virage ambulatoire périnatalité*, p. 37.

-
- le suivi régulier des projets-pilotes effectué par le Conseil d'évaluation depuis le début de ses travaux ;
 - les constats se dégageant de la littérature ;
 - les conditions relatives à la pratique des sages-femmes en Ontario et dans d'autres juridictions ;
 - les objectifs de la politique de périnatalité ;
 - la transformation du réseau de la santé et des services sociaux ;
 - les orientations du Conseil médical du Québec concernant, notamment, la hiérarchisation des services médicaux ;
 - les recommandations de la Fédération des CLSC concernant le virage ambulatoire en périnatalité ;
 - les orientations de l'Association des hôpitaux du Québec concernant, notamment, la reconfiguration du réseau de la santé et une vision renouvelée de réseau intégré de soins et de services ;
 - les discussions qui ont eu lieu au sein du Conseil d'évaluation des projets-pilotes ;

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes recommande :

5.8.1 Concernant la légalisation

- de reconnaître officiellement la pratique des sages-femmes au Québec et son intégration dans l'équipe de périnatalité ; le Conseil favorise l'articulation des services à la première ligne, dans une perspective d'approche d'équipe et de continuité des soins et des services ;
- de reconnaître à la sage-femme le statut de professionnelle autonome, responsable de la continuité des soins à prodiguer à la mère et à son enfant (de la conception jusqu'à six semaines postnatales) et de leur orientation dans le système de santé ;

5.8.2 Concernant une structure professionnelle transitoire

Compte tenu :

- de certains résultats épidémiologiques, particulièrement le nombre plus élevé de mortinaissances observé au cours de l'expérimentation dans les projets-pilotes, et du fait que cette tendance se maintient ;
- que ni le Comité d'admission à la pratique sage-femme ni le Conseil d'évaluation des projets-pilotes ne sont constitués pour assumer toutes les fonctions d'un ordre professionnel ;
- des délais requis pour la mise en place d'une structure professionnelle, quelle qu'en soit la forme ;
- de l'expérience ontarienne, qui présente des similarités avec la situation québécoise, où le gouvernement a mis en place deux structures transitoires avant la mise en œuvre d'un ordre professionnel de sages-femmes ;
- de la proposition de l'Office des professions du Québec quant à l'identification d'activités ou d'actes professionnels réservés et à la nécessité de décrire le domaine d'expertise et de compétence des professions, particulièrement dans le cas de celles qui ont des champs de pratique d'une grande connexité ;

Le conseil d'évaluation des projets-pilotes a recommandé en octobre 1997 aux ministres concernés (voir lettre à ce sujet à l'annexe 4) :

La mise en place d'une structure professionnelle transitoire qui exercerait, à l'égard des sages-femmes, certaines fonctions d'un ordre professionnel légalement constitué.

Cette structure de transition serait composée de membres nommés par le gouvernement, soit des sages-femmes, en nombre supérieur à celui des médecins, des médecins (obstétricien-gynécologue, omnipraticien en obstétrique, pédiatre), une infirmière et une représentante de la population.

Cette structure serait sous la responsabilité conjointe du ministre de la Santé et des Services sociaux et du ministre responsable de l'Application des lois professionnelles, et le financement serait assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et en partie par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer.

Le premier groupe de sages-femmes à l'égard desquelles la structure transitoire serait appelée à exercer ses fonctions serait constitué de toutes les sages-femmes détenant une reconnaissance d'aptitude à pratiquer dans les projets-pilotes en vertu de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-19.1.

Les fonctions de la structure de transition devraient porter sur les éléments suivants :

- le tableau des membres ;
- le règlement sur les risques obstétricaux et néonataux ;
- les médicaments pouvant être prescrits et administrés par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer ;
- les tests pouvant être prescrits par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer ;
- l'assurance responsabilité professionnelle ;
- la déontologie ;
- la tenue de dossiers et de cabinets de consultation et la conservation des dossiers ;
- l'inspection professionnelle ;
- les demandes d'enquête et de discipline ;
- la formation et les normes d'équivalence de diplômes et de formation ;
- l'accréditation de nouvelles sages-femmes ;
- l'établissement des cotisations ;
- le champ de pratique des sages-femmes.

Il est à noter que cette structure transitoire devra prioritairement traiter des résultats de l'évaluation et particulièrement de la question des mortinaissances et la vérification par une étude longitudinale auprès des deux groupes de clientes de l'état des santé des bébés ayant eu un besoin de ventilation supérieure à cinq minutes.

Le mandat serait d'une durée de trois ans et cette structure devrait être mise en place le plus rapidement possible, soit dès janvier 1998.

5.8.3 Concernant un ordre professionnel

- de considérer la pratique sage-femme comme étant à exercice exclusif et préconiser la création d'un ordre professionnel spécifique. Les avis sur ce point sont partagés. Sur 10 membres, six préfèrent la création d'un ordre professionnel spécifique et quatre un ordre professionnel mixte.

5.8.4 Concernant le champ de pratique

- de retenir la définition internationale des sages-femmes (annexe 2) et le champ d'exercice de la Communauté économique européenne adapté au contexte québécois (annexe 9) pour établir le champ de pratique des sages-femmes ;
- d'adopter la classification des conditions de référence d'une sage-femme à un médecin basée sur des raisons de consultation, d'une part, et des raisons de transferts, d'autre part ; le Conseil d'évaluation des projets-pilotes recommande également que l'analyse et les consultations requises pour l'adoption de la classification, des indications de discussion avec les pairs, de consultation ou de transfert de soins d'une sage-femme à un médecin soient confiées à un ordre professionnel sage-femme ou ce qui en tiendra lieu ;

5.8.5 Concernant les lieux d'exercice et de naissance

- de permettre à la sage-femme d'exercer sa profession dans une variété de lieux et d'assister les accouchements, notamment en maison de naissance, en centre hospitalier et à domicile ; le Conseil d'évaluation des projets-pilotes privilégie le rattachement administratif des maisons de naissance aux CLSC ; le Conseil considère que les sages-femmes ne devraient pas être des employées régulières au sein de départements d'obstétrique. Les avis sur ce point rallient 9 membres sur 10. Un membre est contre l'accouchement en maison de naissance et à domicile. Sa dissidence est expliquée à l'annexe 10 ;

5.8.6 Conditions d'exercice en centre hospitalier

- que les sages-femmes détiennent des privilèges hospitaliers ou privilèges d'exercice qui, en plus de permettre l'admission et le congé de leurs clientes et de leurs bébés, donnent la possibilité d'utiliser les services connexes au département d'obstétrique et de consulter ou de diriger leurs clientes au besoin ;
- que dans les départements d'obstétrique, les sages-femmes puissent intervenir lors d'accouchements normaux de leurs clientes qui ont choisi d'y accoucher ; la sage-femme resterait responsable de sa cliente qui désire accoucher en centre hospitalier ;
- qu'au moment de la naissance, la sage-femme se fasse assister par une autre professionnelle habilitée à le faire ;
- que les règles de soins, les modalités de collaboration, de surveillance et de congé, telles qu'elles auront été proposées par l'organisation professionnelle des sages-femmes, soient établies après discussion avec les instances locales de chaque établissement ;

5.8.7 Conditions d'exercice hors centre hospitalier

Les normes, les standards et les conditions devant entourer cette pratique doivent être définis dans la réglementation de l'ordre professionnel pour les sages-femmes ; ces normes doivent comprendre des critères d'exclusion tels l'insalubrité des lieux et la distance⁷⁹ séparant le domicile du centre hospitalier le plus proche.

Selon le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, l'ordre professionnel pourrait s'inspirer des éléments suivants :

- la distance séparant un domicile ou une maison de naissance d'un établissement hospitalier susceptible de recevoir la femme et/ou son bébé en cas d'urgence ne devrait pas dépasser 30 minutes ;
- un protocole d'entente devrait être prévu avec les services ambulanciers⁸⁰ ;
- les sages-femmes devraient être responsables de la vérification du domicile pour s'assurer qu'il réponde aux exigences de sécurité ;
- des aménagements législatifs devraient être faits afin de permettre la pratique sage-femme en milieu hospitalier au moment des transferts ;
- des critères permettant de sélectionner les femmes qui pourront en toute sécurité accoucher hors centre hospitalier (élaboration de facteurs de risque spécifiques à l'accouchement hors centre hospitalier) devraient être élaborés ;
- l'appui de l'équipe médicale devrait pouvoir se manifester rapidement en vertu d'ententes préalables ;
- les sages-femmes devraient être habilitées à appliquer les mesures d'urgence, incluant la réanimation de la mère et du nouveau-né, et à stabiliser la situation jusqu'à la prise en charge par l'équipe hospitalière ;
- les sages-femmes devraient disposer de l'équipement nécessaire, y compris l'équipement d'urgence ;
- les sages-femmes devraient détenir des privilèges hospitaliers qui leur permettraient de transférer leurs clientes ;
- une sage-femme et une autre professionnelle devraient être présentes à l'accouchement ; l'autre professionnelle devrait avoir une expérience pertinente en obstétrique et une formation en réanimation néonatale.
- l'accouchement à domicile devrait être planifié le plus tôt possible pendant la période prénatale en tenant compte, notamment, des expériences antérieures des parents, de leurs motivations et attentes, de la situation de la maison par rapport à un centre hospitalier ;
- l'ordre professionnel devrait déterminer des conditions pour les régions éloignées (ex. Puvirnituk) ;

79. Le Collège des sages-femmes de l'Ontario prévoit, pour l'accouchement à domicile, une distance en temps de 30 minutes avec un moyen de transport habituellement utilisé par les services de santé de la région (ex. : ambulance).

80. Le Collège des sages-femmes de l'Ontario a une politique d'enregistrement aux services ambulanciers pour les femmes qui prévoient accoucher à domicile, si la distance est de plus de 30 minutes et/ou si la femme habite dans un quartier difficile d'accès.

5.8.8 Concernant la formation

- de prévoir une formation de base pour les sages-femmes donnée au niveau du premier cycle universitaire ;
- que le programme de formation destiné aux sages-femmes comporte l'acquisition de connaissances (savoir), habiletés (savoir faire) et attitudes (savoir être) relatives au champ de pratique et aux lieux d'exercice précédemment cités ;
- que le programme de formation tienne compte des caractéristiques précédemment citées, notamment une approche orientée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et du postnatal, et un travail fait dans une perspective d'humanisation et de continuité des soins ;
- que le programme comprenne les aspects pathologiques affectant la mère et le nouveau-né ;
- que le programme permette aussi aux sages-femmes de s'inscrire à l'intérieur des divers mécanismes d'intervention et de collaboration de la première, de la deuxième et de la troisième ligne ;
- que le programme inclue les spécificités interpellant une pratique sage-femme différente pour les régions éloignées (niveau de risques des clientes, éloignement, absence de spécialiste sur place, formation de sages-femmes autochtones) ;
- que la formation clinique s'exerce dans toutes les catégories de lieux où la sage-femme sera amenée à travailler sous la supervision d'un professeur autorisé en privilégiant la première ligne. Des collaborations seront nécessaires avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux ;
- qu'on puisse former entre 30 et 40 candidates par année, soit un nombre suffisant pour assurer la viabilité d'un programme de formation. Le Conseil est cependant conscient que ce nombre puisse paraître élevé vu le peu de sages-femmes actuellement disponibles pour offrir un encadrement clinique ;

5.8.9 Concernant la formation continue

- d'organiser une formation continue pour les sages-femmes sur des éléments cliniques (ex. : dépistage et management de conditions anormales chez les mères et les bébés, règles de soins) ;
- de continuer la mise à jour en réanimation néonatale avancée ;
- de planifier un programme de formation pour faciliter l'accueil et l'intégration de nouvelles sages-femmes ; il s'agit ici des sages-femmes qui seront reconnues aptes à pratiquer avant l'arrivée de sages-femmes diplômées d'une université québécoise ;

5.8.10 Concernant l'intégration

- d'établir les orientations nationales concernant l'organisation des services régionaux en périnatalité, en y incluant une planification des effectifs sages-femmes ; les plans d'organisation des établissements œuvrant en périnatalité devant prévoir un nombre de sages-femmes ;
- de questionner et adapter le modèle de maisons de naissance en prenant en considération le maintien des compétences des sages-femmes, l'efficacité des maisons de naissance et celle des autres services offerts dans ces régions ;

-
- de mettre en place des mécanismes de coordination pour réduire la duplication des services entre les périodes pré, per et postnatale et entre les établissements, les praticiens en pratique privée et les organismes communautaires ;
 - de prévoir un mode de rémunération qui tienne compte des exigences et responsabilités de la pratique des sages-femmes et qui respecte les principes d'humanisation, de continuité et de globalité de leur approche ; la rémunération devrait être assumée par le financement public (i.e. que les clientes n'auraient pas à assumer elles-mêmes les coûts de leur suivi) ;
 - de s'assurer que les sages-femmes aient un accès direct et, s'il y a lieu, accès immédiat à des ressources spécialisées à toutes les étapes du suivi périnatal ;
 - de favoriser un mode de rémunération des médecins pour l'exercice de leur rôle d'experts auprès de la clientèle des sages-femmes ;
 - d'élaborer un plan de communication sur la pratique des sages-femmes (promotion de la grossesse et de l'accouchement normaux) ;
 - de rendre possible à d'autres professionnels de la santé la pratique en maison de naissance en s'assurant du respect de la philosophie et des règles qui y prévalent ;

5.8.11 Concernant l'harmonisation des lois ou règlements

- d'harmoniser les lois ou règlements ayant un impact sur la pratique des sages-femmes afin de faire en sorte qu'il n'y ait plus de situation litigieuse et que chacune des instances collabore ;
- de prévoir à l'intérieur d'une nouvelle loi sur la pratique des sages-femmes un pouvoir réglementaire pour mettre à jour la liste de médicaments et maintenir le droit de prescrire.

