

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR de Médecine

Ecole de Sage-femme

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC :
UN EXERCICE EXCLUSIF EN MAISON DE NAISSANCE**

Camille DEVIN

Née le 11 avril 1985

Directeur de mémoire: Madame **Karine Rouget**, sage-femme

Promotion 2005-2009

INTRODUCTION	4
PREMIÈRE PARTIE: LA SITUATION DU QUÉBEC	5
I. Présentation de la Province	5
1. Géographie.....	5
2. La démographie	6
II. Constitution du réseau périnatal	7
3. Les niveaux et la place des différents intervenants	10
a) Les établissements de première ligne ⁹	10
b) Les établissements de deuxième ligne ⁹	12
c) Les établissements de troisième ligne ⁹	13
4. La politique de prise en charge et les résultats.	14
a) Evolution des politiques de périnatalité et les chiffres	14
b) Les nouvelles « Lignes Directrices »	20
5. Les particularités du suivi obstétrical et périnatal	23
a) La gestion du risque obstétrical	23
b) Les consultations et les examens anténataux.	25
c) Le suivi de grossesse à risque.....	27
d) Le post-natal	27
DEUXIÈME PARTIE: LA PLACE DE LA SAGE-FEMME.	29
I. Les particularités de la profession au Québec	29
1. Historique	29
2. La philosophie	36
3. Les compétences ³⁰	37
4. la formation	38
5. La rémunération et le statut de l'emploi ³⁷	43
6. Les effectifs	43
7. Les maisons de naissance	43
II. Le suivi de la sage-femme.	44
1. L'organisation en maison de naissance	44
a) Le suivi de grossesse	44
b) La préparation à la naissance	45
c) Le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat.....	45
d) Les suites de couches	48
2. Les statistiques des maisons de naissance	49
III. Cas particulier du Nord et des communautés autochtones	53
TROISIÈME PARTIE: DISCUSSION	56
I. Les maisons de naissance au Québec	56
II. Comparaison avec la France	58
1. Les différences dans la profession de sage-femme	58
2. La France peut-elle s'inspirer de l'expérience québécoise?	58
CONCLUSION	62
GLOSSAIRE	64
GMF : Groupement de Médecins de Famille	64
Bibliographie	65
AUTRES REFERENCES	68
ANNEXES	69
Annexe n°1: Les régions administratives du Québec.....	70
Annexe n°2: Répartition des GMF du Québec.....	71
Annexe n°3 Répartition des maisons de naissance Du Québec	72

Annexe n°3 bis Répartition des maisons de naissance du Québec.....	73
Annexe n°4 Répartition de la population du Québec	74
Annexe n°5 Les Premières Nations	75
Annexe n°6 Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.....	76
Annexe n°7 « Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre du projets-pilotes ».....	84
Annexe n°8 Définition internationale de la sage-femme	88
Annexe n°9 Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession	89
Annexe n°10 Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession.....	95
Annexe n°11 Programme de formation du Baccalauréat en Pratique Sage-Femme	107
Liste des cours	107

INTRODUCTION

La façon d'accueillir la vie prend autant de formes différentes qu'il y a de lieux d'exercice et de cultures. Les conditions de naissance et de vie, les croyances, les traditions et l'histoire d'un pays influencent les manières d'exercer de la sage-femme.

Pendant mes études, j'ai eu l'occasion de me pencher particulièrement sur la pratique de ce métier au Québec, pendant un stage de trois semaines à Montréal.

L'exercice de la profession dans cette province du Canada diffère énormément de celle de la France : une histoire coloniale, une culture anglo-saxonne qui se mélange à une culture francophone, un climat rigoureux, etc. Tous ces facteurs contribuent à l'originalité de la pratique québécoise: l'importance du sens clinique accordée dans le suivi de grossesse, un exercice totalement autonome dans un lieu d'exercice sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, les maisons de naissance.

Dès lors, un intérêt s'ajoute à l'exposé de la pratique de la sage-femme québécoise: connaître le fonctionnement d'une maison de naissance, la position de ces établissements dans le réseau obstétrical, leur perception du risque obstétrical et leur mode de gestion. Cela présente d'autant plus d'intérêt que la question des maisons de naissance est un sujet de réflexion en France.

La dernière partie sera consacrée à la discussion sur le sujet:

- Quels-sont les critères essentiels pour une telle organisation?
- Quelle comparaison peut-on faire avec le système français?

PREMIÈRE PARTIE: LA SITUATION DU QUÉBEC.

Pour aborder la particularité et l'originalité du métier de sage-femme au Québec, il me semble indispensable de situer dans un premier temps leur contexte d'exercice. Tout d'abord en décrivant la géographie de la province, qui conditionne le travail des sages-femmes par le climat et la superficie du territoire; ensuite en présentant la démographie, avec la répartition de la population ; et enfin en décrivant le système de santé québécois, particulièrement le réseau de périnatalité, pour situer les sages-femmes au milieu des différents intervenants de la santé périnatale.

I. Présentation de la Province

1. Géographie

Le Québec est l'une des dix provinces du Canada; il est situé à l'est du pays, dont la capitale administrative est la ville de Québec. La ville la plus grande est cependant Montréal. La province occupe 1 667 926 km²(soit trois fois la France), de la frontière nord des États-Unis aux mers Boréales. (cf. annexe n°1, Les régions administratives du Québec). Il y a trois grands types de climats: continental humide, au sud du 50^{ème} degré, subarctique, entre les 50^{ème} et 58^{ème} degrés et arctique, au-delà du 58^{ème} 1.

Le Québec est soumis sur toute sa superficie à un climat rigoureux, avec un hiver froid et enneigé la majeure partie de l'année même dans les régions situées plus au sud vers les États-Unis. Ces conditions vont influencer la répartition de la population sur l'ensemble du territoire ainsi que les différentes infrastructures: universités, bibliothèques, centres communautaires et centres hospitaliers qui vont être en grande majorité situés dans le sud de la province. Ainsi, en ce qui concerne les installations de santé, on aura une répartition de la majorité des structures médicales, hospitalières et centres spécialisés au niveau des pôles urbains, dans les zones climatiques plus clémentes et plus peuplées, c'est-à-dire situées sous le 50ème parallèle, et plus précisément dans les régions suivantes: Bas Saint Laurent, Capitale Nationale, Mauricie-Centre du Québec, région de Montréal, Lanaudière, sud de l'Outaouais, Montérégie, Estrie, et Chaudières-Appalaches. (cf. annexe n°2, Répartition des groupements de médecins de Famille/GMF)

Au sein de ces régions, on peut encore distinguer de façon plus précise deux types de répartition avec la ville et la Région (l'appellation de la Région est considérée alors comme la campagne). On compte cinq pôles urbains: Montréal et ses environs, Québec et ses environs, Trois Rivières, Sherbrooke et Gatineau. Le reste du territoire est considéré comme étant la Région. Les maisons de naissance, lieux de pratiques des sages femmes, sont réparties à proximité des pôles urbains, où se situent les centres hospitaliers de références. Il y a une exception, la maternité de Puvirnituk, qui se situe dans le grand nord, seul hôpital où travaillent des sages-femmes. En effet, le centre de naissance est intégré au seul centre hospitalier de la région. En intégrant cette dernière maternité, on dénombre 11 maisons de naissance dans toute la province du Québec. (cf. annexes n°3 et n°3 bis, Répartition des maisons de naissance)

2. La démographie

- Une population concentrée dans les villes².

Le Québec compte 7.7 millions d'habitants. Pour comparer avec notre pays, il y a 7 fois moins d'habitants pour une superficie trois fois plus grande, soit une densité de population de 4.8 habitants au km² (en France, on compte 93 habitants au Km²). Mais la population est répartie de façon très inégale sur l'ensemble de la province, avec une très forte concentration dans les villes (qui regroupent 80% de la population) et particulièrement dans la région de Montréal. En effet, 4.4 millions de personnes y sont regroupées: la densité de population est de 10 000 habitants au km². Viennent ensuite les agglomérations urbaines citées plus haut soit la ville de Québec et ses environs (Capitale Nationale) avec une densité de population identique et 491 140 habitants, Gatineau (Outaouais) avec 228 052 habitants, Sherbrooke (Estrie) avec 159 751 habitants, et Trois Rivières (Mauricie Centre du Québec) avec 129 000 habitants. Les campagnes sont donc désertées avec une densité de population proche de zéro.

En ce qui concerne les naissances, en 2007, l'Institut de la Statistique du Québec en a dénombré 84 200, soit 10.9 accouchements pour 1000 femmes³(cf. annexe n°4, La répartition de la population au Québec). Le nombre de naissances par région suit logiquement la répartition de la population avec la région de Montréal au premier rang (22 425 naissances)⁴. Il y a peu de naissances pour compenser le vieillissement de la population qui ne cesse de s'accroître au Québec, phénomène commun à toutes les populations occidentales.

Finalement, les sages-femmes sont contraintes d'exercer dans un territoire restreint, du fait de la répartition de la population, majoritaire dans le sud, et du fait de la disposition des structures médicales d'urgence, réparties autour des grandes villes.

- Particularités : nations autochtones⁵

Les Nations Autochtones ou Premières Nations constituent 1% de la population totale et sont regroupées à l'intérieur de réserves indiennes où elles vivent isolées du reste des habitants de la province. Plus de la moitié de la population autochtone a moins de 30 ans. Les réglementations et les lois qui régissent ces nations sont propres aux réserves et n'ont pas cours en dehors de ces cadres particuliers. On recense dix nations amérindiennes, réparties sur 55 réserves différentes, réparties du nord au sud surtout en Région et une nation inuit, répartie sur 14 villages au nord du Québec (cf. annexe n°5, Les Premières Nations). Le système de santé autour de ces réserves s'est adapté au contexte qui y règne: fort taux d'alcoolisme et de toxicomanie, grand isolement social et, pour la plupart, isolement géographique. Ne correspondant pas au modèle classique de la pratique des sages-femmes, il ne sera détaillé que brièvement.

II. Constitution du réseau périnatal

La description du réseau périnatal passe par une description de l'organisation du système de santé, son financement (assurance maladie, fonds privés) et la hiérarchisation de ses établissements. Plus largement, cela va permettre de situer à quel niveau s'établit la pratique des sages-femmes. Chaque province du Canada possède sa propre organisation du système de santé. Au Québec, le ministère d'administration de la santé et des services sociaux a été créé en 1971 (« Loi sur les systèmes de santé et des services sociaux »), avec pour but le maintien et l'amélioration du bien être de la population québécoise. Les institutions de santé sont, depuis cette date, regroupées au sein d'une structure administrative particulière qui définit les grands principes et objectifs du système de santé, et régit le financement de ces structures.

- Principes et financement du système de santé⁶.

Le système sanitaire et social du Québec a pour principes directeurs depuis sa création l'universalité et l'équité. C'est à dire que chaque personne doit avoir un libre accès aux soins, et sans discrimination. Il s'agit d'une des missions du service public de

santé qui doit s'assurer du respect de ce principe à chaque niveau de prise en charge. Pour satisfaire à ces règles et pour parvenir à une amélioration de la santé, physique, mentale et sociale des individus, les objectifs du système de santé sont constamment réévalués, avec la création de nouveaux programmes et orientations.

Dans la même optique d'universalité, la gestion du système de soins est effectuée au sein d'une administration publique et son financement provient également majoritairement de fonds publics (prélèvements fiscaux : cotisations, taxes à la consommation et au revenu). L'état agit donc comme principal assureur et administrateur de la gamme des services de santé. Cela aboutit à une répartition équitable, dans la société, du financement des dépenses liées aux risques de maladie et de handicap. On retrouve donc deux branches de l'assurance maladie financées par l'état :

- le régime d'assurance hospitalisation
- le régime d'assurance maladie

Ces deux régimes publics universels permettent à l'ensemble de la population des services hospitaliers et médicaux gratuits. Ils couvrent toute personne apportant une preuve de résidence au Québec, salariée ou non. Il y a quelques années, un troisième régime universel d'assurance maladie, mixte celui-ci, est venu compléter les deux premiers. Il s'agit du Régime Général d'Assurance Médicament, fondé sur un partenariat entre l'état et les assureurs privés (équivalent de nos assurances complémentaires). Il faut être salarié pour bénéficier de ce troisième volet. Ces trois régimes constituent aujourd'hui l'ensemble de la couverture médicale de la société Québécoise. Toutes les dépenses relatives à la grossesse, l'accouchement et les soins post-nataux à la mère et à l'enfant sont pris en charge à 100% par les deux régimes publics universels.

•L'organisation des services: les paliers de gestion ⁷

La gestion du système des services de santé repose sur trois paliers de gouvernance et le regroupement en réseaux d'établissements complémentaires. Elle se fait au niveau central, régional et local.

-Le palier central est provincial, représenté par le ministère de la santé et des services sociaux. Il établit les politiques socio-sanitaires et évalue les résultats en fonctions des

objectifs fixés. Il a également pour mission la planification, le financement et l'allocation des ressources financières. Pour illustrer son rôle c'est ce ministère qui établit les compétences allouées aux sages femmes et leur cadre d'exercice ainsi que son financement.

-Le palier régional est représenté par les agences de la santé et des services sociaux. Il gère la coordination des services à l'échelle des territoires, en assurant le financement des établissements de santé (subventions et budgets alloués), et en fixant les orientations et les priorités de santé publiques de chaque région. Il veille également au respect par ses services des droits des usagers et de la sécurité de leurs prestations. Il s'agit par exemple de veiller au respect des bonnes pratiques professionnelles.

-Le palier local est représenté par les réseaux des services de santé et des services sociaux /RSSS. C'est à l'échelle locale qu'est regroupé l'ensemble des partenaires de santé comme les sages-femmes et les médecins de famille, intégrés ou non au sein d'établissements en réseaux. Au cœur de ces services locaux se situent les Centres de Santé et de Services Sociaux/CSSS, qui représentent l'assise de l'ensemble des services offerts. Chacun des 95 territoires locaux (également appelés territoires de CSSS) du Québec comptent un CSSS. Ils permettent l'accès à des services de première ligne (soit de premier niveau) avec prise en charge, suivi et coordination des services à disposition de la population; ils donnent également la possibilité à la personne d'accéder à des services de deuxième et troisième ligne si l'état de santé du patient le nécessite.

Ces centres locaux regroupent différents établissements : centres hospitaliers/CH, centres d'hébergements et de soins de longue durée/CHSLD (services aux personnes âgées), centres de réadaptations (CR, services pour les handicaps, dépendances et déficiences physiques), et centres locaux de santé communautaires (CLSC). D'autres partenaires sont rattachés au CSSS: groupements de médecine familiale/GMF, cabinets et clinique privés, pharmacies communautaires, etc.

→ Organigramme type d'un CSSS⁸



En ce qui concerne la prise en charge de la santé périnatale, les établissements qui nous intéressent sont les cabinets et cliniques privées, GMF, CH et CLSC. Les sages femmes se situent dans les maisons de naissances, rattachées aux CLSC. Les services de la périnatalité sont hiérarchisés et se divisent en soins de première, deuxième et troisième ligne avec une distribution des compétences qui est semblable à celle de la France. Les rôles des professionnels de chaque établissement y sont détaillés également.

3. Les niveaux et la place des différents intervenants

a) Les établissements de première ligne⁹

Ces services sont proposés au sein des cliniques et cabinets privés, des CLSC, les GMF, les centres hospitaliers de premier niveau et les lieux de pratique du métier de sage-femme (hôpitaux, maisons de naissance et domicile). Le suivi en maisons de

naissance et à domicile étant reconnu comme pratique officielle délivrée par les sages-femmes, les gestes réalisés y sont considérés comme soins de première ligne. Les hôpitaux privés font le suivi de grossesse mais la législation actuelle ne permet pas que l'accouchement y soit réalisé. Tous ces établissements sont compétents pour la surveillance des grossesses, des accouchements et des suites de couches normales, au moyen d'examens cliniques, de tests sanguins et autres examens diagnostiques et de dépistage. Les lieux de premier niveau doivent pourvoir à une prise en charge appropriée et éventuellement un transfert vers les établissements adéquats s'il y a survenue de complications. Ils sont capables d'assurer les premiers soins et la réanimation d'urgence pour la mère et le nouveau-né. De façon générale, les services de première ligne sont considérés comme la « porte d'entrée » du réseau de soins et de services de santé et doivent être accessibles dans chacune des régions.

Plusieurs intervenants prennent place dans ces structures: la sage-femme, mais aussi le médecin de famille et le gynécologue-obstétricien (davantage en cabinet privé qu'en centre hospitalier). A ceux-ci s'ajoute l'infirmière (qu'on retrouvera également aux autres niveaux de prise en charge), sans formation complémentaire en obstétrique, et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

- La sage-femme est compétente pour suivre la grossesse dans son intégralité, superviser un accouchement et suivre la femme et l'enfant dans les six semaines qui suivent la naissance tant que la situation est physiologique. Elle peut suivre certaines situations à risque en partenariat avec le médecin spécialiste (diabète gestationnel sous régime par exemple). Les situations requérant un avis médical ou un transfert de soins sont réglementées. Ce principe d'orientation va être détaillé dans la partie sur la gestion du risque obstétrical. Elles sont employées exclusivement dans les maisons de naissance rattachées à un CLSC¹⁰. Elles peuvent réaliser l'accouchement en maison de naissance, à domicile ou dans les centres hospitaliers de référence. En effet, chaque maison de naissance a un accord avec un hôpital référent.
- Le médecin de famille suit principalement la grossesse normale sans complications. Il peut suivre les grossesses à risques en partenariat avec le médecin spécialiste. Il peut faire des gardes dans les hôpitaux publics et y pratiquer l'accouchement. Il peut faire le suivi de la mère et de l'enfant après la naissance et à long terme¹⁰.

- Le gynécologue-obstétricien suit parfois les grossesses à bas risque essentiellement lorsqu'il exerce en cabinet privé. Il effectue les accouchements avec le médecin de famille en centre hospitalier de première ligne. Il a une place moindre à ce niveau de prise en charge puisqu'il surveille majoritairement les grossesses à risque élevé en service de deuxième et troisième ligne. Il fait le suivi gynécologique de la femme dans le post-partum et à long terme¹⁰. La spécialité de Gynécologie médicale n'existe pas au Québec.
- L'infirmière assure les cours de préparation à l'accouchement dans les CLSC, ainsi que la surveillance des parturientes dans les salles de naissance des hôpitaux (pose de monitoring, prise des constantes, prélèvements sanguins... Elle n'a pas le droit de réaliser les touchers vaginaux). Elle n'a pas de rôle décisionnel dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement; elle exécute les prescriptions des médecins¹⁰.
- L'infirmière praticienne de soins de première ligne existe depuis 2007. Elle peut suivre les grossesses normales jusqu'à 32 semaines de gestation. Elle est sous la responsabilité d'un médecin de famille qui prend le relais quand les compétences de l'infirmière prennent fin¹⁰. Elle peut exécuter les soins médicaux de première ligne pour la mère et l'enfant à long terme (suivi du poids du bébé, vaccination, missions de préventions). Elle exerce principalement dans les CLSC.

b) Les établissements de deuxième ligne ⁹

Il s'agit des centres hospitaliers de deuxième ligne ou centres spécialisés, plus souvent représentés au niveau régional que local (on ne retrouve des centres spécialisés que dans quelques territoires locaux, notamment autour de Montréal, de Québec, Sherbrooke, Trois Rivières). Les services délivrés englobent ceux de première ligne auxquels s'ajoutent la surveillance de la mère présentant des pathologies gravidiques ou préexistantes à la grossesse, la surveillance du fœtus avec monitoring et l'échographie. Ces CH prennent en charge les complications de grossesse, comme la toxémie gravidique ou la rupture prématurée des membranes à partir de 32 semaines d'aménorrhée dans les services de grossesses à haut risque, dites clinique de GARE (grossesses à risques élevées). Ils possèdent également un service de néonatalogie. On les retrouve dans les pôles urbains primaires et secondaires. La surveillance de la grossesse est réalisée par le gynécologue obstétricien exclusivement.

C'est l'infirmière qui assure la surveillance générale de la femme en salle de naissance et dans les services d'hospitalisation (grossesses à risque dès 32 SA et suites de couches). Comme en première ligne, elle pose le monitoring, effectue les bilans sanguins en se référant aux indications des médecins.

c) Les établissements de troisième ligne ⁹

Il s'agit de centres ultra-spécialisés, qui assurent la prise en charge de la prématurité et des complications de la grossesse à moins de 32 semaines d'aménorrhée, dans les cliniques de GARE. Ces centres hospitaliers disposent d'un service de réanimation néonatale (prise en charge des malformations congénitales graves, des maladies systémiques et grande prématurité). Ces centres sont situés exclusivement dans les pôles urbains primaires. Comme en soins de deuxième ligne, le gynécologue-obstétricien est responsable du suivi de grossesse. L'infirmière y exerce également en salle de naissance, en suites de couches et en clinique de GARE, toujours en exécutant les prescriptions du médecin. Il existe également des infirmières spécialisées en néonatalogie pour les services de réanimation, de soins intensifs, et de néonatalogie. Seulement deux régions du Québec (région de Montréal et Capitale Nationale) proposent un service de chirurgie pédiatrique, également dans ces établissements de troisième ligne.

Un des grands objectifs de la politique de périnatalité 2008-2018 de la province est d'améliorer cette organisation hiérarchique afin de pouvoir offrir « le bon service, au bon moment, par la bonne personne »¹¹ pour permettre une prise en charge optimale de la femme enceinte et du nourrisson. Ceci passe par une optimisation de l'accès aux services de première ligne et par là même à un développement de la pratique de la profession de sage-femme. Celles-ci jouent en effet un rôle majeur dans l'éducation à la santé, dans la prévention et le dépistage. Leur développement est d'autant plus important que l'accès à un médecin (généraliste et spécialiste) est de plus en plus difficile (il y a 8000 généralistes et 400 spécialistes répartis majoritairement dans le sud pour toutes la population). Dans cet ensemble hiérarchisé, les sages-femmes du Québec exercent exclusivement dans les maisons de naissance. On retrouve ces établissements principalement autour des grands pôles urbains, ceci pour des raisons démographiques et pratiques, soit l'existence d'un centre hospitalier à proximité. Ces maisons de naissance font partie intégrante du réseau de soins de première ligne par leur

attachement aux CLSC, et ont donc une mission de prévention et d'orientation vers des soins adaptés si la situation le nécessite.

