



*Profession
sage-femme
passion, savoirs, un souffle unique*

LES SERVICES DE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

UNE PRIORITÉ DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ (2008-2018)

Mémoire présenté aux membres de
la commission parlementaire de la santé et des services sociaux

Préparé par Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec
59 rue Riverview, LaSalle (Québec)

19 septembre 2011

TABLE DES MATIÈRES

Le Regroupement les sages-femmes du Québec.....	3
Modèle de pratique des sages-femmes.....	4
Les maisons de naissance	6
Efficienc e associée aux services de sage-femme	7
Avantages associés à la pratique des sages-femmes	8
Les services de sage-femme : une stratégie transversale de mise en œuvre de la politique de périnatalité	9
Recommandations	10
Annexe 1 : Définition de maison de naissance	11

LE REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

Présentation

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) est l'association professionnelle des sages-femmes. C'est un organisme sans but lucratif qui a été créé en 1995. Il est le représentant officiel des sages-femmes auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux et agit comme porte-parole des sages-femmes exerçant leur profession légalement au Québec.

Mission

Le RSFQ travaille au développement de la profession de sage-femme et de sa spécificité à l'intérieur du système de santé du Québec. Il défend, entre autres, le libre choix des femmes de décider de leur lieu d'accouchement, soit le domicile, la maison de naissance ou le centre hospitalier, et ce, en conformité avec les normes de pratique de la profession, ainsi que de sa philosophie de pratique. Le RSFQ a pour mission de défendre les intérêts professionnels, économiques et sociaux de ses membres.

Principes directeurs du RSFQ

- Confiance dans la compétence et l'autonomie des femmes
- Respect et confiance dans le processus physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement
- Continuité des soins
- Relation personnelle et égalitaire

MODÈLE DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Historique et enjeux

Le modèle de pratique des sages-femmes au Québec s'est construit au début des années 1980 autour de la demande des femmes d'avoir accès à des sages-femmes formées et disponibles pour les soutenir dans leur désir et leur volonté de se réapproprier l'événement que constitue la mise au monde et l'accueil d'un nouveau-né. Elles souhaitent avoir accès à un suivi de grossesse qui respecte leurs besoins et leurs réalités, accoucher naturellement à domicile et entourées des leurs.

Ce modèle de pratique a été bâti il y a trente ans, par les femmes et les sages-femmes, sur une base empirique et à l'extérieur du réseau public de la santé. Celui-ci, contrôlé par le corps médical, avait préféré se débarrasser de cette professionnelle présente et active depuis la colonisation. Cette décision historique a, contre toute attente, permis que se développe un modèle de pratique unique et toujours centré sur les besoins des femmes, des familles et des communautés.

Aujourd'hui, dans le contexte d'une profession légalisée en 1999, après six années en projets pilotes, les services de sage-femme sont des services de première ligne dispensés par treize CSSS sur quatre-vingt-quinze, à partir de leur mission CLSC. Le modèle de pratique a été intégré dans le réseau et permet d'offrir des soins de maternité complets et le choix du lieu de naissance (maison de naissance, domicile ou hôpital) aux femmes en bonne santé qui présentent une grossesse normale.

Il faut souligner que malgré et sûrement grâce à ce détour imposé par l'Histoire, les sages-femmes et les femmes ont réussi à développer au Québec un modèle novateur d'organisation des services de maternité dispensé à partir des maisons de naissance. Celui-ci est exporté ailleurs au Canada (une première maison de naissance ouvre ses portes à Winnipeg) et sert de référence internationalement.

Comme nul n'est prophète en son pays, les sages-femmes du Québec, après avoir dû lutter sans relâche avec les femmes et les groupes citoyens pendant deux décennies pour faire légaliser leur profession, ont aujourd'hui encore beaucoup à faire. Elles doivent faire reconnaître le bien-fondé de leur modèle de pratique à la fois auprès des institutions médicales qui pilotent l'organisation des services de santé et du ministère de la Santé et des Services sociaux qui les financent.

