

**LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES:  
LE MEILLEUR MOYEN D'APPLIQUER LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ**  
Hélène Vadeboncoeur, 1995 – quelques notes ajoutées en 2014

**Table des matières**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p. 1</b>
<b>A - VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME</b>	<b>p. 2</b>
Introduction	
1) Les limites de la médecine dans notre société	
2) La médicalisation de l'obstétrique nord-américaine et sa remise en question par les femmes et par le milieu	p.3
3) La politique de périnatalité du Québec et l'expérimentation de la pratique sage-femme	
<b>B - DANS DIX ANS, MILLE SAGES-FEMMES AU QUÉBEC</b>	<b>p. 6</b>
1) But et objectifs du programme	
2) Le programme dans le cadre du système de santé	
3) Population-cible	
4) Au coeur du programme, la pratique sage-femme: au-delà du bio-médical	
5) Principaux éléments, échéancier et ressources requises	p. 8
6) La gestion de ce changement	p. 9
7) Effets attendus	
<b>CONCLUSION</b>	<b>p.10</b>
Références	p.11

## INTRODUCTION

Depuis près de vingt ans<sup>1</sup>, des femmes et des hommes ont réclamé au Québec et au Canada les services d'une professionnelle de la santé oeuvrant à peu près partout dans le monde mais quasiment éliminée d'Amérique du Nord au cours de la première moitié du siècle, la sage-femme. Alors que d'autres provinces canadiennes ont choisi de légaliser cette profession<sup>i</sup>, le Québec a choisi l'étapisme, c'est-à-dire l'expérimentation de la pratique en projets-pilotes jusqu'en 1998<sup>ii</sup>. Et en 1993, alors que ceux-ci s'apprêtaient à ouvrir leurs portes, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait, vingt ans après la première (1973), sa **nouvelle politique de périnatalité**<sup>iii</sup>.

Ayant pris connaissance du contenu de celle-ci, et du virage important (des attitudes et des mentalités notamment) qu'elle propose, **je postule que le meilleur moyen de l'appliquer serait la légalisation de la pratique sage-femme et ce, dès 1996**. Il me semble peu probable qu'on réussisse à mettre en oeuvre cette politique en ne modifiant pas le cadre actuel, c'est-à-dire l'organisation des soins en périnatalité et obstétrique et la division du travail, compte-tenu entre autres de la formation des intervenants et des pratiques qu'ils ont développées. Ce serait le meilleur moyen pour que les choses changent fondamentalement dans ce domaine car, là où des sages-femmes pratiquent, des changements se produisent pour le mieux, et souvent même, de meilleurs résultats sont obtenus<sup>iv</sup>. La concurrence constitue aussi un incitatif à changer, comme l'aurait constaté en Ontario à la suite de l'expérimentation de la pratique sage-femme en centre hospitalier<sup>v</sup>. La pratique sage-femme n'a jamais été un luxe, et dans le contexte actuel, c'est plus que jamais devenu une nécessité, comme le recommandait en 1985, l'Organisation mondiale de la santé<sup>2</sup>: "La formation de sages-femmes professionnelles... devrait être encouragée. Ce sont elles qui devraient s'occuper des grossesses et accouchements normaux et effectuer un suivi post-natal<sup>vi</sup>."

La sage-femme est une intervenante formée pour la santé et non la maladie. Son approche est globale et tient compte de toutes les dimensions de la personne et non seulement de l'aspect bio-médical<sup>vii</sup>. Sa conception de l'accouchement est très différente de celle des médecins. On sait que depuis la publication du rapport Lalonde en 1974<sup>viii</sup>, de plus en plus de chercheurs de diverses disciplines ont souligné la nécessité d'envisager la santé dans un cadre plus global que ce qui avait été fait jusqu'alors. On dénonce en particulier le mythe voulant que la santé soit équivalente aux soins médicaux<sup>ix</sup>. Bref, parallèlement à la nécessité d'équilibrer les budgets qui est devenue l'objectif no 1 des gouvernements<sup>3</sup>, le domaine de la santé a commencé à vivre des changements importants. La légalisation de la profession de sage-femme est inévitable, à plus ou moins long terme et permettrait une meilleure utilisation des ressources. Ne serait-ce que pour économiser, il faudra y arriver. L'exposé qui suit illustre pourquoi et comment il faudrait légaliser cette profession.

---

<sup>1</sup> Je rappelle que ce texte a été écrit en 1995, alors que les premières maisons de naissances voyaient le jour, dans le cadre de la décision du gouvernement libéral de l'époque d'expérimenter la pratique sage-femme, pour savoir si elle était pertinente (!), mais, en réalité, pour faire plaisir aux seuls opposants à la légalisation de cette pratique, le Collège des médecins d'alors.