4. La politique de prise en charge et les résultats.

L'originalité de la pratique des sages-femmes au Québec prend sa source également dans la politique de prise en charge, définie par la politique de périnatalité. Dans la partie suivante, seront décrites les « Lignes Directrices », leur évolution au cours du temps, ainsi que les résultats qui en découlent. L'histoire des « Lignes Directrices » permet de comprendre la réapparition des sages-femmes dans le paysage obstétrical du Québec et le cadre particulier de leur pratique. La nouvelle politique de périnatalité 2008-2018, décrite dans la deuxième partie, confirme la présence des sages-femmes parmi les professionnels de santé en obstétrique avec la volonté d'augmenter le nombre de maisons de naissances.

a) Evolution des politiques de périnatalité et les chiffres

Dans les années 60, malgré un taux de natalité assez élevé (15.5 naissances pour mille femmes), le Québec possède les plus mauvais taux de morbidité et de mortalité périnatale. En effet, on constate que la mortalité néonatale concerne 2% des naissances depuis les années 50; de même, le taux de mortinaissance (enfants mort-nés) tourne autour de 1% des naissances¹². La mortalité infantile (la mortalité chez les enfants de six semaines de vie à un an), quant à elle, représente 6% des enfants nés vivants, malgré les progrès médicaux¹³. Le manque d'organisation des services et l'absence d'information et de prévention sont jugés responsables de cette hécatombe. Dans les autres pays du monde occidental, qui ont mis en place une diffusion des mesures d'hygiène et une prévention des maladies infectieuses, l'ensemble de la mortalité périnatale et infantile tourne autour de 1.6%.

Ainsi, en 1973 le ministère de la santé du Québec décide de mettre en place sa première politique de périnatalité. L'objectif premier de cette politique est d'améliorer la santé maternelle et infantile par:

- La réorganisation des services obstétricaux
- La hiérarchisation des centres hospitaliers (établir des niveaux de prise en charge)
- L'amélioration de la qualité des soins (organisation de la recherche)

– Le travail d'information et de prévention auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères (dans cette optique, un livret informatif sur la naissance et les besoins de l'enfant sera distribué à toutes les femmes enceintes)¹².

Cette politique sera un succès car dans les années 80, le Québec possède des taux parmi les meilleurs du monde : la mortalité infantile s'élève à 7.4 pour mille enfants nés vivants en 1981, pour un taux de natalité légèrement inférieur à celui de 1960 (15 naissances pour mille femmes). De même, on observe un taux de mortinaissance et de mortalité néonatale qui diminue fortement: ils sont respectivement en 1981 à 5.5 pour mille et à 9.8 pour mille¹⁴.

Cette réussite se paie néanmoins: en 1980, il y a 19.3% de césariennes et 75% d'épisiotomie. Il y a 22% d'extractions instrumentales sur la totalité des accouchements (20.9% pour le forceps, et 0.9 % pour la ventouse). Ce taux d'interventions obstétricales est jugé trop élevé par le ministère de la santé. A titre de comparaison, en France à la même époque, 10.9% des accouchements se font par césarienne; le recours à l'épisiotomie se fait dans 50% des accouchements voie basse; il y a 11.4% d'extraction instrumentales parmi les accouchements par voie vaginale¹⁵.

Devant ce constat, le gouvernement voudrait plus d'efficience dans ces pratiques qui occasionnent des coûts. Ce recours aux interventions est jugé d'autant plus excessif par les autorités compétentes que le taux d'enfants de petit poids et de prématurité ne diminue pas. Le premier s'élève à environ 7% des naissances dans les années 70 et ne diminue que très légèrement en 1981 avec un taux de 6.4 %. La prématurité concernait 7% des naissances également à la même période et descend à seulement 6.5% en 1981¹⁶.

Parallèlement, on voit apparaître des mouvements de protestation de la part des usagers (création de groupements communautaires comme l'association Naissance-Renaissance, pour l'humanisation de l'accouchement, qui agira comme groupe de pression auprès du gouvernement). L'arrivée de nouvelles techniques, comme le monitoring fœtal, l'échographie, l'analgésie péridurale, etc. a amélioré et modifié profondément la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, diminuant ainsi la morbidité et la mortalité périnatale. Mais cette technologie est mal perçue par les futures mères, qui se sentent exclues des soins et victimes d'une «maladie» d'un nouveau genre. Elles déplorent

l'hyper-médicalisation de cet événement qu'elles considèrent comme naturel et familial: la surveillance médicale a pris la place de tout accompagnement humain¹⁷.

De ces deux constats, naissent en 1980 les colloques « accoucher ou se faire accoucher », organisés par le Ministère des Affaires Sociales et l'Association de la Santé Publique du Québec (l'ASPQ, organisme gouvernementale). Ces colloques ont réuni plus de 10 000 personnes de l'ensemble du Québec contestant la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Les usagers et même certains intervenants réclament plus de naturel et d'humanité dans les soins. Les colloques laisseront ensuite la place dans les années 90 aux Journées Annuelles de Périnatalité, partageant les mêmes objectifs: ils revendiquent plus de physiologie et d'humanisation dans la prise en charge obstétricale. Ces deux mouvements de protestation réclament par conséquent la réhabilitation de la profession de sage-femme¹².

Toutes ces interventions permettront une révision des lignes directrices de la politique de périnatalité: un premier travail aura lieu au niveau pancanadien en 1987 avec l'écriture des « soins à la mère et à l'enfant dans une perspective familiale ». Ces « Lignes Directrices », qui définissent la philosophie de prise en charge, sont établies au niveau de l'état puis reprises par chaque province en fonction de son contexte propre. Le principe fondateur devient alors le respect de la physiologie. Les « Lignes Directrices » seront alors reprises dans la nouvelle politique de 1993¹⁶, qui représente l'aboutissement d'une analyse en profondeur des problématiques en périnatalité. Cette politique s'appuiera sur quatre grandes convictions:

- La grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques.
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle.
- Les mères et les pères sont compétents.
- Devenir et être parent fait appel à une solidarité et une responsabilité collective.

Des objectifs naissent de ces postulats:

- Centrer le système de services de santé et de services sociaux en périnatalité sur les besoins de soutien continu des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en fonction de leurs potentialités, de leurs attentes et de leurs particularités.
- Diminuer à moins de 5 % le taux de naissance prématurée dans toutes les régions du Québec (6,7 % en 1991).

- Diminuer à moins de 4 % le taux de naissance de poids inférieur à 2500 grammes dans toutes les régions du Québec (5,8 % en 1991).
- Diminuer les taux d'interventions obstétricales dans l'ensemble du Québec et dans chacune des régions; principalement, diminuer le taux de césariennes à 12 %
- 15 % des accouchements et diminuer le taux d'épisiotomie à 20 %; augmenter le recours à l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) pour toutes les femmes qui y sont admissibles.

Le principe directeur pour atteindre ces objectifs sera principalement la réorganisation des services pour la continuité des soins, axés sur les besoins des futurs parents. En même temps, le gouvernement autorise la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets pilotes alors qu'il réorganise son système de santé. Cette initiative naît de la demande du public, ainsi que d'une volonté du gouvernement d'agir davantage en amont des problèmes socio-sanitaires pour promouvoir la santé. Les sages femmes délivreront des soins de première ligne pour prévenir les situations à risques de complications obstétricales (dépistage des conduites à risques, prévention du tabagisme, alimentation saine, bonne hygiène dentaire) et donner une information adéquate. Au terme des projets pilotes, les sages-femmes seront légalisées définitivement et exerceront dans le cadre particulier des maisons de naissance. C'est une volonté des sages-femmes de rester dans cette petite structure, afin d'avoir un suivi des femmes personnalisé et favorisant la continuité des soins.

Mais globalement, la politique de 1993 sera décevante, car peu des objectifs fixés seront atteints¹⁶:

- Le taux de naissances prématurés passera de 6.7% en 1991 à 7.8% en 2003 sur la totalité des naissances.
- Le taux de naissances de bébés de petit poids restera quasiment stable, avec un taux de 5.8% en 1991 et de 5.7% en 2003 sur la totalité des enfants nés à terme.
- Après une baisse du taux de césarienne en 1991 (17.7%), ce dernier est en augmentation: il passe à 18.5% en 2001 et il continue de progresser car en 2003-2004, il atteint les 21.5%.
- Le recours à l'analgésie pendant l'accouchement est de plus en plus répandu. D'une utilisation rare dans les années 80, la péridurale fait maintenant partie de 52.1% des accouchements ayant lieu à l'hôpital en 2007 (56488 accouchements en hôpital en 2007), ce qui correspond à 35% de la totalité des naissances.

De plus, peu d'initiatives ont été prises de la part du ministère pour se rapprocher des familles, identifier leurs besoins et répondre à leurs attentes. Les mesures instaurées pour favoriser la continuité des soins, comme la légalisation de la profession de sages-femmes, n'ont eu qu'un développement relatif et un impact pour le public d'autant plus limité (seulement 6 maisons de naissances expérimentées dans le sud de la province). Cependant, on note une diminution constante du recours à l'épisiotomie: même si on est encore loin de l'objectif des 20% d'épisiotomie sur tous les accouchements voie basse, on arrive en 2000-2001 à 30.1%, considérablement éloignés des 75% des années 80. On note également une diminution des interventions obstétricales (cf. tableau suivant).

Évolution de quelques interventions obstétricales lors des accouchements vaginaux, Québec 1982-1983 à 2000-2001				
	Épisiotomie	Forceps	Ventouses	Forceps et/ou ventouses
Année	%	%	%	%
1982-1983	72,2	20,1	0,9	21,0
1986-1987	66,9	13,9	4,1	17,8
1991-1992	56,7	8,4	9,2	16,9
1992-1993	52,5	7,9	9,4	16,5
1993-1994	48,0	7,3	9,5	16,0
1994-1995	43,0	6,5	10,1	16,0
1995-1996	38,6	6,0	10,5	15,9
1996-1997	36,1	5,3	10,8	15,6
1997-1998	34,8	5,1	11,5	16,1
1998-1999	33,6	5,1	11,6	16,3
1999-2000	31,8	5,3	11,1	16,1
2000-2001	30,1	5,2	11,1	16,1

Notes :

Taux calculé pour 100 accouchements vaginaux.

Le fichier MED-ÉCHO comprend les accouchements survenus dans un établissement québécois.

Il exclut les accouchements à domicile ou en maison de naissance.

Source :

Fichier MED-ÉCHO.

Calculs de la Direction de la gestion de l'information, DGPSEGI, MSSS.

Dernière mise à jour : 29 avril 2002.

Enfin, le taux d'AVAC (accouchement vaginal après césarienne) est passé de 1.5% des femmes en 1981-1982, à 33.7% en 2000-2001¹⁸.

L'évolution de ces chiffres est cependant à analyser avec précaution. Ils ne permettent pas de juger favorablement ou non les mesures de 1993. En effet, la population a considérablement changé au cours des années. Les femmes ont le plus souvent leur

enfant autour de 33 ans, ce qui d'une part augmente les risques de complications obstétricales; d'autre part, cela augmente le recours à la procréation assistée et le nombre de grossesses multiple qui en découle. Par ailleurs, le nombre de naissances a fortement diminué (le taux de natalité est passé de 15 pour mille en 1981 à 10 pour mille en 2001), changeant le rapport de la société face à la maternité, considérée comme plus précieuse. Ceci peut jouer en faveur de l'augmentation de la prématurité et des césariennes.

En 1993, des initiatives ont également été prises pour augmenter la proportion d'enfants allaités: le Québec a le taux le plus faible d'allaitement par rapport au reste du Canada: 60% des enfants sont allaités le premier mois au Québec par rapport à 79% dans l'ensemble du pays. 42% sont encore allaités à 2 mois et 28% à 6 mois au Québec, contre 60% et 30% dans le reste du Canada. Ainsi, un groupe en faveur de l'allaitement est créé en 1999: ses membres proviennent de groupes d'humanisation de la naissance, de groupe de soutien de l'allaitement maternel, et de l'association pour la santé publique du Québec. Cette initiative est renforcée en 2001 quand le MSSS établit un cadre général d'intervention:

- Favoriser la formation du personnel soignant en matière d'allaitement maternel.
- Faire la promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes enceintes.
- Encourager la création d'associations pour la promotion de l'allaitement maternel et de conseils aux mères.
- Favoriser l'allaitement à la demande de l'enfant.
- Favoriser la mise au sein dans la première demi-heure de vie de l'enfant.
- Laisser l'enfant 24h par jour avec sa mère.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucun substitut artificiel, ni tétine.
- Interdire la promotion de l'allaitement artificiel dans les maternités
- Aider les mères à allaiter et à entretenir la lactation lorsqu'elles se trouvent séparées de leur enfant¹⁹.

Ces mesures seront globalement suivies par la majorité des maternités et on constate qu'en 2005-2006, l'allaitement maternel pendant le premier mois atteint les 85% pour tous les accouchements, en centre hospitalier ou maison de naissance. 67% de ces enfants sont encore allaités à deux mois, et 47% à six mois²⁰.

Ainsi, la politique de 1993 qui se voulait novatrice et visionnaire a permis l'autorisation légale et le développement de la pratique de sage-femme, le soutien de

l'allaitement maternel, ainsi qu'une certaine amélioration des soins, pour une plus grande efficience des interventions obstétricales. Mais ces succès ne sont que relatifs, car la profession de sage-femme reste à ce jour encore limitée: le nombre de maison de naissance est très restreint. La diminution du recours à certaines interventions obstétricales n'est pas à la hauteur des souhaits émis par les usagers. On assisterait plutôt à une humanisation de la médicalisation. De plus, les mesures apportées n'ont pas permis l'amélioration du taux de prématurés. Le nombre de nouveau-nés de faible poids ne s'est pas non plus amélioré, ce qui peut être dû à une carence au niveau de la prise en charge primaire: défaut de diffusion de l'information et de promotion de la santé (alimentation, méfaits du tabac chez la femme enceinte), ou information mal adaptée aux populations à risques. On constate également que les « Lignes Directrices » n'ont pas permis d'obtenir des services de santé avec continuité des soins identiques pour tous (disparités régionales et entre les différentes classes sociales). Cet échec peut être attribué à un défaut d'évaluation des dispositifs mis en place et de leurs effets.

Pour le ministère de la santé des efforts sont donc encore à déployer. Ce bilan a abouti à la rédaction de la politique de périnatalité 2008-2018. Après être intervenu sur le système de santé et d'établissement de soins, il va s'agir d'intervenir auprès de l'utilisateur et des déterminants de sa santé : pour la nouvelle politique de périnatalité, l'accent sera davantage mis sur la prévention et la promotion de la santé et l'information (la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, promotion d'une alimentation saine, et l'information des femmes enceintes et de leur famille, sur les différentes possibilités de prise en charge et les examens possibles durant la grossesse). Des travaux vont être réalisés pour toujours améliorer la qualité des soins et des services, axés sur les besoins et l'écoute des personnes. Des mesures vont être mises en place pour améliorer la continuité des services.

b) Les nouvelles « Lignes Directrices »

La nouvelle politique québécoise conserve les principes de respect de la physiologie et de responsabilité personnelle: la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques. Par exemple, devant l'augmentation du recours à l'anesthésie péridurale (35% de la totalité de naissances), la politique confirme son orientation vers le respect de la physiologie et le recours pertinent à la médicalisation¹¹. Elle prévoit pour cela d'améliorer encore l'organisation des services, d'orienter la formation des professionnels et la recherche pour privilégier l'accouchement physiologique naturel.

Un accouchement est considéré naturel lorsqu'il s'accompagne de peu ou même d'aucune intervention humaine. Cette définition diffère de celle de l'accouchement normal (qui correspond à l'accouchement voie basse sans extraction instrumentale), qui peut être déclenché, dirigé avec une perfusion d'oxytocine, comprendre un monitoring électronique continu, et une anesthésie péridurale²¹.

Par ailleurs, les parents sont compétents (« empowerment » des parents); le suivi se base sur la prévention et la responsabilité de la personne. Au Québec on ne parle d'ailleurs pas de patient mais de client. Au-delà du caractère commercial qui ressort de ce qualificatif, ce terme illustre le rapport de la personne face aux soins et aux professionnels : elle est active dans ces soins, prends des décisions éclairées sur sa santé et est en droit d'attendre un service.

Enfin, la politique de périnatalité insiste toujours sur l'importance d'une intervention médicale pertinente, humaine et sécurisée, qui ne doit pas être systématisée. La prise en charge sera basée sur la prévention des facteurs de risques par une information adaptée à la femme, le couple et à son milieu, et la responsabilisation des personnes suivies (empowerment). Les caractéristiques du suivi découlent donc directement de ces principes avec ¹¹:

- Suivi prénatal axé sur la normalité. La physiologie féminine normale est capable de s'adapter aux phénomènes de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.
- Le recours aux interventions obstétricales doit toujours être réfléchi et ne concerner que les cas qui le nécessitent (proscrire par exemple les césariennes de convenance).
- Amélioration de la continuité des soins: la continuité relationnelle doit être assurée, quelque soit le professionnel de suivi de la grossesse. Cette continuité pourrait être améliorée par des dispositions matérielles et une augmentation des effectifs. La profession de sage-femme notamment va être développée pour satisfaire aux besoins du continuum des services. Le ministère de la santé s'engage à impliquer pleinement la sage-femme dans les activités de santé publique et à faciliter les relations de partenariat avec les différents intervenants (hôpitaux, ambulances, médecins spécialistes).
- Hiérarchisation de la prise en charge: « le bon service au bon moment ». Ceci passe par la promotion des regroupements de médecins de famille (GMF) et de médecins spécialistes (GMS), l'amélioration la coordination entre les niveaux et de l'orientation vers les soins de différentes lignes en fonction des pathologies par un meilleur

dépistage. La grossesse et l'accouchement étant normaux à priori, les services de première ligne vont être développés.

➤L'accès à ces soins sera favorisé par l'augmentation des effectifs, notamment le développement de la profession de sage-femme avec la multiplication des maisons de naissance (ouverture de 13 maisons de naissance dans les prochaines années). Le développement de cette profession va de paire avec la volonté d'améliorer la continuité des soins. D'ici dix ans, le gouvernement souhaite que les sages-femmes suivent 10% des femmes enceintes (elles suivaient 1.6% des femmes en 2006 et 4% des femmes en 2007).

➤Sensibiliser les femmes enceintes à l'efficacité des soins de première ligne pour le suivi de grossesse (actuellement, la majorité des femmes s'oriente vers un gynécologue-obstétricien).

➤L'Avis de grossesse ou «déclaration de grossesse»: ce n'est pas une déclaration pour l'assurance maladie, mais un formulaire comprenant les principaux indicateurs de santé de la femme enceinte. Ce formulaire de santé est envoyé au CLSC qui informera par la suite la femme des services proposés en fonction de ses besoins et situation, et de ses attentes. L'avis a pour but de dépister les facteurs de risque spécifiques et les situations de vulnérabilité. Il n'est pour le moment en vigueur que dans certaines régions où l'Avis est expérimenté.

➤Améliorer l'information du public: ceci passe par l'accès facilité aux soins de première ligne mais également par des campagnes de prévention destinées au public. Le livret éducatif sur les besoins de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à deux ans continuera d'être diffusé avec un chapitre plus important sur le suivi de grossesse («Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères»). Ce guide a pour objectif de fournir aux parents les informations nécessaires pour une grossesse « en santé ».

D'autre part, le séjour en maternité est modifié: si la femme est suivie en milieu hospitalier, la durée d'hospitalisation après la naissance diminue. Le manque de personnel, les structures hospitalières surchargées entraînent une réduction du séjour à 48h pour un accouchement voie basse, sans complications pour la mère et l'enfant; il est réduit à 96h pour les femmes césariées, sans complications également. Les mesures de suivi à domicile vont donc être développées, pour assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né: un appel téléphonique par l'infirmière du CLSC de référence 24h après la sortie et une visite à

domicile 72h après le retour à domicile. Ces contacts devraient permettre la prévention de divers problèmes (dépression, maltraitance), le soutien à l'allaitement et la détection précoce de facteurs de risques¹¹.

En ce qui concerne la prématurité et les enfants de petit poids, les efforts vont concerner d'une part la prévention, et d'autre part la recherche: les causes de la prématurité et de l'insuffisance pondérale, la recherche pour améliorer la prise en charge et le développement de ces enfants pour diminuer les séquelles à long terme¹¹.

La politique de périnatalité va également s'adapter au nouveau visage de la parentalité. La conception ne concerne plus seulement l'acte sexuel entre deux conjoints hétérosexuels. Le recours aux techniques de procréation assistée continue d'augmenter, pour les couples infertiles mais aussi pour les couples homosexuels. Les questions de la reconnaissance de la parentalité et de l'accessibilité aux traitements, l'aspect éthique de la procréation assistée doivent être débattues. Les nouvelles « Lignes Directrices » vont aussi faire des recherches sur l'aspect éthique des nouvelles techniques de diagnostic anténatal et préimplantatoire, dont la pratique se généralise¹¹.

5. Les particularités du suivi obstétrical et périnatal

a) La gestion du risque obstétrical

On l'a vu, la gestion du risque passe par l'organisation en réseau des établissements de soins: les grossesses à bas risques doivent être suivies préférentiellement par des intervenants de première ligne. Une orientation en fonction des pathologies développées en cours de grossesse est effectuée vers un professionnel de deuxième ligne ou de troisième ligne selon les cas. Selon ce principe, les femmes présentant une pathologie préexistante à la grossesse (diabète insulino-dépendant, lupus...) sont orientées directement vers l'établissement adéquat. Il n'y a pas de liste de références, pour les médecins, pour les cas nécessitant un transfert vers une structure particulière. Les infirmières praticiennes de soins de première ligne n'ont pas non plus de législation concernant les transferts de soins mais elles doivent se référer à un protocole propre à chaque CLSC. Ce protocole est établi par les médecins responsables au sein du CLSC. L'obligation d'un protocole est fixée par la loi mais pas le contenu du protocole. Ce dernier fixe la liste des ordonnances (examens biologiques et médicaments) pouvant être effectuée par l'infirmière et il établit la liste des

cas où l'avis d'un médecin est nécessaire²². La seule liste d'indications de consultation ou de transfert vers un médecin fixée par la loi concerne la sage-femme. Il s'agit du « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » compris dans la loi sur les sages-femmes. (cf. annexe n°6, « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin »)

Cette liste est divisée en cinq parties : les antécédents de la patiente, le déroulement de la grossesse, le déroulement du travail et de l'accouchement, le post-partum et le suivi du nouveau-né. Chacune de ces parties spécifie les cas nécessitant un avis médical- cet avis peut aboutir à un transfert des soins, à un suivi conjoint avec la sage-femme et le médecin, ou à une poursuite du suivi par la sage-femme uniquement-, et les cas qui nécessitent un transfert des soins. La liste permet d'établir les contre-indications à un suivi en maison de naissance dès la prise de rendez-vous et à la première consultation: par exemple un antécédent de fausses couches spontanées répétées et tardives (le chiffre n'est pas fixé par le règlement), un diabète insulino-dépendant ou une hypertension préexistante à la grossesse impliquent un suivi par le gynécologue -obstétricien. En revanche, un antécédent de conisation du col, une malformation utérine ou un cancer pendant la grossesse impliquent obligatoirement une consultation médicale, sans toutefois un transfert des soins. Le risque obstétrical entraîné par ces pathologies est évalué par le médecin. Ce principe de consultation ou de transfert vers un médecin (gynécologue-obstétricien ou pédiatre pour le nouveau-né) se poursuit jusqu'à la sixième semaine du post-partum.