Les résistances rencontrées dans l'élaboration de chacun des projets de développement de maisons de naissance remettent en question, d'une part, l'autonomie des femmes et des sages-femmes et d'autre part leur expertise à organiser des soins de première ligne en périnatalité. Ces difficultés entravent le développement de la pratique sage-femme et par le fait même l'accessibilité aux services de sage-femme et aux maisons de naissance pour la population du Québec, que ce soit en région urbaine, rurale ou éloignée.

MODÈLE DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES (SUITE)

Organisation des services de sage-femme

Pour assurer l'opérationnalisation d'un modèle de pratique privilégié par les femmes et les familles, un mode d'organisation a été développé. Une équipe de sages-femmes généralement composée de quatre à huit sages-femmes est déployée dans une maison de naissance. Elle est formée de sous équipes de deux sages-femmes responsables de quatre-vingts suivis de maternité complets par année en plus d'offrir une disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Ce modèle d'opérationnalisation nous permet d'affirmer que ce modèle de pratique répond à la fois aux besoins des femmes et des familles, mais également aux besoins du réseau de la santé.

Le principe de continuité relationnelle, au cœur du modèle de pratique des sages-femmes est un principe privilégié pour les services de première ligne. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, il « encourage la continuité informationnelle et semble aussi engendrer une série d'excellents avantages, comme la confiance, la compréhension réciproque et une responsabilité envers le patient »¹,

Le principe de disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 offert par les sages-femmes permet à leurs clientes d'avoir accès à cette professionnelle en tout temps et ainsi que le choix du lieu de naissance (maison de naissance, hôpital ou domicile). Ce principe contribue à diminuer la pression sur le réseau de la santé et des services sociaux, en réduisant les consultations aux urgences et les hospitalisations pour la mère ou son nouveau-né.

Le principe de privilégier l'accouchement physiologique dans leur pratique clinique, pour les femmes qui le souhaitent, a permis aux sages-femmes de répondre à la demande des femmes de bénéficier des conditions optimales pour un accouchement naturel. Grâce à ce principe, les sages-femmes d'aujourd'hui assument un leadership clinique et une expertise unique de l'accouchement spontané et à bas risque. Cette expertise est devenue rare et donc précieuse pour le réseau de la santé.

Les services dispensés par les sages-femmes exigent de chaque sage-femme une capacité d'adaptation permanente, ils sont multiples et variés :

- Consultations pré et postnatales à la maison de naissance ou à domicile;
- Accouchements à la maison de naissance, à l'hôpital ou à domicile;
- Assistance aux accouchements comme deuxième sage-femme;
- Rencontres prénatales de groupe (préparation à l'accouchement);
- Rencontres d'équipes (comité périnatal de la maison de naissance);
- Réunions du conseil sage-femme;
- Comités du CSSS;
- Représentations externes.

¹ FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2002). *Dissiper la confusion : concept des mesures de la continuité des soins*. Page 6. [En ligne] [<http://www.fcrss.ca/publicationsandresources/researchreports/commissionedresearch/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>]

LES MAISONS DE NAISSANCE

La maison de naissance a fait l'objet d'une définition adoptée en assemblée générale du RSFQ (annexe 1). Dans le contexte du modèle de pratique des sages-femmes, la maison de naissance représente la structure de base à partir de laquelle les services de sage-femme sont dispensés sur un territoire donné. La maison de naissance en plus d'affirmer le caractère naturel et communautaire de la naissance permet une optimisation des services de sage-femme.

Organisation des maisons de naissance

Les maisons de naissance sont des infrastructures des CSSS dédiées à la périnatalité de première ligne, dans lesquelles sont dispensés des services de sage-femme et des activités communautaires. Les maisons de naissance représentent pour le réseau un moyen efficace et économique de développer une approche physiologique en périnatalité basée sur les besoins de la population et les ressources existantes du réseau local de services.