6. CONCLUSION

La Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes nous demandait de mesurer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances prématurées et de faibles poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles-cibles. Nous avons convenu d'ajouter à ces éléments une analyse épidémiologique concernant la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale, ainsi qu'une évaluation économique.

À propos de l'humanisation et de la continuité des soins, même si les deux groupes comparés ne montrent pas de différences nettes, nous constatons des faits qui sont à l'avantage de la pratique des sages-femmes. À titre d'exemple, nous pouvons mentionner le suivi pré, per et postnatal effectué le plus souvent par la même sage-femme, moins de roulement de personnel, plus de possibilité de choisir une position d'accouchement, etc. Ceci rejoint en partie les revendications des femmes qui sont au cœur de la reconnaissance de la pratique des sages-femmes et qui concernent une plus grande humanisation des soins, leur continuité ainsi que la possibilité de choisir le type de professionnel pour les accompagner.

La pratique des sages-femmes favorise également la prévention des naissances prématurées et de faible poids. Par contre, ce phénomène mérite d'être observé davantage, puisque nous ne savons pas s'il est dû à la pratique des sages-femmes ou aux caractéristiques de la clientèle (ex. : moins fumeuse, plus scolarisée, etc.).

La diminution des interventions obstétricales constitue également un avantage de la pratique des sages-femmes. On note globalement une utilisation moins fréquente pour les périodes pré et perinatale ainsi que beaucoup moins d'hospitalisations en cours de grossesse. Les clientes des sages-femmes ont eu moins de césariennes et on observe chez elles une réduction importante des déchirures de troisième et de quatrième degré.

L'adaptation des services aux clientèles-cibles est plus difficile à mesurer. En effet, on note pour la maison de naissance Côte-des-Neiges une clientèle plus diversifiée avec 23,4 % des clientes d'origine autre que canadienne. La maison de naissance du Lac-Saint-Louis se distingue avec une clientèle à 30 % anglophone. Au début de l'expérimentation, les maisons de naissance ont élargi leur territoire pour recruter des clientes. Les projets qui n'étaient pas régionaux ont ouvert leurs portes à un pourcentage de femmes venant de territoires qui n'étaient pas celui de leur CLSC. Cette pratique a diminué dans un désir de concentrer les activités. On note aussi une modification de la clientèle qui, au départ, était composée d'une majorité de militantes, vers une clientèle moins au fait de la pratique des sages-femmes.

Les transferts de mères et de bébés vers un centre hospitalier ne sont pas plus élevés que ce qui est rapporté dans d'autres pays, pour un même type d'organisation. Globalement, 25 % des femmes ont été transférées à des médecins. Les transferts urgents, quant à eux, sont relativement faibles, soit 3 % de l'ensemble des suivis effectués par les sages-femmes.

Nous notons un nombre de mortinaissances qui paraît élevé. Cependant, le Bureau de la statistique du Québec a négligé, pour des raisons inconnues, de joindre le fichier des mortinaissances à

celui des naissances vivantes pour une période de 10 des 17 mois, rendant impossible la comparaison entre les deux groupes de clientes.

Nous notons aussi une différence dans la mesure de l'APGAR à une minute, dans l'utilisation de l'oxygène et de la ventilation à la naissance. Cependant, nous n'avons aucune preuve que ces différences dans les mesures ont un effet sur l'état de santé du bébé, puisque notamment l'hypotonie, l'état de conscience, les convulsions, l'admission à l'unité néonatale et le score de morbidité néonatale sont les mêmes dans les deux groupes.

Nous avons toutefois recommandé de suivre de près l'évolution de ces deux derniers éléments, soit les mortinaissances et les variables de réanimation néonatale. C'est pourquoi nous avons proposé, dès octobre 1997, la création d'une structure transitoire qui aurait entre autres fonctions la surveillance de la sécurité des mères et des bébés. Nous avons aussi proposé d'effectuer une étude longitudinale pour les deux groupes de clientes afin de vérifier l'état de santé des bébés ayant eu besoin d'une ventilation supérieure à cinq minutes.

Les coûts d'un suivi effectué par une sage-femme, comparés à ceux assumés par les médecins, sont équivalents. On note cependant pour certaines maisons de naissances un coût de fonctionnement élevé, dû notamment à des modalités organisationnelles lourdes et à un nombre insuffisant de naissances.

En plus de l'analyse des effets de la pratique des sages-femmes, nous avons étudié les modalités d'intégration de celles-ci dans l'équipe de périnatalité. L'expérimentation nous a permis de déceler plusieurs lacunes qui devront être corrigées lors d'une réelle intégration. Beaucoup de difficultés liées à ce contexte expérimental ont été vécues. Nous mentionnons les principales, qui sont les collaborations médicales difficiles, surtout en ce qui a trait aux obstétriciens-gynécologues, une pratique sage-femme qui est en émergence dans un mode de fonctionnement auparavant inconnu et la non-harmonisation des lois ou règlements ayant un impact sur la pratique des sages-femmes. Les principaux constats révèlent que la pratique des sages-femmes est peu intégrée dans le CLSC dont elles relèvent et dans le système de santé en général.

L'analyse de l'ensemble des travaux effectués nous confirme qu'il est pertinent de reconnaître la pratique des sages-femmes au Québec. Nous recommandons que la pratique sage-femme soit à exercice exclusif et la création d'un ordre professionnel spécifique. La sage-femme devrait être intégrée au système de santé comme intervenante de première ligne. Elle devrait relever d'établissements de première ligne et être en mesure d'assister les accouchements en maison de naissance, en centre hospitalier et à domicile. Les orientations du système de santé constituent pour nous un moment privilégié pour cette introduction. En effet, les modifications en cours tendent notamment vers une approche plus près du citoyen, une hiérarchisation des services de première, deuxième et troisième ligne et une intégration de ces services, une diminution des durées de séjour, etc.

Ceci devrait se faire dans le respect des caractéristiques suivantes, soit :

- une approche autonome au sein d'une équipe multidisciplinaire ;
- une approche globale et familiale des soins pré, per et postnatals aux femmes dont la grossesse et l'accouchement se présentent sans complication ;
- une approche qui privilégie la continuité des soins.

Afin d'y arriver, nous pensons que certaines étapes doivent être franchies. Nous mentionnons :

- un engagement de décideurs des établissements et des organismes ;
- l'application de la politique de périnatalité ;
- une planification provinciale du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- une planification régionale des services en périnatalité incluant la planification des effectifs sages-femmes ;
- l'harmonisation des lois et règlements ;
- la mise en place de mécanismes de coordination régionaux pour planifier les services, réduire leur duplication, assurer leur complémentarité de même que leur continuité d'une période périnatale à l'autre entre les établissements, les médecins de cabinet privé, les organismes communautaires et les sages-femmes ;
- l'attribution de privilèges hospitaliers aux sages-femmes ;
- l'amélioration du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux.

Le tout devrait se faire en concertation étroite avec les divers intervenants, dans une attitude de respect et d'ouverture, en plaçant la clientèle au cœur des préoccupations.

Nous recommandons également que la formation initiale des sages-femmes soit de premier cycle universitaire sans préalable de formation infirmière, qu'elles puissent appartenir à un ordre professionnel spécifique et que leur champ de pratique soit défini selon la définition internationale des sages-femmes et le champ de pratique en vigueur pour la Communauté économique européenne.

7. BIBLIOGRAPHIE

- ACKERMANN-LIEBRICH, Ursula, VOEGELI, Thomas, GÜNTER-WITT, Kathrin, KUNZ, Isabelle, ZÜLLING, Maja, SCHINDLER, Christian, MAURER, Margrit, ZÜRICH STUDY TEAM. « Home versus hospital deliveries : follow up study of matched pairs for procedures and outcome », *British Medical Journal*, novembre 1996, p. 1313 à 1318.
- ANDERSON, Rondi E., CNM, MS, AIKINS MURPHY, Patricia, CNM, DrPH. « Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives, a retrospective descriptive study », *Journal of Nurse-Midwifery*, novembre-décembre 1995, p. 483 à 492.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur la reconfiguration*, dans la collection Reconfiguration du réseau, Montréal, 1995, 54 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et des services*, dans la collection Reconfiguration du réseau, Montréal, 1995, 27 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé*, dans la collection Reconfiguration du réseau, Montréal, 1996, 67 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier*, dans la collection Reconfiguration du réseau, Montréal, 1997, 60 p.
- ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC. *Rapport du comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale*, Montréal, novembre 1995, 17 p.
- BRIÈRE, Paule. *Revue de littérature sur les centres de maternité*, Rapport de recherche présenté à Monique Séguin et au Comité de politique en périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, avril 1991, 40 p.
- BRUNELLE, Yvon. « La capitation, caractéristiques, intérêt, alternatives et implications », Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1997, 13 p.
- CLARKE, Sally C., MARTIN, Joyce A., TAFFEL. « Trends and characteristics of births attended by midwives », *Statistical Bulletin*, janvier-février 1997, p. 9 à 18.
- COHEN, Jill, DORSAY, Marti. « The homebirth choice », *Midwifery Today*, mars 1996.
- CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES. *Les mécanismes visant à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant*, Québec, mars 1993, 4 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter, *La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995, 47 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de première ligne lié à l'inscription de la population*, Québec, juin 1995, 47 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, Québec, juin 1996, 38 p.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La complémentarité dans les services d'obstétrique et de néonatalogie*, Montréal, 1993, 8 p.
- ENGLISH NATIONAL BOARD FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. *Choice for the midwife to meet the challenge of « Changing Childbirth »*, Midwifery educational resource pack, vol. 2, Angleterre, 1995, 80 p.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. *Virage ambulatoire périnatalité, volet 6*, Montréal, 1996, 55 p.
- FLINT, Caroline, POULENGERS, Polly, GRANT, Adrian. « The Know your Midwife scheme : a randomised trial of continuity of care by a team of midwives », *Midwifery*, n° 5, p. 11 à 16.
- FULLERTON, T. Judith, JACKSON, Debra, BESSER, Mitchell, DICKINSON, Cynthia, GARITE, Thomas. « Transfert rates from freestanding birth centers, a comparison with the National Birth Center Study », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 42, n° 1, janvier/février 1997, p. 9 à 16.
- GARLAND SPINDEL, Peggy, HOPE SUAREZ, Suzanne. « Informed consent and home birth », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 40, n° 6, novembre/décembre 1995, p. 541 à 551.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Une réforme axée sur le citoyen, plan d'implantation*, Québec, 1992, 33 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La périnatalité au Québec, La pratique des sages-femmes*, Québec, 1989, 155 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992, 192 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, 1993, 101 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, RAPPORT DU COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LES SAGES-FEMMES. *Les sages-femmes : Proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation*, Québec, octobre 1983, 371 p.
- HUNDLEY, V. A., CRUICKSHANK, F. M., LANG, G. D., GLAZENER, C. M. A., MILNE, J. M., TURNER, M., BLYTH, D., MOLLISON, J., DONALDSON, C. « Midwife managed delivery unit : randomised controlled comparison with consultant led care », *British Medical Journal*, vol. 15, n° 5, p. 1400-1404.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, UNICEF. « Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding », Florence, Italie, 1^{er} août 1990.
- LALIBERTÉ, Hélène, ARCAND, Marie, DE COTRET, Léon, REGROUPEMENT DES PARENTS/NAISSANCE DE CHOIX. *Projet-pilote Centre de « maternité accouchement à la maison »*, Montréal, novembre 1991, 27 p.
- LETKO, Martina D. « Understanding the Apgar Score », *Journal of obstetric, gynaecology and neonatal nursing*, Vol. 25, no. 4, mai 1996, p. 299 à 303.
- Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-19.1.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, Québec, 1994, 164 p.
- MAC VICAR, J., GORDON, D., OWEN-JOHNSTONE, L. « Home delivery in hospital : a randomized controlled trial », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, p. 316-123.
- MOREAU, Renée. *L'exercice de la profession sage-femme en Ontario*, Québec, Unité de coordination des projets-pilotes sage-femme, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1997, 25 p.
- OLSEN, Ole. « Meta-analysis of Safety of Home Birth », *Birth*, n° 24, mars 1997, p. 4 à 13.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Santé et développement de l'enfant : santé du nouveau-né. Rapport du directeur général*, 30 mars 1992, 36 p.
- RHEAULT, Sylvie. *Évaluation des coûts d'un suivi de grossesse, comparaison entre le suivi traditionnel et le suivi sage-femme*, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997.
- ROOKS, J. P., WEATHERBY D. ERNST, E. K. « The National Birth Center Study, Part I-Methodology and Prenatal Care and Referrals », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 4, 1992, p. 222 à 252.
- ROOKS, J. P., WEATHERBY D. ERNST, E. K. « The National Birth Center Study, Part II-Intrapartum and Immediate Postpartum and Neonatal Care », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 5, 1992, p. 301-330.
- ROOKS, J. P., WEATHERBY D. ERNST, E. K. « The National Birth Center Study, Part III-Intrapartum and Immediate Postpartum and Neonatal Complications and Transfers, Postpartum and Neonatal Care, Outcomes and Client Satisfaction », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 6, 1992, p. 361-397.
- ROZON, Nicole. *Recension de la littérature sur les lieux de pratique des sages-femmes*, Québec, juillet 1996, 149 p.
- ROZON, Nicole. *Analyse critique d'études sur les lieux de naissance et de pratique des sages-femmes*, Québec, 1997, 121 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA, DIRECTION DES SERVICES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ. *Les unités de soins périnatales dans un réseau de soins périnatales*, Ottawa, 1986, 54 p.
- THE REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA on behalf of THE NOVA SCOTIA DEPARTEMENT OF HEALTH. *The Potential for Midwifery in Nova Scotia*, Nouvelle-Écosse, 1997, 163 p.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ LAVAL, ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, rapport final présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes, octobre 1997, 300p.