Cependant, la sage-femme fait en tout temps appel à son jugement clinique. Au delà de la référence à la liste, elle est capable de juger quelle situation requiert un avis chez un médecin: certains cas peuvent nécessiter une consultation sans être référencés dans le règlement. A l'inverse, les recommandations du médecin ne sont pas obligatoirement suivies: la sage-femme étant considérée comme une professionnelle indépendante, elle prend ses décisions de façon autonome. La loi l'autorise à ne pas suivre les recommandations médicales dans la mesure où les choix pris s'appuient sur une argumentation claire.

A noter que l'utérus cicatriciel ne présente pas une indication de consultation ou de transfert. Une femme ayant déjà eu une césarienne peut être suivie par une sage-femme pour un AVAC sans référence à un médecin. La sage-femme se réfère aux directives

cliniques émises par la Société des Obstétriciens Gynécologue du Canada (SOGC)²³ pour admettre une femme à un AVAC. L'accouchement est généralement prévu à l'hôpital, mais certaines maisons de naissance autorisent l'accouchement après césarienne dans leur établissement ou à domicile s'il est suffisamment proche de l'hôpital. Les maisons de naissance diffusent un texte explicatif contenant ces directives pour les femmes ayant déjà eu une césarienne.

Enfin, en maison de naissance, le choix éclairé des clientes, leur décision en ce qui concerne les soins sont mis particulièrement en avant et vont influencer sa prise en charge. Les femmes décident ou non de faire les examens ou les échographies proposées. De même, elles peuvent refuser une consultation médicale ou le transfert des soins, mais il y a certaines conditions: si la femme prend des décisions allant à l'encontre de sa santé malgré les recommandations de la sage-femme, cette dernière peut décider de ne pas poursuivre la prise en charge.

b) Les consultations et les examens anténataux.

Les consultations et les examens détaillés ci-dessous concernent le suivi de grossesse effectué par tous les praticiens. Les spécificités du suivi en maison de naissance seront explicitées dans la deuxième partie.

➤ Les consultations¹⁰

Une consultation classique comprend la mesure de la hauteur utérine, l'écoute des bruits du cœur, le contrôle du poids, une analyse d'urine (glycosurie et protéinurie sur bandelette) et la mesure de la tension artérielle. Le toucher vaginal n'est pas fait de manière systématique, seulement sur signes d'appel clinique.

La première consultation de suivi de grossesse peut avoir lieu vers 10-12 semaines d'aménorrhées (SA). La femme vient ensuite en consultation tous les mois de 12 à 30 SA, puis tous les 15 jours à partir de la 31-32 SA. Les consultations sont faites dans le lieu prévu pour l'accouchement à partir de 32 SA. Le suivi est hebdomadaire de 37 SA à l'accouchement. Une consultation a lieu le jour du terme, fixé à 40 SA, puis à une semaine (41 SA), et tous les 3 jours. Un monitoring et un test de Manning (test de réactivité fœtale) sont réalisés à cette occasion. Si le suivi est fait par un médecin, l'accouchement est déclenché à 41 SA ou au maximum à 41 SA + 3 jours. Dans le cas où la femme est suivie par une sage-femme, les consultations ont toutes lieu à la maison de naissance, sauf celles

de 41 SA et des jours suivants avec les tests complémentaires qui sont faites à l'hôpital de référence. L'accouchement peut être différé jusqu'à 42 SA, date limite du champ de pratique de la sage-femme pour la grossesse. Si la femme n'est toujours pas rentrée en travail, elle est transférée à un médecin pour un déclenchement.

→ Les examens¹⁰

La première consultation est consacrée au diagnostic de grossesse, avec rédaction du certificat de grossesse, à l'anamnèse de la patiente, aux examens cliniques et para-cliniques:

-Un examen clinique général est réalisé (auscultation cardio-pulmonaire, palpation de la thyroïde ...).

-Un examen gynécologique avec examen des seins est fait si ce dernier remonte à plus d'un an, de même qu'un PAP-test (frottis cervico-vaginal en milieu liquide, fait une fois par an au Québec). La recherche de gonorrhée et chlamydia est proposée systématiquement.

-Sérologies: syphilis, rubéole, HIV, hépatite B. La toxoplasmose n'est pas faite systématiquement en ville, la prévalence de l'infection au parasite étant faible. La recherche systématique de la toxoplasmose n'est faite qu'à la campagne.

-Numération de la formule sanguine pour s'assurer de l'absence d'anémie

-Une glycémie : à jeun ou aléatoire. Elle consiste à voir si la femme présente un risque de développer un diabète gestationnel. La mesure de cette glycémie fait partie des recommandations du SOGC²⁴.

-Une analyse cytobactériologique de l'urine.

-Typage du groupe sanguin: si le facteur Rhésus est négatif et celui du conjoint positif, une injection d'immunoglobuline anti-rhésus (Winrho, équivalent du Rhophylac) sera faite à 28 SA, et après la naissance en fonction du groupe Rhésus du nouveau-né.

Un « test de provocation du glucose » ou TPG, équivalent du test de O' Sullivan, est réalisé entre 24 et 28 SA. Si la glycémie mesurée après une heure est au dessus de la norme, le test HGPO (avec absorption de 100g de glucose) est réalisé. La prévention contre le streptocoque B peut être faite en fin de grossesse: deux stratégies sont envisagées, selon les recommandations de la SOGC. Il peut y avoir un prélèvement par écouvillonnage pour

la recherche de la bactérie ou antibioprophylaxie selon l'existence de facteurs de risque au moment de l'accouchement²⁵. Des études sont encore en cours pour déterminer quelle est la meilleure stratégie de prévention²⁶.

Le test de dépistage prénatal, ou double test, est également proposé, mais n'est pas remboursé par le régime général (parfois par les assurances privées). Toutes les autres analyses sont prises en charge par l'assurance maladie. Elles sont dites « de routine », c'est à dire qu'elles sont classiquement prescrites, mais elles ne sont pas obligatoires.

Une seule échographie est préconisée et non obligatoire entre 19 et 20 SA pour les grossesses normales. L'étude morphologique du fœtus et le repère de l'emplacement du placenta y sont réalisés. L'échographie de 12 semaines peut être réalisée pour demande de datation de la grossesse selon le contexte clinique; hors cette condition, elle n'est faite que si le test de dépistage prénatal est effectué pour la mesure de la clarté nucale. Il n'y a pas de mesure de la clarté nucale si le couple ne désire pas de dépistage sanguin. Celle de 32 SA est réalisée pour un contrôle de la croissance si nécessaire (toujours en fonction du contexte), ou pour le contrôle de la localisation du placenta (s'il est bas inséré à l'échographie de 19-20 SA). Les échographies sont prises en charges par l'assurance maladie.

c) Le suivi de grossesse à risque

Les femmes présentant une pathologie de grossesse (hypertension, pré-éclampsie, rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématurée) sont suivies dans les cliniques de Grossesses à Risque Elevées/GARE. Ces cliniques se situent dans les hôpitaux de deuxième et troisième ligne, et sont l'équivalent des services de Grossesses à Haut Risque en France. Les femmes peuvent y être hospitalisées dès 22 SA.

d) Le post-natal

Les soins aux nouveau-nés: les soins à la naissance comprennent l'administration de vitamine K et de collyre désinfectant (érythromycine). Leur administration est facultative. La vitamine K est injectée en intra- musculaire et a une efficacité de 4 mois. Le collyre est administré à la naissance et est efficace contre les infections à gonocoque et chlamydia. Un test de dépistage des maladies métaboliques ou PKU est réalisé à partir du troisième jour de vie par prise de sang. Il permet la recherche des pathologies suivantes: phénylcétonurie, tyrosinémie, hypothyroïdie, fibrose Kystique (= mucoviscidose). Ce test est complété par

un prélèvement urinaire effectué par les parents, pour le dépistage de neuroblastome notamment (recherche des métabolites de certains acides -aminés dans les urines).

Le congé maternité: il dure 18 semaines, et commence un mois et demi avant le terme. Le revenu de la femme enceinte est assuré par le régime québécois d'assurance parentale qui verse des indemnités à hauteur de 70% du salaire.

Ce congé peut être prolongé par le congé parental d'une durée de 52 semaines. Les 7 premières semaines sont rémunérées à 70% du salaire habituel, les 25 suivantes à 55%. Les 20 dernières semaines ne peuvent bénéficier d'indemnisation. Le père et la mère peuvent se partager la durée du congé parental. Ce congé est utilisé par 16% des hommes et 29% des femmes.

Le père peut bénéficier d'un congé de cinq jours à la naissance de l'enfant. Seulement deux jours sont rémunérés par l'employeur. A cela s'ajoute le congé paternité d'une durée de cinq semaines, qui peut être pris à n'importe quel moment dans la première année de l'enfant et qui est indemnisé par le régime québécois d'assurance parentale à hauteur de 70% du salaire²⁷.

DEUXIÈME PARTIE: LA PLACE DE LA SAGE-FEMME.

I. Les particularités de la profession au Québec

1. Historique

Le statut de la profession de sage-femme au Québec aujourd'hui découle directement de son histoire. Les premières sages-femmes font partie des premières vagues d'immigration en 1650. Ce sont des femmes de colons, de bourgeois et d'aristocrates, choisies par la communauté pour leur expérience de l'enfantement, leurs qualités intellectuelles et leur capacité à accompagner les femmes en couches. La reconnaissance de leur capacité de sage-femme n'est pas officielle, elles se font connaître par les liens de voisinage et le bouche à oreille.

La notion d'encadrement par l'état n'intervient que plus tard, une fois la colonie plus solidement implantée en Nouvelle France. En 1691, l'Ordonnance Criminelle divise en trois branches autonomes les champs de pratique de la médecine: les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes. Du XVIIIème à la première moitié du XIXème siècle, les sages-femmes sont organisées en réseau structuré et légal, et sont gardiennes de cet évènement familial: la naissance. Aussi bien en ville qu'à la campagne, les sages femmes exercent leur profession de façon autonome. Elles suivent des cours auprès des médecins.

Cette indépendance prend fin en 1847 avec la création du Collège des médecins, qui permet à cette profession de contrôler les sages-femmes. Leur exercice est alors restreint et il ne leur est pas permis de se regrouper en organisation professionnelle autonome. La profession s'éteint alors progressivement, pour disparaître presque entièrement dans les années 1960*.

Ce n'est que vers la fin des années 70 qu'elles sortent de l'oubli. Devant une augmentation de la technologie en maternité, les usagers demandent plus de physiologie. On constate alors que l'accouchement à la maison progresse: certaines dames refusent

* Exceptionnellement, de 1962 à 1972, une centaine de sages-femmes reçoivent leur formation à l'Hôpital du Saint-Sacrement, dans le cadre des programmes d'extension de l'Université Laval. Cette formation particulière est destinée à des religieuses missionnaires et à des infirmières orientées vers l'aide internationale. En dehors de ce cursus officiel, certaines sages-femmes continuent de se former sur le terrain de façon autodidacte, avec transmission du savoir de la sage-femme à son apprentie.

d'accoucher à l'hôpital, et font appel à d'autres femmes pour les accompagner à domicile. Certaines se forment elles-mêmes pour accompagner les femmes enceintes. Un véritable réseau se forme en marge du système de santé. Il n'y a ni encadrement, ni évaluation des pratiques, ni de données sur la protection de la santé des femmes et des nouveau-nés. On estime qu'environ 300 accouchements se déroulent à domicile en 1980 sur 97 498 naissances (0.3%). Ce phénomène et les réclamations des femmes aboutissent à la création de colloques « Accoucher ou se faire accoucher » organisés par le Ministère des Affaires Sociales et par l'Association Pour la Santé Publique du Québec. Les personnes rassemblées remettent en cause les soins obstétricaux au Québec et demandent la réactivation de la profession de sage-femme. Cette profession pourrait, selon eux, permettre un retour à la physiologie, et satisfaire à leur demande, à savoir davantage d'humanisation dans les soins¹².

Ces différents mouvements de pression porteront leur fruit en 1992: l'Assemblée Nationale du Québec adopte la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes. Le gouvernement met en place cette expérimentation alors qu'il souhaite diminuer les coûts du système de santé. L'expérimentation va consister à étudier la pratique des sages femmes (l'humanisation et la continuité des soins sont-elles assurées, l'utilisation des technologies obstétricales est-elle faite à bon escient ?) et à évaluer l'aspect sécuritaire de cette pratique (étude de la mortalité et de la morbidité maternelle, périnatale et néonatale qui découlera de l'expérimentation).

→ Les Projets Pilotes²⁸

Les sages-femmes sont regroupées en maison de naissance et y pratiquent l'accouchement. Elles sont dès lors considérées comme professionnelles autonomes, avec droit de prescriptions, sous contrat avec les CLSC, principaux organisateurs et financiers des Projets Pilotes. La profession va conserver ce statut d'autonomie après cette période d'expérimentation. Les sages-femmes ont une formation européenne ou sont autodidactes. Elles doivent passer un examen théorique et clinique pour être acceptées dans le programme des Projets Pilotes. (cf. annexe n°7, Les critères de compétences requis). Les projets pilotes vont durer 7 ans. Leur évaluation a été faite sur deux ans entre un groupe de mille femmes suivies par des médecins et un groupe de mille autres femmes suivies par des sages-femmes, avec des caractéristiques sociodémographiques et niveau de risque

obstétrical équivalent. Pour l'étude, les femmes qui ont subi un transfert de soins vers un médecin ont été conservées en tant que clientes de sages-femmes pour faciliter les comparaisons entre les deux groupes. Les cas de transferts ou de consultations ont été fixés par le « Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux », remplacé aujourd'hui par le « Règlement sur les cas nécessitant une consultation ou un transfert ». Plusieurs variables ont été retenues pour mesurer la santé et la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'étude:

- Pour l'enfant²⁸:

- âge gestationnel
- poids de naissance
- Apgar <7 à une, cinq et dix minutes
- ventilation
- présence de méconium dans les voies respiratoires supérieures
- hypotonie
- difficultés alimentaires
- convulsions
- traumatismes
- troubles respiratoires (tachypnée, besoin en oxygène >40%)
- transfert à l'unité de soins intensifs
- mortalité périnatale

L'accouchement prématuré, avant 37 SA, et les nouveau-nés de faible poids à la naissance (<2500g) ont été moins fréquents dans le groupe suivi par les sages-femmes: il y a eu dans leur groupe 2.9% de naissance prématuré et 1.7% de nouveau-nés de petits poids contre respectivement 6% et 3.3% dans le groupe suivi par les médecins ($p < 0.001$ pour les deux variables). Dans le groupe suivi par les sages-femmes la proportion d'enfants avec un Apgar < 7 à une minute est plus élevée (11% contre 7.7%, $p = 0.012$), résultat corrélé à un recours plus fréquent à la ventilation à la naissance dans ce même groupe (20.5% contre 13.1%, $p < 0.001$). La proportion d'enfants avec un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes n'est pas statistiquement différente. La différence statistique entre les deux groupes n'est pas significative en ce qui concerne l'hypotonie néonatale, l'aspiration suite à une inhalation méconiale, les difficultés alimentaires, les convulsions et la plupart des traumatismes. L'étude des traumatismes néonataux, ne met en évidence une différence significative que pour les ecchymoses : 3.4% pour les enfants nés avec une sage-femme contre 8.3% pour

ceux nés avec un médecin ($p < 0.001$). Cette différence a été rapprochée avec un recours aux interventions obstétricales moindre dans le premier groupe. Le taux de transfert d'enfants en unité de soins intensifs a été similaire dans les deux groupes: 3.6% d'enfants transférés chez les sages-femmes et 3.9% chez les médecins. Il faut cependant savoir que les nouveau-nés issus du groupe sage-femme ont été transférés en unité de soins intensifs, quelque soit la gravité de leur état. Il y a eu autant de décès néonataux dans les deux groupes de prise en charge (2 décès soit 0.2%). Il y a eu 8 enfants mort-nés (0.8%) dans le groupe suivi par les sages-femmes; ce taux n'a pu être comparé à celui des médecins: ce dernier n'a pas été communiqué pour des raisons administratives inconnues. Le conseil d'évaluation, après examen des 8 cas de mortinaissance, n'a pu établir un lien direct entre la prise en charge par la sage-femme et la survenue de ces huit évènements, et n'a pu conclure sur une éventuelle augmentation de la mortinaissance associée au suivi sage-femme.

- Pour la mère²⁸:

- traumatisme périnéal, vaginal, cervical
- pertes sanguines
- morbidity fébrile
- mode d'accouchement

La proportion de périnée intact était à peu près équivalente dans les groupes sages-femmes et médecin, soit respectivement 56.6% et 54.6%. La différence s'est faite essentiellement sur le taux d'épisiotomie et de déchirures. Les femmes suivies par les sages-femmes ont eu moins d'épisiotomies que celles suivies par les médecins: respectivement, il y a eu pour chacun des groupes un taux de 6.9% et 36.5% ($p < 0.001$). Cette différence peut être corrélée à un taux d'intervention obstétricale plus élevé dans le groupe de femmes suivies par les médecins. On note une tendance équivalente pour les déchirures du 2e, 3e et 4e degré:

- Déchirures du 2e degré : 20.4% pour le groupe des sages-femmes contre 28.5% pour le groupe des médecins ($p < 0.001$)
- Déchirures du 3e degré: 1.4% contre 4.7% ($p < 0.001$)
- Déchirure du 4e degré: 0.3% contre 1.3% ($p < 0.001$)

En ce qui concerne les déchirures du 1er degré, on constate la tendance inverse: on compte dans leur groupe 10.6% de ce type de déchirure contre 21.3% dans le groupe suivi par les

sages-femmes ($p < 0.001$). La distribution des pertes sanguines, avec prise en compte de différents degrés de sévérité, diffère peu entre les deux groupes:

-pertes sanguines $< 500\text{ml}$: 77.9% chez les sages-femmes contre 73.7% chez les médecins

-pertes sanguines entre 500 et 999ml: 18.3% contre 23.1%

-pertes sanguines $> 1000\text{ml}$: 3.8% contre 3.2% ($p = 0.045$)

De même, le recours à une transfusion est semblable dans les deux groupes et a été peu fréquent: 0.2% de transfusion de sang dans le groupe des sages-femmes et 0.4% chez les médecins. La proportion de femmes ayant eu de la fièvre est plus élevée chez les sages-femmes: 2.7% contre 0.5% chez les médecins ($p < 0.001$). Enfin, pour la dernière variable retenue par l'étude, le mode d'accouchement, le rapport a conclu que les femmes suivies par les sages-femmes avaient un risque moins important de subir une intervention obstétricale :

- Césariennes: 6% contre 13.2% pour les femmes suivies par les médecins. Si l'on exclut de l'analyse les femmes multipares ayant eu une césarienne antérieure, on arrive à un taux de 1.4% chez les sages-femmes, et un taux de 4% chez les médecins ($p < 0.001$).

- Ventouses: 1.7% contre 10.2% ($p < 0.001$).

- Forceps: 0.7% contre 1.4% ($p < 0.001$).

242 femmes du groupe des sages-femmes ont été transférées: 103 pendant la grossesse – dont 4 en urgences- 136 en per-partum, et 3 dans le post-partum. La cause des transferts urgents n'est pas précisée. Pendant la grossesse, la majorité des transferts a eu lieu pour terme dépassé, menace d'accouchement prématuré et rupture prématurée des membranes. En per-partum, les transferts ont eu lieu majoritairement pour rupture prolongée des membranes (supérieure à 24h) et suspicion de détresse fœtale. En post-natal, une femme a été transférée pour déchirure du 4e degré, et 2 autres femmes pour hémorragie de la délivrance.

●Les conclusions:

En prenant en compte les différents biais (biais de sélection des femmes, certains défauts d'appariements entre les deux groupes pouvant subsister), le rapport de l'évaluation des projets pilotes est arrivé aux conclusions suivantes:

- Il y a moins d'interventions obstétricales dans le groupe suivi par les sages-femmes, avec une utilisation moins fréquente des technologies obstétricales en période pré-natale et per-natale;

- Une diminution de la morbidité maternelle avec une réduction importante de la fréquence de l'accouchement difficile (par césarienne ou avec forceps) et une réduction importante des déchirures périnéales du 3e et 4e degré;
- Une diminution des nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance;
- Une proportion plus élevée d'Apgar faible à une minute avec un besoin augmenté de la ventilation au masque;
- Une morbidité néonatale identique dans les deux groupes.

L'humanisation et la continuité des soins²⁸ ont été étudiées à partir de questionnaires remplis pendant la période post-natal. Ces questionnaires ont été complétés par 93% des femmes suivies par les sages-femmes, et par 76% de celles suivies par les médecins. L'étude de ces questionnaires a été complétée par une recherche comparative, dont le taux de réponse au questionnaire sur l'humanisation et la continuité des soins est similaire (respectivement 91.9% et 78.2% pour les mêmes groupes). Ces questionnaires ont été enrichis par des entretiens avec des clientes des deux groupes.

Les critères retenus pour évaluer les soins ont été les suivants:

- Le respect;
- La chaleur humaine;
- Une information personnalisée et adaptée permettant de développer la confiance en soi;
- Une disponibilité du professionnel pour répondre aux besoins spécifiques de la cliente; plus particulièrement, cela signifie que la cliente considère qu'on s'adapte à elle, et non pas qu'elle doive s'adapter à la ressource professionnelle;
- Une participation aux décisions (ce qui implique une information complète et adéquate, et le consentement éclairé);
- Un soutien qui renforce les compétences personnelles;
- La sécurité;
- La pertinence des interventions.

Les résultats obtenus ne sont pas catégoriques: globalement, les deux clientèles se disent satisfaites des soins reçus. Cependant, les clientes des sages-femmes répondent plus souvent de façon plus positive, et les marqueurs d'humanisation et de continuité sont observés aussi plus souvent. Mais il a été constaté également que les deux clientèles avaient des attentes différentes par rapport au système de santé, ce qui peut fausser les résultats de l'étude.

