

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de droit

CRÉER UNE NOUVELLE PROFESSION... VIEILLE COMME LE MONDE,
LA SAGE-FEMME
PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ AU QUÉBEC,
en comparaison avec la situation de la sage-femme
au Canada et à l'étranger

par

Hélène Cornellier

Maîtrise en droit de la santé

Août 1993

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de droit

CRÉER UNE NOUVELLE PROFESSION... VIEILLE COMME LE MONDE,
LA SAGE-FEMME
PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ AU QUÉBEC,
en comparaison avec la situation de la sage-femme
au Canada et à l'étranger

par

Hélène Cornellier

Essai soumis à la Faculté de droit
en vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

Directrice : Mme Suzanne Nootens

Août 1993

© Hélène Cornellier, 1993.

ISBN: 0315850531

Dépôt légal: Bibliothèque et archives Canada (No AMICUS 13750901)

RÉSUMÉ

Depuis toujours, la sage-femme, en assistant les femmes en couches, assure la transmission de la tradition et veille à la survie de chaque société. Selon les époques et les pays, sa situation est fonction du contexte social, culturel et juridique. Un retour dans l'histoire, en Europe et en Amérique du Nord, établit le cadre légal entourant ses activités, d'hier à aujourd'hui. À cet égard, les composantes juridiques, organisationnelles et administratives de sa pratique déterminent ce qui fait, ou non, de la sage-femme, une professionnelle à part entière.

Au Québec, la présence constante de la sage-femme, auprès des femmes, depuis la Nouvelle-France jusqu'à nos jours, oblige le gouvernement à questionner la pertinence de reconnaître cette « nouvelle professionnelle ». Pourtant, sa pratique, illégale actuellement, est encadrée dans les lois. L'analyse de la situation québécoise, en comparaison avec celle des autres pays, remet en question le présent et permet de poser des balises afin d'éviter, de nouveau, la disparition de la sage-femme de la mémoire collective.

SUMMARY

Since the beginning of time, the midwife, by assisting women in labour, has passed on traditions and ensured society's continued survival. Depending on the era and the country, her situation is linked to the social, cultural and judicial context. A backward look at the history of Europe and North America, shows the shape of the legal framework for her activities, yesterday and today. In this respect, the judicial, organisational and administrative components of her practice determine what makes or does not make the midwife a professional in the full sense of the word.

In the province of Quebec, the midwife's continued attendance on women since the time of « New France », has forced the government to ask whether it might be appropriate to legalize this « new professional ». However, her practice, now illegal, is covered by law. An analysis of the situation in Quebec, in comparison with that in other countries, puts the present situation in perspective, so that ways can be found to avoid the midwife's disappearance, once again, from the collective memory.

À Ulysse, mon fils
À Jacqueline et à Joachim
ma mère et mon père
Merci de tout coeur !

Remerciements
à toutes ces personnes
qui m'ont permis d'arriver ici aujourd'hui,
principalement mes amies, Louise et Lucienne ;
à ces femmes, mes clientes,
et aux sages-femmes du Québec et d'ailleurs,
qui m'ont permis de me dépasser.

Remerciements
à madame Suzanne Nootens,
pour son encouragement et son intérêt
en regard de mon essai ;
à tante Marthe Legault,
pour le support et la relecture ;
à Carol Harris,
pour le traitement de texte et la mise en page.

Merci à toutes et à tous que je n'ai pas oubliés,
mais dont les noms ne peuvent tous, ici, figurer.

TABLE DES MATIÈRES

	page
PRÉAMBULE	1
INTRODUCTION	6
TITRE 1. LA SITUATION JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME : APPROCHE COMPARATIVE	9
CHAPITRE 1. En Europe : la professionnalisation de la sage-femme	10
Section 1. La sage-femme sous tutelle des médecins : la France	11
Sous-section 1. Un aperçu historique	11
Sous-section 2. L'encadrement légal actuel	16
A) Le statut légal et l'encadrement professionnel	17
B) Le champ d'exercice	20
C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération	23
Section 2. La sage-femme liée à l'infirmière : le Royaume-Uni	27
Sous-section 1. Un aperçu historique	27
Sous-section 2. L'encadrement légal actuel	32
A) Le statut légal et l'encadrement professionnel	34
B) Le champ d'exercice	37
C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération	40

Section 3.	La sage-femme autonome : les Pays-Bas	43
Sous-section 1.	Un aperçu historique	45
Sous-section 2.	L'encadrement légal actuel	51
A)	Le statut légal et l'encadrement professionnel	52
B)	Le champ d'exercice	54
C)	L'encadrement administratif et le mode de rémunération	55
CHAPITRE 2.	En Amérique du Nord : L'élimination de la sage-femme	60
Section 1.	Le monopole médical sur l'obstétrique : les États-Unis	60
Sous-section 1.	Un aperçu historique	60
Sous-section 2.	L'encadrement légal actuel	65
A)	Le statut légal et l'encadrement professionnel	66
B)	Le champ d'exercice	74
C)	L'encadrement administratif et le mode de rémunération	76
Section 2.	Une pratique communautaire mise en veilleuse : le Canada	79
Sous-section 1.	Un aperçu historique	79
Sous-section 2.	L'encadrement légal actuel	85
A)	Le statut légal et l'encadrement professionnel	86
B)	Le champ d'exercice	93
C)	L'encadrement administratif et le mode de rémunération	94

TITRE 2.	LA SITUATION JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME AU QUÉBEC	97
CHAPITRE 1.	Un aperçu historique	98
Section 1.	Un droit de pratique reconnu pour la sage-femme à l'égal du médecin et du chirurgien	98
Section 2.	Un droit de pratique sous l'égide des médecins	100
CHAPITRE 2.	L'encadrement légal actuel	109
Section 1.	Le contexte social et politique entourant la reconnaissance de la pratique de la sage-femme	109
Section 2.	La situation de la sage-femme en vertu de la <i>Loi médicale</i>	114
Sous-section 1.	Le statut légal de la sage-femme et le devoir de réglementer des médecins	114
Sous-section 2.	L'encadrement de la pratique de la sage-femme malgré son illégalité	120
A)	L'encadrement professionnel	120
B)	Le champ d'exercice	123
C)	L'encadrement administratif et le mode de rémunération	124
Section 3.	La situation de la sage-femme en vertu de la <i>Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes</i>	126
Sous-section 1.	Le statut légal de la sage-femme	127
Sous-section 2.	L'encadrement de la pratique de la sage-femme durant la période d'expérimentation	129
A)	L'encadrement professionnel	129
B)	Le champ d'exercice	131
C)	L'encadrement administratif et le mode de rémunération	134

CHAPITRE 3.	L'avenir de la sage-femme québécoise	137
Section 1.	Une critique de la situation actuelle	137
Sous-section 1.	Une tolérance sous le couvert d'une opposition	139
Sous-section 2.	La pertinence de l'expérimentation et le double standard créé par les projets-pilotes	141
Section 2.	Propositions pour l'avenir de la sage-femme au Québec	144
Sous-section 1.	Un consensus quant à l'instauration de la pratique de la sage-femme comme profession	146
Sous-section 2.	Les avenues possibles : réalisme et créativité	149
A)	La philosophie sous-jacente à la profession	150
B)	Les assises de la pratique	151
C)	La formation de la sage-femme	153
D)	Le cadre professionnel	154
CONCLUSION		161
BIBLIOGRAPHIE		166

La reproduction du présent document, en tout ou en partie, est autorisée à la condition expresse d'en mentionner la source et de ne pas l'utiliser à des fins commerciales.

PRÉAMBULE

Depuis toujours, les femmes sont assistées lors de leurs grossesses et de leurs accouchements par d'autres femmes. Selon les pays, les cultures et les époques, cette assistance est qualifiée de diverses façons et porte différents noms. *Maia*¹, dans la Grèce antique, désigne la qualité morale de la personne et par analogie, la grand-mère. En latin, le mot sage-femme ou accoucheuse se dit *obstetrix* qui trouve son origine dans «*ob*», devant et «*stare*», se tenir². En France, on l'appelle *matrone* au XII^e siècle, puis *sage-femme*, mais aussi *sage-mère* et *ventrière* à compter du XIV^e siècle³. Le mot femme dans sage-femme tire son origine du latin «*fama*» qui veut dire «renommée, opinion publique, jugement de la foule», d'où une personne sage et reconnue comme telle par la société dans laquelle elle vit : elle est une personne de «*sapiae fama*»⁴. La qualité de la personne est devenue avec l'usage la personne ou la fonction. Selon une autre source, le terme français sage-femme vient de «*femme sage*» ou «*wisewoman*» qui représente

¹Liddell et Scott, *An Intermediate Greek-English Lexicon*, 7^e éd., Oxford, Clarendon Press, 1964 à la p. 483. *Maia* veut dire «good mother» (bonne mère), «dame» (dame) mais aussi «midwife» (sage-femme selon Platon). *Maieutikos* signifie «of, for midwifery, obstetric» (de, pour la pratique des sages-femmes). Voir aussi P. Robert, *Le Petit Robert*, Paris, de Robert, 1983 à la p. 1130. *Maïutique* origine du grec «*maïeutiké*» signifiant «art de faire accoucher».