VADEBONCŒUR, Hélène. *La sécurité dans les centres de maternité autonomes*, Montréal, septembre 1993, 43 p.

WIEGERS, T. A., KEIRSE, MJNC, ZEE, J. van der, BERGHS, G.A.H. « Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies : prospective study in midwifery practices in the Netherlands », *British Medical Journal*, 23 novembre 1996, p. 1309 à 1313.

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES

Madame Monique Beauchemin, sage-femme reconnue apte à pratiquer (SFRAP), nommée après consultation des sages-femmes reconnues aptes à pratiquer dans le cadre de la Loi autorisant la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Monsieur Gilles Bernier, obstétricien-gynécologue, nommé après consultation du Collège des médecins du Québec.

Madame Michèle Bissonnette, usagère, nommée après consultation des groupes préconisant la pratique des sages-femmes.

Madame Michèle Champagne, sage-femme reconnue apte à pratique (SFRAP), nommée après consultation des sages-femmes reconnues aptes à pratiquer dans le cadre de la Loi autorisant la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Madame Lysane Grégoire, usagère, nommée après consultation des groupes préconisant la pratique des sages-femmes.

Madame Louise Larocque, gestionnaire, nommée après consultation de la Fédération des CLSC.

Monsieur Alain Poirier, médecin spécialiste en médecine interne et en santé communautaire, nommé après consultation du ministère de l'Éducation.

Monsieur Daniel Poirier, économiste, nommé après consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Madame Lise Pouliot, infirmière, nommée après consultation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Madame Claire Villeneuve, mathématicienne, nommée après consultation du ministre responsable de l'Application des lois professionnelles.

Poste vacant (nommé après consultation de l'Association des hôpitaux du Québec).



ANNEXE 2 DÉFINITION INTERNATIONALE DE LA SAGE-FEMME

Définition adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes et reprise par la Fédération internationale des obstétriciens-gynécologues (FIGO).

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.

ANNEXE 3 LES MÉCANISMES VISANT À ASSURER LA SÉCURITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ces mécanismes ont été préparés en mars 1993.

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes considère que le règlement sur les Risques obstétricaux et néonataux établis par le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes et adoptés par le gouvernement, en vertu de l'article 23, 2^e et 3^e alinéas, et le processus d'accréditation des sages-femmes, font partie des mécanismes qui permettront d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. La continuité des soins et l'approche globale et humanisante sont des éléments à considérer dans la sécurité.

Les éléments d'évaluation proposés ici se rapportent plutôt aux facteurs organisationnels qui favorisent cette sécurité.

1. ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

1.1 MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SOINS DISPENSÉS PAR LA SAGE-FEMME

1.1.1 Conseil multidisciplinaire ou CMDP selon la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes pour le contrôle et l'évaluation de l'ensemble de la pratique des sages-femmes

Le Conseil multidisciplinaire constitue en quelque sorte un des mécanismes de contrôle de la qualité des soins.

L'établissement responsable d'un projet-pilote approuvé peut désigner le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour exercer les fonctions du Conseil multidisciplinaire⁸¹.

Les fonctions du Conseil multidisciplinaire sont :

- Élaborer des règles de soins applicables à la sage-femme dans l'exercice de sa pratique ;
- Contrôler et apprécier les actes posés par la sage-femme dans l'exercice de sa pratique ;
- Étudier toute plainte relative à la conduite d'une sage-femme et faire au directeur général de l'établissement responsable les recommandations qu'il estime appropriées.

81. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes L.R.Q., c. P-16.1, article 11, 2^e alinéa.

Dans ce rôle, le Conseil multidisciplinaire ou le CMDP doit, entre autres, s'assurer des :

1.1.2 Mécanismes d'auto-évaluation de la qualité par les pairs

1.1.3 Mécanismes d'évaluation de la qualité des aspects obstétricaux, néonataux, médicaux et psychosociaux de la pratique avec des experts en collaboration avec les sages-femmes

Ex. : comité de contrôle de qualité, comité de périnatalité...

1.1.4 Mécanismes de formation continue (évaluation, formation et contrôle de formation)

1.1.5 Mécanismes prévoyant l'intégration de la sage-femme aux équipes de périnatalité et aux comités de périnatalité existants dans les différents établissements concernés

1.2 PROTOCOLES D'ENTENTE SUR LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DES FEMMES AU PROJET ET SUR L'APPLICATION DES CRITÈRES DE RISQUES OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX DANS LE BUT D'ASSURER LE SOUTIEN MÉDICAL

Ex. : transferts, critères d'admissibilité, suivis conjoints, consultations obligatoires.

- entre institutions (de CA à CA) ;
- entre les sages-femmes du projet (coordonnatrice et certaines structures du CH), le CMDP et les chefs des départements cliniques (obstétrique, pédiatrie et anesthésie-réanimation);
- mécanismes pour vérifier l'application continue des ententes.

1.3 PROTOCOLES D'ENTENTES ENTRE LES INSTITUTIONS CONCERNÉES IMPLIQUANT LES SERVICES SPÉCIALISÉS (LABO-PATHO-PHARMACIE-RADIOLOGIE)

1.4 CONDITIONS DE TRANSFERT EN SITUATION D'URGENCE

- Protocole d'entente sur les critères et les procédures de transfert des femmes, sur le temps d'intervention ou la rapidité de prise en charge. Les ententes définies en 3.1.2 constituent un préalable à ce protocole ;
- Accompagnement par la sage-femme afin d'assurer la continuité des soins ;
- Continuité des soins après le transfert ;
- Entente avec les ambulanciers, s'il y a lieu ;
- Distance en temps 30 minutes (comprenant le temps entre la prise de décision et l'arrivée de la femme à l'hôpital), tout en tenant compte du réseau routier.

1.5 ENVIRONNEMENT SÉCURITAIRE

- Lieux physiques qui correspondent aux normes établies (gouvernementales, provinciales ou municipales).

1.5.1 Équipement pour suivi de grossesse

Voir liste ci-jointe.

1.5.2 Équipements d'urgence

- matériel de réanimation cardiorespiratoire du nouveau-né ;
- matériel de réanimation cardiorespiratoire pour la mère ;
- matériel pour les complications, mère et bébé (hémorragies, éclampsie, etc.) ;
- matériel d'urgence pour les consultants (selon les protocoles d'entente avec les établissements) ;
- trousse portative en cas de transfert d'urgence ;
- incubateur de transport.

1.5.3 Personnel adéquat

- deux sages-femmes lors des accouchements. Dans certains cas, lors de certaines circonstances, une sage-femme peut être remplacée par un professionnel compétent ;
- entente avec des consultants médicaux ;
- une professionnelle 24 heures sur 24 au centre lorsqu'il y a une femme dans le centre (en attente d'un avis juridique du MSSS). Dans le cas contraire, la sage-femme doit être accessible facilement et rapidement, c'est-à-dire ne pas demeurer trop loin et avoir un système d'appel efficace ;
- tout le personnel formé de façon continue en réanimation et urgences (hémorragies, etc.).

1.5.4 Autre

- Il faut prévoir la sécurité du personnel et de la clientèle demeurant dans les centres le soir et la nuit.

1.6 Équipement pour suivi de grossesse

Cette liste a été préparée en mars 1993 à titre indicatif pour les sages-femmes. Il n'y a pas eu de mise à jour depuis cette période.

Cette liste, non exhaustive, vient compléter et non remplacer les outils de base de toute sage-femme : sa formation, sa compétence, son jugement clinique, sa relation avec la femme enceinte et sa famille et une saine collaboration avec les autres professionnels concernés.

1.6.1 Général

Ce matériel, utilisé durant le prénatal et le postnatal, doit aussi être disponible lors du travail et de l'accouchement.

-
- balance, adulte et bébé ;
 - fœtoscope, manuel à ultrasons ;
 - sphymomanomètre, ordinaire, grand brassard ;
 - stéthoscope, adulte et pédiatrique ;
 - galon à mesurer ;
 - marteau réflexe en caoutchouc ;
 - thermomètre buccal et rectal ;
 - gel pour examens vaginaux ;
 - spéculum, long, moyen, petit ;
 - hémoglobinomètre ;
 - glucomètre ;
 - matériel d'injection, mère et bébé ;
 - matériel de prélèvement pour le sang, veineux et capillaire ;
 - matériel de prélèvement pour culture en laboratoire ;
 - matériel de tests réactifs sang et urine (alb., gluc., nitrite, leuco.) ;
 - matériel pour prélèvements vaginaux (Pap, MTS, etc.) ;
 - matériel pour vérifier la rupture des membranes (Ph, nitrazine) ;
 - médicaments, suppléments ;
 - matériel de stérilisation et matériel de disposition des déchets biomédicaux ;
 - facultatif : microscope et accessoires.

1.6.2 Travail, accouchement et postnatal immédiat

- perce-membranes ;
- cathéters vésicaux ;
- matériel pour installation de soluté ;
- ciseaux à épisiotomie ;
- ciseaux à cordon ;
- pinces ombilicales ;
- pinces hémostatiques ;
- poires à succion et cathéters De-Lee ;
- succion murale ou portative avec cathéter ;
- matériel à suture mineure (catgut, pince-griffe, porte-aiguille, pinces Alles, ciseaux droits, pinces hémostatiques droites et courbes) ;
- matériel pour anesthésie locale ;
- oxygène pour la femme en travail et le bébé, si nécessaire ;
- masques pour adultes et bébés ;
- débitmètre avec nébulisateur-tubulure à O₂, lunettes ;
- moniteur ;
- médicaments (xylocaïne, oxytociques, vit. K, ilotycin, ergotrate...).

1.6.3 Postnatal

- matériel pour tests au nouveau-né (bil., gluc., ph, PKU, etc.) ;
- médicaments et suppléments ;
- facultatif : matériel de photothérapie.

1.7 Matériel de réanimation cardio-respiratoire pour le nouveau-né

- Cabaret d'intubation
 - sphymomanomètre pédiatrique ;
 - laryngoscope et lames ;
 - pince McGill ;
 - guédel ;
 - masque ;
 - tube d'intubation jetable ;
 - guide d'intubation.
- Système de ventilation
 - sac à ventilation ;
 - système et tube ;
 - masques.
- Ambu, rallonge, masque (dans un sac en plastique)
- Succion de #5 à #10, jetables
- Cabaret à médicaments (adrénaline, bicarbonate, etc.)
- Cabarets pour installation de cathéters ombilicaux (selon les protocoles)
- Entonnoirs muraux

1.7 Matériel de réanimation cardio-respiratoire pour la mère

- Laryngoscope et lames
- Masques
- Guédel
- Bardex
- Ambu
- Tubes d'intubation et de succion
- Cabaret de médicaments d'urgence
- Cabaret pour intraveineuses
- Anesthésique local en « spray »ou en gelée
- Pince McGill
- Guide d'intubation
- Succion métallique
- Facultatif : moniteur à T.A.
- Tout équipement supplémentaire selon les protocoles, y compris le défibrillateur

ANNEXE 4 RECOMMANDATION CONCERNANT LA CRÉATION D'UNE STRUCTURE PROFESSIONNELLE TRANSITOIRE

Québec, le 14 octobre 1997

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

En conformité avec le mandat qui lui est dévolu par la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes est actuellement à terminer les recommandations sur la pratique des sages-femmes qui vous seront soumises d'ici le mois de décembre.

Comme vous le savez, l'expérimentation visait principalement à évaluer les effets de la pratique sage-femme sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances des bébés prématurés ou de faibles poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles cibles, dans le but de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique et, le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité.

La recherche évaluative a été effectuée par un groupe de chercheurs externes au Conseil d'évaluation. Toutefois, les recommandations qui vous seront transmises s'appuieront sur les résultats de la recherche, les constats du suivi effectué par le Conseil tout au cours de l'expérimentation de même que sur les résultats d'une analyse de la littérature effectuée pour le Conseil.