Le dernier point à avoir été étudié fut la différence dans les coûts entre les deux modes de prise en charge²⁸. Pour le rapport d'évaluation, les analystes ont effectué deux observations:

- La comparaison entre les coûts directs: les honoraires des médecins et des sages-femmes (dépenses engagées par le ministère de la santé et des services sociaux), les frais relatifs à l'hospitalisation, aux médicaments et aux interventions obstétricales (dépenses engagées par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec), et enfin les frais engagés par les clientes directement (dépenses non prises en charge par l'assurance maladie: médecine alternative, médicaments non remboursés).
- La mesure du ratio coûts engagés versus efficacité obtenue pour la santé des femmes et des nouveau-nés.

Les analyses ont été faites à partir des dossiers médicaux, de questionnaires post-natals et des données de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. On a fait les constats suivants:

- Les honoraires des sages-femmes sont trois fois moins élevés que les honoraires des médecins: respectivement 342\$ de rémunération pour une grossesse contre 945\$.
- Les coûts relatifs aux services de santé (hospitalisations, médicaments...) sont plus élevés chez les clientes des médecins que chez celles des sages-femmes: respectivement 1846\$ contre 1699\$ pour une grossesse.
- Les coûts assumés par la femme sont plus importants chez les clientes des sages-femmes: elles ont dépensé en moyenne 253\$ contre 228\$ pour les clientes des médecins.

On arrive finalement à un coût global de 24% moins important pour un suivi chez une sage-femme comparativement à un suivi chez un médecin. Dans la même optique, le calcul du ratio coût-efficacité a montré que le suivi sage-femme permettait de meilleurs résultats en ce qui concerne les césariennes, les déchirures de 3ème et 4ème degré et le poids de naissance pour des dépenses moindres. Le point négatif a été d'obtenir un plus mauvais résultat en ce qui concerne les ventilations prolongées des nouveau-nés pour un coût de prise en charge équivalent. Ainsi, on a remarqué que la pratique des sages-femmes peut entraîner des économies substantielles sur les coûts de la santé.

Après ce rapport d'évaluation, le ministère de la santé décide d'accréditer la pratique de la sage-femme au Québec. Même si certains résultats sont mitigés (l'humanisation des soins n'a pas la faveur d'un des deux groupes et la question d'une amélioration de la prise

en charge néonatale dans le suivi sage-femme reste encore en suspens), le suivi en maison de naissance semble diminuer la morbidité maternelle en réduisant le recours aux interventions obstétricales. De plus, cette constatation est associée à une diminution importante du coût du suivi de grossesse. La profession de sage-femme est donc officiellement reconnue le 1er juin 1999 suite aux projets pilotes: les résultats des évaluations confirment que la pratique des sages-femmes est sûre et satisfait aux exigences de la Loi²⁹.

La définition de la profession retenue est la définition internationale de la sage-femme (cf. annexe n°8, La définition internationale de la sage-femme), et le champ de compétences est le même que celui établi par la Communauté Economique Européenne. Le Québec peut maintenant proposer son propre programme de formation de sage-femme. Il est établi à l'Université du Québec à Trois Rivières (UQTR) et correspond à une formation de premier cycle universitaire.

2. La philosophie

La philosophie constitue l'engagement de la profession envers les femmes et leur famille. Elle conditionne toute la formation et l'exercice des sages-femmes. L'inscription à l'Ordre implique le respect de la philosophie. Le texte qui suit a été adopté par les membres du bureau de l'ordre des sages-femmes du Québec le 29 mars 2002. Celui-ci s'inspire de la philosophie adoptée par l'Assemblée Générale du Regroupement des Sages-femmes du Québec/RSFQ en juin 1996. Le RSFQ est une association représentant les sages-femmes. Ce texte provient du site de l'ordre des sages-femmes du Québec. Il n'y a pas d'hommes sage-femme au Québec, donc seul le féminin est employé.

« **LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES** est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

LES SAGES-FEMMES reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnelles de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir (= avec leurs ressources personnelles), en sécurité et dans la dignité.

LES SAGES-FEMMES respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté

attribuent à la grossesse, à la naissance, et à l'expérience de nouveau parent.

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

LES SAGES-FEMMES encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnelles de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

LES SAGES-FEMMES respectent le droit des femmes de choisir leur professionnelle de santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.

LES SAGES-FEMMES considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de la maternité. Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

LES SAGES-FEMMES considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles. Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer leurs soins sur la mère.

LES SAGES-FEMMES encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyen privilégié de faciliter l'adaptation des nouvelles familles. »

3. Les compétences³⁰

Les compétences sont établies par le Ministère de la Santé du Québec. La sage-femme a un rôle de conseil et d'information sur la contraception (n'a pas le droit de prescription), planification des naissances, la préparation à la naissance, l'allaitement, et la promotion de la santé (alimentation, hygiène, suivi médical). La sage-femme du Québec est apte à délivrer les soins et les services professionnels à une femme lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ainsi qu'à la femme et au nouveau-né pendant les six semaines après l'accouchement lorsque tout se déroule normalement. Elle a également une mission de prévention envers la femme et le nouveau-né et de dépistage des pathologies

obstétricales, maternelles et néonatales. Elle peut pratiquer l'accouchement naturel en maison de naissance, à l'hôpital et à domicile selon les conditions prévues par la loi. Elle peut pratiquer l'amniotomie, l'épisiotomie et sa réfection ainsi que la réparation des déchirures du premier et du deuxième degré.

La sage-femme se réfère à un médecin quand la situation sort de ses compétences; elle assure les soins et services jusqu'à ce que la continuité de prise en charge soit assurée. Les indications de consultation médicale ou de transfert en milieu hospitalier sont fixées dans le règlement. (cf. annexe n°6, Les cas de transferts et de consultations). En cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale ou en l'absence de celle-ci, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'accouchement par présentation du siège, appliquer la ventouse, réaliser la délivrance artificielle et la révision utérine, et délivrer les premiers gestes d'urgences chez la mère et le nouveau-né (perfusion, massage cardiaque, ventilation).

Les médicaments, examens et analyses que la sage-femme peut prescrire sont précisés par la loi. (cf. annexe n°9 et n°10, Les analyses et les médicaments que la sage-femme peut prescrire)

4. la formation

→ la formation initiale³¹

La formation de sage-femme est d'une durée de quatre ans. Elle est offerte par l'Université du Québec à Trois Rivières (UQTR) sous le nom de Baccalauréat en pratique sage-femme (le baccalauréat au Québec correspond d'avantage à une formation universitaire de type master en France, et n'a aucune parenté avec le baccalauréat français). Le programme de formation se fonde sur la philosophie des sages femmes du Québec et sur la définition internationale de la sage-femme. Il s'oriente selon les principes suivants: l'humanisation des soins périnataux, leur continuité, la responsabilité de la femme et son droit au choix éclairé, le soutien du milieu communautaire, la sécurité de la mère et de l'enfant, l'autonomie professionnelle et la collaboration interprofessionnelle, la contribution à l'atteinte des objectifs de périnatalité.

Une promotion peut accueillir 24 élèves (hommes ou femmes) admis en fonction de la validation d'une formation collégiale, universitaire, ou en fonction de l'expérience. Dans tous les cas, il faut obligatoirement avoir fourni 50h de travail bénévole en milieu

communautaire ou 50h rémunérées dans le domaine de la périnatalité ou en services sociaux et communautaires. De plus, le candidat doit fournir un Rapport de confidentialité rempli par deux personnes crédibles et sans liens de parenté (professeur le plus souvent), qui atteste des qualités du postulant et son aptitude à la formation de sage-femme. Ce rapport est complété par le Questionnaire de sélection rempli par le candidat. Celui-ci doit démontrer par écrit en quoi ses qualités personnelles et son expérience professionnelle se prêtent à l'exercice de la profession de sage-femme. Ces documents constituent le dossier de candidature, qui, s'il est accepté, est complété d'une entrevue où la personne doit exposer, à l'oral cette fois-ci ses qualités, ses compétences, sa vision de la profession de sage-femme, ses objectifs de carrière, et expliquer pourquoi il serait compétent pour exercer cette profession.

Une fois admis, l'élève doit effectuer un stage de réanimation cardio-vasculaire (Réanimation Cardio-Respiratoire/RCR) avant le début des cours (le RCR peut être comparé à l'Attestation de Formation au Premiers Secours). Pendant les études et les stages cliniques, tous les frais d'hébergement, de déplacement et de stationnement sont à la charge de l'étudiant. Une voiture est obligatoire pour les stages pratiques. La formation est composée de périodes de stages et de cours. La formation théorique est sensiblement la même qu'en France, je ne détaillerai donc que les cours qui diffèrent.

●Les stages:

Il y a au total sept stages pendant les quatre ans d'études.

- Un stage en centre hospitalier qui consiste à apprendre la prise en charge et le dépistage des situations pathologiques pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couche et chez le nouveau-né. L'élève est sous la responsabilité du médecin ou de l'infirmière.
- Quatre stages en maison de naissance, qui durent respectivement de 9 à 14 semaines pour le premier, 24 semaines pour le deuxième et 15 semaines pour le troisième ainsi que pour le quatrième. Les objectifs à atteindre et les capacités techniques à acquérir augmentent au fur et à mesure des stages, avec acquisition progressive d'une autonomie. L'élève est sous la responsabilité de la sage femme préceptrice qui est chargée de son apprentissage. Une matinée par semaine est consacrée à des études de cas avec le professeur de l'UQTR et la sage femme préceptrice.
- Un stage en milieu collectif, pour permettre à l'étudiant de développer une conscience des problèmes sociaux, économiques et familiaux auxquels certaines femmes et leurs familles

doivent faire face. Ces stages se déroulent dans les centres de planification de naissances, les centres de santé des femmes, les services des mères adolescentes, les groupes d'entraide, etc.

- L'internat en pratique sage-femme, d'une durée de 20 semaines en maison de naissance, qui finalise la formation pratique. L'étudiant délivre les soins en tant que sage-femme responsable, sous supervision de la sage femme préceptrice.

Les stages sont validés par la sage-femme préceptrice et la sage-femme professeur de l'UQTR. Les clientes remplissent également un rapport sur les capacités de l'étudiante dans leur prise en charge.

- Les cours spécifiques à la formation québécoise:

- Promotion de la santé : comprendre l'importance de la promotion de la santé basée sur les forces et les ressources personnelles de la femme, sur sa responsabilité, et affirmer le droit des femmes à faire valoir leur choix.

- Habileté de communication en pratique sage-femme: savoir évaluer ses habiletés en communication, communiquer efficacement avec les collègues et autres professionnels, avec les clientes et leur famille, savoir susciter chez elle la motivation à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations.

- Introduction à la profession de sage-femme: expliquer l'approche et la philosophie des sages-femmes au Québec, situer leur exercice par rapport à l'histoire et vis à vis des autres professionnels.

- Approfondir ses aptitudes dans la profession de sage-femme: prendre conscience de ses limites, de ses capacités d'écoute, d'observation, d'intuition et les développer pour compléter l'approche scientifique dans le suivi des femmes.

- Etudes sur les femmes: développer ses connaissances sur les mouvements et courants de pensée féministes, se sensibiliser aux diverses situations d'oppressions vécues par les femmes jusqu'à nos jours en Occident, acquérir certains outils dans le but d'analyser les réalités multiples vécues par les femmes aujourd'hui.

- Dimension sociale et culturelle des soins de santé: saisir les différentes composantes de la prévention, de l'information et de la promotion de la santé en utilisant des approches historiques, culturelles, anthropologiques; comprendre les déterminants subjectifs, sociaux et culturels de la santé.

Ces cours complètent les cours de gynécologie, d'obstétrique, de pharmacologie, de physiologie et de pathologies systémiques (Cf. annexe n°11, Le programme de la formation), semblables à ceux donnés en France. La formation des sages-femmes offre de solides connaissances médicales et obstétricales, tout en approfondissant la philosophie de la profession. L'obtention du diplôme dépend de la validation des cours et des stages; il n'y a pas de mémoire de fin d'études.

→ La formation continue

La sage-femme québécoise n'a le droit d'exercer que si elle satisfait aux obligations de la formation continue. Elle est obligée de fournir les certifications de ces formations pour obtenir la permission d'exercer. Les formations obligatoires sont les suivantes :

- Réanimation néonatale avancée (ANLS) tous les 2 ans;
- Urgences obstétricales (de type Also, Gesta ou RSFQ) tous les 3 ans;
- Réanimation cardio-vasculaire (RCR) à jour.

•Réanimation néonatale avancée (ANLS)³².

Cette formation reprend les notions de physiologie et d'examens cliniques pour les nouveau-nés sains et les enfants présentant des complications, revoir la procédure de réanimation néonatale, revoir les signes de complications néonatales, de détresse respiratoire, d'insuffisance respiratoire et pathologies cardiaques, et les mesures d'urgences associées (médication et gestes de réanimation : massage cardiaque, oxygénation, intubation).

•Formation aux urgences obstétricales³³.

Il s'agit d'un stage avancé de réanimation obstétricale dont la validité est de cinq ans. Il permet de revoir ses propres connaissances sur de multiples situations d'urgences et les mesures à prendre pour y faire face.

Les thèmes abordés sont les suivants:

- Hémorragie du post partum;
- Réanimation maternelle (massage cardiaque, ventilation);
- Assistance à l'accouchement vaginal (quand et comment poser une ventouse);
- Aspect sécuritaire des soins maternels;
- Dystocie des épaules et présentation du siège;
- Surveillance fœtale intra partum.

•Réanimation cardio-vasculaire (RCR)³⁴.

Il s'agit d'un stage de formation aux premiers secours offert par la Croix-Rouge ou le service d'urgence québécois. Le certificat délivré à l'issue de ce stage est valide pendant un an. La formation de base, qui s'adresse à toute personne, ne nécessite aucun pré-requis dans le domaine de la santé. La formation délivre les connaissances nécessaires pour dépister et prévenir les situations à risques cardio-vasculaires (reconnaître les facteurs de risque, prévenir par des conseils hygiéno-diététiques), et les manœuvres nécessaires à une réanimation cardio-respiratoire chez l'adulte, l'enfant et le bébé. Le certificat RCR est émise par la Fondation des Maladies du Cœur du Québec pour un an. Les Sages femmes doivent donc remettre à jour leur certificat tous les ans.

→ Pour les sages-femmes formées à l'étranger.

Les sages-femmes ayant un diplôme étranger doivent obtenir un diplôme de Certificat, décerné après validation du « microprogramme de pratique clinique sur la pratique sage-femme du Québec » offert par l'UQTR. Ce programme s'adresse aux sages-femmes ayant une recommandation de formation de l'ordre des sages-femmes du Québec.

Les postulantes doivent remettre une copie de leur diplôme, de leur dossier scolaire incluant la description détaillée des cours suivis, le nombre d'heures de cours ou de crédits obtenus ainsi que le relevé officiel des notes obtenues. Elles doivent également évaluer le nombre d'heures dans leur formation et leurs acquis (nombres d'accouchements et de consultations). Ceci permettra à l'Ordre d'évaluer l'expérience de travail pour établir une équivalence avec la formation des étudiantes en pratique sage-femme de l'UQTR. Il n'est pas nécessaire d'avoir une expérience de travail pour postuler. L'ordre donne actuellement une recommandation de formation à 27 sages-femmes par an pour une cinquantaine de demandes.

Le Programme d'intégration comporte un volet théorique et un volet pratique qui se déroulent chacun sur 15 semaines. Les sessions peuvent être prolongées si besoin. Le volet théorique³⁵ comporte 5 cours obligatoires concernant la profession au Québec, son autonomie, ses compétences, sa philosophie. La validation du programme théorique permet l'accès au programme de pratique clinique³⁶. Il s'agit d'un stage pratique en maison de naissance. Une fois le diplôme de certificat obtenu, un permis de l'ordre des sages-femmes du Québec peut être demandé.

→ Pour les sages-femmes françaises

L'Engagement à conclure un arrangement de reconnaissance mutuelle a été signé entre l'ONSF et l'OSFQ le 17 octobre 2008. Les modalités de reconnaissance des diplômes seront fixées avant le 31 décembre 2009.

5. La rémunération et le statut de l'emploi³⁷.

La profession de sage-femme est donc, depuis les projets pilotes, une profession autonome ayant un droit de prescription limité. Les professionnelles sont toutes salariées et travaillent uniquement en maison de naissance sous contrat avec un centre de santé communautaire. Pour un temps plein, soit une semaine de quatre jours avec disponibilité 24h sur 24 et une permanence deux week-ends par mois, une sage-femme touche entre 42 500\$ et 72 000\$ par an (soit entre 26 417 euros et 44 766 euros), selon son ancienneté. Une prime de 3600\$ par an (2284 euros) pour un temps plein est ajoutée pour la disponibilité de jour comme de nuit. La prime est modifiée proportionnellement si l'emploi est à mi-temps. Il faut savoir que la majorité des sages-femmes travaillent à temps partiel (80%, soit quatre jours par semaine et un week-end sur deux). De ce salaire sont déduits 750\$ (466 euros) pour l'assurance responsabilité professionnelle, le coût de l'inscription à l'Ordre des Sages-femmes du Québec qui est d'environ 1500\$ (933 euros), et la cotisation au RSFQ (1.7% du salaire annuel brut). La sage-femme bénéficie d'une assurance maladie, d'un régime de retraite, de congés maladies, de quatre semaines de congés payés et des jours fériés.

6. Les effectifs

Il y a actuellement 93 sages femmes au Québec, toutes des femmes. Au moins 24 nouvelles diplômées s'y ajoutent chaque année, ainsi que 18 professionnelles formées à l'étranger ayant suivi la formation d'équivalence.

7. Les maisons de naissance

Quatre nouvelles maisons ont été créées depuis les projets pilotes, ce qui élève à 11 le nombre de structures en 2008. Des projets sont en cours d'élaboration.

II. Le suivi de la sage-femme.

1. L'organisation en maison de naissance

a) Le suivi de grossesse

Le suivi en maison de naissance peut commencer dès le début de la grossesse (en général autour de 8-12 SA). Environ quarante femmes peuvent être suivies par an et par sage-femme première responsable; en tant que deuxième responsable, chaque sage-femme assiste 30 à 40 accouchements. Il y a environ six à huit sages-femmes dans une maison de naissance, ce qui permet environ 300 naissances par an dans ce type d'établissement.

Les femmes acceptées pour un suivi avec une sage-femme sont tout d'abord conviées à une réunion d'information où la philosophie de prise en charge est expliquée ainsi que l'organisation de la maison de naissance. Cette rencontre permet une sélection, écartant les femmes qui ne s'imaginent pas dans ce type de suivi.

En maison de naissance, la règle de base est «une femme - une sage-femme », c'est à dire que la continuité des soins est assurée par une professionnelle, avec qui se lie une relation privilégiée et de confiance. Mais pendant sa grossesse, la patiente verra au moins deux sages-femmes: une sage femme principale, qui assurera la majorité du suivi, ainsi que sa partenaire sage-femme, que la patiente rencontrera vers 30SA, et qui assurera le suivi ou les urgences de celle-ci lors des congés de la première sage-femme. Elle assistera aussi à l'accouchement. Les deux sages-femmes se partagent la semaine en deux périodes, où elles sont disponibles 24h sur 24h et joignable sur un biper. Chaque sage-femme effectue deux week-ends par mois. Cette organisation permet de garantir la continuité des soins.

Pour ce qui est du suivi médical, la fréquence des consultations ainsi que les examens réalisés sont les mêmes que dans les autres structures. La cliente peut se faire accompagner par son conjoint, ses enfants ainsi que par toute autre personne qu'elle désire. La première consultation dure en moyenne 1h30. Elle est consacrée à l'anamnèse de la patiente et aux examens médicaux de début de grossesse. La sage-femme s'assure qu'il n'y a aucune contre indication au suivi en maison de naissance (antécédents personnels ou familiaux, antécédents gynécologiques et obstétricaux...). A chaque consultation, le pronostic maternel et fœtal est évalué, avec si besoin demande d'avis à un médecin ou

même transfert des soins. La consultation ou le transfert ont lieu dans l'hôpital partenaire de la maison de naissance. Une entente est signée entre les deux établissements, et l'hôpital est obligé d'accepter toutes les requêtes de la maison de naissance.

Les autres consultations durent en moyenne 45 minutes, consacrées au suivi médical habituel et aux questions de la future maman, à un échange sur les inquiétudes ou ressenties de la grossesse, sur l'allaitement. Cet entretien joue un grand rôle dans la prévention et la promotion de la santé de la femme, dont les antécédents et l'histoire personnelle sont très bien connus. Ceci permet de prévenir les situations à risques, propres à chaque cliente, de donner des conseils personnalisés, ainsi qu'une information détaillée sur les différents examens proposés. On l'a vu, la femme choisit les différents bilans qu'elle souhaite réaliser. Les consultations de fin de grossesse sont hebdomadaires et plus courtes (30 minutes), et se centrent sur le suivi obstétrical.

b) La préparation à la naissance

La préparation à la naissance est davantage abordée pendant les consultations, dont la durée permet à la femme de poser toutes les questions relatives au déroulement du travail, de l'accouchement. Les entretiens permettent de l'aider à faire son choix pour le lieu de naissance (la maison de naissance? Le domicile? L'hôpital?), de l'aider à se préparer à l'allaitement, à la parentalité. Trois séances sont tout de même proposées vers 34 SA. Les cours de préparation à la naissance sont : Physiologie de l'accouchement, gestion de la douleur et rôle du partenaire, les premières semaines avec le bébé : comment s'y préparer, les bases de l'allaitement maternel.

c) Le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat

Le lieu de naissance est choisi pendant la grossesse par la cliente et la sage-femme, qui présente les avantages et les inconvénients de chaque option possible. Un transfert vers l'hôpital reste possible à tout moment. La sage-femme informe les parents sur la nécessité à transférer. Ils peuvent refuser mais les sages-femmes vont rarement rester responsables du suivi. Le travail et l'accouchement peuvent avoir lieu en maison de naissance, à domicile ou à l'hôpital.