<sup>2</sup> En 2014, la prestigieuse revue médicale *The Lancet* publiait une série d'articles sur les sages-femmes, qu'elle résume ainsi : « Les besoins essentiels des femmes enceintes et accouchant, dans tous les pays, et ceux de leurs bébés et familles, sont au coeur de ces séries d'études internationales sur la pratique sage-femme. Des dizaines d'années après la reconnaissance de ces besoins essentiels, une bonne partie de ceux-ci demeurent sans réponse. On se doit de trouver de nouvelles solutions. Les Séries fournissent un cadre pour des soins de maternité de qualité centrés sur la réponse à ces besoins. Ces Séries sont fondées sur la définition de la pratique sage-femme qui prend en compte des habiletés, attitudes et comportements plutôt que d'être axés sur des rôles professionnels précis. Les résultats de ces Séries mettent l'accent sur l'importance d'un virage à prendre, délaissant des soins maternels et néonataux fragmentés centrés sur l'identification et le traitement de pathologies pour embrasser une approche globale et systémique incluant des soins de qualité pour tous » (note : la traduction est de moi).

<sup>3</sup> L'arrivée en avril 2014 d'un gouvernement libéral a donné lieu à des coupures drastiques dans les budgets, à la réorganisation des structures, bref, à tout un chamboulement du réseau de la santé qui risque d'avoir des conséquences importantes sur les services à la population.

## A - VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Une nouvelle ère semble s'ouvrir dans le domaine de la santé et le domaine social. De plus en plus, les gouvernements réalisent les limites du biomédical à améliorer la santé de la population et l'importance notamment des enjeux humains, familiaux et sociaux<sup>x</sup>. Il apparaît important de s'interroger sur la nécessité de revenir aux dimensions humaine et sociale, comme le souligne Renaud (1994):

"Investir dans une médication coûteuse ou dans une chirurgie complexe, apparaît sans doute plus concret et plus immédiatement utile que d'investir dans les garderies, les écoles, les milieux de travail... bref, "l'environnement social", une domaine forcément plus flou et moins balisé scientifiquement... Mais est-ce que cela est bien vrai ?"

Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur de la santé, *Interface*, mars-avril 1995, p.23.

Il ne s'agit plus, poursuit Contandriopoulos, "d'envisager ce qui permettrait d'améliorer la situation à l'intérieur d'un paradigme d'intervention, mais bien de changer de paradigme"<sup>xi</sup>. En périnatalité, la nouvelle politique du MSSS constitue un changement de paradigme, comme nous le verrons plus loin. Il faut donc innover et recourir à une solution non expérimentale, mais à une solution qui a fait ses preuves partout ailleurs dans le monde. Ce qui a été fait jusqu'à présent au Québec ne suffit pas et n'a pas fait changer les choses de façon importante, si on se fie aux statistiques obstétricales des centres hospitaliers et si on regarde comment dans bien des endroits on accouche encore au Québec<sup>xii</sup>. Il faut maintenant intervenir autrement que par exemple par le biais de lignes directrices de pratique - sont-elles réellement efficaces ?<sup>xiii</sup> - et de surveillance lointaine exercée par le Collège des médecins du Québec<sup>4</sup>.

### 1) Les limites de la médecine dans notre société

Non seulement l'obstétrique a été remise en question au Québec (et ailleurs en Amérique du Nord), mais la médecine tout entière l'a été. Depuis la publication du rapport Lalonde, on s'est rendu compte que les soins de santé ne constituaient qu'un seul des (4) déterminants de la santé, les trois autres déterminants étant la biologie, l'environnement et les habitudes de vie. On a découvert récemment que la place dans la hiérarchie de la société influe aussi beaucoup sur l'état de santé<sup>xiv</sup>. Plusieurs auteurs dont Ivan Illich, auteur de *La Némésis médicale*<sup>xv</sup>, ont souligné les limites de la médecine. Un des aspects les plus remis en question est la technologie médicale. "Après Hiroshima, Hitler et la thalidomide, la technologie est désormais entrée, et pour toujours, dans l'ère du soupçon"<sup>xvi</sup> (Renaud, 1994). Ce dont on se rend de plus en plus compte, c'est que la population attend autre chose de la médecine contemporaine qu'uniquement la technologie, ainsi qu'un récent sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers effectué à Montréal l'a récemment montré; il a permis d'identifier, par ordre d'importance: l'empathie, la dignité, la fiabilité, l'apaisement, la rapidité (des rendez-vous, peu d'attente), le confort et la continuité des services<sup>xvii</sup>.

### 2) La médicalisation de l'obstétrique nord-américaine et sa remise en question

Un des mouvements qui a le plus critiqué la médecine est le mouvement des femmes, pour qui l'aliénation des femmes se traduisait le plus entièrement au niveau de la santé. Un des principaux terrains de revendication fut celui de la reproduction (contraception, avortement, nouvelles technologies de reproduction, grossesse et accouchement). La façon dont on traitait les femmes lors de l'accouchement fut particulièrement remise en question.