Organisation du travail

La maison de naissance permet aux sages-femmes d'exécuter diverses tâches dans une même période de temps. Une sage-femme peut faire des consultations, remplir des dossiers, rendre des appels téléphoniques ou participer à une réunion, tout en assurant le suivi d'une femme en début de travail. La deuxième sage-femme présente à l'accouchement est elle-même souvent déjà présente sur place.

Lieu d'accouchement privilégié

80 % des femmes suivies par les sages-femmes choisissent d'accoucher en maison de naissance et 15 % à domicile. En l'absence de maison de naissance, les déplacements à domicile ou à l'hôpital prennent beaucoup plus de temps aux sages-femmes, réduisant d'autant le nombre de suivis qui pourraient être offerts aux femmes et les familles.

Milieu de stage

Les maisons de naissance offrent aux étudiantes sages-femmes un lieu indispensable et privilégié pour observer et participer aux suivis ainsi qu'aux accouchements spontanés et normaux, sous la supervision de sages-femmes expérimentées.

Les maisons de naissance sont devenues un lieu de stage pour plusieurs résidents en médecine familiale ou infirmières à la maîtrise qui observent le déroulement des consultations ou des accouchements avec les sages-femmes.

EFFICIENCE ASSOCIÉE AUX SERVICES DE SAGE-FEMME

Simplification des ressources

Les sages-femmes offrent des services du début de la grossesse à six semaines postnatales. Ceci inclut le suivi de grossesse, l'accouchement, les visites postnatales à domicile et à la maison de naissance pour la mère et le nouveau-né ainsi qu'une disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 durant toute cette période. Deux sages-femmes sont présentes à chaque accouchement. Les services d'infirmières, d'anesthésistes, d'inhalothérapeutes, de pédiatres, de médecins omnipraticiens ou spécialistes ne sont pas requis d'emblée.

Récupération des ressources

Les services de sage-femme permettent de réduire à l'intérieur du réseau de la santé l'utilisation des ressources matérielles et humaines soit :

- Moins d'hospitalisations pendant la grossesse;
- Moins de consultations aux urgences;
- Moins d'hospitalisations pour l'accouchement;
- Moins de césariennes;
- Moins de forceps;
- Moins de ventouses;
- Moins de prématurés;
- Moins de retard de croissance².

Renforcement de la première ligne

Les femmes en bonne santé qui présentent une grossesse normale reçoivent de la part des sages-femmes des soins de maternité complets de première ligne. La collaboration interprofessionnelle se situe dans une perspective de hiérarchisation des services et permet d'assurer à chaque étape la sécurité des mères et des bébés, et la continuité des soins et des services se fait avec l'ensemble des partenaires en périnatalité dans le réseau local de services. Ceci inclut la participation des sages-femmes aux équipes interdisciplinaires pour les femmes en contexte de vulnérabilité qui présentent des situations complexes.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, Rapport final et recommandations*. [En ligne]. [<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403>].

AVANTAGES ASSOCIÉS À LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Les résultats de la recherche publiés en 1997, dans le contexte des projets pilotes qui se sont tenus en maison de naissance, ont démontré que les sages-femmes offrent des soins de qualité. Pour une clientèle à bas risque, le suivi avec les sages-femmes s'accompagne d'une diminution de nombreuses interventions comparé avec le même type de clientèle suivie par les médecins.

Ces résultats ont des impacts directs sur les coûts.