²D. Fromentin et E.C. Frogé, «La responsabilité de la sage-femme: le point de vue du médecin-légiste» dans J.H. Soutoul et E.C. Frogé, éd., *La responsabilité médico-légale en gynécologie-obstétrique*, Paris, Vigot, 1982 à la p.125. Voir aussi Gaffiot, *Dictionnaire illustré Latin-Français*, Paris, Hachette, 1934 à la p.1060. De plus, «*obstetricia*» signifie les fonctions de la sage-femme. L'obstétrique est donc le travail de la sage-femme dans son sens étymologique.

³J.S. Cayla, «La profession de sage-femme» (1983) 19:1 *Revue de droit sanitaire et social* 16, 16.

⁴D. Fromentin et E.C. Frogé, *supra*, note 2 aux pp. 125-126. Avec le temps, les mots se sont francisés, «*sapiens*» devenant «*sage*» et «*fama*» en «*femme*» à cause de la proximité avec «*fam*», prononciation au 11^e siècle du mot femme dérivé du «*femina*» latin.

⁵A. Oakley, «Who cares for women? Science versus Love in Midwifery Today», (1989) 102:1218 *Midwives Chronicles & Nursing Notes* 214 à la p. 216. La sorcellerie est alors un art reconnu, distinguant la blanche de la noire. La première concerne l'utilisation des simples ou herbes médicinales en vue de guérir alors que la deuxième sert à obtenir un pouvoir quelconque et est jugée maléfique.

la bonne sorcière dans l'Europe médiévale.⁵ En Angleterre, le mot *mid-wife* signifie avec la femme.⁶ Encore aujourd'hui toutes les langues du monde la nomment : elle est la *sage-femme, midwife, partera, la comadrone, levatrice, annaquitik, tekonts'nies iakor-ha're, heib-aam, meyaledeth, hebamme, famsaj, jormor,...*⁷.

La sage-femme est mentionnée dans l'Ancien Testament, notamment dans la Genèse et dans l'Exode. Aux premiers siècles de l'ère chrétienne, la coutume et la loi interdisent aux médecins d'assister les femmes en couches⁸. Quelques hommes, formés par une sage-femme ou une guérisseuse, investissent sporadiquement ce champ d'activités, notamment Galien, Soranus d'Ephèse, Hippocrate. Pourtant, ils ne pratiquent pas comme le font les femmes mais écrivent des traités, enseignent parfois et s'en tiennent au diagnostic des maladies. Soranus d'Ephèse, médecin à Rome au II^e siècle après Jésus-Christ, décrit la sage-femme comme suit, dans le premier traité à son intention :

Elle doit avoir une bonne mémoire, être travaillante et patiente, d'une moralité qui inspire la confiance ; être pourvue d'un esprit en santé et avoir une bonne constitution ; finalement elle doit avoir des doigts longs et délicats avec des ongles coupés courts.⁹

Pendant longtemps, on définit la sage-femme par les qualités exigées d'elle. Les notions d'anatomie et de physiologie étant rares, on s'en remet à la nature et à l'expérience de la praticienne. Les siècles ont passé, les connaissances scientifiques se sont développées,

⁶K.M. Whitby, «Choice in Childbirth: Parents, Lay Midwives and Statutory Regulation» (1986) 30:3 St-Louis University Law Journal 985 à la p. 985. Voir aussi J.P. Rooks «History and Evolution of Nurse-Midwifery in the United States» dans J.P. Rooks et J.E. Haas, éd., *Nurse-Midwifery in America*, Washington D.C., American College of Nurse-Midwifery Foundation, 1986 à la p. 17.

⁷C'est, dans l'ordre, le mot sage-femme en français, anglais, portugais, espagnol, italien, inuit, mohawk, juif, hébreu, allemand, créole, norvégien,... Dans cet essai, lorsqu'il s'agit de la sage-femme, le féminin inclut le masculin. Peu d'hommes, dans le monde, font partie de cette profession, jusqu'à récemment exclusivement féminine, et aucun au Québec.

⁸J.D. Bardy, *Analyse socio-politique des sages-femmes au Québec*, essai de Maîtrise ès sciences en administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1988 à la p. 23 [non publié].

⁹Cité par A. Oakley, *supra* note 5 à la p. 220 (notre traduction).

notamment sur le processus de la grossesse et de l'accouchement. Aujourd'hui on définit la sage-femme principalement par sa formation, théorique et clinique, et son champ de pratique. Il n'en reste pas moins que ses habiletés et ses attitudes auprès de la femme enceinte sont essentielles à la qualité et à la sécurité de ses services.

En 1972-1973, la *Définition internationale de la sage-femme* a été adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes (CISF), la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (FIGO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS):

Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence du médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit.¹⁰

Cette définition sert de base à la profession de sage-femme dans les nombreux pays du monde où elle est reconnue. Elle détermine aussi l'objectif poursuivi par les organismes

¹⁰Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *La périnatalité au Québec, étude d'un moyen pour atteindre les objectifs: la pratique des sages-femmes Avis #1*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 1987 aux pp. 60-61. Ce document a été publié en 1989 par le Ministère. Les références utilisées dans cet essai proviennent du document original de 1987.

précités de rendre accessible des services de qualité aux femmes du monde entier, tout au long de leur grossesse, au moment de l'accouchement et dans les premières semaines ou mois de la vie de leurs enfants. Ces organismes considèrent la sage-femme comme une professionnelle de première ligne, intégrée dans la communauté. Par sa pratique axée sur la continuité des soins et la prévention de même que sur la normalité du processus de la maternité, elle a un impact positif majeur sur la santé des mères et de leurs enfants.¹¹

Au moment de l'adoption de la *Définition internationale de la sage-femme*, le Canada n'est pas représenté au sein de la Confédération internationale des sages-femmes. En effet, parmi les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada est l'un des neuf à ne pas reconnaître la profession de sage-femme.¹² Les autres pays sont le Vénézuéla, le Panama, le Vanuatu, le Honduras, le Salvador, la République dominicaine, la Colombie et le Burundi.¹³

Que s'est-il passé pour qu'au Québec comme au Canada, la sage-femme, la femme qui assistait toutes les naissances, ne soit plus qu'un souvenir, souvent associé à la mort de la mère ou du nouveau-né? Que s'est-il passé pour que le médecin, un homme, devienne le sauveur omniprésent au moment de la naissance? Comment un changement aussi radical a-

¹¹F.C. Notzon, « International Differences in the Use of Obstetric Interventions » (1990) 263 :4 JAMA 3286. Il s'agit d'une étude sur les interventions en obstétrique dans plusieurs pays pour la période entre 1976 et 1985. Pour le Canada, les données ont été fournies par le Québec uniquement. Une des conclusions de l'étude est qu'il n'existe pas de relation entre les taux d'interventions et ceux de mortalité infantile. D'après l'auteur, on peut penser obtenir de faibles taux de mortalité infantile malgré de bas taux d'accouchements par césarienne. Par ailleurs, plusieurs questions restent en suspens quand on analyse ces données, entre autres, la définition, pour chaque pays consulté, de l'obstétrique, des complications et des soins de même que la différence dans les intervenants. Il est à noter que dans les pays où les taux d'interventions sont plus bas, les sages-femmes sont intégrées au système de santé.

¹²En novembre 1991, l'Ontario a adopté une loi reconnaissant la profession de sage-femme. Sa mise en vigueur est prévue pour la fin de l'année 1993. Nous traitons plus particulièrement de la situation canadienne au chapitre 2, section 2 du Titre I de cet essai.

¹³Naissance-Renaissance, *Depuis que le monde est monde*, 2^e éd., Montréal, Naissance-Renaissance, 1982 à la p. 18. Le Vanuatu était anciennement les Nouvelles Hébrides.

t-il pu se produire dans l'univers de la naissance?

Pourquoi des femmes et des couples, tant québécois que canadiens, font-ils à nouveau appel aux services de la «femme qui aide» pour les guider dans cette expérience qu'est la maternité? Que sera l'avenir pour les femmes et les hommes qui désirent des enfants?

INTRODUCTION

Au Québec, l'adoption, en juin 1990, de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*¹⁴ semble faire ressurgir de notre passé un personnage mythique ou folklorique que d'aucuns auraient souhaité disparu à jamais. Pourtant la sage-femme a, depuis toujours, fait partie intégrante de la communauté où elle vit. Sa présence et son expérience la rendent indispensable à la survie des populations partout dans le monde.

Le but du présent travail n'est pas de départager un courant ou un autre, mais plutôt de comprendre la place de la sage-femme au Québec en analysant le cadre juridique qui régit sa profession et l'encadrement administratif qui sous-tend ses activités professionnelles. À cette fin, nous comparons sa situation avec celle de la sage-femme dans certains pays d'Europe et dans le reste de l'Amérique du Nord.