On critiqua l'organisation des soins, en particulier le morcellement et le manque de continuité des soins, l'obligation de s'adapter aux us et coutumes des institutions, l'accent mis sur le biomédical et l'oubli des autres dimensions de l'événement, l'absence de soutien en post-natal ainsi que l'ignorance des effets des interventions sur les bébés, problématiques qu'on retrouve sauf exception dans la Politique de périnatalité de 1993<sup>xviii</sup>. Des sociologues québécoises telle Anne Quéniart et des anthropologues américaines soulignèrent l'approche centrée sur le risque et faisant des femmes presque des bombes à retardement quand elles sont enceintes et qu'elles accouchent<sup>xix, xx</sup>. On dénonça depuis le début des

---

<sup>4</sup>La surveillance exercée depuis quelques années par le Collège sur les pratiques obstétricales des centres hospitaliers a peut-être cependant contribué à faire diminuer des taux d'intervention.

années 70 le recours à des interventions de routine non appropriées<sup>xxi</sup>. Bref, malgré des progrès certains en obstétrique et en périnatalité, des insatisfactions demeurent. Bien que plusieurs services d'obstétrique aient amélioré qui le décor des salles d'accouchement, qui la continuité des soins, les attitudes et les mentalités tardent à se transformer. De plus, la pratique obstétricale est à l'image d'autres disciplines médicales. Elle varie souvent beaucoup, sans qu'on puisse expliquer cela autrement que par le style de pratique individuelle<sup>xxii</sup>. Non seulement les pratiques médicales ne se changent généralement pas aisément, mais il est question ici d'un nouveau paradigme, et la plupart des institutions et des intervenants fonctionnent encore selon l'ancien:

A une extrémité du spectrum, l'accouchement est perçu comme un événement physiologique normal qui doit suivre son cours. Les interventions y sont minimales, même si le personnel doit exercer une surveillance pour déceler toute complication. A l'autre extrémité du spectrum, l'accouchement est un événement médical risqué<sup>5</sup>. (traduction libre)

KLAUS, M., KENNEL, J.H., KLAUS, P.H. - *Mothering the Mother - How a Doula can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth*, Addison Wesley, New York, 1993, p.8-9.

Bref la médicalisation croissante de l'obstétrique<sup>xxiii</sup> est préoccupante et a amené les 10 000 participant(e)s aux colloques québécois régionaux *Accoucher et se faire accoucher* en 1980 à réclamer une obstétrique différente, et notamment d'accoucher en dehors des centres hospitaliers et avec des sages-femmes<sup>xxiv</sup>, revendication sans cesse portée depuis par le mouvement des usagères Naissance-Renaissance.

### 3) La politique de périnatalité et l'expérimentation de la pratique sage-femme

#### La politique de périnatalité - mai 1993

La nouvelle politique de périnatalité marque selon moi d'une pierre blanche l'histoire de la périnatalité au Québec. On y fait état des nombreux gains en périnatalité entre la première publication de la politique (1973) et 1993, en particulier la réduction de la mortalité périnatale et maternelle. Il reste que certains objectifs de la politique de 1973 n'ont pas été atteints et que de nouveaux problèmes ont émergé. Les taux de bébés prématurés et de petit poids demeurent préoccupants, les familles éprouvent de nombreux problèmes (et la société par ricochet), on a assisté à une augmentation inquiétante des interventions obstétricales et les couples manquent de soutien au moment de constituer ou d'élargir leur famille.

La politique propose donc **une réorientation majeure de la périnatalité**. Trois orientations sont retenues: valoriser le fait d'être et de devenir des parents, réduire les problèmes et les écarts de santé et bien-être, diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être. On constate que la période où l'on devient (ou redevient) parents est une période de bouleversements et de besoins accrus auxquels notre société doit répondre en informant, encourageant et soutenant les parents par un accompagnement adéquat. La politique s'appuie par ailleurs sur les **quatre convictions** suivantes:

- 1) la grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels;
- 2) la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle;
- 3) les mères et les pères sont compétents;
- 4) devenir et être parents fait appel à une solidarité et une responsabilité collectives.

On y souligne que "cet engagement collectif" représente un des grands enjeux de société des années à venir. On vise atteindre par l'application de cette politique huit **objectifs**, dont ceux qui suivent et qui m'apparaissent les plus pertinents en regard du programme que je propose. Ce sont:

- 1) centrer le système ... sur les **besoins de soutien continu** des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en fonction de leurs potentialités...attentes... et ... particularités;
- 2) diminuer à moins de 5 % le **taux de naissance prématurée** et à moins de 4 % le taux de naissance de **poids inférieur à 2500 g** dans toutes les régions du Québec...;
- 3) **réduire** l'incidence et les conséquences de l'**abus** et de la **négligence** à l'égard des enfants; celles de la **violence conjugale** sur la famille;

4) diminuer les **taux d'interventions obstétricales** dans l'ensemble du Québec et dans chacune de ses régions.

Enfin, les **voies d'action prioritaires** sont d'assurer un environnement favorable, une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins, de développer des approches novatrices, de soutenir l'intervention et d'oeuvrer en concertation.

Lorsqu'on connaît un tant soit peu la pratique sage-femme telle qu'elle se fait au Québec en projets-pilotes, ailleurs en Amérique du Nord et dans d'autres pays du globe tels la Hollande<sup>xxv</sup>, on ne peut s'empêcher de constater que l'approche proposée correspond en tous points à l'approche des sages-femmes. La pratique sage-femme telle que définie internationalement est centrée sur la santé, le normal plutôt que la maladie, la pathologie. Elle va plus loin que le bio-médical et met l'accent sur le soutien, l'information, la continuité et le travail en équipe. Elle est orientée sur le maintien de la santé (physique, psychologique, etc.) des femmes; elle vise à agir sur les habitudes de vie; elle tient compte de l'aspect psychologique de la transition à la parentalité et de l'environnement optimal pour un accouchement.