Dans les deux sections suivantes, soit le contexte et les résultats, nous vous présentons des résultats qui sont extraits du rapport d'évaluation des chercheurs. Un des membres du Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes ne partage pas l'interprétation faite par la majorité des membres. Toutefois, la recommandation qui vous est faite rallie l'ensemble des membres du Conseil d'évaluation.

Le contexte de l'expérimentation

Nous dégageons un certain nombre de difficultés dans l'analyse du fonctionnement des projets-pilotes qui sont à prendre en considération dans l'analyse des résultats. D'entrée de jeu il faut noter que l'expérimentation a créé un contexte artificiel, un peu en marge du système de soins et de services, sans harmonisation des divers lois et règlements. De plus, cette expérimentation repo-

sait essentiellement sur les sages-femmes, sans que les professionnels et le réseau soient contraints de quelque façon que ce soit à collaborer.

L'expérimentation en projet-pilote n'était pas le choix des sages-femmes. Elle a créé une nouvelle structure où les sages-femmes ont dû adapter leur mode de pratique, tout en participant à l'émergence de leur profession.

La collaboration médicale est encore problématique et s'est peu améliorée depuis le début des projets-pilotes. On peut citer en exemple l'absence d'obstétricien-gynécologue aux conseils multidisciplinaires et un appui variable des conseils des médecins dentistes et pharmaciens des établissements parrains. Ceci a eu pour effet de créer plusieurs zones d'incertitude, notamment l'impossibilité de normaliser les tâches et les rôles et de définir les notions de responsabilités lors des transferts. De plus, les ententes avec les établissements et les acteurs médicaux et paramédicaux afin d'assurer des conditions sécuritaires pour les clientes et les nouveau-nés demeurent fragiles et ont dû ou sont susceptibles de devoir être renégociées constamment. Finalement, les maisons de naissance et les sages-femmes sont peu intégrées au CLSC parrain et au reste du système socio-sanitaire. En outre, les règles de fonctionnement, les rôles et les responsabilités sont mal définis entre les sages-femmes et les autres professionnels.

Les principaux résultats

Malgré ce contexte difficile, nous pouvons dès à présent vous affirmer que l'opportunité de la légalisation n'est pas remise en question. En effet, à cet égard, globalement les résultats sont satisfaisants.

Tout d'abord, nous croyons important de vous préciser quelques caractéristiques de la clientèle des sages-femmes par rapport à celles des médecins, caractéristiques tirées de l'analyse du questionnaire qui leur a été administré. Ces femmes sont plus informées, plus scolarisées et plus politisées. Leur démarche quant à leur accouchement s'inscrit le plus souvent en cohérence avec un mode de vie et couvre des aspects tels la santé physique et mentale, l'alimentation, les soins alternatifs, l'éducation des enfants, etc.. Ces femmes demandent à être responsabilisées plutôt que prises en charge.

En ce qui concerne les effets de la pratique sage-femme sur l'humanisation et la continuité des soins, mentionnons notamment que les sages-femmes consacrent plus de temps à leurs clientes et accordent une plus grande importance à l'information qui leur est fournie. La grande majorité des clientes sages-femmes ont été accueillies et assistées à la maison de naissance pour leur accouchement par la personne qui les avait suivies. De la même manière les visites postnatales à domicile ont été effectuées par la sage-femme responsable ou par une autre sage-femme connue de la cliente.

En ce qui concerne les interventions obstétricales, soit: échographie, amniocentèse, test de réactivité fœtale, dépistage du diabète gestationnel, déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes, administration des ocytociques, monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal, péridurale, épisiotomie, utilisation de forceps et de ventouses ; les chercheurs notent que les sages-femmes en font une utilisation moins fréquente que les médecins. De plus, le taux de césariennes observé chez les clientes des sages-femmes est moins de la moitié de celui observé chez

les clientes des médecins. Quant aux hospitalisations en cours de grossesse, elles représentent le tiers de la proportion des clientes des médecins.

La sécurité de la mère et de l'enfant recouvre divers aspects épidémiologiques. Les chercheurs nous indiquent que 25 % des clientes des sages-femmes ont été transférées à des médecins. Il s'agit là d'une proportion comparable à ce que l'on remarque ailleurs selon la littérature. Cependant, le nombre de transferts urgents est relativement faible puisqu'ils ne représentent que 12 % de l'ensemble des transferts soit 3 % de l'ensemble des clientes suivies par les sages-femmes.

En ce qui a trait à la prématurité et au faible poids de naissance, on constate que l'accouchement à moins de 37 semaines de grossesse et le poids de naissance inférieur à 2500g sont significativement moins fréquents chez les clientes des sages-femmes que chez celles des médecins. Par ailleurs, selon les chercheurs», deux indicateurs de morbidité néonatale soit les mortinaissances et la dépression respiratoire, paraissent supérieurs à ce qui est normalement attendu chez une cliente à faible risque suivie par des médecins, mais les limites méthodologiques de la présente recherche ne permettent pas de tirer de conclusion définitive à ce sujet" (p.278).

En ce qui concerne la dépression respiratoire, on constate qu'à 5 minutes de vie, la proportion des nouveau-nés avec un APGAR anormal est semblable dans les deux groupes. De la même manière, la proportion de nouveau-nés avec un score de morbidité néonatale élevé (plus grand ou égal à 300) et la proportion de nouveau-nés ayant été admis à une unité de soins néonataux intensifs sont semblables dans les deux groupes. Par contre, la ventilation d'une durée dépassant 5 minutes est deux fois plus fréquente chez les nouveau-nés de clientes sages-femmes que chez ceux de clientes de médecins, soit 14 cas contre 7. Même si cette différence n'est pas statistiquement significative, c'est un élément que nous devons prendre en considération.

Quant aux données sur les mortinaissances, les faibles effectifs de l'étude et la fréquence relativement rare de cette issue ne permettent pas de déterminer si cette différence est réelle ou si elle est due à un phénomène de variation aléatoire. En effet, la taille de l'échantillon de l'étude n'était pas conçu pour avoir une puissance suffisante pour détecter une différence dans cette mesure. De plus, il faut prendre en compte que durant une période d'environ 10 des 17 mois de l'appariement entre les clientes des sages-femmes et les clientes des médecins, le Bureau de la statistique du Québec a négligé, pour des raisons administratives inconnues, d'inclure le fichier des mortinaissances à la banque des naissances vivantes lors de l'extraction des données des clientes des médecins.

Ainsi, lors de la période couverte par l'évaluation des chercheurs, on compte 7 mortinaissances qui ont eu lieu en antépartum. À cet égard, les chercheurs notaient: "si dans les évaluations futures, les données confirment un taux de mortinaissances plus élevé chez les clientes de sages-femmes, il faudra déterminer si les différences s'expliquent par les caractéristiques des soins administrés par les sages-femmes (faible utilisation des tests de dépistage et de bien être fœtal) ou par les différences entre les populations dans les variables qui sont pronostiques de cet événement" (p.175). Or, selon les données cumulées à partir des rapports d'événements particuliers qui nous sont acheminés par les projets-pilotes, 8 mortinaissances s'ajouteraient aux 7 étudiées dans le rapport d'évaluation, sur un total de 2272 naissances au 30 juin 1997. Le taux au Québec est de 4,3 pour 1000 naissances, taux corrigé et excluant les malformations.

L'évaluation nous fournit aussi des données relatives à la morbidité maternelle. Ainsi, le fait d'être suivi par une sage-femme diminue la probabilité d'un accouchement vaginal assisté. Si la proportion de femmes avec un périnée intact est semblable dans les deux groupes, la probabilité d'une déchirure de 3^{ème} et de 4^{ème} degré est, par ailleurs, réduite de plus de 70 % chez les clientes de sages-femmes.

Si globalement ces résultats sont intéressants, la question des dépressions respiratoires et des mortinaissances sollicite une attention particulière. C'est dans cette perspective que les membres du Conseil d'évaluation ont résolu de vous faire part dès à présent d'une des recommandations qui sera contenue dans le rapport.

En effet, compte-tenu:

des résultats épidémiologiques, particulièrement le nombre de mortinaissances, observé au cours de l'expérimentation dans les projets-pilotes et le fait que cette tendance se maintient ;

de l'importance de ces résultats en ce qui a trait à la protection du public ;

que ni le Comité d'admission à la pratique sage-femme ni le Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes ne peuvent assurer ce rôle de protection du public ;

du petit nombre de sages-femmes et de leur inexpérience en ce qui touche les structures professionnelles et de protection du public ;

des délais requis pour la mise en place d'une structure professionnelle, quelle qu'en soit la forme ;

de l'expérience ontarienne, qui présente des similarités avec la situation québécoise, où le gouvernement a mis en place deux structures transitoires avant la mise en œuvre d'un ordre professionnel de sage-femme ;

la proposition de l'Office des professions du Québec quant au partage d'actes professionnels et la nécessaire harmonisation entre les ordres qui ont des champs de pratique d'une grande connexité ;

Nous recommandons:

la mise en place d'une structure de transition qui exercerait, à l'égard des sages-femmes, certaines fonctions d'un ordre professionnel légalement constitué.

Cette structure de transition serait composée de membres nommés par le gouvernement, soit des sages-femmes, en nombre supérieur à celui des médecins, des médecins (obstétricien-gynécologue, omnipraticien en obstétrique, pédiatre), une infirmière et une représentante de la population.

Cette structure serait sous la responsabilité conjointe du ministre de la Santé et des Services sociaux et du ministre responsable de l'Application des lois professionnelles et le financement assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et en partie par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer.

Le premier groupe de sages-femmes à l'égard desquelles la structure transitoire serait appelée à exercer ses fonctions serait constitué de toutes les sages-femmes détenant une reconnaissance d'aptitude à pratiquer dans les projets-pilotes à l'échéance de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Les fonctions de la structure de transition devraient porter sur les éléments suivants:

- le tableau des membres
- le règlement sur les risques obstétricaux et néonataux
- les médicaments pouvant être prescrits et administrés par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer
- les tests pouvant être prescrits par les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer
- l'assurance responsabilité professionnelle
- la déontologie
- la tenue de dossiers et de cabinets de consultation et la conservation des dossiers
- l'inspection professionnelle
- les demandes d'enquête et de discipline
- la formation et les normes d'équivalence de diplômes et de formation
- l'accréditation de nouvelles sages-femmes
- l'établissement des cotisations.

Il est à noter que cette structure transitoire devra prioritairement traiter des résultats de l'évaluation et particulièrement de la question des mortinaissances.

Le mandat serait d'une durée de trois ans et cette structure devrait être mise en place le plus rapidement possible, soit dès janvier 1998.

Nous sommes disposés à discuter avec vous de cette recommandation comme du rapport que nous vous déposerons sous peu. Nous vous assurons de notre collaboration et vous prions de recevoir, monsieur le ministre, l'expression de nos salutations distinguées.

Le président,

Alain Poirier

N.B. La même lettre a été acheminée à :

**Monsieur Serge Ménard
Ministre de la Justice et ministre responsable
de l'Application des lois professionnelles
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4M1**

ANNEXE 5 COMMENTAIRES DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SUR LE PROJET DE RÈGLEMENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Québec, le 3 février 1997

Monsieur Robert Diamant
Président
Office des professions du Québec
Complexe Jacques-Cartier
320, Saint-Joseph Est, 1^{er} étage
Québec (Québec)
G1K 8G5

Monsieur,

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes désire vous faire part de ses commentaires sur le projet de règlement du Collège des médecins du Québec quant aux règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes, publié dans la *Gazette officielle* du 31 décembre dernier.

Le projet de règlement démontre qu'il existe une ouverture du Collège des médecins quant au travail des sages-femmes au Québec. Toutefois, ce projet de règlement définissant les règles de formation et de pratique des sages-femmes à l'intérieur de la Loi médicale nous semble inapproprié, prématuré et incomplet pour les raisons suivantes:

Cadre légal actuel

Soulignons d'entrée de jeu qu'il existe une Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes (L.R.Q., c.P-16.1), approuvée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale en 1990 et réglementant la pratique des sages-femmes jusqu'en septembre 1998. Le Collège collabore à l'application de cette Loi, puisqu'il a répondu à une consultation faite par les ministres concernés en leur suggérant des médecins pour siéger au sein du Conseil d'évaluation des projets-pilotes et du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes.

Les membres du Collège ont de plus l'opportunité de coopérer en participant aux conseils multidisciplinaires existant dans chacun des projets-pilotes. Rappelons que cette Loi a notamment comme objectif de déterminer l'organisation professionnelle de la pratique des sages-femmes et son mode d'intégration dans l'équipe de périnatalité.

L'organisation professionnelle comprend, entre autres, l'organisation des soins et services en termes de lieux et de champ de pratique, de relations avec les autres professionnels ainsi que le type de législation ou de réglementation qui sera nécessaire au contrôle de la pratique des sages-femmes. Nous devons déposer nos recommandations à cet effet au plus tard en décembre 1997. Ainsi le Gouvernement en adoptant ce projet de règlement avant l'échéance de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, ne pourrait tenir compte des résultats de l'évaluation des projets-pilotes.

Par ailleurs, le projet de règlement ne s'inscrit pas dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en ne définissant la pratique des sages-femmes qu'en milieu hospitalier. En effet, la réalité du réseau de la santé et des services sociaux s'est fondamentalement modifiée depuis quelques années. Le système socio-sanitaire a été confronté à une révision systématique de ses modalités de gestion et de prestation de services, transformant autant les structures que les façons de faire.