Au titre premier, nous analysons la situation juridique de la sage-femme dans les différents pays qui nous servent de point de comparaison. Pour chacun d'eux, nous identifions, en retournant dans l'histoire, l'encadrement juridique entourant les activités de la sage-femme. Nous déterminons ensuite son statut légal actuel et l'encadrement administratif de sa pratique. Dans un premier chapitre, nous regardons évoluer cette professionnelle, en France et au Royaume-Uni, là où elle est sous tutelle, puis aux Pays-Bas où elle a gagné son autonomie. Dans un deuxième chapitre, nous analysons le phénomène nord-américain qui, l'ayant fait disparaître, a vu ressurgir la pratique de la sage-femme.

Au titre deuxième, nous analysons la situation juridique de la sage-femme au Québec. Dans un premier chapitre, nous la regardons évoluer dans l'histoire à côté des autres

¹⁴*Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, L.R.Q., c. P-16.1 [ci-après *Loi sur la pratique des sages-femmes*].

professionnels de la santé. Le deuxième chapitre porte sur l'encadrement légal qui prévaut actuellement pour la pratique de la sage-femme. Dans un troisième chapitre, nous tentons de cerner l'avenir de la sage-femme au Québec.

Pour analyser la situation juridique de la sage-femme dans chaque pays, nous utilisons les mêmes composantes afin de faciliter la compréhension. Dans les lignes qui suivent, nous en donnons une brève définition afin de bien situer le lecteur. Ces divers éléments sont : le statut légal, l'encadrement professionnel, le champ d'exercice, l'encadrement administratif et la rémunération.

Le statut légal établi par une loi définit la profession et les responsabilités qui sont attribuées à la sage-femme, détermine le titre qui lui est octroyé, sage-femme, infirmière-sage-femme ou infirmière¹⁵, et spécifie les mécanismes de contrôle. Ces lois en font une professionnelle autonome, dans certains pays, ou soumise à une autre profession, dans d'autres.

L'encadrement professionnel de la sage-femme détermine la structure qui veille à la mise en place et au maintien des règles telles que déterminées dans le cadre de la loi reconnaissant la profession. Cet encadrement permet d'assurer la qualité de la pratique des membres et, par le fait même, la protection du public.

Le champ d'exercice de la sage-femme définit les sphères d'activités liées à la maternité dans lesquelles elle peut poser des actes et offrir des services et des soins.

L'encadrement administratif regroupe les règles établissant les modalités d'organisation de travail selon les différents lieux de pratique, en institution et en pratique privée.

La rémunération de la sage-femme provient de différentes sources selon son milieu de pratique et elle est établie en fonction du modèle de pratique.

¹⁵OMS-Bureau régional de l'Europe, *Legislation Concerning Nursing/Midwifery Services and Education*, Copenhague, OMS-Bureau régional de l'Europe, 1981 à la p. 12. Sur 24 pays européens étudiés par l'OMS, 15 exigent une formation reconnue de sage-femme, 6 demandent une formation préalable d'infirmière, un d'entre eux offre les deux au choix et 2 réservent cette formation à des infirmières spécialisées.

Tous ces éléments permettent de situer la sage-femme dans l'ensemble du système de santé, avec les autres professionnels qui composent l'équipe périnatale dans le pays où elle travaille.

TITRE I. LA SITUATION JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME : APPROCHE COMPARATIVE

Dans la plupart des pays, malgré l’envahissement du champ de l’obstétrique par les médecins, la sage-femme a su garder une place dans l’esprit des femmes qui la recherchent pour les accompagner dans leurs accouchements. Là où elle a disparu, les femmes l’ont fait renaître afin d’avoir des soins à leur image, moins conformes à un modèle médical et technologique, et davantage axés sur la confiance dans leur capacité de porter et de mettre au monde leurs enfants. Ainsi l’Europe reconnaît la sage-femme comme une professionnelle nécessaire à la santé des mères et des nouveaux-nés tandis que l’Amérique l’élimine presque complètement, la maintenant dans une illégalité virtuelle sinon réelle, soi-disant à cause du danger qu’elle représente.¹⁶

¹⁶L’histoire des sages-femmes et de l’obstétrique, racontée par de nombreux auteurs, se divise entre deux grands courants. Le premier courant, que nous utilisons dans cet essai, est celui de chercheuses (généralement des femmes) de disciplines telles que l’histoire et la sociologie. Elles traitent principalement de la sage-femme tout en tenant compte de la présence du médecin dans l’évolution de l’obstétrique. Voir en ce sens, J. Mitchell et A. Oakley, éd., *The Rights and Wrongs of Women*, Hammondsworth - Angleterre, Penguin, 1976; B. Ehrenreich et D. English, *Sorcières, sages-femme et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Remue-Ménage, 1976; J. Donnison, *Midwives and Medical Men : A History of Inter-Professional Rivalries and Women’s Rights*, New-York, Schocken Books, 1977; J.B. Donegan, *Women & Men Midwives : Medecine, Morality and Misogyny in Early America*, Westport - Connecticut, Greenwood Press, 1978; B. Ehrenreich et D. English, *Des experts et des femmes : 150 ans de conseils prodigués aux femmes*, Montréal, Remue-Ménage, 1982; H. Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture - Collection «Prix Edmond-de-Nevers» no 4, 1985; F. Saillant et M. O’Neill, éd., *Accoucher autrement : Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l’accouchement au Québec*, Montréal, Saint-Martin, 1987; J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988. Le deuxième courant est celui de la médecine officielle qui étudie la place des médecins en obstétrique et ne mentionne qu’accessoirement les sages-femmes. Voir en ce sens, E. Shorter, *The History of Women’s Bodies*, New-York, Basic Books, 1982; W. Radcliffe, *Milestones in Midwifery*, Bristol, John Wright, 1967; I.S. Cutter et H.R. Viets, *A Short History of Midwifery*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1964.

CHAPITRE 1. EN EUROPE : LA PROFESSIONALISATION DE LA SAGE-FEMME

En Europe, la légalisation de la pratique de la sage-femme s'est faite en parallèle avec celle des autres professionnels de la santé, le médecin et le chirurgien. Dans ce chapitre, nous décrivons la situation en France et au Royaume-Uni. Ces pays sont, de par l'histoire du Québec, les plus près de nous en terme d'influence et d'affinité, tant à cause des institutions que de la culture. Ce sont, par ailleurs, de bons exemples de la situation qui existe dans la majorité des pays européens. Nous traitons aussi des Pays-Bas à cause de la situation particulière de la sage-femme. Ce pays sert actuellement de modèle non seulement au Québec et au Canada mais aussi sur le plan international.

Dans ces pays, la profession de sage-femme est très développée et de plus en plus considérée comme une profession para-médicale¹⁷, régie généralement par une législation qui lui est propre. La formation de la sage-femme correspond aux caractéristiques de son approche, à son degré d'autonomie, à son champ de pratique et à son niveau de responsabilité.¹⁸ Depuis le début des années 80, les États membres de la Communauté européenne ont établi des normes de base en matière de formation afin de permettre la libre circulation de cette professionnelle entre les États membres.¹⁹ Ces normes portent

¹⁷Comité interministériel sur les sages-femmes, *Les sages-femmes : proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation*, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, octobre 1983 à la p. 133. En France, elle est considérée comme une profession médicale à exercice limité.

¹⁸Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10 à la p. 65.

¹⁹CEE, *Directive du Conseil, du 21 janvier 1980*, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation des services, J.O. (1980), no L33, 80.154.CEE ; CEE, *Décision du Conseil, du 21 janvier 1980*, modifiant la décision 75.365.CEE instituant un comité de hauts fonctionnaires de la santé publique, J.O. (1980), no L33, 80.157.CEE. Sur la libre circulation des professionnels, voir L. Dubois et C. Gueydan, *Grands textes de droit communautaire*, 2^e éd., Paris, Dalloz, 1990 aux pp. 3 et s. ; H.V. Mallard, *La Communauté économique européenne : Organisation et Action*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1975 à la p.23 : « Les mêmes avantages (ceux de pouvoir circuler) sont étendus aux membres des professions médicales sous réserve d'un accord sur les conditions d'exercice à l'intérieur des États membres ».

sur les pré-requis et les acquisitions globales nécessaires, la formation clinique et la durée du cours.²⁰ De plus, pour être en harmonie avec les directives de la Communauté européenne, les pays membres doivent accepter l'entrée des hommes dans la profession de sage-femme.²¹

Section 1. La sage-femme sous tutelle des médecins : la France

La France est le premier pays qui a transmis au Québec la tradition de la sage-femme telle que nous la connaissons. Nous analysons sa situation pour en déceler les acquis et les lacunes.

Sous-section 1. Un aperçu historique

La mise sur pied des corporations, au XIII^e siècle, vient réglementer la formation et la pratique des différents métiers. En échange de la garantie de maintenir des normes

²⁰CEE, *Directive du Conseil, du 21 janvier 1980*, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès aux activités de la sage-femme et l'exercice de celles-ci, J.O. (1980), no L33, 80/155/CEE; CEE, *Décision du Conseil, du 21 janvier 1980*, portant création d'un comité exécutif pour la formation des sages-femmes, J.O. (1980), no L33, 80/156/CEE.