#### L'expérimentation québécoise de la pratique sage-femme

Mais, au Québec, on a choisi de seulement expérimenter la pratique sage-femme. On a probablement voulu par ce compromis amoindrir la résistance des associations médicales. En quoi on s'est radicalement trompé. Malgré une évaluation extrêmement rigoureuse des sages-femmes (le tiers seulement des candidates a franchi toutes les étapes), malgré une liste de critères d'exclusion biomédicaux qui dépasse le sens commun et oblige à transférer ces clientes (et non à discuter de la situation ou à consulter dans un premier temps comme en Ontario) aux soins d'un médecin<sup>xxvi</sup>, malgré une évaluation des projets à choisir par le Conseil d'évaluation, Conseil où siégeaient des médecins, malgré toutes les précautions prises quant à la sécurité des maisons de naissance, pas une association médicale n'a collaboré à l'implantation de ces projets et à leur bon fonctionnement. Des services de laboratoires hospitaliers ont refusé, en dépit de la loi, d'honorer la signature des tests demandés par les sages-femmes<sup>xxvii</sup> ou on a attendu dans certains hôpitaux de voir la situation de visu lors de transferts par une sage-femme<sup>xxviii</sup>. Cela augure mal pour la suite des événements et donne à penser que peu importe les concessions faites, l'opposition médicale persistera toujours. Il est plus que temps de changer de stratégie et d'implanter une fois pour toutes la profession de sage-femme, afin non seulement de briser le monopole médical qui nuit aux objectifs à atteindre en périnatalité, mais afin de faire constater à la population ce que peut apporter un suivi par une sage-femme.

## **B - "DANS 10 ANS, 1 000 SAGES-FEMMES AU QUÉBEC"**

### **1) But et objectifs du programme**

**But:** "Prendre tous les moyens pour que d'ici 10 ans le Québec aie 1000 sages-femmes qualifiées pratiquant là où les femmes désirent accoucher"

#### Objectifs:

- . légaliser la profession de sage-femme d'ici décembre 1995
- . offrir le choix aux femmes enceintes d'accoucher avec une sage-femme ou avec un médecin
- . offrir aux femmes et aux couples en âge de procréer la possibilité de mettre au monde leur(s) enfant(s) là où ils le désirent et avec un médecin ou une sage-femme: en centre hospitalier, dans les maisons de naissance régionales existantes ou à établir et à domicile<sup>6</sup>.

### **2) Le programme dans le cadre du système de santé**

---

<sup>6</sup> Contrairement à ce qu'avancent les représentants des associations médicales, l'accouchement à domicile, selon plusieurs études, selon le Comité sur la santé de la Chambre des Communes britannique (mars 1992) et selon une recherche effectuée en Alberta par une firme indépendante, serait aussi sécuritaire que l'accouchement en centre hospitalier, pourvu qu'il ait été planifié et qu'un intervenant qualifié - sage-femme ou médecin - ait été présent (VADEBONCOEUR, H., "La pratique sage-femme en Colombie-britannique et en Alberta", *La Poussée*, 1(3), p.6.

Si on regarde le modèle de Contandriopoulos<sup>xxix</sup> ci-contre, on voit que le programme agirait à plusieurs niveaux: il toucherait principalement à la fois la réglementation du professionnalisme (case "Modalités organisationnelles du système de soins"), l'Organisation et le volume des Ressources; de plus, le travail de la sage-femme s'y situerait dans les Mécanismes biologiques et psychiques de régulation des relations de l'individu avec l'environnement. L'Utilisation des services de santé serait évidemment affectée par la légalisation de la pratique sage-femme.

### 3) La population-cible

Compte tenu de ce qui vient d'être précisé, ce programme viserait à améliorer l'état de santé physique, psychique et mentale des femmes, des couples et des familles en âge de procréer, soit de la population québécoise en âge de procréer.

### 4) Au coeur du programme, la pratique sage-femme: au-delà du biomédical

"Une sage-femme, c'est un guide qui aide les futurs parents à découvrir leurs propres ressources, leurs forces, pendant la grossesse, l'accouchement, et même après".

VADEBONCOEUR, H., *Le second souffle des sages-femmes, Guide-Ressources*, 10(8), mai 1995, p.25.

En quoi la profession de sage-femme peut-elle contribuer à faire effectuer le virage important de la politique de périnatalité ? Sans entrer dans des détails qui dépassent le cadre de cette proposition, j'aimerais d'abord souligner que les éléments dont il sera ici question concordent non seulement avec les recommandations de la politique de périnatalité mais avec la tendance récente de chercheurs dans le domaine social de mettre l'accent sur les programmes portant sur de très jeunes enfants et même des nourrissons. C'est ainsi par exemple que Zigler et ses collègues constatent que de tels programmes ont des effets bénéfiques. Le soutien aux parents est généralement un élément important du programme et commence parfois pendant la période prénatale. On a notamment constaté par exemple que ce type d'intervention pouvait réduire l'incidence d'abus et de négligence envers les enfants et que l'amélioration des compétences parentales pouvait donner lieu à des effets durables sur le comportement des enfants<sup>xxx</sup>. D'autres études soulignent l'importance de promouvoir l'estime de soi et l'auto-efficacité comme ingrédient-clé dans toute intervention<sup>xxxi</sup>. Bref de nombreuses recherches montrent que s'il est important de faire de la prévention auprès des jeunes enfants, le soutien à leurs parents est tout aussi important.