L'esprit général de cette transformation convie à réduire l'hospitalo-centrisme qui a caractérisé notre système. Ainsi, sont maintenant privilégiées des modalités de services plus légères, près des citoyennes et des citoyens et des pratiques plus communautaires axées sur l'humanisation et l'harmonisation des soins et des services tout en misant sur la prévention et la promotion de la santé. L'évaluation permettra de déterminer si la pratique sage-femme dans les maisons de naissance rejoint en plusieurs points ces transformations du réseau de la santé et des services sociaux. C'est dans cette optique, tenant compte de l'environnement, que le Conseil envisage de faire ses recommandations.

Le projet de règlement est à notre avis insuffisant en ce sens que les seuls modes de contrôle de l'exercice des sages-femmes prévus sont la formation académique, les stages et les examens, c'est-à-dire ceux qui sont assimilables aux règles d'admission des ordres professionnels. Les sages-femmes n'étant ni membres du Collège des médecins ni d'un autre ordre professionnel, toutes les autres mesures de protection du public telles que les règles de tenue de dossier et de cabinet, de déontologie, d'inspection professionnelle, d'assurance responsabilité, du pouvoir d'enquête du syndic, de discipline, ne peuvent s'appliquer.

Statut des sages-femmes reconnues aptes à pratiquer

Même si ce point concerne plutôt le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, nous vous soulignons qu'il n'est pas fait mention du sort qui sera réservé aux sages-femmes qui détiennent actuellement une reconnaissance d'aptitudes à pratiquer émise pour travailler dans les projets-pilotes. Le libellé du règlement nous permet de supposer qu'elles ne seront pas reconnues.

Lieux de naissance

La Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes prévoit que les accouchements puissent se faire dans un centre hospitalier ou dans une installation maintenue par l'établissement responsable du projet-pilote et spécialement aménagée pour procéder aux accouchements. À travers les années plusieurs tentatives ont été faites afin que certains projets-pilotes puissent développer un volet de pratique sage-femme en centre hospitalier. Tel que libellé, le projet de règlement du Collège n'envisage pas la possibilité pour une sage-femme de procéder à un accouchement en dehors du milieu hospitalier, en l'occurrence les maisons de naissance, seul endroit où se déroulent les projets-pilotes en cours.

Les informations sur la pratique des sages-femmes et le virage ambulatoire tant à partir des projets-pilotes que sur l'expérience des pays industrialisés nous permettent d'entrevoir que la pratique des sages-femmes pourrait s'exercer hors milieu hospitalier.

De plus, le projet de règlement proposé laisse supposer différents types de reconnaissance selon le lieu d'accouchement, donc plusieurs types des sages-femmes, d'où des pratiques et des modes de contrôle différents. Actuellement au Québec, aucune profession n'est définie par le lieu de pratique, si l'on exclut certaines conditions reliées à la délégation d'actes.

Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux

Le libellé des annexes 1 et 2 proposées dans le projet de règlement du Collège des médecins reprend presque intégralement le Règlement en vigueur dans les projets-pilotes. Or, il nous apparaît essentiel de prendre une décision quant au Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux actuellement en vigueur dans les projets-pilotes à la lumière des résultats de l'évaluation en cours, puisque nous savons déjà qu'il occasionne certaines difficultés d'application en raison notamment, de problèmes d'interprétation et de l'absence de distinction entre un risque nécessitant une consultation à un médecin ou un transfert de responsabilité vers un médecin.

En résumé, le Conseil d'évaluation, compte tenu de l'expérimentation en cours, de l'investissement considérable déjà consenti et des commentaires ci-haut mentionnés, recommande à l'Office des professions du Québec de ne pas proposer l'adoption de ce projet de règlement au Gouvernement. Ce projet de règlement aurait avantage à être analysé par le Gouvernement en même temps que les recommandations qui seront faites sur l'ensemble de la pratique sage-femme.

Veillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le président,

Alain Poirier

c.c. Monsieur Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux
Monsieur Paul Bégin, ministre responsable de l'application des lois professionnelles.

ANNEXE 6 LISTE D'ACTES SAGES-FEMMES AUTORISÉS

Cette liste d'actes sages-femmes est déterminée par les articles 2 et 8 et complétée par l'article 5 de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes (L.R.Q., c. P-19-1).

À titre d'exemple, la sage-femme peut notamment :

Donner les informations pré-conceptionnelles adéquates, notamment sur le diagnostic prénatal (article 2).

Constater la grossesse, surveiller la grossesse normale et effectuer les examens nécessaires à la surveillance de l'évolution d'une grossesse normale (article 2), soit :

- faire le diagnostic de la grossesse par les moyens habituels, en particulier par les moyens cliniques (article 2) ;
- établir une histoire médicale et familiale et en tirer les conclusions pertinentes quant au suivi de la cliente (article 2) ;
- faire effectuer les examens paracliniques pertinents en période prénatale, en reconnaître les indications particulières et en interpréter les résultats (article 2) ;
- effectuer, enregistrer et interpréter correctement les examens systématiques de surveillance (poids, tension artérielle, recherche de la protéinurie et de la glycosurie) (article 2) ;
- effectuer, enregistrer et interpréter correctement l'examen de la femme enceinte (examen physique, palper abdominal, mensurations utérines, auscultation des bruits du cœur fœtal) (article 2) ;
- faire un examen au spéculum (inspection, prélèvements et frottis de dépistage) (article 2) ;
- prélever les sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles, des yeux, des seins, du vagin, des plaies et lésions cutanées, de l'urètre, du rectum (article 5) ;
- effectuer les prélèvements sanguins par ponction veineuse (article 5) ;

Faire effectuer les examens de dépistage appropriés au diagnostic précoce des grossesses à risque et en interpréter correctement les résultats (article 2) :

- interpréter un test de réactivité fœtale (article 2) ;

Établir des programmes de préparation des futurs parents à leur rôle, les conseiller en matière d'habitudes de vie, les informer et les guider quant aux ressources et aux services offerts dans la communauté et assurer la préparation complète à l'accouchement, notamment en ce qui concerne les aspects psychologiques, physiques et socioculturels (article 2) ;

Assister la femme pendant le déroulement du travail et surveiller l'état du fœtus par les moyens cliniques et techniques appropriés (article 2) :

- interpréter un tracé tococardiographique (monitoring fœtal) (article 5) ;
- comprendre et expliquer la physiologie du travail menant à l'accouchement (article 2) ;

-
-
- diagnostiquer le début du travail et apprécier la normalité du travail (article 2) ;
 - déterminer dans quelles situations un monitoring fœtal est nécessaire ou indispensable (article 2) ;

Pratiquer l'accouchement normal lorsqu'il s'agit d'une présentation du vertex, y compris, au besoin, l'épisiotomie et, en cas d'urgence, pratiquer l'accouchement en présentation de siège (article 2 et article 8) :

- au besoin, pratiquer une amniotomie (article 2) ;
- assister la mère dans le dégagement de l'enfant et l'expulsion placentaire (article 2) ;
- en cas d'urgence, appliquer la ventouse (article 5) ;

Au besoin, prescrire ou administrer les médicaments autorisés en pré, en per et en postnatal (article 5) ;

Déceler chez la mère ou l'enfant les signes annonciateurs d'anomalies qui nécessitent l'intervention d'un médecin et assister ce dernier en cas d'intervention (article 2) ;

Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent en l'absence du médecin, notamment l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle et, éventuellement (article 8) :

- donner un massage cardiaque externe et la respiration artificielle (article 8) ;
- décider d'ouvrir une veine ou de la maintenir ouverte (article 5) ;
- surveiller une perfusion intraveineuse et maintenir le débit (article 5) ;
- enlever une perfusion intraveineuse (article 5) ;
- installer un tube gastrique (article 5) ;
- administrer toute médication ou substance, par voie intraveineuse (article 5) ;
- procéder à la ventilation par masque et au maintien des voies respiratoires libres (article 5) ;
- installer et surveiller les appareils servant à l'administration d'oxygène (article 5) :
 - canules nasales et cathéters (article 5) ;
 - masques de toutes sortes (article 5) ;

Donner un lavement évacuant (article 5) ;

Administrer une médication per os (article 5) ;

Administrer un médicament par voie intramusculaire (article 5) ;

Effectuer l'injection de substances par voie sous-cutanée, intradermique (article 5) ;

Installer ou enlever un cathéter vésical ou une sonde vésicale (article 5) ;

Examiner le nouveau-né et en prendre soin, prendre toutes les initiatives en cas de besoin et pratiquer, le cas échéant, la réanimation immédiate (article 2 et article 8) :

- effectuer les examens systématiques permettant d'apprécier la condition d'un nouveau-né (évaluation de l'âge gestationnel, examen physique, examens de dépistage) (article 2) ;
 - donner les soins au nouveau-né, incluant les soins au nouveau-né en incubateur (article 5) ;

-
-
- effectuer les prélèvements sanguins par ponction capillaire (article 5) ;
 - évaluer l'état nutritionnel d'un nouveau-né (article 2) ;

Donner les soins requis à la mère, surveiller les suites de couches et donner les conseils permettant de prendre soin du nouveau-né dans les meilleures conditions (article 2) ;

Prescrire et administrer les vaccins autorisés (article 5) ;

Conseiller et intervenir en matière de planification des naissances et de contraception (article 2) :

- effectuer l'ajustement et la pose d'un diaphragme ou de toute autre méthode barrière (article 5) ;
- prescrire et administrer les médicaments autorisés, au besoin (article 5) ;
- prescrire des anovulants en visite postnatale, après validation de la grille de risques. La sage-femme effectuera la consultation initiale, la prescription sera valide pour une période maximale de trois mois. Tous les contrôles et suivis subséquents seront effectués par le médecin traitant (article 5) ;

Dispenser les soins prescrits par un médecin (article 5) ;

Rédiger les rapports écrits requis dans l'exercice de sa pratique (Loi sur les services de santé et les services sociaux et règlements sur l'organisation et l'administration d'un établissement) :

- tenir un dossier ;
- effectuer les déclarations de naissance (Loi sur la protection de la santé publique et Code civil).

Les actes suivants peuvent être posés en centre hospitalier seulement :

- administrer la médication ocytocique pour provoquer les contractions utérines avant l'accouchement (article 5) ;
- administrer la médication ocytocique pour stimuler les contractions utérines durant le travail (article 5) ;
- administrer un gavage si le tube est en place (article 5).

ANNEXE 7 LISTE DE MÉDICAMENTS AUTORISÉS

Liste de médicaments autorisés conformément à l'article 5, paragraphe 6, de la loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, que les sages-femmes peuvent prescrire et administrer dans les projets-pilotes (mise à jour mars 1995)

Nom du médicament	Prescrire	Administrer	Notes
4:00 Antihistaminiques			
Diphenhydramine, chlorhydrate de Sol. inj. 50 mg/ml (Bénadryl et marques équivalentes)	X	X	Voie I.M. seulement
12:12 Sympathomimétiques			
Épinéphrine, chlorhydrates d' Sol. inj. 1 mg/ml (1:1 000)	X	X	En cas de réaction d'hypersensibilité grave chez la mère Voir protocole
Épinéphrine, chlorhydrate d' Sol. inj. I.V. 0,1 mg/ml (1:10 000)	X	X	En cas de réanimation néonatale Voir protocole
20:24 Antianémiques			
Ferreux, sulfate, 300 à 325 mg, co. ou co. ent. (plusieurs marques)	X	X	Voir Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux
Ferreux, Fumarate	X	X	
Ferreux, Gluconate	X	X	
28:08 Analgésiques et antipyrétiques			
Acétaminophène 325 et 500 mg co. (Tylénol, Tylénol Extra-fort et marques équivalentes)	X	X	
Acétaminophène 300 à 325 mg/Codéine 8mg/caféine 15 mg co. (Tylénol avec codéine No 1 et marques équivalentes)	X	X	
Acétaminophène 500 mg/Codéine 8mg/caféine 15 mg co. (Tylénol avec codéine No 1 Forte et marques équivalentes)	X	X	
Acétaminophène 300 mg/Codéine 30 mg/caféine 15 mg		X	Ordonnance verbale autorisée

Nom du médicament	Prescrire	Administrer	Notes
(Tylénol avec codéine No 3 et marques équivalentes) Morphine, sulfate de 10mg/ml, Solution injec.		X	Ordonnance écrite seulement
28:10 Antidotes narcotiques			
Naloxone, chlorhydrate de Sol. inj. 0,4 mg/ml (Narcan)	X	X	En cas de détresse néonatale causée par l'administration de morphine à la mère Voir protocole
28:12 Anticonvulsants			
Magnésium, sulfate de Sol. inj.	X	X	En cas de convulsions, de pré-éclampsie ou d'éclampsie Voir protocole
28:24:08 Benzodiazépines			
Diazépam Sol. inj. 5 mg/ml	X	X	Pour sédation lors d'extraction manuelle du placenta et ou révision utérine d'urgence Voir protocole En cas de convulsions Voir protocole
40:12 Agents de suppléance			
Calcium, carbonate de, 500 à 600 mg formes orales (Os-Cal et marques équivalentes)	X	X	En prophylaxie seulement
Sodium, chlorure de, 0,9 % Sol. inf.	X	X	
Dextran-40/Sodium, chlorure de Sol. inj. I.V. 10 % - 0,9 %	X	X	En cas d'hémorragie seulement, en attendant le transfert
40:20 Agents calorifiques			
Dextrose 5 % - Chlorure de sodium 0,45 %. Sol. inj.	X	X	
Dextrose 5 %, Sol. inj.	X	X	
Dextrose 10 %, Sol. buvable	X	X	
40:36 Solutions d'irrigation			
Eau pour irrigation	X	X	
52:04 Anti-infectieux ORLO			
Erythromycine 0,5 %, Pom. opht	X	X	Prophylaxie de l'ophtalmie néonatale