²¹Sur l'ouverture de la profession de sage-femme aux hommes en France et au Royaume-Uni, voir J.S. Cayla, *supra* note 3 aux pp. 18 et s.; V.R. Bennett et L.K. Brown, *Myles' Textbook for Midwives*, 11^e éd., Londres, Churchill Livingstone, 1989 à la p. 702. Les pays membres de la CEE ont dû ajuster leur législation afin d'être conforme à la *Directive du Conseil de l'Europe, du 9 février 1976*, J.O. (1976), directive 76.207.CEE, demandant de supprimer les dispositions «contraire à l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la formation professionnelle». En France, la *Loi no82-413, du 19 mai 1982*, abroge la disposition n'admettant à concourir que les personnes du sexe féminin et statue que les termes «candidates» de la loi s'appliquent aux candidats des deux sexes. Au Royaume-Uni, le *Sex Discrimination Act of 1975 (Amendment of Section 20) Order 20*, SI 1983/1202, bien qu'ouvrant, en dépit des nombreuses oppositions, la profession de sage-femme aux hommes, le fait de façon restrictive afin d'évaluer l'ampleur des problèmes que cela peut susciter. En septembre 1983, un ordre du Parlement ouvre complètement la profession aux hommes. Il s'agit du *Sex Discrimination (midwives) (specified date) Order 1983*, SI 1983/1841. Maintenir des restrictions eût mis le Royaume-Uni en contravention avec les directives de la CEE.

d'accréditation, de formation et de pratique, les membres de la confrérie se voient octroyer des droits exclusifs quant à la pratique et la possibilité de poursuivre les praticiens non autorisés.²²

Jusqu'à cette époque, la pratique de la médecine est ouverte à chacun, homme et femme. Grâce à l'influence arabe en Europe, l'art médical commence à se définir officiellement. Il se partage en trois branches, chacune régie par des droits et des devoirs et organisée en une hiérarchie stricte. L'art du diagnostic, de la science et du traitement appartient au médecin. Toute incision, pansement ou utilisation d'instrument demande le chirurgien. La sage-femme donne ses soins aux femmes enceintes et est recherchée là où ses yeux et ses doigts sont admis par la pudeur pour l'examen de certaines parties.²³

Jusqu'au XVIII^e siècle, l'accouchement ne se conçoit pas sans l'accoucheuse. Venue du fond des âges, héritière des petits secrets et du tour de main de celle qui l'a précédée dans l'entreprise charitable qu'est l'assistance aux femmes en couches, la matrone est femme pratique; guidée avant tout par le souci de tirer les mères d'un éventuel mauvais pas, confidente de ses compagnes, dépositaire de la tradition, [...]. Le rôle de l'accoucheuse empirique dépasse en effet largement le domaine des couches. [...] on la voit aussi procéder à la toilette des morts qu'elle prépare ainsi au « grand voyage ». La « femme qui aide » tient donc les deux extrémités de toute existence. Dans les sociétés rurales des siècles classiques, [...] elle contribue à la permanence de la communauté.²⁴

Dans ce nouveau système professionnel, la sage-femme française fait partie de la corporation de St-Côme avec le chirurgien-barbier. Bien que possédant un métier,

²²Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*, Toronto, Ministry of Health, 1987 à la p. 55, chapitre 2 : « Observations of Midwifery in Other Countries ».

²³H. Laforce, « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17^e au 20^e siècle » dans F. Saillant et M. O'Neill, éd., *supra* note 16, 163 à la p. 164.

²⁴J. Gélis, *supra* note 16 à la p. 18. Les informations utilisées à partir de ce livre sont tirés des pages 1 à 290.

exclusivement féminin, elle ne peut, en tant que femme, avoir une corporation autonome. Du XIII^e au XV^e siècle, les règles, établies par les chirurgiens pour la recevoir au sein de leur corporation, ne sont que formalité. Entre le XV^e et le XVII^e siècle, l'Église met en place les mécanismes de contrôle que les chirurgiens doivent appliquer. Elle exige de la sage-femme qu'elle défende les valeurs morales et religieuses acceptables pour la société de l'époque. Entre autres, dans le contexte des querelles entre catholiques et protestants, l'Église veut s'assurer que les nouveaux-nés soient baptisés. De plus, elle détermine les actes que la sage-femme peut poser, le moment où elle doit faire appel au médecin et les situations où elle consulte une autre sage-femme. Pour s'assurer que la sage-femme répond aux règles établies, elle doit être évaluée par un médecin ou une sage-femme d'expérience.

À partir du XVII^e siècle, l'État prend la relève de l'Église, soucieux de remplir son mandat de protecteur des populations en terme de santé. Ne pouvant plus laisser mourir les enfants nouveaux-nés, il met des mesures de l'avant : d'abord l'engagement de sages-femmes « gagées » ou « pensionnées » à charge de la municipalité et, plus tard, l'encadrement de la formation. En 1692, un premier édit royal régleme l'admission de la sage-femme à la profession en établissant les règles selon lesquelles les chirurgiens la recevront au sein de leur corporation. Jusqu'alors, le chirurgien est peu présent, sauf pour les accouchements difficiles où il doit extraire l'enfant mort du ventre de la mère grâce à ses instruments.

Parallèlement à l'organisation de la profession, l'école obstétricale française se développe et atteint, au XVIII^e siècle, une renommée de niveau international, grâce à ses écoles-

maternités²⁵ uniques au monde ainsi qu'aux découvertes de ses médecins et de ses sages-femmes²⁶.

Au XVIII^e siècle, l'État développe de plus en plus les règles encadrant la sage-femme, toujours membre de la corporation des chirurgiens-barbiers.²⁷ La sage-femme doit se plier à l'autorité municipale et religieuse. Elle assure la protection de la santé des mères et des bébés, mais aussi celle de la morale en évitant les infanticides et l'avortement et en dénonçant les grossesses illégitimes. En 1719, des lettres patentes viennent rappeler l'Édit de 1692. En 1730, de nouveaux statuts et règlements pour les chirurgiens définissent trois catégories de sages-femmes selon leur lieu d'exercice. Amendées entre 1736 et 1772, ces règles seront en vigueur jusqu'à la Révolution de 1789.

Après la Révolution, on assiste à la libéralisation des professions. Tout un chacun peut s'improviser sage-femme, médecin ou chirurgien. Les règles établies jusqu'alors ne valent plus et ce, dans tous les domaines de la société. Cette situation fait perdre leur travail à de nombreuses sages-femmes expérimentées. Plusieurs doivent changer de métier pour faire vivre leur famille. La population va vers la praticienne la moins chère, même si celle-ci est quelquefois moins experte. L'État ne peut laisser durer cette

²⁵*Ibid.* aux pp. 56 et s. L'Hôtel-Dieu-de-Paris reçoit, dès le Moyen-Age, les femmes en couches qui sont assistées par une sage-femme «gagée». C'est surtout à compter du XVI^e siècle, que cette sage-femme assume la formation des sages-femmes de la capitale. Plus tard, des élèves viennent des différentes régions de la France en plus de celle de Paris. Des femmes des autres pays européens ont le privilège d'être formées à cette école reconnue. Au XVII^e siècle, des chirurgiens célèbres tel Ambroise Paré, ayant appris des sages-femmes, participent à leur formation.

²⁶H. Laforce, *supra* note 23 à la p. 163. Voir aussi H. Laforce, *supra* note 16 à la p. 76 ; J. Gélis, *ibid.* aux pp. 28 et s., 113 et s. Louise Bourgeois, formée à l'Hôtel-Dieu de Paris et sage-femme de la Reine, y dirige l'enseignement et rédige de nombreux livres sur l'obstétrique. Ces deux auteurs soulignent aussi le travail remarquable de Marguerite Angélique LeBoursier DuCoudray, sage-femme, qui reçut des subventions de la Cour entre 1760 et 1783 pour l'innovation et l'impact de ses méthodes d'enseignement et de ses écrits. Elle met sur pied un système d'enseignement pour les sages-femmes rurales. Le démonstrateur créé par elle est utilisé au XIX^e siècle aux universités McGill et Laval, au Québec. À la même époque, Catarina Schrader, sage-femme néerlandaise, laisse un journal de ses accouchements qui constitue un réel document de formation en plus de son intérêt historique. Une édition de ce journal sera republiée en 1984, relatant 894 accouchements, soit 29% de sa pratique.

²⁷J. Gélis, *ibid.* note 16 aux pp. 44-45.

situation sans que cela soit préjudiciable aux citoyens. Il adopte la Loi de l'An XI, en vigueur pour un siècle, qui définit à nouveau le statut de la sage-femme et ses conditions d'apprentissage. Sa mise en application est difficile car elle crée des écoles départementales auxquelles plusieurs préfèrent une éducation centralisée.²⁸ En 1892, une loi, véritable code des professions, vient reformuler le cadre juridique pour le médecin, le chirurgien et la sage-femme²⁹.