**Le soutien aux futurs (et actuels) parents** est un élément crucial de la pratique sage-femme. La durée de chaque rendez-vous prénatal (30 à 60 minutes), l'ouverture à la présence d'autres membres de la famille, l'étendue et la nature des sujets abordés au cours de ces rencontres, qui dépassent de beaucoup le suivi purement biomédical (ex: les relations de couple, l'impact de la grossesse sur le vécu sexuel, l'adaptation des frère et soeur au nouvel arrivant, le vécu émotif face à devenir un parent), l'attention portée à l'ensemble de la vie de la future mère, les visites prénatales et post-natales effectuées par la sage-femme dans le cadre même de vie de la famille, tout ceci contribue à resituer la grossesse dans un cadre de soutien susceptible d'assurer à la famille un meilleur départ. La continuité des soins effectués par la même sage-femme est aussi extrêmement importante<sup>xxxii</sup>. La relation qui se tisse pendant près d'un an entre la cliente et sa sage-femme peut faciliter non seulement la détection de situations pouvant s'avérer problématiques mais contribuerait, selon des témoignages de clientes de sages-femmes, à renforcer le sentiment de compétence des parents<sup>xxxiii</sup>.

Un deuxième élément crucial est **l'accompagnement pendant l'accouchement**. L'accompagnement par une sage-femme resitue cet événement dans le cadre familial et social d'où il avait été extrait pendant les derniers 30 à 40 ans. La sage-femme demeure en contact téléphonique avec la femme dont le travail commence, elle va parfois lui rendre alors visite chez elle, et elle lui assure une présence constante pendant toute la durée du travail actif. La sage-femme a confiance dans la normalité de l'événement, elle n'intervient que si c'est vraiment nécessaire. Elle est centrée sur les besoins de la mère et du couple. S'ils le désirent, les proches du couple peuvent assister à la naissance. La réponse à la douleur ressentie par la femme n'est pas une réponse technologique. La sage-femme la soutient, l'encourage, lui assure qu'elle a tout ce qu'il faut pour passer à travers; elle lui offre ou suggère à son conjoint des moyens non médicaux de soulager cette douleur (massages, compresses chaudes, bain

chaud, changement de position, promenade, etc.)<sup>xxxiv</sup>. Non seulement un tel soutien est extrêmement réconfortant pour une femme en travail, mais des études<sup>xxxv</sup> ont indiqué qu'il avait plusieurs effets bénéfiques sur l'accouchement. Les résultats combinés de six études randomisées ont notamment indiqué que la présence d'une "doula" (accompagnante pendant le travail) réduisait le taux de césariennes de 50 %, la durée du travail de 25 %, le recours à l'oxytocine de 40 %, aux médicaments de 30 %, aux forceps de 40 % et les demandes d'épidurale de 60 %<sup>xxxvi</sup>. C'est un excellent exemple de l'influence de l'environnement et du social sur le biologique. On constate que le bon déroulement d'un accouchement n'est pas l'équivalent des interventions qu'on y fait ou de son "management" mais que l'environnement et le social y jouent un rôle important. Même si on n'a pas encore toutes les preuves de l'influence de la naissance sur le développement de l'enfant et sur la famille, les résultats de programmes portant sur de très jeunes enfants et le soutien à leurs parents et les études sur les effets du stress prénatal et périnatal suggèrent d'aller dans cette direction<sup>xxxvii</sup>.

#### 5) Principaux éléments du programme, échéancier, et ressources requises

"Le défi à relever consiste donc à choisir et à mettre en oeuvre un scénario de transformation du réseau (de la périnatalité<sup>7</sup>) qui permette de répondre aux besoins actuels et futurs de la population en rendant accessibles une gamme complète de services acceptables sur le plan de la qualité et de la quantité et abordables au plan des ressources humaines, financières et matérielles"

*Vers un nouvel équilibre - l'organisation des services de santé et sociaux sur l'île de Montréal; document de consultation, 13 mars 1995, p. 4.*

a) Légaliser la profession de sage-femme d'ici décembre 1995 en incluant dans le projet de loi des clauses relatives aux autres lois affectées ou en modifiant toutes les lois et règlements pouvant être touchés par l'implantation de la pratique sage-femme au Québec. Un comité formé de représentants des deux comités provinciaux prévus par la loi actuelle et d'une majorité de sages-femmes accréditées préparerait le projet de loi en s'inspirant d'autres modèles canadiens (ex: Ontario et Alberta) et il réviserait la liste des critères biomédicaux à la lumière de l'expérimentation actuelle et de l'expérience ontarienne.