→ Le travail

Pour la prise en charge, l'accent est mis sur l'accouchement naturel qui va être favorisé si la femme se sent en sécurité et si elle reste libre de ses mouvements. La sage-femme établit

une surveillance clinique, qui s'accompagne d'un soutien émotionnel et d'une présence attentive et discrète. La surveillance clinique se base sur l'observation et l'écoute de la patiente, ainsi que sur la palpation de l'utérus (pour évaluer la dynamique utérine, la présentation du fœtus et sa hauteur, sa variété d'engagement), et l'auscultation intermittente du cœur fœtal. Peu de touchers vaginaux sont réalisés: généralement un en début de travail puis un toutes les 4 heures environ. Ils peuvent être plus rapprochés en fonction du contexte clinique. Cette surveillance permet une plus grande liberté de mouvement à la parturiente, qui peut changer de positions, prendre un bain, marcher, et lui permettre de gérer au mieux ses contractions.

La présence de la sage-femme n'est requise que quand la cliente est en phase active du travail, qui se déroule sur les lieux de l'accouchement. Cependant, il peut arriver qu'elle confirme le diagnostic lors de la phase de latence, quand la cliente ressent le besoin de sa présence. Une fois assurée d'une bonne vitalité fœtale et de la santé de la mère, la sage-femme peut reprendre la surveillance pendant la phase active ou bien rester guider la femme, si celle-ci le souhaite, pour l'aider à gérer la douleur des contractions. La phase de latence peut avoir lieu en maison de naissance ou à domicile.

Dès que la situation devient anormale (anomalie du rythme cardiaque fœtale, liquide amniotique teinté, hypercinésie utérine...), le transfert vers le centre hospitalier est organisé. Par ailleurs, le transfert peut avoir lieu si une péridurale est demandée; la sage-femme n'est alors plus responsable des soins. De façon générale, en cas de transfert, la sage-femme accompagne sa cliente pour le suivi à l'hôpital afin d'offrir un rôle de support et permet parfois de faire le lien entre le personnel hospitalier et les parents.

→ L'accouchement en maison de naissance.

L'accouchement a lieu dans des chambres de naissance, dans la position souhaitée par la femme. L'accouchement est fait par la sage-femme principale, qui se fait assister par une seconde sage-femme et une aide natale (= auxiliaire de puériculture). Elles sont appelées pour la phase d'expulsion pour seconder lors de l'accouchement. La seconde sage-femme est chargée entre autre de l'auscultation du cœur fœtal pendant la poussée et de la prise en charge du nouveau-né en cas de réanimation. Sa présence et celle de l'aide natale sont également requise dans la possibilité de complications à l'accouchement de complications dans le post-partum immédiat.

Tout le nécessaire à la réanimation néonatale et maternelle (table de réa, nécessaire d'aspiration, d'oxygénation, d'intubation, cathétérisme, médication) est prêt en cas d'urgence et dans l'attente de l'assistance médicale et du transfert.

Les deux sages-femmes restent ensuite pendant le post-partum immédiat pour la surveillance de la mère et du nouveau-né. L'aide natale reste pendant tout le temps où le couple mère-enfant est présent à la maison de naissance, assure les repas et veille à leurs besoins. Elle réalise les premiers soins du nouveau-né et aide aux premières mises au sein. La durée moyenne du séjour à la maison de naissance est de 8 à 12 heures.

→ L'accouchement à domicile.

Il est autorisé depuis la légalisation de la profession, mais il ne se fait que depuis avril 2005, car les assurances n'ont été octroyées qu'à partir de cette date. L'accouchement à domicile est un choix de la femme enceinte, et nécessite une information complète sur les avantages et les risques. Si la femme est admise dans un suivi sage-femme, elle peut accoucher à domicile. L'acceptation de ce lieu pour l'accouchement répond néanmoins à des normes strictes³⁸. Les parents doivent remplir et signer un formulaire de consentement éclairé. Une visite au domicile doit être effectuée avant la 36ème SA, ceci pour s'assurer:

- De l'accessibilité du domicile par la sage-femme et les services d'urgences (mesures minimales des portes permettant, le passage d'un brancard, organisation appropriée du domicile, par exemple).
- De l'accès à un téléphone avec les numéros d'urgence de la structure hospitalière la plus proche, dans les cas où une consultation ou un transfert sont requis ;
- De la distance au centre hospitalier le plus proche: le temps pour la parcourir ne doit pas dépasser trente minutes.

Par ailleurs, la sage-femme doit avoir le matériel suivant:

- Le nécessaire à la surveillance maternelle et fœtale.
- Le nécessaire à l'accouchement, incluant les instruments stériles.
- Le nécessaire à la réanimation néonatale, incluant l'intubation.
- Le nécessaire à suture, incluant les instruments stériles.
- Le nécessaire aux prélèvements sanguins, aux injections et aux perfusions intraveineuses.
- Le nécessaire au sondage vésical.

- Un contenant pour disposer des déchets biomédicaux.
- Les médicaments suivants : les ocytotiques, l'anesthésique local, les solutions pour perfusion intraveineuse, l'oxygène, la prophylaxie ophtalmique pour le nouveau-né, la vitamine K, l'épinéphrine (équivalent de l'éphédrine).

Le jour de l'accouchement, un endroit de la chambre est aménagé pour une éventuelle réanimation néonatale (bouteille d'oxygène et appareil à aspiration branché). La sage-femme doit assurer la destruction des déchets biomédicaux. La sage-femme principale fait également appel à une collègue à la fin du travail pour l'assister lors de l'accouchement. La présence de l'aide natale n'est pas requise. Les deux sages-femmes sont présentes pour la surveillance du post-partum immédiat.

→ l'accouchement à l'hôpital.

L'accouchement a lieu dans l'hôpital lié par convention à la maison de naissance. La sage-femme se réfère aux protocoles de la structure, mais elle reste entièrement responsable de la parturiente tant que la situation est naturelle. En cas de situation anormale, elle demande un avis médical ou un transfert des soins. L'intérêt du choix de cette structure réside dans la capacité d'agir rapidement en cas de besoin. Elle est privilégiée en cas d'antécédent de césarienne (pour les tentatives d'AVAC) ou d'antécédent d'hémorragie du post-partum par exemple.

Deux accompagnants sont autorisés. Le matériel utilisé est celui de l'hôpital. Le suivi débute comme à domicile ou en maison de naissance en phase active, et une deuxième sage-femme est appelée pour l'accouchement. La mère et le nouveau-né retournent à leur domicile après le post-partum immédiat si tout est normal.

d) Les suites de couches

La sage-femme principale et la seconde sage-femme restent auprès de la femme et du nouveau-né pendant trois à quatre heures dans le post-partum immédiat. La sage-femme référente établit ensuite une surveillance à domicile à J1, J3 et J5 du post-partum. Elle contrôle les constantes maternelles, la bonne involution du globe utérin, la normalité des saignements, le poids du nouveau-né, la surveillance d'un ictère, etc. Les éventuelles analyses (numération formule sanguine, analyse urinaire) ou traitements (injection de WinRho pour la mère, ou de la vitamine K pour l'enfant), et le PKU sont effectués par la sage-femme. Ces visites sont également le moment d'aider et de soutenir la mère pour l'allaitement. Une quatrième visite a lieu dans la deuxième semaine du post-partum en

maison de naissance. La dernière consultation, qui clôt le suivi avec la sage-femme, est la visite post-natale. Elle a lieu six semaines après l'accouchement à la maison de naissance. Jusqu'à cette dernière consultation, la sage-femme reste joignable dans le post-partum à toute heure du jour ou de la nuit. Comme pendant toute la durée de la grossesse, les consultations veillent à la normalité des suites de couches, au niveau physique et psychologique; la notion d'accompagnement de la femme et de sa famille, de soutien et de valorisation de ses choix reste toujours présente.

2. Les statistiques des maisons de naissance

Depuis l'expérimentation des projets-pilotes, aucun autre regroupement officielle des statistiques des maisons de naissance n'a été effectué. En effet, aucune demande de bilan des maisons de naissance n'a été faite par le ministère de la santé. Cependant, une compilation des statistiques de tous les établissements existe. Elle n'est pas validée officiellement et est peu exhaustive. Elle permet néanmoins de se faire une idée sur la clientèle des maisons de naissance, le taux de transfert, et la proportion des grossesses suivies sur la totalité des naissances.

D'autre part, des études ont été réalisées pour connaître le type de femmes qui seraient concernées par un suivi en maison de naissance. Un sondage réalisé par la firme SOM (société de recherche et de sondage au Québec) en mai 2005 révèle qu'environ 10 % des Québécoises en âge de procréer aimeraient être suivies par une sage-femme et assistées par elle au moment de l'accouchement. On peut alors estimer à environ 8 210 (sur un nombre potentiel de 82 100 naissances) les accouchements qui auraient pu être assistés par une sage-femme en 2006. De 1994 à 2006 inclusivement, les sages-femmes ont assisté 12 131 naissances.

Les femmes détenant un diplôme universitaire seraient plus désireuses d'un suivi avec une sage-femme (14 %), comparativement aux femmes ayant un diplôme de niveau secondaire (6 %). Les allophones (femmes issues de l'immigration ne parlant ni anglais ni français), quant à elles, sont moins attirées par un suivi par une sage-femme que les femmes qui parlent français ou anglais.

En ce qui concerne les statistiques générales des maisons de naissance, les chiffres suivants sont relatifs à la période du 1er janvier 2007 au 1er janvier 2008. Il y a eu environ

1000 demandes d'inscription par maison de naissance en 2007, soit globalement 6000 demandes. Sur les 84 200 naissances au Québec en 2007, cela correspond à environ 7% des naissances totales. La majorité des femmes (34.9%) ont entre 26 et 30 ans. 31.8 % des femmes ont entre 31 et 35 ans. 15.8% des femmes ont plus de 36 ans, et 17.4% ont moins de 25 ans. 46% d'entre elles ont un diplôme d'études universitaires de deuxième cycle (doctorat), et 35.6% de premier cycle (licence ou master). 15% ont un diplôme d'études secondaires, et 3.3% n'ont pas fait d'études.

3827 femmes ont vu leur demande aboutir (4.5%), les autres femmes étant refusées faute de place disponible. Sur cela, il y a eu 14.1% d'arrêt de suivi en début de grossesse pour les causes suivantes:

- Fausses couches spontanées: 157 femmes soit 4.1 %.
- Désistements, avortements, changements de région : 307 femmes soit 8 %.
- Non-éligibilité établie à la première consultation (antécédents non compatibles avec un suivi sage-femme): 45 femmes soit 1.17 %.
- Grossesses gémellaires: 30 femmes soit 0.8 %.

Au terme de cette première sélection, 3288 femmes ont pu bénéficier d'un suivi en maison de naissance, ce qui correspond à 4% de la totalité des naissances en 2007 (comparativement, on peut noter qu'en 2006, le nombre de naissances vivantes pour assistées par une sage-femme était de 1 279, soit 1,6 % des naissances. Ce taux s'élevait à 0,5 % en 1994). Parmi elles, il y a eu 13 morts in utéro (4 pour mille naissances) de la totalité des femmes suivies. La cause n'est pas spécifiée.

267 femmes (8.1%), ont été transférées en prénatal. Cela concerne les complications de la grossesse (hypertension, diabète gestationnel sous insuline, cholestase gravidique; menace d'accouchement prématuré, etc.) ainsi que les femmes qui préfèrent poursuivre leur grossesse avec un autre professionnel. Le pourcentage pour chaque catégorie n'est pas précisé.

408 femmes, donc 12.4% des femmes suivies, ont été transférées dans la première phase du travail. Pour 100 d'entre elles (24.5%), le transfert de responsabilité clinique avait lieu pour mise en travail avant 37 SA, ce qui correspond à 3% des femmes suivies. Les autres raisons de transferts ne sont pas précisées. Ceci peut être pour anomalie du rythme

cardiaque fœtal, mais aussi pour stagnation de la dilatation ou dystocie. On compte chez ces deux groupes de femmes transférées 95 césariennes, ce qui correspond à un taux de 23.2%.

130 transferts pendant la 2^e phase du travail (5% des 2600 femmes). Parmi ces transferts, il y a eu 107 césariennes (4.1%), et 23 extractions instrumentales. Si on inclut ce dernier nombre de césariennes aux 95 précédentes, on arrive à un taux de 25% pour la totalité des femmes transférées.

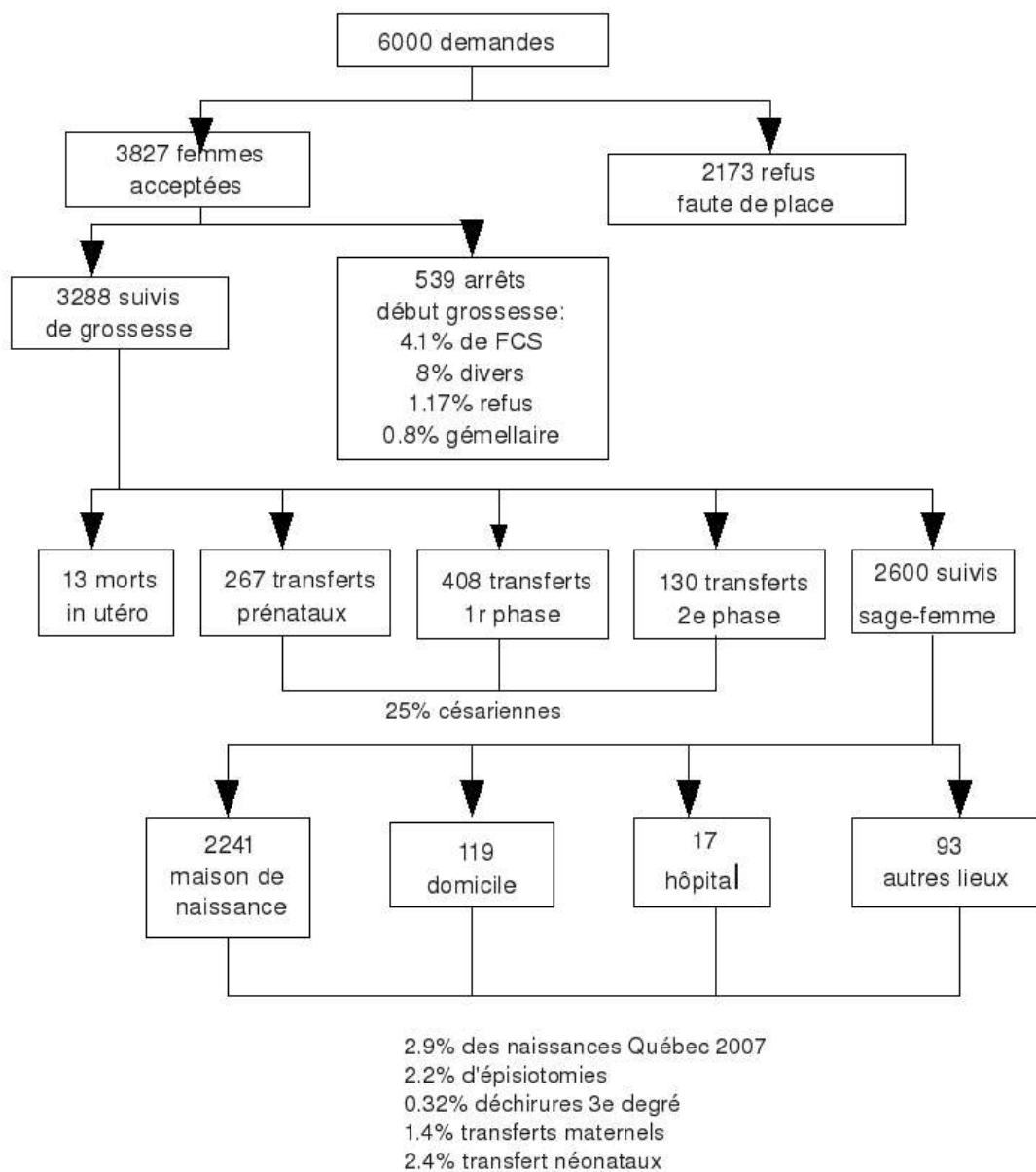
Après ces transferts, 2470 accouchements ont été assistés par une sage-femme, ce qui correspond à 2.9% des naissances de 2007.

- 2241 ont eu lieu en maison de naissance, soit 86.2%
- 119 ont eu lieu à domicile, soit 4.6%
- 17 ont eu lieu à l'hôpital, soit 0.7%
- 93 dans un autre lieu (voiture, ambulance, etc.), soit 3.6%

Parmi celles-ci, 55 ont eut une épisiotomie soit 2.2%, et 8 ont eu une déchirure du troisième degré (0.32%). Dans ce groupe, 47 femmes (1.9%) ont été transférées en post-natal dont 29 femmes en urgence (1.17%).

79 enfants (3.2%) ont été transportés en unité pédiatrique néonatale, dont 22 (0.9%) en urgence. 24 bébés pesaient moins de 2500g (0,73%). Il y a eu 11 décès, soit 3 pour mille enfants nés. La cause n'est pas précisée.

Le graphique suivant illustre les statistiques exposées.



Finalement, pour les 3288 femmes suivies en maison de naissance, on compte:

- 8.1% de transferts prénataux.
- 16.4% de transferts prénataux (travail et expulsion confondus), dont 3% pour travail prématuré (les pourcentages en fonction du degré de prématurité ne sont pas précisés).

- 6.14% de césariennes sur la totalité des femmes ayant débutée leur suivi, ce qui correspond à 25% de césariennes pour la totalité des femmes transférées ;
- 1.4% de transferts maternels ;
- 2.4% de transferts néonataux ;
- 0.73% de nouveau-nés de petits poids ;
- 3 pour mille décès néonataux ;
- 4 pour mille mort in utéro ;

Le taux d'allaitement n'est pas indiqué.

Pour comparer avec les données provinciales, on comptait en 2005, pour 76 341 naissances, 4 pour mille mort-nés, une mortalité périnatale à 7 pour mille et une mortalité néonatale à 3.7 pour mille³⁹. Pour la même année, on a compté 6.2% d'enfants de faible poids à la naissance (moins de 2500g)⁴⁰ et 7.5% de prématurés⁴¹. Ces données incluent toutes les naissances de l'année de 2005, aussi bien celles issues de grossesses à bas risques que les grossesses pathologiques. Le taux de prématurité et de nouveau-nés de petit poids peut donc en être augmenté en conséquence.

En ce qui concerne les interventions obstétricales, on comptait en 2003-2004 un taux de 21.5% de césarienne. En 2000-2001, on a dénombré 30.1% d'épisiotomie sur la totalité des accouchements voie basse⁴².

Ces chiffres constituent une analyse intéressante de la situation récente dans les maisons de naissance. Ils doivent faire l'objet d'une évaluation constante. Un Comité d'étude et d'enquête sur la morbidité et la mortalité périnatales (CEEMMP) a été mis en place récemment: il s'agit de recueillir les données concernant la mortalité ou la morbidité périnatale. Les sages-femmes qui ont un cas de morbidité ou mortalité de bébé de plus de 500 gr doivent faire un rapport au comité.

III. Cas particulier du Nord et des communautés autochtones

L'exercice de la sage-femme dans ces régions n'est pas une pratique typique de la profession dans la province, mais il convient de la décrire brièvement. Les sages-femmes diplômées n'ont qu'une place limitée dans la maternité de Puvirnituk, et inexistante dans les autres nations autochtones.

Puvirnituk est un des deux centres administratifs du Nunavik, région du Grand Nord du Québec. Cette ville compte 1 170 habitants. Elle est majoritairement peuplée par les Inuits, une des Premières Nations du Québec. Dans le Nord -comme pour les différentes communautés autochtones - être enceinte signifie s'éloigner de chez soi, pour aller dans les centres hospitaliers situés dans les villes principales. Les villages autochtones ne possèdent pas de centres obstétricaux. Lorsqu'une complication se présente, ou que l'on dépiste une situation à risque pour l'accouchement, la femme est transférée dans les centres hospitaliers de deuxième ou troisième ligne du sud de la province, notamment à Québec ou à Montréal. Ce transfert est fait systématiquement autour de 36-37 SA pour l'accouchement, faute de professionnels en nombre insuffisant pour le pratiquer: les médecins sont formés dans le sud, et très peu vont exercer dans le Grand Nord. C'est pourquoi l'état a décidé d'intégrer les sages-femmes locales au système de santé en 1986, ceci bien avant la reconnaissance officielle de la profession.

La maternité de Puvirnituk a constitué un projet pilote à part dans l'expérimentation de la pratique des sages-femmes. Il a consisté en l'intégration des sages-femmes locales, de formation autodidacte (comme pour les projets pilotes des années 90 exposés plus haut, leurs connaissances ont été contrôlées), dans le système de santé. Cela pour leur donner les moyens matériels d'un bon suivi de grossesse. Ceci a permis alors d'assurer un effectif suffisant pour la pratique de l'accouchement; de plus, le rôle des sages-femmes dans la prévention et l'éducation à une bonne hygiène de vie prend une importance d'autant plus grande dans cette communauté nordique au fort taux d'alcoolisme, d'addiction et aux importants problèmes sociaux (chômage élevé, délinquance). L'installation des sages-femmes à la maternité a permis le maintien des femmes plus proches de leur domicile. La pratique des sages-femmes a été ainsi maintenue à Puvirnituk, en y intégrant peu à peu les sages-femmes diplômées reconnues en 1999.

Cependant, les femmes continuent d'être transférées, faute d'une structure adaptée pour les urgences. Par exemple, la maternité de Puvirnituk ne peut réaliser de césarienne. Il faut se rendre au centre hospitalier le plus proche, à trois heures d'avion. De plus, la maternité de Puvirnituk constitue une exception parmi les communautés autochtones. Dans d'autres régions, l'exode des femmes enceintes est toujours une réalité.

Aujourd'hui, la SOGC, en partenariat avec l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone, souhaite ramener l'accouchement dans ces sociétés, rurales et éloignées. L'accouchement à domicile devrait être possible pour les femmes présentant un faible risque de complication obstétricale. Depuis 2007, la SOGC propose qu'il y ait une formation pour les sages-femmes autochtones leur permettant d'acquérir les connaissances pour un suivi de grossesse, l'accouchement, et la prévention et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles⁴³. Ce programme est propre à chaque communauté. Les dossiers des femmes suivies sont revus chaque semaine avec une équipe médicale.

En août 2008, l'OSFQ a reconnu la formation de deux sages-femmes Inuits, qui ont maintenant un permis d'exercer dans tout le Québec. Ce type de pratique est encore en expérimentation et n'est pas généralisé à toutes les nations autochtones.

TROISIÈME PARTIE: DISCUSSION

I. Les maisons de naissance au Québec

Le portrait de l'exercice des sages-femmes au Québec permet donc de décrire ce cadre particulier des maisons de naissances. Ce type de structure a déjà fait ses preuves dans un certain nombre de pays. Les Etats-Unis, qui comptent 180 « birth center », mais aussi certains pays d'Europe (Suisse, Allemagne, Italie, Autriche, Grande-Bretagne) considèrent que cette structure garantit la sécurité pour la mère et l'enfant. Les maisons de naissance font partie intégrante du réseau de prise en charge obstétricale. Un certain nombre de préalables est indispensable à la réussite de ce mode d'exercice.