Avec le XIX^e siècle, le chirurgien et le médecin investissent graduellement le champ de l'obstétrique. Le chirurgien utilise ses instruments non seulement en cas de décès de l'enfant, mais aussi pour des accouchements prolongés, puis pour les accouchements normaux. Le médecin inclut ce champ d'exercice dans le curriculum de sa formation, ce qui complète sa maîtrise sur tous les domaines de la médecine. Ayant appris de la sage-femme, il utilise les maternités comme champ clinique, puis ouvre, dans les universités, des lieux de formation réservés aux membres de sa corporation. Avec le temps, il remplace de plus en plus la sage-femme experte légiste en cas de viol, de décès en couches ou pour diagnostiquer une grossesse chez les femmes emprisonnées. Peu à peu, l'obligation pour la sage-femme d'appeler le médecin en cas de complication se retourne contre elle, la femme appelant d'emblée le médecin lors de son prochain accouchement.

La loi de 1892, valide jusqu'en 1945, est remplacée par une ordonnance réglementant les trois types de professionnels, le médecin, le chirurgien-dentiste et la sage-femme.³⁰ Modifiée à plusieurs reprises jusqu'à aujourd'hui, cette loi a permis dans une certaine mesure un ajustement aux développements continus de la profession de sage-femme. En France, malgré l'essor de la médecine dans le champ de l'obstétrique, l'élimination de la sage-femme ne peut avoir lieu comme au Québec et aux États-Unis.

²⁸*Ibid.* aux pp. 226, 231.

²⁹Sages-Femmes du Monde, *Le Conseil de l'Ordre: Chroniques de 1893 à 1985*, Paris, Sages-Femmes du Monde, 1986 à la p. 19.

³⁰*Ibid.*

Sous-section 2. L'encadrement légal actuel

La France évolue au sein d'un système juridique de tradition civiliste. De par sa Constitution, elle crée l'obligation pour le Parlement français de légiférer en matière de santé et d'en encadrer les professionnels, ce qu'il fait dans le *Code de la santé publique*, en plus de réglementer les divers aspects de la santé et les établissements qui assurent les soins et services nécessaires à la population.³¹ Par ailleurs, le législateur français doit s'assurer que les lois, telles qu'adoptées, sont en concordance avec les directives émises par la Communauté européenne et les modifier si nécessaire.³² Ces directives ont posé des problèmes d'intégration dans le droit français. Le projet de statut européen de 1983 remettait en cause les principes de législation française dans le domaine de la profession de sage-femme.³³ Des ajustements ont été possibles, puisque le *Code de la santé publique* fait actuellement référence à ces ententes.³⁴

La profession de sage-femme est établie en vertu de l'*Ordonnance no 45-2184 du 24 septembre 1945* relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme³⁵. Le *Décret no 91-779 du 8 août 1991* portant code de déontologie sur les sages-femmes³⁶, en vertu de l'article L.366 du *Code de la*

³¹G. de Geouffre de la Pradelle, *Essai d'introduction au droit français: Les normes*, Nanterre, Erasme, 1990 à la p. 17.

³²A. Lajoie, P.A. Molinari et J.M. Auby, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 1981 à la p. 32.

³³M. Bélanger, *Droit international de la santé*, Paris, Economica, 1983 à la p. 172.

³⁴*Code de la santé publique*, art. L.356 (2°), L.356-1, L.356-2 (3° b).

³⁵*Ibid.*, Livre IV, Titre 1er aux art. L.356 à L.472.

³⁶J.O. du 14 août 1991 [ci-après Code de déontologie]. L'article 68 abroge le *Décret no49-1351 du 30 septembre 1949* portant code de déontologie des sages-femmes qui était en vigueur depuis 1949.

santé publique, vient compléter les conditions d'exercice auxquelles la sage-femme doit se soumettre pour préserver son statut professionnel.

A) Le statut légal et l'encadrement professionnel

Le *Code de la santé publique* français octroie à la profession de sage-femme le statut de profession médicale à exercice limité. Il détermine en plus les conditions et les règles d'exercice de cette profession. Celles-ci sont liées à l'obtention d'un diplôme d'État ou de son équivalent selon les ententes conclues avec la Communauté européenne ou les pays de la Communauté française, et à l'enregistrement de ce diplôme à la préfecture, à la sous-préfecture ou au greffe du tribunal de grande instance.³⁷ Le diplôme français est obtenu après un programme complet d'études spécifiques à la sage-femme d'une durée de quatre ans. Les infirmières et les travailleuses sociales peuvent bénéficier d'une reconnaissance d'acquis équivalente à un an sur la durée totale de la formation. De plus, la sage-femme qui désire exercer sa profession, doit être inscrite au tableau de l'Ordre national des sages-femmes.³⁸ Est exemptée de cette inscription la sage-femme appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées et celle qui, en qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, n'est pas appelée, dans le cadre de ses fonctions, à exercer les actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme.³⁹ La sage-femme ressortissante d'un pays membre de la Communauté européenne, établie et pratiquant légalement dans un de ces pays autre que la France, peut poser les actes de sa profession sans être inscrite à l'Ordre national des sages-femmes. L'exécution de ces actes est cependant subordonnée à une déclaration préalable

³⁷*Code de la santé publique* aux art. L.356, L.356-1, L.356-2(3), L.357, L.361 à L.366, L.369 à L.371-1.

³⁸*Ibid.* aux art. L.356 (3°, al. 1), L.444.

³⁹*Ibid.* aux art. L.356 (3°, al. 1).

dont les modalités sont fixées par un décret en Conseil d'État, sauf urgence, auquel cas la déclaration doit être faite dans un délai maximum de quinze jours à partir de ces actes.⁴⁰

Le *Code de la santé publique* définit clairement l'exercice illégal de la profession de sage-femme.⁴¹ S'en rend coupable toute personne qui, sans remplir les conditions exigées par cette loi, pratique habituellement les actes mentionnés dans le champ d'exercice de la sage-femme. Pratique aussi illégalement toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que lui confère la loi, ou tout médecin ou sage-femme qui pratique ces actes durant une période d'interdiction temporaire prononcée par le Conseil régional de l'Ordre ou qui, provenant d'un pays de la Communauté européenne, pose les actes permis aux sages-femmes en France sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues pour ces personnes. Dans un tel cas, les sages-femmes, les conseils de l'Ordre et les syndicats intéressés peuvent saisir les tribunaux par voie de citation directe en vertu du *Code d'instruction criminelle*.⁴² La pratique illégale de la profession de sage-femme est punie d'une amende de 5.000 à 60.000 F et d'un emprisonnement de dix jours à trois mois, ou de l'une des deux peines, pour une première offense. Les peines sont plus lourdes en cas de récidive. Dans tous les cas, peut être prononcée la confiscation du matériel ayant servi à l'exercice illégal.⁴³

⁴⁰*Ibid.* à l'art. L.356-1.

⁴¹*Ibid.* à l'art. L.374, al. 2.

⁴²*Ibid.* à l'art. L.375. Ces poursuites sont faites en vertu de l'article 122 du *Code d'instruction criminelle*.

⁴³*Ibid.* à l'art. L.376.

Le *Code de la santé publique*⁴⁴ détermine aussi l'organisation professionnelle propre aux sages-femmes, l'Ordre national des sages-femmes, et en définit les fonctions.⁴⁵ Toute sage-femme doit être inscrite au tableau de l'Ordre, sauf dans les cas d'exceptions prévues par la loi, tel que mentionné précédemment. L'Ordre national des sages-femmes possède, en ce qui concerne la sage-femme, les mêmes attributions que l'Ordre national des médecins, stipulées au *Code de la santé publique*⁴⁶. Il s'agit de veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme de même qu'à l'observation, par chaque membre, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie établi pour la profession. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession et étudie, notamment, les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre de la Santé publique et de la Population. L'Ordre accomplit sa mission par l'intermédiaire du conseil national de l'Ordre et des conseils régionaux.⁴⁷ Le conseil national de l'Ordre des sages-femmes est composé de quatre docteurs en médecine spécialisés en obstétrique et de cinq sages-femmes. Le président est obligatoirement un médecin. La sage-femme relève, en matière disciplinaire, de la compétence du conseil régional de l'Ordre des médecins, auquel cas quatre sages-femmes remplacent quatre des neuf médecins.⁴⁸

La présence des médecins dans les instances professionnelles des sages-femmes peut sembler anachronique en 1993, puisque la profession est reconnue au même titre que celle des médecins et des chirurgiens-dentistes. Cette situation découle de l'évolution

⁴⁴*Ibid.* aux art. L.444 à L.456.

⁴⁵L. Dérobert, *Droit médical et déontologie médicale*, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, 1971, mise à jour 1980 aux pp. 97 et s. ; voir aussi, J.-M. Auby, *Le droit de la santé*, Paris, Thémis-Presses universitaires de France, 1981 aux pp. 62-64.

⁴⁶*Code de la santé publique* à l'art. L.445. Ces attributions sont définies aux articles L.382, L.409 et L.410.

⁴⁷*Ibid.* aux art. L.446d à L.452.

⁴⁸*Ibid.* à l'art. L.454.

historique de la profession de sage-femme. Dès le Moyen-Age, elle fut subordonnée à celle des chirurgiens et ses règles furent établies d'abord par l'Église puis par l'État. Depuis quelques années, des regroupements de sages-femmes font pression auprès du Conseil national de l'Ordre et du gouvernement pour que leur profession soit désormais gérée uniquement par des sages-femmes. Au niveau du Conseil national, cela sousentend que les médecins présents devraient éventuellement accepter de se retirer au profit des sages-femmes.