*Coûts: peu élevés: frais reliés aux réunions bimensuelles du comité ad hoc.*

b) Constituer d'ici décembre 1995 un Collège des sages-femmes du Québec avec comme noyau de départ les sages-femmes accréditées actuellement, et ce, après qu'une reprise ait eu lieu des examens théorique et oral/clinique pour les candidates recalées (une seule fois) l'automne dernier.

*coûts: peu élevés : frais légaux et frais reliés aux réunions hebdomadaires du comité des sages-femmes accréditées responsable de préparer la formation du Collège; frais reliés à la préparation et l'administration de nouveaux examens.*

c) Élaborer un plan de communications quinquennal à mettre en oeuvre dès septembre 1995 ayant pour but d'informer et de mobiliser tous les acteurs impliqués;

*coûts: moyennement élevés : honoraires de la firme engagée et réalisation du plan de 1995 à 2000.*

d) Mettre sur pied d'ici décembre 1996 une école de sages-femmes dispensant une formation universitaire de 3 ans (2 ans pour les infirmières avec expérience en obstétrique), à l'intérieur de préférence, ou à l'extérieur du réseau universitaire; dans le cadre d'un programme en sciences de la santé dispensé dans plusieurs endroits au Québec(ex: Université du Québec);

*coûts: relativement élevés (la formation universitaire coûte cher) mais toutefois moins élevés que les coûts associés à la formation d'un médecin, même non spécialiste; et comme on formerait graduellement*

---

<sup>7</sup>"De la périnatalité" est un ajout que je fais en fonction de ma proposition.

plus de sages-femmes (le nombre 1000 sages-femmes diplômées étant l'objectif de l'an 2005), et un peu moins de médecins, on y gagnerait à moyen et à long terme.

e) Élargir graduellement à partir de janvier 1996 les lieux de pratique sage-femme à de nouvelles maisons de naissance régionales (là où il n'y en a pas), aux centres hospitaliers et au domicile, au fur et à mesure que l'effectif des sages-femmes croît.

*coûts: moyens : il faudrait ouvrir quelques maisons de naissance dans les régions qui n'en ont pas déjà une (cependant le suivi de grossesse, l'accouchement en maison de naissance et le post-natal coûtent selon l'expérience américaine la moitié ou les 2/3 du même suivi par médecin en centre hospitalier<sup>xxxviii</sup>; la pratique sage-femme en centre hospitalier réduirait aussi les coûts (ne serait-ce que par le recours moindre à interventions technologiques) et aussi le "virage ambulatoire" que constituerait l'accouchement à domicile. Actuellement en Ontario les sages-femmes certifiées assistent autant d'accouchements à domicile qu'en centre hospitalier<sup>xxxix</sup>.*

## 6) La gestion de ce changement

"Les obstacles aux réformes viennent de ce que non seulement elles menacent les privilèges et intérêts des groupes dominants mais qu'elles ne sont pas soutenues par des nouvelles façons de concevoir la relation entre les soins médicaux et la santé"

EVANS, R.G. *Why are Some People Healthy and Others Not ?*, op. cit. p.274.

Compte tenu principalement des résistances des associations médicales à l'implantation de la pratique sage-femme, tel qu'on le constate depuis une quinzaine d'années, et de l'ignorance à la fois du milieu de la santé et de la population sur le champ de pratique et sur les éléments et la philosophie de la pratique des sages-femmes, **il est essentiel que ce changement soit géré le mieux possible**. On pourrait:

- . consulter une firme experte en théorie des organisations et en processus de changement;
- . documenter l'introduction d'une profession dans le domaine de la santé pour identifier ce qui la favorise et ce qui lui nuit et agir en conséquence;
- . élaborer une stratégie d'implantation qui prévoirait, par exemple, l'information directe à tous les médecins et à toutes les infirmières oeuvrant en obstétrique et en périnatalité; qui prévoirait que l'élargissement de la pratique sage-femme - présentement confinée à des maisons de naissance - pourrait se faire d'abord dans les milieux où une collaboration médicale est chose faite et où la pratique obstétricale de par son taux d'interventions se rapproche plus de la pratique sage-femme (ex: Estrie, 11 % de césariennes en 1993-1994, Fichier Med-Echo) ou encore dans les milieux anglophones qui ont manifesté jusqu'à présent plus d'ouverture envers les sages-femmes (ex: Hôpital général Juif - Sir Mortimer Davis, seul centre hospitalier dont le directeur du service d'obstétrique a signé une entente avec une maison de naissance).

## 7) Effets attendus:

- a) une utilisation plus efficiente des ressources: un niveau de sécurité accru des accouchements assistés par sage-femme (mieux formées que les omnipraticiens en obstétrique); plus de prévention en périnatalité; **l'utilisation plus judicieuse des compétences** des médecins spécialistes pour les grossesses, accouchements et bébés à risques; donc une baisse des coûts à court, moyen et long terme;
- 2) des taux d'interventions obstétricales plus conformes aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, et aux objectifs de la politique de périnatalité québécoise;
- b) la réappropriation par les femmes de leur grossesse et de leur accouchement et une confiance retrouvée ou accrue dans leurs capacités d'accoucher;
- c) des familles ayant bénéficié d'un meilleur départ (avec toutes les conséquences bénéfiques que cela peut avoir pour la société, notamment sur le plan social: possibilité de diminution des dépressions post-partum, des taux de divorce, de l'incidence de négligence et d'abus envers les enfants, de l'incidence de la délinquance juvénile, etc.).