Nom du médicament	Prescrire	Administrer	Notes
56:12 Laxatifs-Purgatifs			
Biphosphate de sodium/ Phosphate de sodium 160mg-60mg/ml Sol. rect. (Fleet)	X	X	
Citrate de sodium/ Laurylsulfoacétate de sodium 90mg - 9mg/ml Sol. rect. (Microlax)	X	X	
Docosate de calcium 240 mg, caps (Surfak et marques équivalentes)	X	X	
Docosate de sodium 100 mg caps (Colace et marques équivalentes)	X	X	
Docosate de sodium 20mg/5 ml Sir. (Colace et marques équivalentes)	X	X	
Glycérine 2,7g, Supp.	X	X	
Psyllium, Mucilage de poudre orale	X	X	
72:00 Anesthésiques locaux			
Lidocaïne 1 %, Sol. inj. (Xylocaïne)	X	X	Pour infiltration percutanée ou bloc nerveux périnéal seulement Voir protocole
Lidocaïne, 2 %, Sol. inj. (Xylocaïne)	X	X	Pour infiltration percutanée ou bloc nerveux périnéal seulement Voir protocole
76:00 Ocytociques			
Ocytocine synthétique 10 U/ml, Sol. inj. (Toesen, Syntocinon)	X	X	Dans le traitement de l'hémorragie du post-partum lors de saignement supérieur à la normale Voir protocole
Ergonovine, maléate d' Sol. inj. 0,25 mg/ml	X	X	En cas d'hémorragie post-partum par atonie utérine lorsque l'ocytocique ne donne pas les résultats attendus Voir protocole
Ergonovine, maléate d' 200 microgrammes/co (Ergotrate)	X	X	Pour stabiliser un saignement légèrement supérieur à la normale MAX: 48 heures Voir protocole

Nom du médicament	Prescrire	Administrer	Notes
80:04 Agents d'immunothérapie passive			
Immunoglobuline antihépatite B (Humaine), Sol, inj. I.M. (Hyper-Hep)	X	X	Selon protocole de santé publique Voir protocole
Immunoglobuline (humaine) Rho (D) (Win Rho)	X	X	Voir protocole
80:12 Agents d'immunothérapie active			
Vaccin contre l'hépatite B Susp. inj. I.M. (Heptavax-B, Engerix-B)		X	Selon protocole de santé publique Voir protocole
Vaccin rubéoleux, Pd inj. S.C. (Vaccin Antirubéoleux Connaught) Sol. Inj. S.C. (Vaccin Rubéoleux IAF Biovac)		X	Selon protocole de santé publique Voir protocole
80:04 Anti-infectieux - Peau et muqueuses			
Nystatine 100 000 U, co. Vag. (Nadostine, Nilstat)	X	X	Peut être prescrit ou administré, mais non distribué par les sages-femmes
Nystatine 25 000 U/g, Cr. Vag. (Mycostatin et marques équivalentes)	X	X	
84:08 Anesthésiques locaux - Peaux et muqueuses			
Cinchocaïne 1 %, Pomm. topique (Nupercainal)	X	X	Application sur hémorroïdes
84:12 Astringents			
Tampons Tucks	X	X	
88:00 Vitamines			
Multivitamines prénatales (Materna ou marques équivalentes)	X	X	En prophylaxie seulement
88:08 Vitamines B			
Cyanocobalamine Sol. Inj. O, 1mg/ml et 1mg/ml	X	X	
Folique, acide co. 5mg ; Sol. inj. 5 mg/ml	X	X	

Nom du médicament	Prescrire	Administrer	Notes
88:24 Vitamines K Phytonadione 10 mg/ml ou 2mg/ml Sol. Inj.	X	X	Selon protocole de la Société canadienne de pédiatrie ; donner par voie I.M. Voir protocole

ANNEXE 8 DOCUMENT DE TRAVAIL SUR LES RISQUES OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS

1. LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Les représentantes du Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes:

Monique Beauchemin, sage-femme à la maison de naissance Mimosa

Michèle Champagne, sage-femme et coordonnatrice de la maison de naissance de Lac St-Louis

Les représentantes du Comité d'admission à la pratique sage-femme:

Johanne Gagnon, sage-femme, présidente du Comité d'admission et coordonnatrice de la maison de naissance Colette Julien

Lucie Hamelin, sage-femme à la maison de naissance de Côte-des-Neiges et présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec

2. INTRODUCTION

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, dans le rapport qu'il transmettait au ministre de la Santé et des Services sociaux et à celui responsable de l'Application des lois professionnelles en juillet 1996, constatait qu'il lui était nécessaire de faire des recommandations sur les risques obstétricaux et néonataux dans le cas d'une éventuelle légalisation de l'exercice de la profession sage-femme. Or, l'analyse du devis indiquait que l'évaluation ne couvrirait pas cet aspect. Le Conseil d'évaluation a donc recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux de réaliser une évaluation du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux dans les projets-pilotes.

En réponse à cette demande, le Ministère a créé le Groupe de travail sur les risques obstétricaux et néonataux. Ce rapport, déposé au Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, présente la somme des travaux effectués par le Groupe de travail et ses recommandations.

Le rapport comprend quatre chapitres. Le premier présente brièvement le contexte de la création du Groupe de travail. Le deuxième chapitre présente le mandat du Groupe de travail et le troisième la synthèse des travaux.

Le quatrième chapitre présente les résultats des travaux du Groupe de travail. Outre les conditions citées pour discussion avec les pairs, nous y retrouvons des conditions de référence d'une sage-femme à un médecin, partagées entre la consultation et le transfert des soins et responsabilités. La classification ainsi structurée présente d'emblée une différence majeure avec le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux en vigueur dans les projets-pilotes. Enfin, la conclusion énonce les recommandations du Groupe de travail. En annexe nous présentons les fiches synthèses de l'analyse de la littérature scientifique sur certains thèmes.

Le Groupe de travail a articulé sa réflexion et ses recommandations dans la perspective d'une profession autonome, ayant un champ de pratique clairement défini et dans le respect de la philosophie sage-femme. Il reconnaît la nécessité de lignes directrices émises par un ordre professionnel afin de

s'assurer que les sages-femmes prodiguent des soins et des services aux clientes dont la grossesse et l'accouchement présentent de faibles risques, ceci en accord avec leur champ de pratique.

3. LE CONTEXTE DE LA CRÉATION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES RISQUES OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS

La reconnaissance de l'exercice de la profession sage-femme n'est pas une fin en soi, mais devra s'inscrire dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Le système centralisé qu'était celui de la santé et des services sociaux avant 1990 est aujourd'hui caractérisé par la régionalisation de la gestion des services. Compte tenu de leurs responsabilités, les régions sont invitées à adapter les stratégies et les philosophies d'intervention de manière à contribuer à l'atteinte des objectifs énoncés dans la Politique de la santé et du bien-être et les autres politiques sectorielles. Cette nouvelle dynamique entraîne une révision des modes d'allocation des ressources, de l'organisation des services et des modes de pratique en mettant davantage l'accent sur la prévention et la promotion de la santé.

En conjonction avec cette transformation, les impératifs gouvernementaux de contrôle des dépenses publiques s'ajoutent aux efforts d'intégration et de hiérarchisation des services de santé et accentuent la recherche d'une meilleure utilisation des ressources professionnelles et des lieux de prestation de services. Ainsi sont maintenant privilégiées des modalités de services plus légères et plus près du citoyen et des pratiques plus communautaires axées sur l'humanisation et l'harmonisation des soins et des services. Les professionnels du réseau sont appelés à réduire les durées de séjour en établissement, tout en assurant le suivi à domicile, en collaboration avec les CLSC, les organismes de la communauté et l'entourage immédiat de la clientèle.

L'intégration de l'exercice de la profession sage-femme doit donc être envisagée sous l'angle des nouvelles orientations gouvernementales favorisant l'adaptation de l'offre de services sociaux et de santé aux besoins et aspirations des familles et ce, en recherchant une utilisation maximale des ressources financières investies.

Ceci signifie que l'organisation des services en périnatalité au Québec devra reposer sur les principes suivants:

- une articulation des soins et des services en première et deuxième lignes, permettant la meilleure utilisation possible des compétences, des habiletés et de l'expertise des divers intervenants professionnels;
- une articulation des soins et des services basée sur la clientèle et ses besoins et non sur les institutions dispensant les services;
- la continuité des soins et des services entre ces deux lignes de services de même que leur adaptation aux besoins des clientèles cibles;
- une collaboration professionnelle optimale, dans le respect de l'autonomie et du jugement clinique de chacun des professionnels concernés.

Dans le cadre de l'intégration des sages-femmes au système de soins et services en périnatalité, le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux est une pièce maîtresse. Tel que libellé actuellement, le dépistage de chacun des risques obstétricaux et néonataux, identifiés dans le Règlement les concernant, doit obligatoirement se solder par un transfert de la cliente à un médecin (article 8

de la Loi sur la pratique des sages-femmes, alinéas 1 et 2). De plus, on ne fait aucune distinction entre facteur de risque et risque. Il faut ajouter, tel que l'a constaté le Conseil d'évaluation des projets-pilotes lors des visites de projets, que le libellé de quelques critères énoncés porte à confusion et que l'interprétation qui en est faite peut varier.

La pertinence de ces critères de même que les modalités d'application doivent être évaluées à partir de l'utilisation optimale des compétences des professionnels, de la transformation actuelle du système de même que des principes sur lesquels reposerait la réorganisation des soins et des services en périnatalité au Québec.

Dans les pays où l'exercice de la profession sage-femme est reconnu, la nécessité de bien identifier les raisons de consultation et de transfert de soins aux médecins est généralement admise, et ce dans la perspective de bien situer les services de première ligne en périnatalité. Ceci ne signifie pas qu'il s'agit d'une démarche facile à mener à terme. Ainsi, aux Pays-Bas, où l'exercice de la profession sage-femme bénéficie d'un statut bien établi, les discussions avec les représentants des gynécologues-obstétriciens afin de mettre à jour la liste des causes de consultation et de transfert s'avèrent difficiles. Toutefois, toutes les parties conviennent de l'importance de parvenir à un accord.

Les expériences canadiennes, et particulièrement l'expérience ontarienne, nous indiquent aussi que l'organisation des services repose sur ce type de distinction. En effet, dans les provinces où l'exercice de la profession sage-femme est autorisé, la réglementation précise des situations de consultation et de transfert de soins d'une sage-femme à un médecin de même que les modalités afférentes, de préférence à une grille de transfert de soins.

En termes de finalité, le processus d'évaluation que nous proposons devrait permettre l'élaboration d'un document présentant une classification des causes de consultation et de transfert de soins et de responsabilités d'une sage-femme à un médecin, de même que les processus afférents, dans la perspective de soins et de services de première et deuxième lignes en périnatalité, selon les principes énoncés précédemment.

4. MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Le processus d'évaluation proposé se découpe en trois phases distinctes, permettant la mise à profit de l'expérimentation de même que la contribution d'experts sages-femmes et médecins.

PHASE I: UN COMITÉ DE SAGES-FEMMES REPRÉSENTANT LE CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES ET LE COMITÉ D'ADMISSION À LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Cette première phase s'appuie sur l'expérimentation. En effet, les sages-femmes des projets-pilotes appliquent au quotidien le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux et sont à même de poser un regard critique tant sur son contenu que sur les modalités d'application.

Le Comité avait le mandat suivant:

- analyser les rapports d'événements particuliers de même que toutes les autres données relatives aux consultations ou aux transferts de soins à un médecin, dans une perspective organisationnelle, selon les paramètres suivants: humanisation et continuité des soins, sécurité de la mère et de l'enfant, interventions obstétricales, organisation des services;
- définir les notions : facteur de risque, risque et condition anormale
- effectuer une classification des risques identifiés dans le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux selon les paramètres suivants: facteurs de risques et risques;
- procéder à une interprétation des risques identifiés dans le Règlement afin d'en arriver à une compréhension univoque;
- définir les notions de consultation et de transfert de soins;
- effectuer une classification des risques identifiés selon les notions de consultation et de transfert de soins.

Pour constituer ce Comité le MSSS a fait appel à **Monique Beauchemin et Michèle Champagne sages-femmes membres du Conseil d'évaluation des projets-pilotes** et à **Johanne Gagnon, présidente Comité d'admission à la pratique sage-femme, de même qu'à Lucie Hamelin, membre du Comité d'admission et présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec**. Ces quatre sages-femmes ont une importante expertise clinique et ont déjà été identifiées par leurs pairs pour les représenter aux deux instances créées par la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes. De plus, leur participation permettra un arrimage plus étroit entre ces deux comités lors d'une étape déterminante pour l'organisation de l'exercice de la profession.