B) Le champ d'exercice

Le *Code de la santé publique* détermine en quoi consiste la profession de sage-femme

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.369, L.370 et L.371 du présent code et suivant les modalités fixées par le Code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.366.

[...]

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.⁴⁹

Le champ d'exercice de la sage-femme française est défini dans sa forme actuelle par la *Loi no 82-413 du 19 mai 1982* sur la profession de sage-femme qui consacre la revalorisation de la profession de sage-femme.⁵⁰ Il va de la planification familiale⁵¹ et

⁴⁹*Ibid.* à l'art. L.374, al. 1, 3.

⁵⁰Voir J.S. Cayla, *supra* note 3 à la p.18. Le champ de pratique a de nouveau été modifié par la *Loi no 84-391 du 25 mai 1984*.

⁵¹J.S. Cayla, *ibid.* à la p. 22 ; voir aussi Sages-femmes du monde, *Loi du 19 mai 1982* sur la profession de sage-femme, Paris, Sages-femmes du Monde, 1986 à la p. 60. Le Sénat a étendu le pouvoir de la sage-femme quant à la contraception. Elle est maintenant habilitée à prescrire les contraceptifs locaux de même que le diaphragme et la cape cervicale. Cette nouvelle disposition prévue à l'article 11, remplace le 2^e alinéa de

du diagnostic de grossesse, à la préparation de l'accouchement, à sa surveillance et à sa pratique de même qu'aux soins post-natals à la mère et au nouveau-né. A fin de lui permettre d'exercer le champ de pratique défini par la loi, le code de déontologie applicable à la sage-femme détermine une liste d'actes qu'elle est autorisée, notamment, à poser.⁵² La sage-femme qui s'est engagée à donner ses soins, doit le faire personnellement, avec conscience et dévouement, en s'assurant que ceux-ci sont conformes aux données scientifiques du moment.⁵³ En plus du suivi complet de la maternité, la sage-femme peut prescrire et effectuer des vaccinations et revaccinations antivarioliques de même que pratiquer les soins prescrits ou conseillés par un médecin⁵⁴ et participer au traitement d'une patiente présentant une affection gynécologique, sous la direction du médecin⁵⁵. Bien que l'interruption volontaire de grossesse ne puisse être pratiquée que par un médecin⁵⁶, le fait que la sage-femme ne puisse être tenue à y concourir⁵⁷ implique qu'elle peut y participer de façon volontaire à côté du médecin.

Le *Code de la santé publique* détermine, tout en le définissant, les limites du champ d'exercice de la sage-femme: «[...] sous réserve des dispositions des articles L.369, L.370 et L.371 du présent code et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.366.»⁵⁸ Ces dispositions stipulent que la sage-femme ne peut employer les instruments ou prescrire les examens et les médica-

l'article 3 de la *Loi no 67-1176 du 28 décembre 1967* relative à la régulation des naissances modifié par la *Loi no 74-1026 du 4 décembre 1974*.

⁵²Code de déontologie, *supra* note 36 à l'art. 18.

⁵³*Ibid.* à l'art. 25.

⁵⁴*Code de la santé publique* à l'art. L.371; Code de déontologie, *ibid.* à l'art. 18, al. 3.

⁵⁵Code de déontologie, *ibid.* à l'art. 24, al. 1.

⁵⁶*Code de la santé publique*, art. L.162-2, L.162-13; voir J.S. Cayla, *supra* note 3 à la p. 22.

⁵⁷*Ibid.* à l'art. L. 162-8 et Code de déontologie, *supra* note 36 à l'art. 24, al. 2.

⁵⁸*Ibid.* à l'art. L.374, al. 1.

ments dans le cadre de sa pratique, que s'ils font partie de la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, suite à un avis de l'Académie nationale de médecine.⁵⁹ Dans ces limites, la sage-femme est libre de ses prescriptions tout en observant la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente.⁶⁰ Sauf circonstances exceptionnelles, la sage-femme ne peut poser des actes, donner des soins ni formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou ses possibilités.⁶¹ De plus, en cas de dystocie à l'accouchement, de pathologie en post-partum ou lorsque la famille l'exige, elle doit faire appel à un médecin.⁶² Cependant en cas de force majeure, elle est tenue d'agir.⁶³

⁵⁹Les listes des instruments et des examens sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, n'apparaissent plus au code de déontologie depuis le 23-01-1986 : D. no 86-124, 23 janv. 1986 aux art. 3 et 5.

⁶⁰Code de déontologie, *supra* note 36 à l'art. 12.

⁶¹*Ibid.* à l'art. 13. Par ailleurs, l'article 18, al.2, vient relancer une controverse qui existe en France quant à la possibilité, pour les sages-femmes, de réinjecter de la solution anesthésiante lors de la péridurale. Voir Sages-femmes du Monde, *Rencontre internationale des sages-femmes : compte-rendu*, Paris, Sages-Femmes du Monde, 1986 aux pp. 40-51. Une poursuite a été intentée contre une sage-femme hospitalière pour avoir réinjecté de la solution anesthésiante lors d'une péridurale. Pouvait-elle légalement le faire sans la présence du médecin-anesthésiste? L'hôpital dit oui. L'Ordre national des sages-femmes s'y oppose. Voir aussi J. Bessonart, «Le nouveau code de déontologie des sages-femmes et leur responsabilité médico-légale», (1991) 189:11 *Dossiers de l'Obstétrique* 29. Sage-femme expert auprès du tribunal de Paris, elle se prononce contre cette disposition du code de déontologie compte tenu de l'opposition de l'Ordre. À son avis, la sage-femme doit être formée à faire cet acte en entier sinon pas du tout, ceci afin de maintenir une qualité de services et l'autonomie de la pratique. Si elle accomplit cet acte, une autre sage-femme doit agir à titre de responsable de l'accouchement. Elle souligne que la sage-femme peut refuser de poser un tel acte, en vertu des articles 7, 9, 13, 14, 28 du code de déontologie.

⁶²*Code de la santé publique* à l'art. L.369, al. 2; Code de déontologie, *supra* note 36 à l'art. 25, al. 2.

⁶³Code de déontologie, *ibid.* à l'art. 25, al. 2, 28. L'article 28 rappelle le devoir d'assistance ou de secours créé par le *Code pénal* à l'article 63. Sur ce point, voir G. Mémeteau, *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1990 aux pp. 148, nos 234 et s. Son analyse porte sur l'obligation du médecin mais elle vaut pour la sage-femme dans sa pratique.

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

La sage-femme française exerce ses activités professionnelles dans différents milieux de travail.⁶⁴ En plus de la loi et des règlements qui régissent sa profession, elle est soumise aux règles administratives du milieu et à son organisation du travail.⁶⁵ En 1980, sur 9718 sages-femmes françaises, 81% sont salariées et 18.5% sont en pratique libérale.⁶⁶

En vertu du code de déontologie des sages-femmes, tout contrat de travail avec un établissement, privé ou public, ou un organisme gouvernemental, doit être fait dans le respect des règles établies pour la profession.⁶⁷ À cet égard, le conseil départemental de l'Ordre en vérifie la conformité avec les principes du code et les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.⁶⁸ Dans le cas de l'exercice libéral, il transmet son avis au conseil national qui procède aux vérifications nécessaires,

⁶⁴J.-M. Auby, *supra* note 45 aux pp. 187-190; T. Guitton, *Professions féminines para-médicales : infirmières, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes*, Paris, P.U.F., 1962 aux pp. 51-56; Association nationale des sages-femmes libérales, *Être sage-femme libérale en 1985*, Luçon, Association nationale des sages-femmes libérales, 1986; Sages-femmes du monde, *Sage-femme à domicile employée d'une collectivité territoriale*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986; Sages-femmes du monde, *La sage-femme française*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986.

⁶⁵Entre autres, *Décret no 60-654 du 6 juillet 1960* relatif aux conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux ruraux, J.O., 7 juillet et rectificatif 16 juillet 1960; *Décret no 60-939 du 5 septembre 1960* relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des cliniques ouvertes des hôpitaux et hospices publics, J.O., 8 septembre 1960; *Loi no 90-1258 du 31 décembre 1990* relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, J.O., 5 janvier 1990.

⁶⁶J.-M. Auby, *supra* note 45 à la p. 189; Association nationale des sages-femmes libérales, *supra* note 64 à la p. 177. Pour une meilleure vision de cette répartition, 1800 sages-femmes exercent en libérales, soit 18.5%; 4300 sages-femmes salariées travaillent en établissements publics, soit 44%, 2400 travaillent en établissements privés, soit 25%; 1200 sont employées de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) ou de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.), soit 12%; et 18 sages-femmes sont employées par les autorités militaires.

⁶⁷Code de déontologie, *supra* note 36 à l'art. 48.