## CONCLUSION



"Si notre société désire avoir des bébés les plus en santé possible, nous devrions investir nos énergies dans l'éducation des femmes, un environnement sain, une nutrition adéquate et des soins prénatals adéquats. C'est insensé d'investir des ressources dans le développement de techniques diagnostiques pour des maladies relativement rares (et avorter les foetus atteints), tandis qu'on ne fait rien - tout en connaissant les moyens pour le faire - pour prévenir les déficiences affectant des bébés qui auraient pu se développer normalement" (traduction libre).

HUBBARD, R., "Eugenics: New Tools, Old Ideas", In *Embryos, Ethics and Women's Rights*, Haworth Press, 1988, p. 836.

La politique de périnatalité québécoise de 1993 nous force à nous ouvrir à la nécessité d'une approche différente pour atteindre les objectifs fixés. La périnatalité doit prendre au Québec un virage important, et l'introduction des sages-femmes dans le système de santé rehausserait de beaucoup les chances de voir cette politique mise en oeuvre et ses objectifs atteints. Ce virage en est un de prévention. On commence à remettre en question les choix de société que constituent par exemple les tentatives coûteuses de sauvetages de foetus de plus en plus jeunes et petits. Si l'argent consacré à ces percées technologiques controversées était "détourné" au profit de la légalisation de la profession de sage-femme, cela permettrait selon les indices actuels, d'avoir moins de ces bébés prématurés et des familles plus en santé. Et cela répondrait aux besoins de la population qui, il y a deux ans à peine, manifestait à 55 % le désir d'accoucher avec une sage-femme et appuyait à 80 % l'accouchement hors hôpital<sup>xi</sup>.

Le Québec doit effectuer ce virage. Au Canada, d'autres provinces le font, malgré l'opposition (médicale) qu'elles rencontrent. Il faut s'en inspirer et agir de façon globale et concertée pour obtenir un changement de mentalités à la fois dans le milieu médical et dans la population. Si on légalise la profession de sage-femme, il faudra mener à terme l'évaluation commencée<sup>xii</sup> mais il serait aussi important d'évaluer l'impact à long terme sur l'évolution des bébés et des familles que les sages-femmes aident à mettre au monde. La pratique sage-femme nous aidera à améliorer nos connaissances non seulement sur les facteurs de risque de l'accouchement (qui pourraient être autres que biomédicaux) mais surtout sur ses facteurs de protection, c'est-à-dire les facteurs favorisant le déroulement optimal de l'accouchement, ainsi que la santé et le bien-être des familles, comme l'étudie depuis plusieurs années à Londres pour le compte de l'OMS le docteur Michel Odent, chirurgien devenu sage-femme et auteur de nombreux ouvrages sur l'accouchement et ce qu'il a appelé la santé primale<sup>xiii</sup>.

En 1995, on en connaît assez pour agir. Mais aurons-nous la volonté politique que cela prend pour mener ce projet à terme ? Voulons-nous **vraiment** que ça change ?

## RÉFÉRENCES

- 
- i BURTCH, B. *Trials-of-labor, The Reemergence of Midwifery*, McGill Queens University Press, Montréal, 1994.
- ii Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes, 22 juin 1990.
- iii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique de périnatalité*, 1993. Note, 2014 : Depuis, en 2008, une nouvelle Politique de périnatalité a vu le jour, alors que celle de 1993 n'avait pas été réellement appliquée, faute de mise en œuvre.
- iv KITZINGER, S. *The Midwife Challenge*, 1988; MSSS, *La pratique sage-femme*, avis # 1, La périnatalité au Québec, 1989; BURTCH, B. *Trials-of-labor - The Remergence of Midwifery*, op. cit.
- v Entrevue personnelle non publiée avec Alison Bowen, ex-directrice du Riverside Birth Center, Ottawa, 1991.
- vi ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Statements on Appropriate Technology, *The Lancet*, 24 août 1985.
- vii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La pratique des sages-femmes*, Avis # 1, La périnatalité au Québec, 1989.
- viii Canada, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Departement of Health and Welfare, 1974.
- ix EVANS, R.G. et coll. éd., *Why are Some People Healthy and Others Not ? - The Determinants of Health Populations*, Aldine De Gruyter, New York, 1994.
- x BOUCHARD, C. *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du Groupe de travail pour les jeunes, 1991; THE CHILDREN AND YOUTH PROJECT STEERING COMMITTEE OF THE PREMIER'S COUNCIL ON HEALTH, WELL-BEING AND SOCIAL JUSTICE, *Yours, Mine and Ours: Ontario's Children and Youth, Phase One*, mai 1994.
- xi CONTANDRIOPOULOS, A.-P., Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 1(1), 1994, p.23.
- xii MONTREUIL, S. & DUGAS, R., *Périnatalité*, Statistiques obstétricales des centres hospitaliers, 1982-83, 1986-87, 1991-92, 1992-93, 1993-94, MSSS, 1995.
- xiii NAYLOR, C.D., Amélioration de la qualité - le rôle des lignes directrices de pratique, *Actes de la Conférence nationale sur la gestion des effectifs médicaux*, Ottawa, 22-23 juin 1992, Santé et bien-être social Canada et MSO, p.19; BLUSTEIN, J. & MARMOR, T.R. Cutting Waste by Making Rules: Promises, Pitfalls, and Realistic Prospects, *University of Pennsylvania Law Review*, 140(5), 1992, p.1543-1572
- xiv EVANS, R.G. *Health, hierarchy and Hominids - Biological correlates of the socio-economic gradient in health*, conférence présentée à la British Association for the Advancement of Science, en Angleterre, le 5 septembre 1994.
- xv ILLICH, I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Toronto:McClelland and Steward, 1975.
- xvi SALOMON, J.J., "Une évaluation sociale des technologies", dans Actes du colloque: *Les pratiques de l'évaluation sociale des technologies*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 1994, In