- La sélection des femmes

Les femmes admises en maison de naissance ont un profil dit « à bas risques ». Les sages-femmes ne suivent que les grossesses normales laissant présager un accouchement eutocique. Il y a ainsi une faible probabilité de transferts en urgence. De plus, le suivi tout au long de la grossesse permet le dépistage des situations à risque et l'orientation des clientes si besoin.

- L'organisation des transferts

Elle passe par un accès téléphonique direct au service d'ambulance d'urgence le plus proche. La sage-femme évalue le degré d'urgence et le transport le plus adéquat (hélicoptère ou voiture). Elle appelle également l'hôpital pour la préparation du bloc pour tel motif. C'est en effet la sage-femme qui pose l'indication d'une intervention obstétricale, comme la césarienne. Le médecin de garde est prévenu par l'hôpital lui-même. Il confirmera l'indication d'une césarienne uniquement sur la table d'opération. L'organisation est assez rapide, dans un délai de cinq minutes en général. L'attente du transport permet la préparation de la cliente (par exemple, pose de la sonde urinaire et de la perfusion).

Pour donner un exemple, à la maison de naissance de Côte des Neiges, il y a eu un cas de procidence du cordon en 10 ans. Il y a eu 17 minutes de délai entre la procidence et l'extraction fœtale. L'état du nouveau-né n'a pas nécessité de réanimation.

- Les chiffres constatés

Même en incluant les femmes et les nouveau-nés transférés en centre hospitalier, on ne note pas de morbidité maternelle et infantile plus élevée, ni de mortalité périnatale augmentée en maison de naissance. On a au contraire une tendance à l'amélioration de ces chiffres avec un nombre moindre d'interventions obstétricales et moins d'enfants prématurés ou de petits poids. Une étude menée aux états unis sur 84 « birth center » pour en déterminer l'aspect sécuritaire, l'étude de Rooks* réalisée en 1992, en arrive aux mêmes conclusions. Le milieu hospitalier n'est pas plus sûr que les maisons de naissance en ce qui concerne les grossesses à bas risque obstétrical.

- Les coûts

L'étude réalisée pendant les Projets-Pilotes québécois a mis en valeur une économie de 24% pour une prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum chez la sage-femme par rapport à un suivi chez le médecin.

- Un état d'esprit particulier

L'existence de maisons de naissance va de paire avec une pensée non interventionniste. Pendant mon stage, j'ai pu constater que les femmes enceintes n'adhéraient pas à une prise en charge plus médicalisée de leur grossesse. Cela se généralise à la population dans son ensemble et non seulement à celle des maisons de naissance.

Au niveau de la province, cet état d'esprit se traduit par une définition du risque à l'opposé de la notre: au Québec, « une situation est physiologique jusqu'à preuve du contraire », tandis qu'en France, « un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance ». Le concept de maison de naissance est retrouvé dans les pays ayant le même type de notion du risque que le Québec. Les Pays-Bas qui ont un postulat de base similaire -« l'accouchement est considéré comme un processus physiologique qui ne nécessite pas à priori d'intervention médicale »- présente une très grande proportion d'accouchement à domicile (30% des accouchements). Ce chiffre est

* Rooks JP, Weatherby D et Ernst EK, The National Birth Center Study, J Nurse-Midwifery 1992;37:301-330.

L'analyse a porté sur un échantillon de 11 814 femmes suivies en Birth center, comparé à un groupe similaire en suivi en centre hospitalier. Cette étude a montré que le taux d'interventions obstétricales était moindre en birth center, avec notamment 4.4% de césariennes chez les clientes de sages-femmes versus 22.3% en centre hospitalier; moins de prématurité également avec un taux de 2.4% versus 5.7%; moins d'enfants de petits poids avec 1% en birth center versus 3% ; et une moins grande proportion de mortalité périnatale: 0.12% versus 0.85%.

cependant en diminution aujourd'hui, les femmes souhaitant bénéficier davantage de l'analgésie péridurale.

Ainsi, une maison de naissance est un lieu qui se veut garant de la physiologie et le moins interventionniste possible, ce qui correspond à l'axiome de base de toute prise en charge obstétricale et à l'état d'esprit des Québécoises. C'est aussi un lieu où la conscience du risque à également sa place, et où la notion de sécurité n'est pas abandonnée.

II. Comparaison avec la France

1. Les différences dans la profession de sage-femme

Comme au Québec, le métier de sage-femme en France est une profession médicale à compétences limitées. La différence se situe au niveau des possibilités de prescriptions, plus étendues chez les québécoises, et dans les différences d'exercices. Les sages-femmes françaises peuvent exercer dans différents lieux: dans les hôpitaux, publics ou privés (elles sont sous la responsabilité d'un médecin), dans les centres de protection maternelle et infantile (mission de prévention), ou en libéral (pratique plus autonome). Les québécoises sont en maison de naissance, mais peuvent également pratiquer l'accouchement à domicile et en centre hospitalier.

2. La France peut-elle s'inspirer de l'expérience québécoise?

En France, on assiste à la fermeture des petites maternités (moins de 300 accouchements par an) pour privilégier les grands centres hospitaliers. Une partie de la population (en Île de France, elle a été estimée entre 10 et 25 %)⁴⁴ souhaite une autre alternative à ce type d'accouchement très médicalisé. On note l'existence des espaces dits « physiologiques », situés dans les hôpitaux mais dans des salles s'apparentant d'avantage à des chambres de naissance, pour les femmes souhaitant déambuler pendant le travail, et ne souhaitant pas de péridurale. On constate également que certaines cliniques s'orientent dans une politique de respect de la physiologie, et proposent des alternatives à la péridurale pour gérer la douleur (massages, acupuncture, bain...). Mais aujourd'hui en France, quelles sont les alternatives à un accouchement à l'hôpital?

→ Les maisons de naissance

Le plan de périnatalité 2005-2007 prévoyait d'élaborer les textes permettant d'expérimenter les maisons de naissance. Celles-ci devaient être installées dans le but de permettre le respect de la physiologie de l'accouchement tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant. Ainsi, en janvier 2008, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), a mis au point le « cahier des charges en vue de l'expérimentation des maisons de naissance »⁴⁵. Une maison de naissance y est définie comme un « lieu d'accueil des femmes enceintes sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que ceux-ci se présentent comme à priori normal ». La maison de naissance devra être attenante à une maternité, de façon à ce que les éventuels transferts de la maison de naissance au service d'obstétrique puissent avoir lieu de façon non motorisée et sans traverser de voie publique. Il est prévu que la maison de naissance soit incluse au réseau local de périnatalité.

Les femmes désirant un suivi global en maison de naissance seront sélectionnées en fonction des critères fixés par l'HAS⁴⁶, et les orientations pendant la grossesse, et le post-partum se baseront sur les mêmes recommandations. Celles acceptées bénéficieront d'un suivi par une sage-femme référente tout le long de sa grossesse et de son accouchement. Il est prévu que pour l'accouchement une deuxième sage-femme soit présente.

Tous les examens et les consultations obligatoires devront être pratiqués. De même, une consultation d'anesthésie devra être réalisée en fin de grossesse dans le centre hospitalier de référence. Le suivi du post-partum se fera à domicile; aucune hospitalisation ne pourra avoir lieu dans la maison de naissance. La fréquence du suivi de la mère et du nouveau-né sera établi au cas par cas, en fonction de la patiente. Les traitements et prélèvements sanguins (vitamine K, test de Guthrie) seront réalisés par la sage-femme. Seule la visite obligatoire des huit premiers jours doit être réalisée par le pédiatre. La sage-femme s'assure de la réalisation de cet examen. Par ailleurs chaque maison de naissance devra posséder le matériel pour les soins d'urgence de la mère et du nouveau-né, ainsi que le matériel permettant la surveillance permanente du rythme cardiaque fœtal.

Il y a actuellement 11 projets de maisons de naissance: à Nantes, Pontoise, Beauvais, Annecy, Lyon, Bordeaux, Nancy, Rennes, Pau, et deux à Paris. Chaque maison de naissance fera l'objet d'une évaluation de leur pratique sur trois ans.

Cependant, ces projets ne sont pas encore concrétisés car les décrets d'applications de l'expérimentation n'ont pas encore été élaborés. De plus, les associations en faveur des maisons de naissances (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, Collectif Inter associatif Autour de la Naissance) sont plutôt déçues par les dispositions du cahier des charges. D'une part, ce dernier ne correspond pas à leurs attentes. Les obligations liées au transfert de la patiente obligent la maison de naissance à se trouver au sein du centre hospitalier. La maison de naissance risque alors de s'apparenter davantage à un plateau technique. D'autre part, l'obligation d'une deuxième sage-femme à l'accouchement risque d'empiéter sur le budget alloué aux projets de maison de naissance, et il n'y a pour l'instant aucune assurance pour les couvrir⁴⁷.

Ces faits mis à part, l'installation de maisons de naissance en France fait l'objet de polémiques. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français⁴⁸, le Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO) et la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)⁴⁹ ont émis en 2008 un communiqué de presse où ils expriment leur désaccord.

Ainsi, en France, le sujet des maisons de naissance est sensible, avec l'absence d'un consensus entre les différents corps de professions autour de la naissance.

→L'accouchement à domicile

L'accouchement à domicile est assez marginal. Il concerne 0.5% à 1% de la totalité des naissances. 70 Sages- femmes acceptent encore de le pratiquer, ce qui représente seulement 0.4% de la totalité de la profession⁵⁰.

Pour pratiquer l'accouchement à domicile, ces professionnelles s'appuient sur les recommandations de l'OMS en matière d'accouchement normal, sur la charte européenne de la parturiente élaboré en 1988, ainsi que sur la charte de l'accouchement à domicile élaboré par l'ANSFL. Il ressort de cet ensemble de recommandations que seule une femme en bonne santé ayant eu une grossesse normale peut accoucher chez elle. De même, les

circonstances de la naissance doivent être physiologiques (présentation du sommet, grossesse à terme, pas de signes de souffrance fœtale). La surveillance fœtale se fait selon les critères de l'auscultation intermittente. Tout signe de dystocie implique un transfert vers une maternité de référence. La patiente doit prendre contact avec cette dernière et l'avoir informer de son souhait d'accoucher à domicile. Au-delà de ces recommandations, certaines sages-femmes vont jusqu'à refuser d'accompagner les primipares ou celles portant un enfant macrosome à leur domicile

L'accouchement à domicile fait suite à un suivi global de la patiente par une sage-femme libérale. Cela permet d'instaurer une relation de confiance entre ces deux personnes, d'évaluer la motivation du couple pour ce type d'accouchement. La sage-femme connaît aussi parfaitement le dossier de la patiente et les possibilités de survenue de complications.

Mais les sages-femmes pratiquant un suivi à domicile rencontrent un bon nombre d'obstacles. Tout d'abord, les assurances de responsabilité professionnelle refusent de les couvrir pour un tel acte depuis 2000. De plus, elles sont nombreuses à se heurter à l'incompréhension et la méconnaissance des services d'urgence (pompiers, SAMU), de leurs collègues hospitalières et des gynécologues-obstétriciens⁵⁰. Ainsi, les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile se sentent parfois isolées, allant même jusqu'à abandonner cette pratique. La demande d'accouchement à domicile seraient pourtant en hausse (cf. plus haut). Devant la pénurie de sages-femmes répondant à leur requête, certains couples vont faire appel à une doula ou appeler la sage-femme libérale au dernier moment, se plaçant alors dans une situation à haut risque. Les sages-femmes libérales demandent donc une reconnaissance de cette pratique de la part des professionnels de la naissance pour avoir une place dans le système obstétrical actuel, et assister sereinement les femmes chez elle. Des actions (l'ANSFL fait une pétition pour obtenir une assurance pour les accouchements à domicile) sont réalisées dans cette optique. Mais ce genre de pratique a du mal à trouver sa place et se heurte au point de vue d'une partie des professionnels (seulement quelques gynécologues-obstétriciens soutiennent l'accouchement à domicile, tel que le Dr Paul Cesbron, le Dr Michel Odent ou le Dr Bernard Maria).

Finalement, on constate que la pratique en dehors des établissements médicaux est assez réduite. Au delà de ce constat, on peut se demander si les traditions française, aussi

bien dans la société que dans le monde médical, rendent possible le développement d'une pratique à l'image de celles des sages-femmes québécoises. La politique française est marquée par le principe de précaution. Dans cette optique, la sécurité doit être assurée par des mesures actives qui doivent empêcher la survenue d'un danger. Ce principe est retrouvé au niveau individuel. Contrairement aux québécoises, les françaises semblent accepter beaucoup plus largement les différents examens de grossesse. De plus, un bon nombre de femmes jugent l'accouchement à l'hôpital plus sûr. La philosophie autour de l'accouchement à domicile et des maisons de naissance prônant au contraire la non-intervention, ce type de structure a-t-il réellement sa place en France ? Comment satisfaire l'envie de naturel, de physiologie des couples, et le besoin ambiant de sécurité ? Plus de naturel est sûrement possible dans notre savoir-faire, mais la France doit peut-être trouver sa propre organisation, son propre modèle pour répondre aux souhaits des couples.

CONCLUSION

La particularité de la profession de sage-femme au Québec apparaît liée à différents éléments: la situation du territoire et ses conditions climatiques, une place privilégiée en soins de première ligne, avec un lieu d'exercice indépendant permettant à la sage-femme une grande autonomie; et l'existence d'une philosophie propre à la profession, axée sur le respect des besoins de la femme et des couples. Tout le parcours des études et de la vie professionnelle dépend alors du respect de cet engagement. La philosophie des sages-femmes combinée à l'exercice en maison de naissance sont les garants d'une pratique non interventionniste, axée sur le naturel.

L'analyse des différentes études sur la prise en charge en maison de naissance, nous a permis de constater que ce mode d'exercice assure la sécurité de la mère et de l'enfant. Nous avons ainsi vu que le mode de pratique québécois permet à la sage-femme d'assumer entièrement son rôle et ses responsabilités dans les situations physiologiques.

Nous avons constaté également que l'accès à une sage-femme reste encore très réduit, surtout restreint à la population citadine. Ces professionnelles étant en faible effectif, elles sont peu étendues à travers la société québécoise. Mais nous avons constaté qu'il s'agit d'un mode de prise en charge des patientes qui, bien que marginale (7% en 2007) est en développement et a le soutien du gouvernement.

En France, alors que le sujet des maisons de naissance est débattu, l'exercice

québécois constitue un exemple intéressant, dont les résultats méritent d'être observés. Mais la comparaison et la transposition à notre pays restent difficiles, car l'état d'esprit de la population et du milieu médical des deux territoires est très différent. En outre, la profession de sage-femme y est distincte. Au-delà de cette différence, le Québec et la France auraient un grand intérêt à partager leurs expériences et les connaissances qui en découlent.

GLOSSAIRE

GMF : Groupement de Médecins de Famille

GMS : Groupement de Médecins spécialistes

RSSS : Réseau de Santé et des Services Sociaux

CSSS : Centre de Santé et des services sociaux

CH : Centre Hospitalier

CLSC : Centre Local de Santé Communautaire

GARE : Grossesse à Risque Elevée

AVAC : Accouchement Vaginal Après Césarienne

SOGC : Société des Obstétriciens Gynécologue du Canada

UQTR : Université du Québec à Trois Rivières

ONSF : Ordre Nationale des Sages-Femmes

OSFQ : Ordre des Sages-Femmes du Québec

ANLS : Advance Newborn Life Support (Soins de réanimations avancés néonataux)

RCR : Réanimation Cardio-Respiratoire

Bibliographie

- ¹ Site officiel du tourisme québécois, www.bonjourquebec.com/geographie.html
- ² Statistiques Canada, Recensement 2006
- ³ Institut de la Statistique du Québec, Naissances et taux de natalité du Québec de 1900 à 2007
- ⁴ Institut de la Statistique du Québec, Naissances, décès, accroissement naturel et mariages, 1986, 1991 et 1996-2007
- ⁵ Bureau Fédéral de la Statistique, Tendances et facteurs de la fécondité au Canada ;2004;p.356
- ⁶ Loi sur l'assurance Maladie, Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec ; 2006 ; L.R.Q., c. A-29, a. 9 et 69, Section 1 et section 2
- ⁷ La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Le système de santé et des services sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2008; p.4-6
- ⁸ La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Le Système de Santé et des Services Sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, « Organigramme CSSS » ; 2008; p. 4
- ⁹ L. Hanvey et Al., Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: Lignes Directrices Nationales 2001; Chapitre 2, Organisation des Services; p.15-29
- ¹⁰ N. Doré et D. Le Hénaff « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans », Institut National de Santé Publique du Québec; 2008; p.65-94
- ¹¹ F. Laverdière, H. Anctil, M. Renaud et Al., La Politique de périnatalité 2008-2018; p.15-90
- ¹² H. Valentini, Naître en France et au Québec , Santé, Société et Solidarité, Revue de l'observatoire Franco-québécois de la santé et de la solidarité; 2004; numéro 1; p.49-55
- ¹³ Fichier Med-écho des Hospitalisation, Les Statistiques de la RAMQ, Mortalité infantile entre 1960 et 1970
- ¹⁴ Santé et Services sociaux du Québec, Statistiques accouchements et naissances de 1981 à 2001
- ¹⁵ M. Wcislo, B. Blondel, G. Bréart et Al., La naissance en France en 1995, Enquête Nationale Périnatal ; p.15-70
- ¹⁶ B. Théorêt, P. Begin, Bilan de la Politique de périnatalité de 1993, Document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité ; 2007 ; p.15-53

- ¹⁷ H. Vadeboncœur, « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? », Le médecin du Québec ; juillet 2005 ; numéro 7 ; volume 40
- ¹⁸ Fichier Med Echo des Hospitalisations, Les Statistiques de la RAMQ, AVAC de 1995-1996 à 2000-2001
- ¹⁹ P. Patry et Al., Référence aux « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et au « Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel » de l'OMS et de l'UNICEF, Priorités Nationales de Santé Publique ; 1997-2002 ; p.103
- ²⁰ N. Haiek, G. Neill, N. Plante et B. Beauvais, L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales, Zoom Santé, Revue de l'Institut de la Statistique du Québec ; Octobre 2006 ; p. 1-3
- ²¹ A.M. Romano, J.A. Lothian, Déclaration de Principe commune sur l'accouchement normal , Directives cliniques de la SOGC ; numéro 221 ; décembre 2008
- ²² M. Allard, S. Durand, C. Ménard, Lignes Directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée ; 2005 ; p.17-20
- ²³ M.J. Martel, C.J. Mackinnon et Al., L'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne, Directives cliniques de la SOGC ; numéro 155 ; février 2005
- ²⁴ H. Berger, J. Crane, D. Farine et Al. Dépistage du diabète sucré gestationnel, Directives cliniques du SOGC ; numéro 121 ; décembre 2002
- ²⁵ D.M. Money, S. Dobson et Al., Prévention de l'infection néonatal à streptocoque du groupe B à début précoce, Directives cliniques de la SOGC ; numéro 149 ; septembre 2004
- ²⁶ Agence de la Santé Publique du Canada, Stratégies de prévention des infections à streptocoque de groupe B d'installation précoce, Relevé des maladies transmissibles du Canada ; volume 2 ; 1996
- ²⁷ N. Doré et D. Le Hénaff « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans », Institut National de Santé Publique du Québec ; 2008 ; p. 565
- ²⁸ R. Blais, P. Joubert, W. Fraser et Al., Evaluation des Projets Pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, Rapport Final ; octobre 1997 ; p.150-220
- ²⁹ Loi sur les sages-femmes, Gazette Officielle ; juin 1999
- ³⁰ Loi sur les sages-femmes, Gazette Officielle ; L.R.Q., chapitre S-0.1 ; juin 2008
- ³¹ Université du Québec à Trois Rivières, Programme 7055 Baccalauréat en pratique sage-femme, 2009
- ³² H. Quévillon, Programme de formation Syllabus ANLS de réanimation néonatale, 2008

- ³³ Programme ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO); 2009-03-11
- ³⁴ www.rcr-quebec.com, Formation RCR ; 2009
- ³⁵ Université du Québec à Trois Rivières, programme 0855, microprogramme de p.c. sur la pratique des sages-femmes au Québec ; 2009
- ³⁶ Université du Québec à Trois Rivières, programme 0705, microprogramme de p.c. d'intégration des compétences en pratique sage-femme au Québec ; 2009
- ³⁷ www.cmrc-ccosf.ca, Consortium Canadien des Ordres des sages-femmes
- ³⁸ Règlement sur les normes de pratiques et les conditions d'exercice lors de l'accouchement à domicile, Gazette Officielle, Avril 2005
- ³⁹ Institut de la Statistique du Québec, Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, néonatale et infantile de 1976 à 2005
- ⁴⁰ Institut de la Statistique du Québec, Naissances selon le poids à la naissance, 2004 et 2005
- ⁴¹ Institut de la Statistique du Québec, Naissances selon la durée de la grossesse, 1975 à 2005
- ⁴² Santé et Services Sociaux du Québec, Statistiques des accouchements et des naissances de 1990 à 2005
- ⁴³ C. Couchie, S.Sanderson, Rapport sur les pratiques optimales en ce qui concerne le retour de l'accouchement au sein des communautés autochtones rurales et éloignées, rapport de la SOGC ; n°188 ; Mars 2007.
- ⁴⁴ S. Joannes, G. Poutout et Al. Maisons de naissance en Ile de France, Réflexions et propositions du groupe de travail C.R.N. Ile de France ; 2002-2003
- ⁴⁵ DHOS, Cahier des charges de l'expérimentation de maisons de naissance ; janvier 2008
- ⁴⁶ C. d'Ercole, K. Astruc et Al. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Recommandations professionnelles de l'HAS ; Mai 2007
- ⁴⁷ Lettre du CIANE à Mme Anne-Noëlle MACHU du DHOS ; 2008
- ⁴⁸ Communiqué de Presse du CNGOF ; 11 mars 2008
- ⁴⁹ Communiqué de presse du CARO ; 13 mars 2008
- ⁵⁰ N. RICHARD-GUERROUDJ, Accouchement à domicile, Une autre idée de la sécurité, Profession Sage-Femme ; numéro 147 ; p.36-39