⁶⁸*Ibid.* aux art. 45, al. 2, 49, al.3.

notamment quant à l'indépendance professionnelle.⁶⁹ Le nouveau code de déontologie revalorise ce mode de pratique en déterminant les règles qui lui sont particulières en plus de celles applicables à toutes les sages-femmes. Ces règles concernent les informations que la sage-femme peut donner pour publiciser sa pratique, la tenue et la localisation de son cabinet, les honoraires, le remplacement par une autre sage-femme lorsque nécessaire, les contrats touchant l'exercice de la profession.

La grande majorité des sages-femmes travaillent en établissements ou pour des administrations publiques et privées. La sage-femme employée dans les établissements publics est considérée comme une agente des collectivités locales et non comme une fonctionnaire.⁷⁰ Dans les établissements privés, elle est employée de la clinique et soumise aux conditions de travail prévues à son contrat. L'organisation du travail est déterminé par l'établissement de même que la définition des tâches qu'elle doit ou peut effectuer. Le département d'obstétrique est sous la responsabilité d'un gynécologue et une sage-femme-chef est responsable de son organisation. Ces deux professionnels sont en théorie à égalité au niveau décisionnel, l'un pour la pathologie et l'autre pour la physiologie. La réalité est souvent tout autre. Dans le cadre des institutions, la sage-femme exerce rarement l'ensemble de ses activités professionnelles. Elle fait la clinique prénatale ou la garde en salle d'accouchement ou les suites de couches et le haut-risque. Selon le poste qu'elle occupe, elle est sur des quarts de huit, douze ou vingt-quatre heures en alternance avec les autres membres de l'équipe. Bien qu'en aucun cas elle ne puisse aliéner son indépendance professionnelle, sa pratique est souvent teintée par l'environnement plus ou moins médicalisé mis en place par le chef de département de

⁶⁹*Ibid.* à l'art. 45, al. 3.

⁷⁰Pour la pratique dans le secteur public, les sages-femmes sont régies plus particulièrement par le Livre IX du *Code de la santé publique*, à l'article L.792 qui définit leur statut (*Décret no 77-1536 du 21.12.77*, J.O., 8 janvier 1978).

même que par les ressources disponibles et la philosophie de pratique de l'équipe.⁷¹ La sage-femme est salariée par l'établissement qui est remboursé pour les actes effectués à partir de barèmes négociés avec les associations représentant ces professionnelles. L'organisation du travail devient souvent fonction de la rentabilité de l'acte par rapport aux coûts impliqués.⁷²

Quant à la sage-femme libérale, elle accueillait, à l'origine, ses clientes dans des maternités ouvertes où elle avait des privilèges en échange desquels elle assurait des gardes à tour de rôle avec ses collègues. Bien que toujours permis légalement, ce mode de pratique n'existe presque plus. Actuellement, la sage-femme libérale suit la femme enceinte durant la période prénatale et postnatale mais ne peut assister l'accouchement en clinique ou à l'hôpital que si elle a des privilèges d'admission. Actuellement, c'est le cas d'une seule sage-femme qui travaille à Marseille. Ces privilèges lui permettent de prescrire les examens nécessaires au suivi de grossesse et d'avoir accès à la salle d'accouchement et au département de suites de couches. Sans ces privilèges hospitaliers, elle doit transférer sa cliente au personnel de l'hôpital ou de la clinique, médecin ou sage-femme. Cependant, elle peut assister les femmes qui désirent accoucher à domicile, ce qui, dans la réalité, est devenu exceptionnel. La sage-femme libérale est remboursée par la Sécurité sociale pour les clientes assurées, sinon elle est directement payée par sa cliente. Le tarif de la Sécurité sociale est déterminé au plan national par des conventions avec le gouvernement et les associations de sages-femmes.

⁷¹À la maternité de l'Hôpital Lafontaine, à Saint-Denis en banlieue de Paris, lors d'une visite en novembre 1986, l'induction de l'accouchement était systématique à 5-6 cm de dilatation pour accélérer le travail. On y notait aussi la pratique de trois échographies de routine par grossesse.

⁷²Entrevue avec une sage-femme coordonnatrice à la Maternité des Lilas, à Paris, en novembre 1986. Bien qu'à but non lucratif, l'aspect administratif est en jeu dans les choix des professionnels pour une tâche ou pour l'autre. Il existe deux tarifs pour le même acte selon qu'il est exécuté par un médecin ou une sage-femme. Depuis 1982, des discussions ont eu lieu avec le gouvernement à ce sujet, mais en 1986, lors de ma visite à Paris, cette distinction existait toujours. C'est pourquoi, dans certaines cliniques, les gynécologues font les consultations prénatales alors que les sages-femmes sont à l'accouchement et dans les suites de couches ou à la préparation à la naissance.

En France, la sage-femme peut aussi travailler en prévention maternelle et infantile depuis 1975. Cette sage-femme est une sage-femme hospitalière, travaillant en établissement public ou privé, et détachée à la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.). Elle est, dès ce moment, prise en charge par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) et rémunérée par le département. C'est un travail de deuxième ligne puisque la femme qui en a besoin lui est référée par l'institution, suite à un séjour pour une complication durant la grossesse, ou par la sage-femme ou le médecin qui suit sa grossesse. La femme n'est pas obligée d'accepter cette surveillance à domicile (S. A.D.). Ceci remplace souvent une hospitalisation, ce qui permet à la femme de rester dans son milieu familial.⁷³

En conclusion, la sage-femme française est reconnue comme une professionnelle médicale. Bien que fière de son indépendance par rapport à l'infirmière, elle est toujours sous tutelle des médecins. En effet, ceux-ci déterminent sa pratique par leur présence au sein des instances de l'Ordre national des sages-femmes et comme chefs cliniques dans les institutions publiques et privées. Ce sont eux qui octroient les privilèges d'admission en établissement à la sage-femme en exercice libéral. Ils sont aussi à la direction de certaines écoles de sages-femmes.

Depuis une dizaine d'années, la sage-femme française revendique la réappropriation de sa profession. Elle y a gagné une définition élargie de son champ d'exercice et la mise à jour récente de son code de déontologie. De plus, l'an dernier une sage-femme a été nommée expert pour le tribunal de Paris. Elle sera demandée pour toute poursuite impliquant une collègue. Ce rôle était jusqu'ici rempli par un médecin.

⁷³Sages-femmes du monde, *Sage-femme employée par une collectivité territoriale*, supra note 64 aux pp. 16-17. Le *Décret du 5 mai 1975* prévoit la surveillance des grossesses à domicile par une sage-femme, principalement dans le cas de grossesses à risques médicaux (prématurité, hypertension, diabète, maladies infectieuses,...) mais aussi à risques psycho-sociaux (immigrantes isolées, grosses familles...). Ce document rapporte l'expérience des sages-femmes de P.M.I., telle que vécue dans la région de Toulouse de 1978 à 1981.

Cependant il reste beaucoup à faire pour que la sage-femme puisse remplacer le médecin qui exerce un contrôle de sa profession, sa formation et sa pratique.

Section 2. La sage-femme liée à l'infirmière : le Royaume-Uni

L'Angleterre, pays membre du Royaume-Uni, a pris la relève dans le développement du Québec. Son influence existe encore aujourd'hui au niveau des institutions, entre autres l'évolution des professions de la santé.

Sous-section 1. Un aperçu historique

Au départ, la situation de la sage-femme dans les pays du Royaume-Uni, a suivi la même évolution que dans le reste de l'Europe. Jusqu'aux XIII^e et XIV^e siècles, la sage-femme est seule avec la femme qui accouche. En Angleterre, c'est au XVI^e siècle que les autorités commencent à établir les règles auxquelles elle doit se soumettre. La première loi médicale anglaise, le *Medical Act of 1512*, octroie aux autorités religieuses la responsabilité de surveiller la compétence des médecins. Un corollaire de cette loi inclut la sage-femme dans ce système de certification. Le contrôle de l'Église vient de son désir de voir les enfants baptisés rapidement dans l'éventualité où le prêtre ne puisse arriver à temps et de s'assurer que la sage-femme n'utilise pas de magie ou de sorcellerie dans sa pratique.⁷⁴ La sage-femme doit avoir de la maturité, être mariée et mère de plusieurs enfants. Elle doit témoigner de la qualité de sa formation et de sa pratique et ses clientes

⁷⁴A. Oakley, « Wisewoman and Medicine Man: Changes in the Management of Childbirth », dans J. Mitchell et A. Oakley, éd., *supra* note 16 à la p. 28.

doivent se porter garantes pour elle.⁷⁵ Des inspecteurs de l'Église et de l'État tiennent un registre pour celle qui a une licence. Celle qui n'en a pas est passible d'une amende et de l'excommunication. C'est souvent le cas de la sage-femme travaillant dans les campagnes, entre autres raisons, à cause des coûts pour l'obtenir.⁷⁶ Durant cette période, les sages-femmes font plusieurs tentatives pour obtenir une charte professionnelle comme celle que possèdent les médecins et les chirurgiens, mais l'opposition des médecins ne leur permet pas d'atteindre leur objectif.

À la fin du XVII^e siècle, le pouvoir de l'Église diminue ce qui amène la disparition progressive du système de contrôle professionnel. Déjà en 1720, à Londres, il n'a plus cours. Cependant, dans les provinces, il survit jusque dans la dernière partie du siècle. Par ailleurs, en Écosse et en Irlande, l'importance de la réglementation de la pratique de la sage-femme reste présente jusqu'à la fin du siècle ; après quoi toute forme de contrôle disparaît.⁷⁷ Au cours des deux siècles suivants, aucune réglementation n'existe plus pour les différentes professions médicales.