- 
- RENAUD, M., Les technologies dans l'ère du soupçon: l'importance de l'évaluation sociale des technologies, Présentations au 13ième colloque Jean-Yves Rivard, Presses de l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa, non daté, p.43.
- xvii Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Montréal-Centre, *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal - Vers un nouvel équilibre*, mars 1995, p.10.
- xviii Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité*, mai 1993, Québec.
- xix QUÉNIART, A. *Le corps paradoxal*, éd. St-Martin, 1988.
- xx KITZINGER, S. *Expérience sexuelle des femmes*, Le Seuil, Paris, 1986; *Tu vas naître*, Le Seuil, Paris, 1986; DAVIS-FLOYD, R., *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, 1992.
- xxi HAIRE, D., *The Cultural Warping of Childbirth*, 1972.; *Childbearing Policy Within a National Health Program: an Evolving Consensus for New Directions*, A Project of the Women's Institute for Childbearing Policy, 1994, éd. révisée.
- xxii DEMOTT, K.R. et coll. The GreenBay cesarean-story American, *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 162(6), juin 1990;  
GOYERT, G.L. et coll, The physician factor in cesarean birth rates, *NEJM*, 24 août 1989.
- xxiii RENAUD M., et coll., Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20ième siècle, In *Accoucher autrement*, éd. St-Martin, Montréal, 1987, p. 181-212.
- xxiv Association pour la santé publique du Québec, *Rapport-synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, 1981.
- xxv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La pratique sage-femme*, op. cit.
- xxvi *Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux adopté par le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*, Gazette officielle du Québec, 7 avril 1993, p.15.
- xxvii VADEBONCOEUR. H., Le second souffle des sages-femmes, *Guide-Ressources*, mai 1995, p. 24-30
- xxviii Entrevues non publiées réalisées avec des sages-femmes accréditées dans le cadre de la préparation de l'article "Le second souffle des sages-femmes", op. cit.
- xxix CONTANDRIOPOULOS, A.-P., Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, figure 4, p. 19, *Ruptures*, op. cit.
- xxx ZIGLER, E., et coll., Early Childhood Prevention - A promising Preventative for Juvenile Delinquency, *American Psychologist*, août 1992, p.997-1006.
- xxxi WERNER, E.E. The Children of Kauai: Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood, *Journal of Adolescent Health*, 1992:13:262-268.
- xxxii *Voir le jour autrement - la pratique sage-femme dans le cadre des projets-pilotes*, MSSS, 1995, 15 minutes.
- xxxiii *Voir le jour autrement - la pratique sage-femme dans le cadre des projets-pilotes*, op. cit.
- xxxiv *Voir le jour autrement - la pratique sage-femme dans le cadre des projets-pilotes*, op. cit.

- 
- xxxv KENNEL, J.H. et coll., Continuous emotional support during labor in a U.S. Hospital, *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265: 2197-2201; KLAUS, M.H. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity, *BMJ*, 1986, 293: 585-587; SOSA, R. et coll., The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction, *New England Journal of Medicine*, 1980, 303: 597-600.
- xxxvi Ces études sont citées dans le 3e chapitre "The Benefits of Doula Support" de *Mothering The Mother*, par Marshall Klaus et coll., 1993, op.cit.
- xxxvii EVANS, R.G., op. cit. Introduction, p. 11 (traduction française).
- xxxviii *The Cost of Maternity Care and Childbirth in the United States, Research Bulletin*, Health Insurance Association of America, 1989.
- xxxix VADEBONCOEUR, H., *La Poussée*, MSSS, 2(1).
- xl CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME & FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Sondage sur les sages-femmes*, SOM Inc., mars 1993.
- xli BLAIS, R. et coll., *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes*, devis présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes de la pratique sage-femme, 12 novembre 1993.
- xlii ODEMENT M., *Bien naître*, Le Seuil, Paris, 1976; *Birth Reborn*, Pantheon, New York, 1984, *La santé primale*, Payot, Paris, 1986, *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Albin Michel, Paris, 1990.