Le soutien technique a été fourni par l'Unité de coordination des projets-pilotes sages-femmes. Cinq rencontres d'une journée chacune étaient prévues pour compléter ce mandat.

PHASE II: CONSULTATION DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS- PILOTES ET DU COMITÉ D'ADMISSION À LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Sur la base du document produit, tenir une rencontre conjointe des deux Comités afin d'obtenir leur avis.

PHASE III: UN COMITÉ D'EXPERTS SAGES-FEMMES ET MÉDECINS

Ce Comité d'experts complétera le document produit précédemment en y ajoutant les composantes de système permettant une collaboration optimale entre les sages-femmes et les médecins. Le respect du choix des femmes et des familles en ce qui concerne le ou la professionnelle qui les accompagnera de même que le lieu de naissance devront servir de toile de fond.

Les experts de ce Comité seront nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le Comité aura le mandat suivant:

- valider le document produit par le Comité de sages-femmes;
- déterminer les modalités permettant d'actualiser les consultations et les transferts de soins d'une sage-femme à un médecin;
- faire les recommandations pertinentes au Ministre.

Il sera composé de 9 personnes:

- 4 médecins dont:
 - 1 médecin omnipraticien qui pratique l'obstétrique;
 - 1 gynécologue-obstétricien;
 - 1 pédiatre;
 - 1 médecin dont l'expertise est reconnue internationalement dans le champ de l'obstétrique;
 - 4 sages-femmes;
 - 1 représentante des usagères.

Le soutien technique sera fourni par l'Unité de coordination des projets-pilotes sages-femmes.

Pour faciliter le travail du Groupe de travail lors de la phase I des travaux, la documentation suivante a été transmise aux membres:

- le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux;
- les documents de l'Ontario, de l'Alberta, du Manitoba, de la Saskatchewan de même que ceux des Pays-Bas sur les causes de consultation et de transfert;
- les statistiques des projets-pilotes sur les risques obstétricaux et néonataux;
- les rapports d'événements particuliers des projets-pilotes;
- les constats du Conseil d'évaluation des projets-pilotes lors des visites des projets.

5. SYNTHÈSE DES TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL

Les membres du Groupe de travail ont réalisé la première phase de l'évaluation, tel que prévu dans le mandat. De décembre 1996 à octobre 1997, neuf rencontres ont été tenues, dont une vidéo-conférence et une conférence téléphonique.

La démarche suivie par le Groupe de travail permet l'atteinte de l'objectif fixé, à savoir l'élaboration d'un document présentant une classification des causes de consultation et de transfert des soins et des responsabilités d'une sage-femme à un médecin. Le Groupe de travail s'est largement inspiré du document du Collège des sages-femmes de l'Ontario *Indications for mandatory dis-*

discussion, consultation and transfer of care. Le Groupe s'est par ailleurs doté de critères afin de faciliter le classement des risques obstétricaux et néonataux:

- la sécurité de la mère, de l'enfant à naître et du nouveau-né;
- la responsabilité professionnelle de la condition identifiée ou suspectée;
- la capacité de poser un jugement clinique pour une professionnelle au seuil d'entrée à la profession;
- le niveau de risques;
- l'incidence de la condition identifiée ou suspectée;
- le lieu de naissance;
- la disponibilité des services sur l'ensemble du territoire québécois.

De plus, une étape a été ajoutée afin de déterminer sur une base scientifique la classification de certains éléments, soit une analyse de la littérature scientifique. Les thèmes suivants ont été documentés et analysés par les sages-femmes et les fiches synthèses sont annexées au rapport:

- diabète gestationnel
- grossesse prolongée
- accouchement vaginal après césarienne
- accouchement par le siège
- ictère nécessitant photothérapie selon les critères les plus récents
- antécédent de dystocie de l'épaule
- accouchement entre 34 et 37 semaines de grossesse
- rupture prolongée des membranes
- les grossesses gémellaires.

6. PROPOSITION DE PROCESSUS DE DISCUSSION ET DE TRANSFERT DE SOINS D'UNE SAGE-FEMME À UN MÉDECIN

PRÉSENTATION

Les membres du Groupe de travail précisent qu'une sage-femme est responsable de sa cliente en tout temps. La sage-femme doit coordonner les soins et les services de cette cliente, et son rôle doit être connu de l'ensemble des personnes qui interviennent auprès d'elle. Ceci doit être noté au dossier tenu par la sage-femme.

La responsabilité des soins et des services peut-être transférée temporairement à un autre professionnel de la santé, ou partagée entre plusieurs professionnels de la santé, dans le meilleur intérêt de la cliente, afin de lui prodiguer les meilleurs soins et services possible.

Toutefois le transfert ou le partage des soins ne doit se faire qu'après discussion et consentement entre la cliente, la sage-femme qui réfère et le ou les médecins consultants.

La classification proposée repose sur la détermination de trois modalités distinctes: la discussion avec les pairs ou un médecin, la consultation d'un médecin et le transfert de la responsabilité des soins à un médecin.

En concordance avec les définitions et le processus présentés précédemment, une classification a été effectuée en grandes catégories identifiées discussion, consultation et transfert de la responsabilité des soins.

Cette classification se retrouve dans les secteurs suivants:

- l'anamnèse et examen physique
- les soins prénatals
- le travail et l'accouchement
- le postnatal mère
- le postnatal enfant

Pour certaines indications, le lieu de naissance sera précisé.

PREMIÈRE CATÉGORIE DISCUSSION AVEC UNE OU DES SAGES-FEMMES OU UN MÉDECIN

Cette première catégorie se définit comme discussion avec une ou des sages-femmes ou un médecin

DEUXIÈME CATÉGORIE CONSULTATION D'UN MÉDECIN

Dans cette deuxième catégorie, la sage-femme a la responsabilité d'initier la demande de consultation en précisant au consultant qu'elle requiert officiellement une consultation pour sa cliente.

Pour une sage-femme, il y a lieu d'initier une demande de consultation:

- lorsqu'une condition à risque est suspectée ou confirmée par la sage-femme;
- lorsque la sage-femme n'a pas, de par son champ de pratique, l'opportunité ou l'expertise requise soit pour établir le diagnostic ou procéder s'il y a lieu à un traitement;
- lorsqu'une autre opinion est demandée par la cliente.

La consultation doit porter sur le problème qui justifie la référence. Si le médecin consultant le juge nécessaire et le demande, une rencontre entre le médecin et la cliente aura lieu pour évaluation suite à la demande de consultation.

La sage-femme doit s'assurer que le médecin consultant transmet dans des délais acceptables les conclusions de son évaluation et ses recommandations à la cliente et à elle-même.

Suite à l'évaluation de la cliente par le ou les médecins consultants, des discussions peuvent avoir lieu entre la sage-femme et ce ou ces derniers quant aux soins à prodiguer à la cliente suite à la consultation.

La consultation peut impliquer:

- que le médecin consulté donne des conseils ou des informations;
- que le médecin consulté prodigue des traitements à la mère ou au bébé;
- que le médecin consulté suggère à la sage-femme un traitement pour la mère ou le bébé;
- le maintien des soins sage-femme ou le transfert des soins à un médecin.

Les conclusions, opinions et recommandations du médecin consultant sont transmises à la cliente et à la sage-femme. Cette dernière discute les recommandations avec la cliente, afin d'en arriver à une décision commune. La sage-femme doit s'assurer que la cliente comprend bien les implications de la décision qui a été prise. Des notes adéquates doivent apparaître au dossier.

Si, compte tenu d'une situation d'urgence, de distance, de conditions climatiques ou autre, la visite au médecin s'avérait difficile, la sage-femme doit obtenir un avis téléphonique ou par tout autre moyen approprié. Des notes adéquates doivent apparaître au dossier. Dans ce cas aussi, il doit y avoir discussion avec la cliente quant aux résultats de la consultation.

Le médecin consultant peut être impliqué ou responsable d'une partie des soins de la cliente. La sage-femme conserve la responsabilité des soins qu'elle prodigue à l'intérieur de son champ de pratique.

Les responsabilités respectives du médecin consultant et de la sage-femme doivent être clairement identifiées et notées au dossier par la sage-femme et le médecin consultant.

TROISIÈME CATÉGORIE

TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ DES SOINS À UN MÉDECIN

Le transfert de la responsabilité des soins de la sage-femme à un médecin peut être permanent ou temporaire. Dans ce cas, le médecin, avec la cliente, assume la pleine responsabilité des décisions à venir.

La sage-femme peut continuer à prodiguer des soins dans le cadre de son champ de pratique, en accord avec le médecin et la cliente.

CLASSIFICATION: ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

CATÉGORIE I:

- antécédents de :
 - opération d'une fistule périnéale
 - décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
 - enfant avec retard de croissance intra-utérine < 3e percentile
 - macrosomie > 97e percentile selon la courbe de USHER
 - dystocie des épaules
 - IVG à répétition
 - herpès génital
 - hémorragie prénatale antérieure

-
- hémorragie postnatale
 - mort in utéro
 - présence d'anticorps irréguliers
 - risques psychosociaux
 - obésité
 - césarienne basse à l'accouchement précédent

CATÉGORIE 2:

- antécédents de:
 - thromboembolique
 - maladie génétique, héréditaire, congénitale
 - incompétence du col avec cerclage
 - plus d'un accouchement prématuré
 - plus d'un bébé de faible poids
 - avortements spontanés répétés (plus de trois)
 - mortalité périnatale
 - décollement prématuré d'un placenta normalement inséré

Histoire actuelle:

- anomalies de la coagulation ou thrombocytopénie
- hypertension artérielle
- maladie de Crohn
- colite ulcéreuse
- hyperthyroïdie
- conisation et malformations utérines
- myomectomie sous muqueuse
- cardiopathies
- maladies respiratoires
- maladies hépatiques
- maladies rénales
- maladies neurologiques
- maladies psychiatriques

CATÉGORIE 3:

- antécédents de:
 - amputation du col
 - myomectomie de myome intra-mural ou interstitiel
 - hémorragie sous-arachnoïde
 - incompatibilité RH
 - béance du col sans antécédent d'accouchement à terme
 - tuberculose active
- diabète insulino-dépendant
- maladie d'Addison

-
- maladie de Cushing
 - collagénose
 - séro-positivité au VIH et SIDA
 - cancer
 - sclérose en plaques

CLASSIFICATION: GROSSESSE ACTUELLE

CATÉGORIE 1:

- menace de travail prématuré
- terme imprécis
- aucun suivi prénatal avant 28 semaines

CATÉGORIE 2:

- anomalies de la coagulation ou thrombocytopénie
- hypertension artérielle
- anémie: HB moins de 100g./litre ne répondant pas au traitement
- prise par la mère de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né
- diabète gestationnel non contrôlé
- saignement d'origine inconnue >20 semaines de gestation
- anomalie diagnostiquée à l'échographie
- vomissements gravidiques sévères
- suspicion de grossesse extra-utérine
- test PAP anormal
- présentation autre que vertex après 37 semaines
- retard de croissance intra-utérine
- risques liés à une pathologie se manifestant pendant la grossesse actuelle, par exemple: problèmes endocriniens, hépatiques, neurologiques, cardiaques, pulmonaires, rénaux ou urinaires sans insuffisance, etc...
- placenta prévia sans saignement après 32 semaines
- polyhydramnios ou oligohydramnios
- isoimmunisation
- problèmes psychologiques sérieux
- maladies transmises sexuellement: gonorrhée, syphilis, chlamydia
- mort in utero
- grossesse gémellaire

CATÉGORIE 3:

- incompetence du col
- séroconversion en cours de grossesse pour les maladies infectieuses suivantes: toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus et herpès
- maladies cardiaques, rénales ou pulmonaires avec insuffisance
- grossesse multiple autre que jumeaux
- diabète insulino-dépendant
- pré-éclampsie ou éclampsie
- décollement prématuré d'un placenta normalement inséré

CLASSIFICATION: LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

CATÉGORIE 2

- le travail débute entre 34 et 37 semaines⁸²
- arrêt de progression en travail actif
- rupture prolongée des membranes
- travail débute après 42 semaines⁸³
- mort in utéro⁸⁴
- présentation par le siège⁸⁵
- grossesse gémellaire⁸⁶

CATÉGORIE 3:

- signes de souffrance foetale
- suspicion de chorio-amnionite
- arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion
- pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
- décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
- perception d'un vaisseau au toucher vaginal
- procidence du cordon
- placenta praevia
- signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie
- présentation anormale autre que siège
- herpès génital actif au moment du travail
- travail débutant avant 34 semaines
- hypertension sévère
- liquide amniotique méconial épais ou particulaire
- signes de rupture utérine

82. dans les cas où le travail débute entre 34 et 37 semaines, l'accouchement se déroulera en centre hospitalier

83. dans les cas où le travail débute après 42 semaines, l'accouchement se déroulera en centre hospitalier

84. dans les cas de mort in utéro, l'accouchement se déroulera en centre hospitalier

85. dans les cas de présentation par le siège, l'accouchement se déroulera en centre hospitalier