AUTRES REFERENCES

Contact sage-femme n°17 ; Octobre 2008

ANSFL, Charte de l'accouchement à domicile

Parlement Européen, Charte des droits de la Parturiente, 8 Juillet 1988

J. et C. Collonge, avec la participation de Dr. P. Cesbron et Dr. M. Odent, Intimes Naissances, Choisir d'accoucher à la maison, édition LaPlage ; 2007

D.G. Tremblay, E. Genin, Le congé parental: une perception positive à l'épreuve de l'expérience vécue, Chaire de recherche du Canada sur les enjeux sociaux, UQAM ; janvier 2009

M. Akrich, DOSSIER " PERINATALITE ET PARENTALITE : UNE REVOLUTION EN MARCHÉ ? ", Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas ; INPES N° 391 ; SEPTEMBRE-OCTOBRE 2007 ; p. 20-22

Dossiers de l'Obstétrique: MDN - CALM – AAD ; N° 378 ; janvier 2009

INSEE, L'état de santé de la population en France , Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique ; Rapport 2007

Ordre des Sages-Femmes du Québec, Les Normes De Pratique Professionnelle Des Sages-Femmes Au Québec ; Mai 2003

Dr Crane, J. Liston R, Surveillance du bien être fœtal durant le travail ;numéro 112 ;mars 2002

G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé, Plan « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité ; 10 novembre 2004

I. Brabant, Vivre sa grossesse et son accouchement, Une naissance heureuse, édition Chronique Social ; 2003

ANNEXES

Annexe n°1: Les régions administratives du Québec

Le Québec, régions administratives



Divisions territoriales

- Frontière internationale
- Frontière interprovinciale
- Frontière Québec - Terre-Neuve-et-Labrador
(cette frontière n'est pas définitive)
- Limites des régions administratives

Projection cartographique : Conique de Lambert avec deux parallèles d'échelle conservée (46° et 60°)

0 200 km

Réalisation

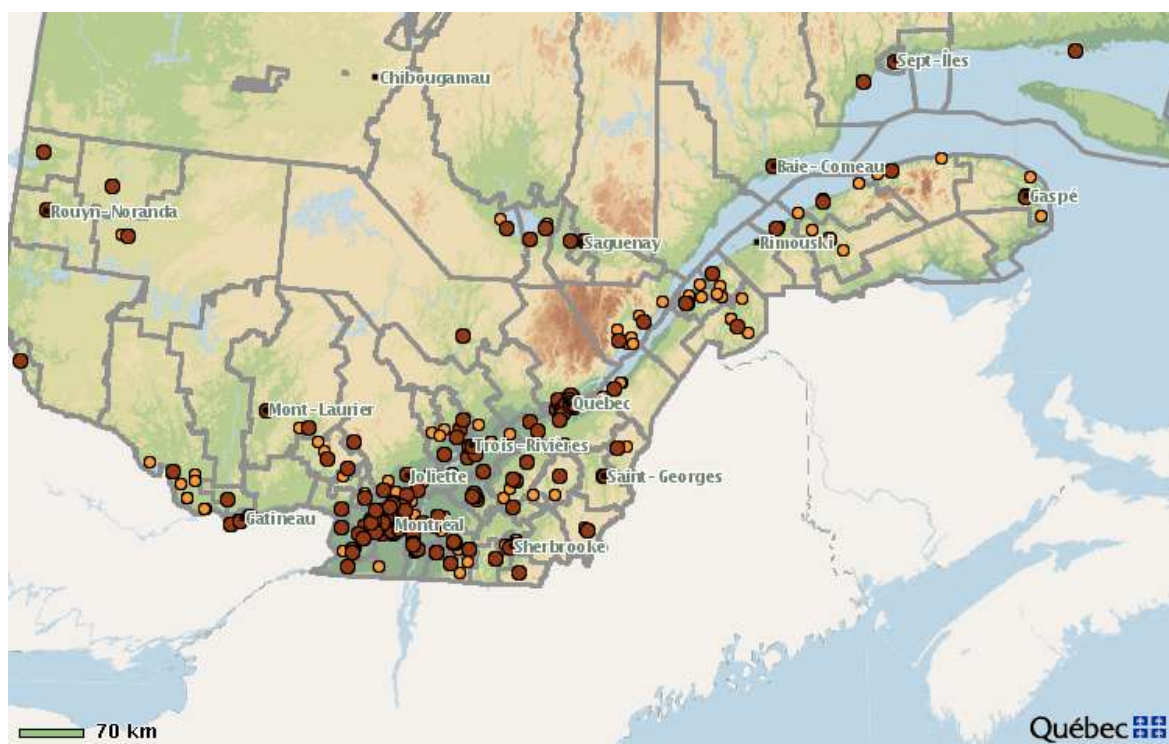
Production : Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
Direction générale de l'information géographique
Note : Le présent document n'a aucune portée légale.

© Gouvernement du Québec
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 3^e trimestre 2006

Ressources naturelles
et Faune

Québec

Annexe n°2: Répartition des GMF du Québec



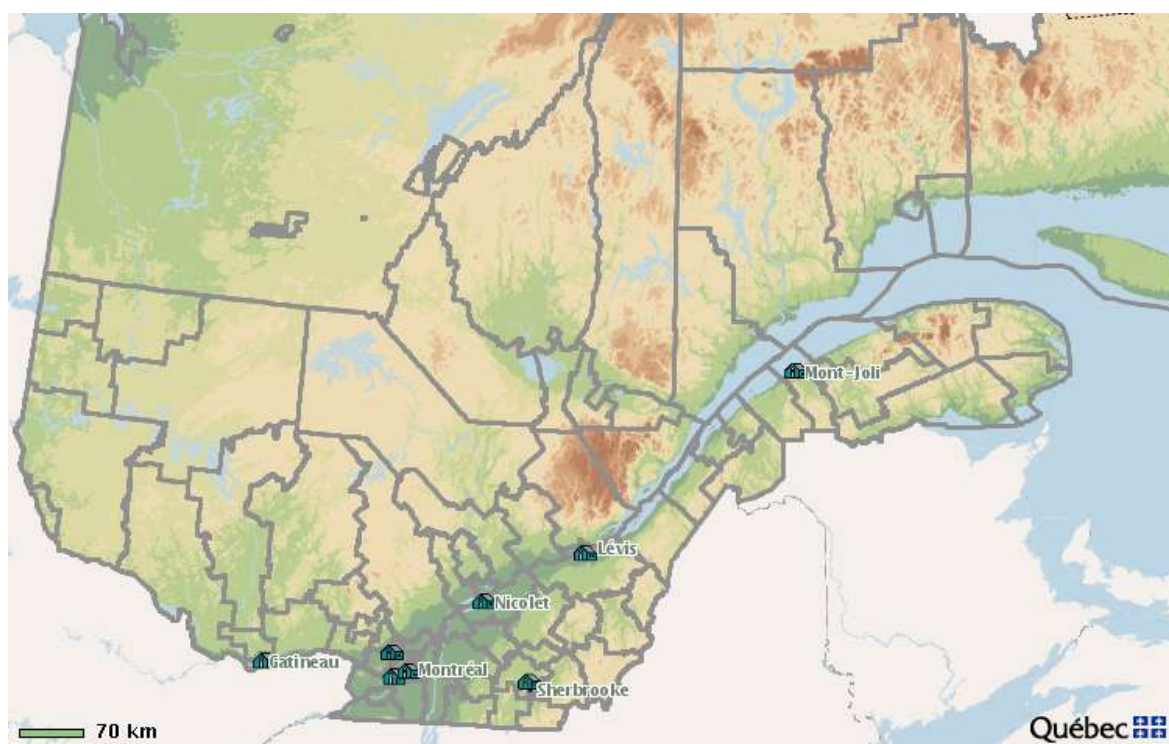
Réalisation : Service des infocentres, DGCFERI, MSSS.

Source : MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires,

Équipe de projet des groupes de médecine de famille, janvier 2008; Géobase[®]

Consultable sur : www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas

Annexe n°3 Répartition des maisons de naissance Du Québec



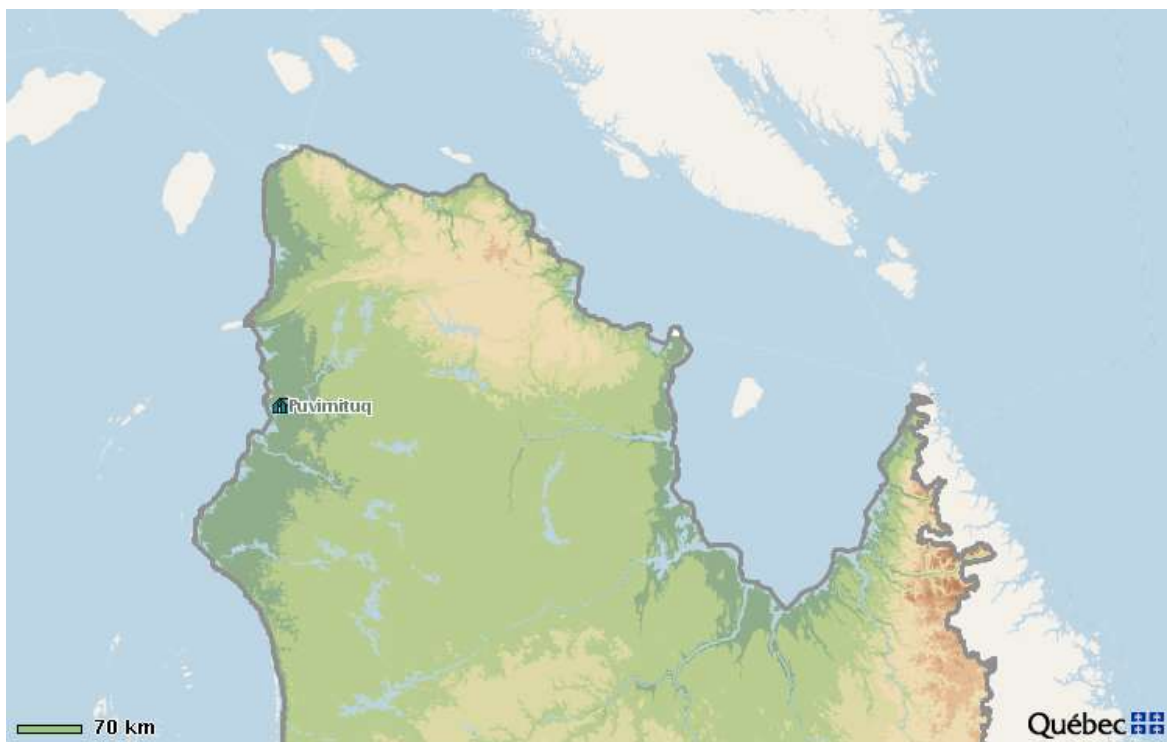
Réalisation : Service des infocentres, DGCFERI, MSSS.

Collaboration : Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, MSSS

Source : Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, MSSS

consultable sur : www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas

Annexe n°3 bis Répartition des maisons de naissance du Québec



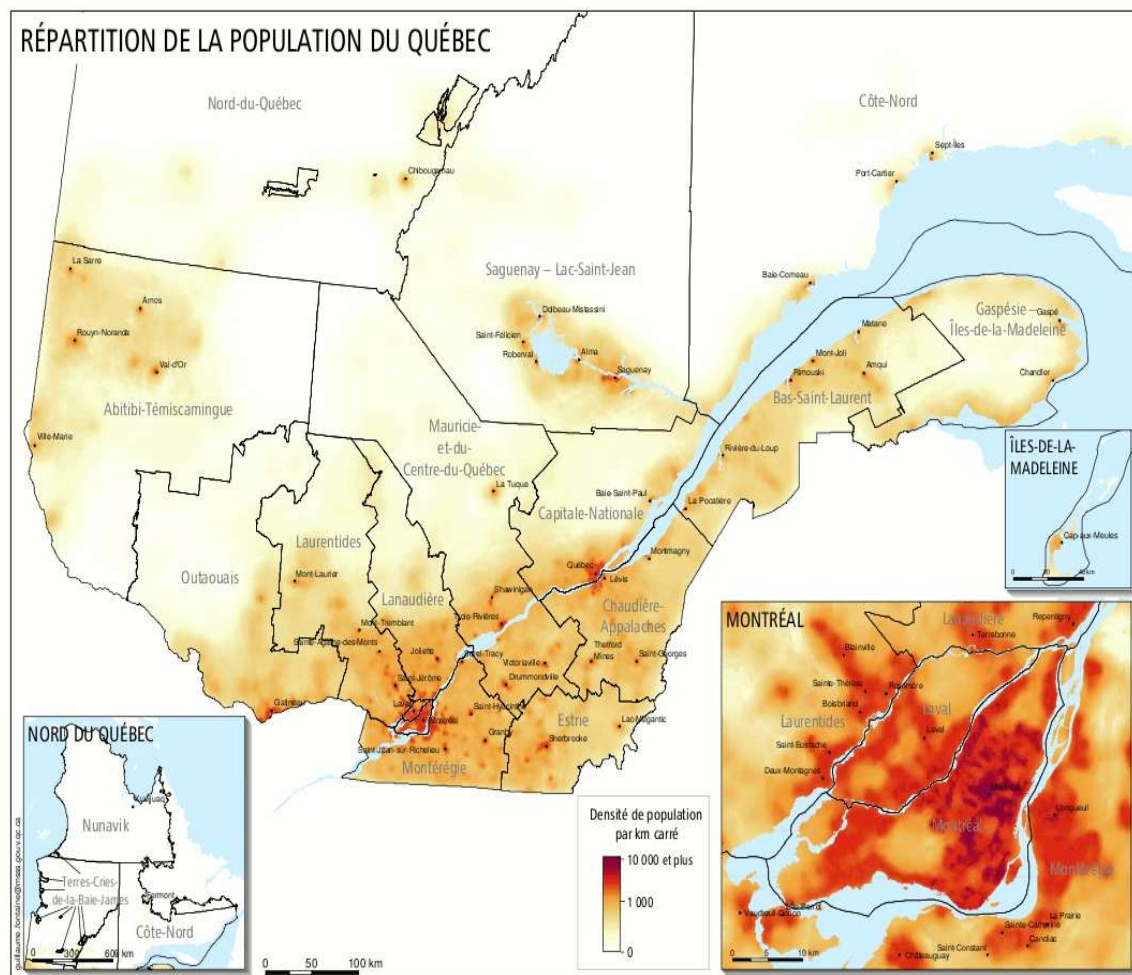
Réalisation : Service des infocentres, DGCFERI, MSSS.

Collaboration : Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, MSSS

Source : Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, MSSS

consultable sur : www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas

Annexe n°4 Répartition de la population du Québec



Unité gestion de l'information
Direction des ressources informationnelles
Mai 2006

Santé
et Services sociaux
Québec

Sources : Population, Statistique Canada 2001
Municipalité, Unité gestion de l'information 2006
Région socio-sanitaire, Unité gestion de l'information 2005

Annexe n°5 Les Premières Nations



Annexe n°6 Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

© Éditeur officiel du Québec

Ce document n'a pas de valeur officielle.

Dernière version disponible

Incluant la Gazette officielle du 1er novembre 2006

c. S-0.1, r.1

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Loi sur les sages-femmes

(L.R.Q., c. S-0.1, a. 5, 1^{er} al., par. 3)

SECTION I

CONSULTATION

1. La sage-femme initie une consultation d'un médecin dans les cas de consultation obligatoire prévus par l'une des annexes du présent règlement et s'assure qu'une consultation soit tenue dans un délai raisonnable, compte tenu de la gravité de la condition de la femme ou de l'enfant et du préjudice qui pourrait en découler.

D. 455-2004, a. 1.

2. La sage-femme informe la femme des motifs d'une consultation.

D. 455-2004, a. 2.

3. La sage-femme fournit au médecin consulté tous les renseignements et les documents pertinents à la consultation, en précisant le cas de consultation visé à l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 3.

4. À la suite de cette consultation, la sage-femme informe la femme des résultats de celle-ci et, en tenant compte des recommandations médicales :

1° elle poursuit son suivi ;

2° elle poursuit son suivi pendant l'épisode de soins simultanés ;

3° elle transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin

conformément aux articles 6 à 10.

D. 455-2004, a. 4.

SECTION II

TRANSFERT

5. La sage-femme transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin dans les cas de transfert obligatoire de cette responsabilité prévus par l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 5.

6. La sage-femme informe la femme des motifs du transfert.

D. 455-2004, a. 6.

7. La sage-femme prend les mesures appropriées pour faciliter le transfert en fonction de la nature du cas de transfert obligatoire.

D. 455-2004, a. 7.

8. La sage-femme qui se trouve avec la femme ou l'enfant au moment du transfert l'accompagne jusqu'à la prise en charge médicale lorsque les circonstances le requièrent.

D. 455-2004, a. 8.

9. La sage-femme fournit au médecin tous les renseignements et les documents pertinents à la prise en charge de la femme ou de l'enfant, en précisant le cas de transfert visé à l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 9.

10. Dans les cas où le transfert est obligatoire et où l'urgence, la distance à parcourir ou les conditions climatiques le rendent impossible, la sage-femme doit obtenir d'un médecin un avis par téléphone ou par un autre moyen de communication approprié.

D. 455-2004, a. 10.

SECTION III

DISPOSITIONS FINALES

11. Le présent règlement remplace le Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux (D. 413-93).

D. 455-2004, a. 11.

12. Le présent règlement entre en vigueur le 10 juin 2004.

D. 455-2004, a. 12.

ANNEXE I

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION : ANTÉCÉDENTS

Cas de consultation obligatoire

1° maladie génétique, héréditaire, congénitale pouvant affecter la vie du bébé

- 2° avortements spontanés répétés jusqu'à la 16^e semaine sans accouchement à terme
- 3° conisation du col
- 4° myomectomie
- 5° plus d'un accouchement prématuré
- 6° plus d'un bébé de faible poids
- 7° mortalité périnatale pouvant présenter un risque potentiel

Cas de transfert obligatoire

- 1° amputation du col
- 2° béance du col sans antécédents d'accouchement à terme
- 3° avortements spontanés répétés après la 16^e semaine sans accouchement à terme
- 4° hémorragie sous-arachnoïde
- 5° maladie thromboembolique
- 6° iso-immunisation

D. 455-2004, ann. I.

ANNEXE II

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION : GROSSESSE ACTUELLE

Cas de consultation obligatoire

- 1° âgée de moins de 14 ans
- 2° thrombocytopénie
- 3° maladie de Crohn
- 4° colite ulcéreuse
- 5° prolapsus de la valve mitrale
- 6° risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale
- 7° prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né
- 8° cancer actif
- 9° vomissements gravidiques sévères
- 10° suspicion de grossesse extra-utérine
- 11° malformation utérine
- 12° présence de fibrome
- 13° test de cytologie cervicale anormal

- 14° maladies transmises sexuellement : gonorrhée, syphilis, chlamydia
- 15° séroconversion en cours de grossesse pour l'herpès
- 16° contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle
- 17° anémie : Hb moins de 100g./litre ne répondant pas au traitement
- 18° menace de travail prématuré
- 19° saignement d'origine inconnue à plus de 20 semaines
- 20° poly hydramnios ou oligo-hydramnios
- 21° toute anomalie fœtale diagnostiquée
- 22° présentation autre que céphalique après 37 semaines
- 23° grossesse à 42 semaines

Cas de transfert obligatoire

- 1° diabète insulino-dépendant
- 2° maladie d'Addison et de Cushing
- 3° collagénose
- 4° hyperthyroïdie
- 5° sclérose en plaque
- 6° hypertension artérielle
- 7° tuberculose active
- 8° séropositivité au VIH et SIDA
- 9° séroconversion en cours de grossesse pour les maladies infectieuses suivantes :
toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, VIH et tuberculose
- 10° maladie cardiaque, rénale ou pulmonaire avec insuffisance
- 11° présence d'anticorps irréguliers significatifs
- 12° thrombocytopénie, si sévère
- 13° anomalie de la coagulation
- 14° bécance du col
- 15° grossesse extra-utérine
- 16° grossesse multiple
- 17° décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
- 18° placenta prævia
- 19° retard de croissance intra-utérine
- 20° hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée
- 21° pré-éclampsie ou éclampsie

22° syndrome de HELLP

23° mort in utéro

D. 455-2004, ann. II.

ANNEXE III

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION : LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Cas de consultation obligatoire

- 1° rupture prolongée des membranes
- 2° arrêt de progression en travail actif
- 3° rétention placentaire
- 4° déchirure périnéale du 3^e ou 4^e degré
- 5° l'accouchement aura lieu entre 34 et 36 6/7 semaines
- 6° travail débute après 42 semaines
- 7° liquide amniotique méconial épais ou particulier
- 8° pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
- 9° suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
- 10° suspicion de chorioamnionite

Cas de transfert obligatoire

- 1° travail débutant avant 34 semaines
- 2° toute présentation autre que vertex
- 3° grossesse multiple
- 4° mort in utéro
- 5° herpès génital actif
- 6° hypertension avec diastolique supérieure à 90mm Hg sur plus de deux heures
- 7° signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie
- 8° perception d'un vaisseau au toucher vaginal
- 9° procidence du cordon
- 10° placenta prævia
- 11° souffrance fœtale
- 12° arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion
- 13° choc obstétrical
- 14° hémorragie qui ne répond pas au traitement
- 15° suspicion de rupture utérine
- 16° inversion utérine

D. 455-2004, ann. III.

ANNEXE IV

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION : LE POSTNATAL MÈRE

Cas de consultation obligatoire

- 1° sub-involution utérine ne répondant pas au traitement
- 2° saignements persistants qui ne répondent pas au traitement
- 3° suspicion de rétention placentaire partielle
- 4° hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles
- 5° infection de la plaie périnéale
- 6° prolapsus utérin
- 7° problème psychologique sévère
- 8° suspicion de pré-éclampsie

Cas de transfert obligatoire

- 1° infection sévère
- 2° psychose puerpérale
- 3° phlébite et risques thromboemboliques
- 4° suspicion de rupture utérine
- 5° éclampsie
- 6° hypertension persistante

D. 455-2004, ann. IV.

ANNEXE V

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION : LE NOUVEAU-NÉ

Cas de consultation obligatoire

- 1° pigmentation anormale
- 2° traumatisme obstétrical
- 3° fontanelles élargies selon les critères en vigueur
- 4° thyroïde palpable
- 5° une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance
- 6° suspicion de spina-bifida
- 7° pleurs ou cris anormaux
- 8° absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle

- 9° signes neurologiques anormaux
- 10° souffle cardiaque
- 11° hépatomégalie > 3cm sous le rebord costal
- 12° rate palpable
- 13° artère ombilicale unique
- 14° masse inguinale
- 15° masse testiculaire à la naissance
- 16° testicules non descendus ou non palpables
- 17° âge gestationnel entre 36-36 6/7 semaines
- 18° examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines
- 19° tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute
- 20° poids inférieur au 3^e percentile
- 21° non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement
- 22° prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race
- 23° croissance inappropriée inférieure au 3^e percentile ou supérieure au 97^e percentile selon la courbe du périmètre crânien
- 24° crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours
- 25° irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures
- 26° anurie au-delà de 24 heures de vie
- 27° absence de passage de méconium après 24 heures de vie
- 28° résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques
- 29° ictère nécessitant photothérapie
- 30° persistance d'ictère après 14 jours de vie
- 31° infections suspectées chez le bébé ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez son bébé
- 32° érythème péri ombilical compatible avec un omphalite
- 33° éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches
- 34° écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive
- 35° rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min
- 36° pouls fémoraux non palpables ou asymétriques
- 37° reflet rouge oculaire absent

- 38° masse abdominale
- 39° instabilité des hanches ou hanches luxables
- 40° fontanelle antérieure bombée

Cas de transfert obligatoire

- 1° hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
- 2° détresse respiratoire ou apnée
- 3° ictère dans les premières 24 heures
- 4° moins de 36 semaines d'âge gestationnel
- 5° Apgar inférieur à 7, à 5 minutes
inférieur à 9, à 10 minutes
- 6° cyanose centrale
- 7° nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie
- 8° toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats
- 9° pâleur persistante au-delà d'une heure de vie
- 10° atrésie unie ou bilatérale des choanes
- 11° trémulations répétées ou convulsions
- 12° léthargie ou hypotonie
- 13° ecchymose ou pétéchies généralisées
- 14° syndrome de sevrage
- 15° distension abdominale avec intolérance à l'alimentation
- 16° hémorragie digestive haute ou basse
- 17° vomissements bilieux ou diarrhée

D. 455-2004, ann. V.

D. 455-2004, 2004 G.O. 2, 239

Annexe n°7 « Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre du projets-pilotes »

© Éditeur officiel du Québec

Ce document n'a pas de valeur officielle.