- Quatre fois moins d'induction (5,5 % vs 23,6 %)
- Quatre fois moins de forceps bas (1,4 % vs 4,1 %)
- Huit fois moins de ventouses (1,7 % vs 10,2 %)
- Cinq fois moins d'épisiotomies (5,8 % vs 32,1 %)
- Deux fois moins de césariennes chez les nullipares (10,8 % vs 19,8 %)
- Quatre fois moins de césariennes chez les multipares (1,4 % vs 6,8 %)

Pour le même type de grossesse à bas risque, on note aussi :

- Deux fois moins de prématurité (2,9 % vs 5,7 %)
- Près de deux fois moins de bébés de faible poids (1,6 % vs 2,9 %)
- Trois fois moins d'hospitalisations en cours de grossesse (3,3 % vs 10,3 %)

LES SERVICES DE SAGE-FEMME

UNE STRATÉGIE TRANSVERSALE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ

	Sage-femme	Médecin omnipraticien	Médecin spécialiste	Infirmière CLSC	Infirmière praticienne spécialisée	Infirmière en CH	Groupe communautaire
Suivi de grossesse	oui	oui	oui		Jusqu'à 32SA		
Accouchement	oui	oui	oui				
Informations prénatales	oui	oui		oui	oui	oui	oui
Informations dépistage prénatal	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Procréation assistée			oui				
Diminution des interventions obstétricales	oui	oui		oui		oui	oui
Congé postnatal	oui			oui			oui
Allaitement	oui			oui	oui	oui	oui
Suivi pédiatrique	Jusqu'à 6 semaines	oui			oui		
Défis régionaux	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Services de réadaptation précoce							
Abus et négligence	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Dépistage surdité néonatale	oui	oui				oui	

RECOMMANDATIONS

Générales

Assurer dans toutes les régions du Québec l'accessibilité aux services de sage-femme et aux maisons de naissance pour les femmes et les familles qui en expriment le besoin.

Associer le Regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ) à l'ensemble des dossiers qui concernent les sages-femmes de la même façon que cela se fait avec la FMOQ concernant les médecins omnipraticiens.

Spécifiques

Mettre en place un comité national pour le développement de la pratique sage-femme et des maisons de naissance qui reflète la diversité régionale du Québec et dans lequel les institutions sages-femmes et les groupes citoyens sont représentés.

Élaborer dans chaque Agence des plans régionaux d'effectifs sages-femmes (PRESF) équivalant aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ce qui permettra une planification stratégique à court et à moyen terme.

Prévoir des allocations financières pour que l'ensemble des sages-femmes diplômées des programmes régulier et d'appoint de l'UQTR, mais également des sages-femmes arrivant d'autres provinces canadiennes et de France soient, en mesure de pratiquer au Québec.

Implanter des maisons de naissance au rythme prévu dans la politique de périnatalité 2008-2018 et s'assurer d'une participation citoyenne lors de l'élaboration de la programmation afin que la maison de naissance reflète les besoins du réseau local de services, mais aussi de la communauté dans laquelle elle s'intègre.

Financer la recherche sur la pratique sage-femme et les maisons de naissance de façon à ce que le modèle de pratique des sages-femmes soit reconnu et que sa pérennité soit assurée. Le Québec doit faire valoir son leadership dans les services de périnatalité de première ligne et assumer le transfert de connaissance au Canada et à l'international.

ANNEXE 1

DÉFINITION DE MAISON DE NAISSANCE

Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur de la communauté, un lieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, faisant partie du réseau public de la santé. Cette installation est prévue pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et humain.

Une maison de naissance offre des services de première ligne. Les sages-femmes qui y travaillent, assurent aux femmes et à leur famille un suivi global, comprenant la grossesse, l'accouchement et le postnatal de la mère et de l'enfant jusqu'à six semaines. Cet environnement, ainsi que la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent, favorisent l'accouchement normal. C'est enfin un endroit privilégié pour le développement de la pratique sage-femme, la formation et la recherche.

Une maison de naissance répond aux besoins de la communauté dans laquelle elle est installée. On y développe une vision sociale et citoyenne de la naissance. Ceci implique un partenariat avec les familles et les citoyens et citoyennes à toutes les étapes de la vie de la maison de naissance. Il s'y déroule des activités communautaires en lien avec la parentalité et la santé, créant ainsi de nouvelles solidarités.

Définition adoptée en assemblée générale annuelle du RSFQ, le 13 juin 2008.