86. dans le cas d'une grossesse gémellaire, l'accouchement aura lieu en centre hospitalier, avec la collaboration d'un gynécologue-obstétricien

-
- déchirure périnéale du 3e ou 4e degré
 - rétention placentaire de plus d'une heure

CLASSIFICATION: LE POSTNATAL MÈRE

CATÉGORIE 2:

- sub-involution utérine ne répondant pas au traitement
- signes d'infection sévère
- hypertension persistante
- problèmes psychologiques sévères
- saignements persistants qui ne répondent pas au traitement
- prolapsus utérin
- rétention urinaire après évaluation séquentielle
- hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles
- abcès de la plaie périnéale
- suspicion de rétention placentaire partielle

CATÉGORIE 3:

- infection sévère
- psychose puerpérale
- phlébite et risques thromboemboliques
- suspicion de rupture utérine
- inversion utérine
- hémorragie ne répondant pas au traitement
- éclampsie

CLASSIFICATION: LE POSTNATAL ENFANT

CATÉGORIE 2:

- persistance d'ictère >14 jours de vie
- pigmentation anormale
- irritabilité, hypertonie
- rythme cardiaque anormal ou irrégulier
- traumatisme obstétrical
- absence de passage de méconium >24 heures
- éruption cutanée autre que l'érythème néonatal
- perte de poids supérieure à 10% du poids de naissance
- non-reprise du poids de naissance à l'âge de 21 jours
- instabilité des hanches,
- testicules non descendus
- suspicion de spina-bifida
- résultats de laboratoire anormaux
- anomalies suspectées ou visibles à la naissance

-
- signes neurologiques anormaux
 - moins de 37 semaines d'âge gestationnel
 - tachypnée de plus de 24 heures sans autre signe
 - infections suspectées
 - souffle cardiaque
 - poids inférieur au 3^{ième} percentile et supérieur au 97^{ième} percentile selon la courbe de USHER
 - ictère nécessitant photothérapie
 - anurie au delà de 24H de vie
 - écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive

CATÉGORIE 3:

- hypothermie ou hyperthermie persistant au delà de 12H
- hanches luxables
- APGAR inférieur à 5, à 1 minute
APGAR inférieur à 7, à 5 minutes
APGAR inférieur à 9, à 10 minutes
- cyanose centrale
- pâleur persistante > 60 minutes
- pleurs ou cris anormaux
- ecchymose ou pétéchies généralisées
- artère ombilicale unique
- léthargie ou hypotonie
- syndrome de sevrage
- érythème périombilical compatible avec un omphalite
- trémulations répétées et/ou convulsions
- vomissement bilieux et/ou diarrhée
- distension abdominale
- ictère dans les premières 24 heures
- nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale
- hémorragie digestive haute ou basse
- fontanelle antérieure bombée
- reflet rouge oculaire anormal
- atrésie uni ou bilatérale des choanes
- thyroïde palpable
- hépatomégalie > 2cm sous le rebord costal
- rate palpable
- masse abdominale
- détresse respiratoire
- pouls fémoraux non palpables, ou asymétriques
- absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle
- torsion ou masse testiculaire
- masse inguinale

-
- toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats

Sources:

Gouvernement du Québec, Décret 413-93, 24 mars 1993, Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux

College of midwives of Ontario, Registrant's booklet, june 1995 Traduction et adaptation:

Renée Moreau

Unité de coordination

des projets-pilotes sages-femmes

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le Groupe de travail sur les risques obstétricaux et néonataux a complété le mandat qui lui avait été confié. Sur la base de l'expertise des sages-femmes membres du Groupe de travail, un regard critique a été posé, tant sur le contenu que sur les modalités d'application du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux.

La réflexion des membres du Groupe de travail s'est articulée autour de plusieurs axes: d'abord la nature préventive des soins et des services prodigués par les sages-femmes et leur influence en tant qu'éducatrice à la santé périnatale; ensuite, un champ de pratique ouvert bien que fermement encadré par ce règlement; finalement, les principes guidant la réorganisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux.

Plusieurs conditions se retrouvent dans la catégorie "consultation d'une sage-femme à un médecin". Le Groupe de travail a ainsi voulu concrétiser de l'ouverture au Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux en vue de l'évolution de la recherche et des pratiques pour quelques sujets soulevant encore de la controverse (par exemple la question du diabète gestationnel). Des lignes directrices émises par une association pourront pour certaines situations faciliter aux sages-femmes la prise de décision. La communication verbale respectueuse de part et d'autre entre sage-femme et cliente, des orientations mieux adaptées aux situations individuelles sont essentielles et le Groupe de travail considère que cette classification en fait la promotion.

En conséquence, le Groupe de travail sur les risques obstétricaux et néonataux présente les recommandations suivantes au Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes:

que le Conseil d'évaluation adopte ou recommande l'adoption d'une classification des conditions de référence d'une sage-femme à un médecin basée sur des raisons de consultation d'une part et des raisons de transfert de soins d'autre part;

que l'analyse et les consultations requises à l'adoption de la Classification des indications de discussion avec les pairs, de consultation ou de transfert de soins d'une sage-femme à un médecin soient confiées à un ordre professionnel sage-femme ou ce qui en tiendra lieu;

que la section du rapport présentant le processus de consultation et de transfert de la responsabilité des soins à un médecin, de même que la classification des

conditions qui suivent, soient présentée au Regroupement les sages-femmes du Québec.

8. LISTE DES ANNEXES

Afin d'alléger le rapport du Conseil d'évaluation des projets-pilotes, les annexes suivantes ont été enlevées. Elles seront disponibles sur demande.

Diabète gestationnel

Grossesse prolongée

Accouchement vaginal après césarienne

Accouchement par le siège

Ictère nécessitant photothérapie selon les critères les plus récents

Antécédent de dystocie de l'épaule

Accouchement entre 34 et 37 semaines de grossesse

Rupture prolongée des membranes

Les grossesses gémellaires

ANNEXE 9 SYNTHÈSE DU CHAMP DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Cette synthèse est inspirée du champ de pratique identifié pour les pays membres de la Communauté économique européenne. Elle décrit l'étendue du champ de pratique des sages-femmes et les actes qui s'y retrouvent ne sont pas exclusifs à la profession 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. Prescrire et administrer les produits autorisés par règlement ;
5. 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 ;
6. Prodiguer des soins et assister la mère pendant le travail et surveiller l'état du fœtus avec les moyens techniques et cliniques appropriés ;
7. Assister les accouchements spontanés, faire une épisiotomie au besoin et en cas d'urgence assister les accouchements de bébés se présentant par le siège ;
8. Reconnaître la présence d'anomalies, 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 ;
9. Dépister et référer au besoin à d'autres ressources professionnelles, privées ou communautaires des problèmes autres que médicaux ;
10. 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 ;
11. Prodiguer des soins et surveiller l'état de la mère pendant la période postnatale, donner l'information nécessaire aux parents concernant les soins au nourrisson pour leur permettre de favoriser le développement optimal de leur enfant ;
12. Au besoin, dispenser des traitements prescrits par le médecin ;
13. Conserver dans un système de dossier les informations relatives aux clientes.

De façon plus succincte, le champ de pratique de la sage-femme concerne les événements normaux du processus de reproduction humaine et comprend l'ensemble des services requis tout au cours de leur déroulement. Il débute avec la grossesse et va jusqu'à six semaines après la naissance.

ANNEXE 10 DISSIDENCE DU D^R GILLES BERNIER

REÇU

NOV 28 1997

PROJETS
SAGES-FEMMES

Docteur Alain Foirier,
président,
comité d'évaluation des projets -pilotes sages-femmes
Direction de la santé publique de la Montérégie
Complexe Cousineau
5245 Boulevard Cousineau Bureau 3000
Saint-Hubert (Québec) J3Y 6J8

Cher docteur,

Lors de l'étude du document intitulé "Esquisse du rapport final du groupe de travail du comité d'évaluation des projets-pilotes des sages-femmes", le 21 octobre dernier, concernant les lieux et conditions d'exercice à la page 53 du document on proposait et je cite "Les sages-femmes devraient être en mesure d'exercer leur profession dans une variété de lieux et d'assister les accouchements en maison de naissance, en centre hospitalier et à domicile".

J'ai manifesté mon désaccord avec cette proposition et je suggérais de remplacer ce texte par le suivant: "Les sages-femmes devraient exercer leur profession dans les départements d'obstétrique des centres hospitaliers ou dans des maisons de naissance situées dans les centres hospitaliers.

Lors d'une rencontre ultérieure en novembre en vue d'adopter une version finale du rapport j'ai de nouveau inscrit ma dissidence concernant l'item 5.8.4 du document concernant les lieux d'exercice et de naissance. Le conseil a convenu que les raisons pour justifier ma dissidence apparaîtraient en annexe au présent document.

A) Arguments contre la légalisation des maisons de naissance dans les projets-pilotes actuels:

au plan médical:

a) dans l'évaluation des projets-pilotes la nécessité de transfert de 23 bébés à l'hôpital et les risques inhérents au délai de transfert; (Esquisse du rapport final du conseil nov.1997 p.49)

b) l'admission aux soins intensifs de 18 bébés pour difficultés respiratoires; (Esquisse du rapport final du conseil nov.1997 p. 49)

c) " La ventilation d'une durée dépassant 5 minutes (indiquant un degré de dépression plus marquée souvent associée à l'emphysie intra-utérine) est deux fois plus fréquente chez les bébés des clientes de sages-femmes que chez ceux des clientes de médecins (14 contre 7 cas), bien que cette différence ne soit pas statistiquement

significative. "A notre avis il y a une différence entre des données cliniques et des comparaisons statistiques. " Six des 14 bébés du groupe suivi par des sages-femmes ont eu une convulsion, contre aucun des sept nouveaux-nés du groupe suivi par des médecins. Un besoin de ventilation dépassant cinq minutes suivi d'une convulsion met le nouveau-né dans une catégorie de risque élevé de séquelles neurologiques permanentes(SOGC,1995)"(p 177,rapport du groupe des chercheurs)

Lors de leur présentation au conseil en juin dernier les chercheurs notaient:"La diminution de la prématurité et du faible poids à la naissance observé dans le groupe de femmes accouchées par les sages-femmes ne se traduit pas dans une réduction dans les admissions aux soins intensifs néonataux."(p.177 rapport préliminaire du groupe des chercheurs juillet 1997.)Dans le même rapport on souligne à la page 280 " Dans un contexte où près de 8% des bébés des clientes de sages-femmes ont besoin de ventilation par sac et masque, on peut questionner la pertinence d'accoucher dans un contexte où des services de réanimation ne sont pas immédiatement disponibles."Dans la version finale d'octobre du même rapport leur opinion traduit de façon différente les mêmes préoccupations quand on lit "Parallèlement aux bénéfices maternels associés à l'approche sage-femme, on observe une augmentation possible de la dépression dans la première période néonatale. Au plan clinique, ce dernier résultat a des implications qui mériteront d'être examinées avec attention."(p.281-282 rapport final groupe des chercheurs)

d)La nécessité de transférer 75 mères pour dystocie pendant le travail actif.(ébauche du rapport final du conseil nov.1997 p.49)

au plan économique:

a) pour ne pas engager de nouvelles ressources financières alors qu'on ferme des hôpitaux;

b)Coûts faramineux de fonctionnement de certaines maisons de naissance lors des projets-pilotes;(ébauche du rapport final nov.1997 p.72)

c)grands espaces libres dans plusieurs hôpitaux pour y aménager des maisons de naissance;

d)Les chambres de travail et d'accouchement dans les maisons de naissance aménagées aux fins des projet-pilotes ressemblent beaucoup aux chambres de naissance dans les centres hospitaliers où accouchent encore plus de 98% des femmes du Québec.

au plan sémantique:

Les maisons de naissance mises sur pied au Québec n'existent pas ailleurs.On a tenté de les comparer aux centres de maternité américains; centres où on offre des soins ambulatoires de courte durée avec accès possible à des services hospitaliers obstétricaux

et néonatale. (détaché du rapport final nov. 1997 p12 et 13) Ils sont tantôt dans les centres hospitaliers, tantôt en dehors. (cf recherche Vadaboncoeur, Brière, Mason). Ils n'existent pas dans des pays de référence comme la France, les pays Scandinaves, les Pays-bas.


Notons que les Etats-Unis sont un mauvais point de référence pour les statistiques de mortalité périnatale, se situant au 11e rang, loin derrière le Canada. (Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales Collège des Médecins du Québec mai 1995 p.18)

B) Arguments contre l'accouchement à domicile

Les arguments médicaux évoqués plus haut s'appliquent pour ce qui est de l'accouchement à domicile.

Si on fait exception des Pays-bas, les accouchements à domicile ne représentent que 1% du total des naissances dans les pays occidentaux et dans les documents fournis à notre groupe de travail aucune étude épidémiologique n'était concluante. Le choix du domicile doit donc être exclu.

Je vous remercie de l'attention que vous apporterez à ces remarques qui seront mises en annexe dans le rapport final.


Gilles Bernier,
Généraliste-gynécologue,
membre du comité d'évaluation des projet-pilotes n-1

cc. Johannes Albert

mis à jour le 25 novembre 1997.