Incluant la Gazette officielle du 22 février 2006

[1]c. P-16.1, r.0.1

Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre du projets-pilotes

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes

(L.R.Q., c. P-16.1, a. 23, 1^{er} al., par. 1 et 3^e al.)

SECTION I

CRITÈRES DE COMPÉTENCE

1. Le candidat à la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes doit posséder la compétence lui permettant:
 - 1° d'informer et de conseiller en matière de planification familiale;
 - 2° de donner les informations préconceptionnelles adéquates, notamment sur le diagnostic prénatal;
 - 3° de constater la grossesse, de surveiller la grossesse normale et d'effectuer les examens nécessaires à la surveillance de l'évolution d'une grossesse normale;
 - 4° de faire effectuer ou de conseiller les examens nécessaires au diagnostic précoce des grossesses à risque;
 - 5° d'établir des programmes de préparation des futurs parents à leur rôle, de conseiller en matières d'habitudes de vie, de les informer et de les guider sur les ressources et les services offerts dans la communauté et d'assurer la préparation complète à l'accouchement, notamment quant aux aspects psychologiques, physiques et socioculturels;
 - 6° d'assister la parturiente pendant le déroulement du travail et de surveiller l'état du

foetus par les moyens cliniques et techniques appropriés;

7° de pratiquer l'accouchement normal lorsqu'il s'agit d'une présentation de vertex, y compris, au besoin, l'épisiotomie et, en cas d'urgence, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège;

8° de déceler chez la mère ou l'enfant les signes annonciateurs d'anomalies qui nécessitent l'intervention d'un médecin et d'assister ce dernier en cas d'intervention; de 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, éventuellement;

9° d'examiner le nouveau-né et d'en prendre soin, de prendre toutes les initiatives en cas de besoin et de pratiquer, le cas échéant, la réanimation immédiate;

10° de donner les soins requis à la mère, de surveiller les suites de couches et de donner les conseils permettant de prendre soin du nouveau-né dans les meilleures conditions;

11° de dispenser les soins prescrits par un médecin;

12° de rédiger les rapports écrits requis dans l'exercice de sa pratique.

D. 1193-92, a. 1.

SECTION II

CRITÈRES DE FORMATION

2. Le candidat à la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes doit posséder une formation de niveau collégial ou universitaire ou l'équivalent dans les matières prévues à l'annexe I.

D. 1193-92, a. 2.

3. Omis.

D. 1193-92, a. 3.

ANNEXE I

(a. 2)

CHAMPS DE FORMATION

A) Matières de base:

1° notions fondamentales d'anatomie et de physiologie;

2° notions fondamentales de pathologie;

3° notions fondamentales de bactériologie, virologie, parasitologie et mycologie;

4° notions fondamentales de biophysique, biochimie et radiologie;

5° puériculture et pédiatrie, eu égard notamment au nouveau-né;

6° hygiène, promotion de la santé, prévention des maladies, dépistage précoce;

7° nutrition et diététique, eu égard notamment à l'alimentation de la femme, du

nouveau-né et du nourrisson;

- 8° notions fondamentales de sociologie et d'anthropologie;
- 9° notions fondamentales de pharmacologie;
- 10° éléments de psychologie et de psychiatrie;
- 11° éléments de communication et de relation d'aide;
- 12° éléments de pédagogie destinée aux adultes;
- 13° politiques et législations sociales et de santé; organisation du système de santé;
- 14° déontologie et législation professionnelle;
- 15° éducation sexuelle, contraception et planification familiale;
- 16° notions de statistique et d'épidémiologie clinique et psychosociale;

B) Matières spécifiques aux activités de sage-femme:

- 1° anatomie et physiologie de la reproduction;
- 2° embryologie et développement du fœtus;
- 3° notions d'éthique et de génétique;
- 4° obstétrique eutocique;
- 5° pathologie obstétricale;
- 6° gynécologie et pathologie gynécologique;
- 7° préparation à l'accouchement et au rôle de parent, y compris les aspects

psychologiques et socioculturels;

8° préparation matérielle de l'accouchement, y compris connaissance et emploi du matériel obstétrical;

- 9° analgésie, anesthésie et réanimation;
- 10° physiologie et pathologie du nouveau-né;
- 11° soins et surveillance du nouveau-né;
- 12° facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux reliés à la grossesse;

C) Composantes pratiques et cliniques:

- 1° techniques de soins en médecine;
- 2° techniques de soins en chirurgie;
- 3° techniques de soins en obstétrique;
- 4° techniques de soins en gynécologie;
- 5° consultation prénatale;
- 6° animation de séance de préparation à la naissance;
- 7° participation et information dans le domaine de la planification familiale;
- 8° surveillance de la grossesse normale et pathologique par tous les moyens cliniques et

techniques appropriés;

9° surveillance de la parturiente par tous les moyens cliniques et techniques appropriés, incluant les techniques de facilitation du travail et de l'accouchement;

10° pratique de l'accouchement eutocique;

11° initiation aux situations obstétricales d'urgence, incluant la délivrance artificielle, la révision utérine et la réanimation immédiate du nouveau-né;

12° pratique de l'épisiotomie;

13° réparation de l'épisiotomie et des lacérations périnéales du 1^{er} et du 2^e degré;

14° examens, surveillance et soins de l'accouchée et du nouveau-né normaux;

15° surveillance et soins de la femme en cours d'accouchement et de l'accouchée exposée à des risques;

16° surveillance et soins du nouveau-né présentant une pathologie ou nécessitant des soins spéciaux.

D. 1193-92, Ann.

D. 1193-92, 1992 G.O. 2, 580

Annexe n°8 Définition internationale de la sage-femme

Définition internationale de la sage-femme selon l'OMS.

« Une personne qui a suivi un programme de formation 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, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

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

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

La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

Annexe n°9 Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession

© Éditeur officiel du Québec

Ce document n'a pas de valeur officielle.

Dernière version disponible

Incluant la Gazette officielle du 12 décembre 2008

c. S-0.1, r.1.1

Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession

Loi sur les sages-femmes

(L.R.Q., c. S-0.1, a. 9).

1. Les examens et les analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter sont les suivants:

- 1° les examens et les analyses destinés à la mère inscrits à l'annexe I aux conditions, s'il y a lieu, qui y sont déterminées;
- 2° les examens et les analyses destinés à l'enfant inscrits à l'annexe II;
- 3° les examens et les analyses destinés au père inscrits à l'annexe III aux conditions qui y sont déterminées.

Aux fins du présent règlement, une sage-femme ne peut effectuer un examen ou une analyse en laboratoire.

D. 968-2008, a. 1.

2. (Omis).

D. 968-2008, a. 2.

ANNEXE I

(a. 1)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À LA MÈRE

Conditions	Prescrire	Effectuer	Interpréter
Acide folique	X	X	X
Amniocentèse	X		
Analyse d'urine (examen sommaire)	X	X	X
Anatomo-pathologie du placenta et du cordon	X		
Bilan hépatique (LDH, ALT, AST, GGT, bilirubine directe et indirecte)	X	X	X
Bilan rénal (BUN, créatinine, protéine, albumine, acide urique, urée)	X	X	X
Coombs indirect	X	X	X
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X

Dépistage pour les ITS	X	X	X
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X
Dosage de la TSH	X	X	X
Échographie obstétricale	X		
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X	
Pour la mère à risque présentant une hémoglobinopathie			
Épreuve d'hyperglycémie provoquée	X	X	X
Examens sérologiques	X	X	X
Fer sérique + fixation du complément (TIBC)	X	X	X
Ferritine	X	X	X
Formule sanguine complète	X	X	X
Glycémie	X	X	X
Groupe sanguin et Rhésus	X	X	X

Marqueurs sériques	X	X	
Monitoring foetal	X	X	X
Profil biophysique	X		
Protéinurie des 24 heures Après 20 semaines de gestation	X	X	X
Recherche d'anticorps irréguliers	X	X	X
Recherche de cellules foetales (Kleihauer) Pour la mère Rh négatif chez qui une intervention est pratiquée ou présentant un traumatisme augmentant le risque de transfusion foeto-maternelle et où il n'y a pas eu une prophylaxie avec les immuno-globulines	X	X	X
Test de grossesse (urine HCG)	X	X	X
Test de grossesse (sang bêta-HCG)	X	X	X
Test de réactivité foetale	X	X	X
Test papanicolaou (cytologie endo-col, exo-col et vagin)	X	X	

Dosage de Vitamine B12	X	X	X
------------------------	---	---	---

D. 968-2008, Ann. I.

ANNEXE II

(a. 1)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À L'ENFANT

	Prescrire	Effectuer	Interpréter
Bilirubine directe et indirecte	X	X	X
Coombs direct	X	X	X
Cultures bactériolo- -giques des liquides et antibiogramme	X	X	X
Dépistage des maladies génétiques (PKU)	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X
Évaluation non invasive par saturomètre	X	X	X
Formule sanguine complète	X	X	X
Glycémie	X	X	X
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X

D. 968-2008, Ann. II.

ANNEXE III

(a. 1)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS AU PÈRE

Conditions	Prescrire	Effectuer	Interpréter
------------	-----------	-----------	-------------

Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X	
---------------------------------	---	---	--

Test réservé
au père biologique
du fœtus d'une
mère porteuse de traits
falciformes ou présentant une
autre hémoglobinopathie
pour évaluer le risque fœtal

Groupe sanguin et rhésus	X	X	X
--------------------------	---	---	---

Test réservé au père biologique
du fœtus d'une mère Rh négatif

D. 968-2008, Ann. III.

D. 968-2008, 2008 G.O. 2, 5630

Annexe n°10 Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession

© Éditeur officiel du Québec

Ce document n'a pas de valeur officielle.

Dernière version disponible

Incluant la Gazette officielle du 30 janvier 2009

[2]c. S-0.1, r.1.2

Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession

Loi sur les sages-femmes

(L.R.Q., c. S-0.1, a. 9).

1. Les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer sont les suivants:

1° les médicaments destinés à la mère inscrits à l'annexe I aux conditions, s'il y a lieu, qui y sont déterminées;

2° les médicaments destinés à l'enfant inscrits à l'annexe II aux conditions qui y sont déterminées.

D. 967-2008, a. 1.

2. (Omis).

D. 967-2008, a. 2.

ANNEXE

(a. 1)

MÉDICAMENTS QU'UNE SAGE-FEMME PEUT PRESCRIRE OU ADMINISTRER À LA MÈRE

Substances

Spécifications et conditions

Acétaminophène	Pour usage au cours des périodes prénatale et postnatale
Acétaminophène, caféine et codéine (en association)	Forme pharmaceutique contenant 300 mg et moins d'acétaminophène, 15 mg et moins de caféine et 8 mg et moins de codéine par comprimé Quantité limitée pour une période de 2 jours
Acétaminophène et codéine (en association)	Forme pharmaceutique contenant 325 mg et moins d'acétaminophène et 30 mg et moins de codéine par comprimé Quantité limitée pour une période de 2 jours
Acide alginique Acide folique	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours de la période prénatale
Ampicilline	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie lors de la rupture prolongée des membranes chez une femme asymptomatique ou en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta-hémolytique
Béthaméthasone, clotrimazole et mupirocine (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration de béthaméthasone est de 0.1 %, la concentration de clotrimazole est de 10 % et la concentration de mupirocine est de 2 % pour le traitement des mycoses au niveau des mamelons chez la femme qui allaite

Béthaméthasone, miconazole et mupirocine (en association) Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration de béthaméthasone est de 0.1 %, la concentration de miconazole est de 2 % et la concentration de mupirocine est de 2 % pour le traitement des mycoses au niveau des mamelons chez la femme qui allaite

Carbonate de calcium
Carboprost trométhamine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 0.25mg en prophylaxie ou si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate et inefficacité d'ocytocine synthétique

Chlorure de sodium Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 0.9 % pour le remplacement des liquides si pertes sanguines postnatales abondantes, si hémorragie ou pour dilution

Citrate de sodium / laurylsulfate de sodium Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale

Clindamycine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie à l'égard du streptocoque du

groupe bêta-hémolytique, si allergie à la pénicilline G

Clotrimazole Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale dont la concentration est de 1 %

Dextrose Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 5 %

Ou

Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale en vue de procéder à un test de tolérance au glucose

Dextrose et Forme pharmaceutique destinée à une administration
chlorure de par voie parentérale en perfusion dont la
sodium concentration de dextrose est de 5 % et la
(en association) concentration de chlorure de sodium est de 0.45 %

Diazépam Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale pour le traitement des convulsions si inefficacité de sulfate de magnésium

Diphenhydramine, Forme pharmaceutique destinée à une administration
chlorhydrate de par voie parentérale pour le traitement de réactions allergiques, avec ou sans réaction anaphylactique, sans élévation de la température ou atteinte systémique

Docosate de calcium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale
Docosate de sodium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale
Épinéphrine	Présentation sous forme d'auto-injecteur ou d'ampoule dont la concentration est de 1 mg/ml pour le traitement d'urgence de réactions anaphylactiques
Érythromycine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta-hémolytique, si allergie à pénicilline G et résistance à clindamycine
Fumarate ferreux	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale, si intolérance à sulfate ferreux
Gluconate de calcium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 10 % comme antidote à sulfate de magnésium dans l'attente du transfert de responsabilité clinique à un médecin

Gluconate ferreux Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale, si intolérance à sulfate ferreux et à fumarate ferreux

Glycérine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale

Hamamélis et glycérine Forme pharmaceutique destinée à une (en association) administration par voie topique dont la concentration d'hamamélis est de 50 %

Hydrocortisone et Forme pharmaceutique destinée à une sulfate de zinc administration par voie rectale dont la (en association) concentration d'hydrocortisone est de 0.5 % et la concentration de sulfate de zinc est de 0.5 %

Hydroxyde d'aluminium Pour usage au cours de la période postnatale et de magnésium
Ibuprofène

Immunoglobuline humaine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale au cours des périodes prénatale et postnatale

Lactate Ringer Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion pour le remplacement des liquides si pertes sanguines postnatales abondantes ou si hémorragie

Lidocaïne Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration est de 4 % pour action sur les muqueuses vaginales lors de réparation de lacérations mineures Ou Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 1 %

Lorazépam Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies orale et sublinguale en vue de procéder à l'extraction manuelle du placenta, si hémorragie

Magnésium, sulfate de Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale pour le traitement des convulsions

Maléate d'ergonovine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie ou si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate et inefficacité d'ocytocine synthétique

Miconazole Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale au cours de la période prénatale dont la concentration est de 2 %

Misoprostol Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies orale et rectale si

hémorragie au cours de la période postnatale
immédiate ou inefficacité ou indisponibilité
d'ocytocine synthétique

Morphine Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie parentérale au cours
de la période perinatale lors de latence
prolongée chez la primipare et au cours de la
période postnatale

Multivitamines et minéraux

Nitroglycérine Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie sublinguale en
pulvérisation si activité utérine excessive
accompagnée d'une fréquence cardiaque foetale
inquiétante ou d'une procidence du cordon

Ocytocine synthétique Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie parentérale en
prophylaxie ou si hémorragie au cours de la
période postnatale immédiate

Pénicilline G Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie parentérale en
prophylaxie à l'égard du streptocoque du
groupe bêta-hémolytique

Psyllium (mucilage) Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale

Succinate de doxylamine Forme pharmaceutique contenant 10 mg de
et chlorhydrate de succinate de doxylamine et 10 mg de
pyridoxine chlorhydrate de pyridoxine par comprimé
(en association)

Sulfate ferreux Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale

Terconazole Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale au cours de la période prénatale dont la concentration est de 0.4 %, si inefficacité de clotrimazole et de miconazole

vaccin R.R.O. Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale au cours de la période postnatale

Vitamine B6 Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale pour le traitement de nausées au cours de la période prénatale

Vitamine B12 Pour usage au cours de la période prénatale

Vitamine D et calcium Forme pharmaceutique destinée à une
(en association) administration par voie orale en prophylaxie

D. 967-2008, Ann. I.

ANNEXE II (a. 1)

MÉDICAMENTS QU'UNE SAGE-FEMME PEUT PRESCRIRE OU ADMINISTRER À L'ENFANT

Substances	Spécificités et conditions
Ampicilline	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence et à la suite d'une consultation médicale
Chlorure de sodium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 0.9 % chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence ou pour dilution
Épinéphrine	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies parentérale et endotrachéale dont la concentration est de 0.1 mg/ml lors de manœuvres de réanimation néonatale
Érythromycine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie ophtalmique dont la

concentration est de 0.5 % en prophylaxie chez le nouveau-né

Gentamicine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence et à la suite d'une consultation médicale

Immunoglobuline Forme pharmaceutique destinée à une
anti hépatite B administration par voie parentérale

Naloxone, Forme pharmaceutique destinée à une
Chlorhydrate de administration par voie parentérale dont la
concentration est de 0.4 mg/ml chez le
nouveau-né présentant une condition d'urgence

Nystatine Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie orale, dans une
présentation en suspension pour le traitement
des mycoses buccales non récidivantes et non
résistantes

Pénicilline G Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie parentérale chez le
nouveau-né présentant une condition d'urgence
et à la suite d'une consultation médicale

Vaccin de Forme pharmaceutique destinée à une
l'hépatite B administration par voie parentérale

Violet de gentiane Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie topique, dans une
solution aqueuse, dont la concentration est de
1 % ou moins

Vitamine D Forme pharmaceutique destinée à une
administration par voie orale chez l'enfant
allaité

Vitamine K1 Formes pharmaceutiques destinées à une
administration par voies parentérale et orale

D. 967-2008, Ann. II

D. 967-2008, 2008 G.O. 2, 5623

Annexe n°11 Programme de formation du Baccalauréat en Pratique Sage-Femme

Liste des cours

A moins d'indication contraire, un cours comporte trois (3) crédits.

Cours obligatoires (130 crédits)

ANI1005 Anatomie gynéco-obstétricale

BLM1011 Sciences biomédicales pour sages-femmes I

BLM1012 Sciences biomédicales pour sages-femmes II

BLM1013 Sciences biomédicales pour sages-femmes III

ESA1001 Promotion de la santé en périnatalité

MOG1002 Pathologies obstétricales et néonatales (5 crédits)

MOG1004 Stage en centre hospitalier (8 crédits)

PSL1004 Physiologie humaine I

PSL1005 Physiologie humaine II

PSL1016 Physiologie de la reproduction

PSS1003 Habiletés de communication en pratique sage-femme

PSS1004 Aspects psychosociaux en périnatalité

SAG1001 Introduction à la profession sage-femme

SAG1002 Habiletés en pratique sage-femme

SAG1003 Maïeutique I

SAG1004 Stage en milieu clinique I (6 crédits)

SAG1005 Maïeutique II

SAG1006 Stage en milieu clinique II (10 crédits)

SAG1007 Maïeutique III

SAG1011 Maïeutique IV

SAG1013 Droit, éthique et déontologie pour les sages-femmes

SAG1015 Activité de synthèse en pratique sage-femme

SAG1016 Stage en milieu clinique III (8 crédits)

SAG1017 Alimentation et pratique sage-femme

SAG1018 Stage en milieu clinique IV (9 crédits)

SAG1019 Modes de connaissance en pratique sage-femme (1 crédit)

SAG1020 Stage en milieu communautaire (2 crédits)

SAG1021 Internat en pratique sage-femme (15 crédits)

SHU1001 Etudes sur les femmes

SPU1015 Evaluation de la documentation de recherche

SPU1016 Dimensions sociales et culturelles des soins de santé

Résumé

L'environnement, la culture locale et l'histoire de la profession posent la base de l'exercice des sages-femmes et le conditionnent. La profession au Québec a été légalisée en 1998 après une période d'oubli de la profession. Cette légalisation s'est faite dans le cadre des Projets-Pilotes, alors que le Ministère de la Santé souhaite diminuer le taux d'intervention obstétricale, l'hyper médicalisation et le coût de suivi de grossesse. Les Projets-Pilotes ont prouvé que la pratique des sages-femmes assurait la sécurité des femmes enceintes et des nouveau-nés, en diminuant les coûts et le taux d'interventions obstétricales. Depuis cette période, les sages-femmes travaillent en maison de naissance, avec pour prémisses le respect de la physiologie et des souhaits de la femme et du couple. La pratique de la sage-femme québécoise est différente de celle de la France. Sachant que dans notre pays, on observe une demande qui augmente pour le respect du naturel, le système français aurait peut-être avantage à s'inspirer du modèle québécois.

Mots-Clés

Sage-femme, Québec, Maison de naissance. Physiologie, Sécurité