Au XVIII^e siècle, dans les pays du Royaume-Uni comme en France, le chirurgien investit le champ de l'obstétrique, autrefois réservé à la sage-femme. Avec la découverte des forceps et de l'anesthésie au chloroforme par le chirurgien, celui-ci, maintenant appelé « man-midwife », intervient plus souvent dans les accouchements normaux.⁷⁸ Il assiste d'abord les femmes de la classe aisée pouvant payer ses frais professionnels, puis utilise

⁷⁵Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 55 ; voir aussi A. Oakley, *ibid.*

⁷⁶J.B. Donegan, *supra* note 16 aux pp. 9 à 37.

⁷⁷A. Oakley, *supra* note 74 à la p. 22.

⁷⁸J. Donnison, *supra* note 16 à la p. 13. D'abord gardé jalousement pendant un siècle, dans la famille Chamberlen, chirurgiens anglais, les forceps sont par la suite distribués parmi les membres de la corporation qui suivent une formation. Utilisés, au départ, pour aller chercher le fœtus mort, ils le sont ensuite dans les accouchements difficiles. Plus tard, les chirurgiens s'en servent dans la plupart des accouchements auxquels ils assistent, tant pour hâter le travail que pour justifier les honoraires élevés qu'ils demandent.

les maternités pour indigentes, ces femmes accouchant aux frais de l'État ; ces dernières²⁹ lui fournissent le matériel nécessaire pour sa formation. Au XIX^e siècle, le «man-midwife» monopolise de plus en plus la clientèle payante. La sage-femme, quant à elle, ne peut utiliser instruments et procédure médicale, que ce soit par loi, par coutume ou par manque d'accès à la formation nécessaire. De son côté, elle travaille surtout auprès des femmes des classes plus pauvres. Contrairement à la période précédente, la sage-femme est souvent peu formée et provient maintenant presque exclusivement des classes défavorisées. Les causes de cette situation sont la non-réglementation de la profession et l'accessibilité restreinte aux lieux de formation. En effet, peu de sages-femmes expérimentées offrent de la formation aux femmes qui désirent intégrer la profession. Par ailleurs, le «man-midwife» offre de la formation, mais celle-ci est différente selon la provenance de l'étudiant. Elle est de meilleure qualité pour les hommes de sa profession et de moindre qualité pour les sages-femmes qui en font la demande. Par la suite, il dénigre ces femmes, les disant inadéquatement formées. En fait, il les forme de façon à ce qu'elles soient de plus en plus dépendantes de ses services. Ainsi, la femme qu'il a aidée a recours à lui plus volontiers lors du prochain accouchement.

Aucun mode de réglementation n'existant pour la pratique de la «midwifery», le chirurgien et le médecin désirent encadrer la sage-femme et le «man-midwife». Ils proposent à plusieurs reprises des projets de règlements qui sont rejetés par le gouvernement. Vers 1869, le «General Medical Council», organisme formé pour réglementer les médecins, cherche à assujettir la sage-femme à un examen. Cette tentative n'aura pas plus de succès que les précédentes.⁷⁹

Au même moment et jusqu'à la fin du siècle, la sage-femme anglaise essaie à nouveau d'obtenir son autonomie professionnelle. Ces initiatives viennent d'un groupe de sages-femmes plus éduquées, ayant formé la «Matron's Aid Society».⁸⁰ Durant les trente

⁷⁹A. Oakley, *supra* note 74 aux pp. 42 et s.

⁸⁰Ce groupe devint par la suite le «Midwives Institute» et le «College of Midwives». C'est aujourd'hui le «Royal College of Midwives» qui a fêté son centième anniversaire en 1981.

années que dure ce débat « pour » ou « contre » la légalisation de la sage-femme comme professionnelle autonome, les positions sont multiples selon les différents groupes d'intérêts.⁸¹

Le Gouvernement d'Angleterre prend finalement position et adopte le *Midwives Act of 1902*.⁸² Le poids de la préoccupation populaire quant à l'avenir de l'Empire britannique, en raison de la chute des taux de natalité et de la hausse continue de la mortalité néonatale, est à la source de cette décision. Des lois similaires sont adoptées en Écosse en 1915 et en Irlande en 1918.⁸³

La loi de 1902 crée un « Central Midwives Board » de neuf membres dont quatre sont médecins ; aucune sage-femme n'en fait partie. Le « Central Midwives Board » doit mettre sur pied les règles de pratique de la profession. Afin de pouvoir exercer son mandat, cet organisme établit localement des « Local Supervising Authorities » qui supervisent la pratique de la sage-femme sur leur territoire.⁸⁴ À compter de 1920, il devient obligatoire de nommer au plus cinq sages-femmes à cette régie, mais un règlement spécifie qu'elles doivent être en minorité sur un total de 14 membres. En 1973, la présidente élue par la régie est, pour la première fois, une sage-femme. Ce n'est qu'au début des années

⁸¹D'un côté, pourquoi légaliser la profession des sages-femmes, personnes responsables des hauts taux de mortalité maternelle et infantile ? Pourquoi créer une nouvelle catégorie de professionnelles médicales, causant ainsi de la confusion dans la population, ce que craignent les femmes qui commencent à intégrer la profession médicale ? Leur légalisation amènera une augmentation des avortements ! De l'autre côté, on soutient que l'interdiction d'aider une femme en couches pour une personne non qualifiée découragera « la voisine » de le faire. Les féministes, quant à elles, s'opposent à toute loi qui soumet la profession au contrôle médical et de ce fait, traite les femmes autrement que les hommes comme professionnels. Le « Royal British Nursing Association » désire la création d'une nouvelle classe d'infirmières en obstétrique, les infirmières-sages-femmes. Le public favorise la légalisation de la sage-femme comme professionnelle autonome. L'histoire se répète ici, au Québec, maintenant. Les mêmes arguments sont utilisés, comme le montre le compte-rendu de la Commission parlementaire sur le projet de loi 4, tenue à Québec en décembre 1989.

⁸²Titre abrégé de *An Act to secure the better training of Midwives, and to regulate their practice*, 2 ED VII (1902), c. 17.

⁸³Royal College of Midwives, *Report of the Royal College of Midwives' Commission on Legislation Relating to Midwives*, London, Royal College of Midwives, mai 1991 à la p. 5.

⁸⁴*Ibid.* à la p. 7, no 2.4.

80 que la majorité des membres, maintenant au nombre de dix-sept, est constituée de sages-femmes.⁸⁵

Avec l'adoption du *Midwives Act of 1902*, la sage-femme doit recevoir une certification du «Central Midwives Board». Parallèlement, d'autres lois viennent organiser les lieux et les conditions de sa pratique comme celle des autres professionnels de la santé. Après 1910, une femme non qualifiée ne peut donc plus utiliser un titre laissant croire qu'elle est reconnue en vertu de la loi des sages-femmes. Elle ne peut exercer que de façon occasionnelle et sans frais, sauf si elle est supervisée par un médecin. En 1921, afin d'interdire la pratique de l'obstétrique à des personnes, homme ou femme, non qualifiées, elles sont astreintes à être supervisées directement, en tout temps, par un médecin. À compter de 1936, ces personnes ne peuvent plus pratiquer sans permis.⁸⁶

Parallèlement, certains facteurs socio-politiques modifient la pratique de la sage-femme. Elle devient salariée des autorités locales qui doivent fournir une sage-femme reconnue qualifiée à toute femme désireuse d'accoucher à domicile. Durant la deuxième guerre mondiale, les femmes accouchent plus fréquemment à l'hôpital, n'ayant plus d'aide adéquate à la maison. De plus, l'adoption du *National Health Service Act 1948* assure, dans un premier temps, la gratuité des services du médecin en institution et plus tard, ceux de la sage-femme. En 1968, une loi étend les lieux de pratique de la sage-femme. Elle travaille désormais avec des médecins généralistes en cabinet privé, ou pratique dans des centres de santé et des cliniques communautaires. Elle peut assumer aussi les accouchements normaux dans les unités de pratique générale des hôpitaux. Sa définition

⁸⁵*Ibid.* à la p. 6, no 2.2, p.9, no 2.8. Traditionnellement, le Conseil privé, organisme neutre, est responsable de l'application des lois encadrant les professions, dont celles des sages-femmes. En 1919, avec la création du Ministère de la Santé, le *Midwives Act 1902* de même que la Loi sur les pauvres et les hôpitaux locaux et, plus tard, le «*National Health Services' Act 1948*», deviennent de son ressort. La sage-femme, l'infirmière et la «Health Visitor» n'ont plus d'organisme neutre à qui faire appel en cas de conflit d'intérêt entre le contrôle des dépenses publiques et leurs conditions de travail. Pourtant les autres professions, entre autres celle des médecins, demeurent sous la juridiction du Conseil privé.

⁸⁶*Ibid.* à la p. 6, no 2.1.

de tâches se modifie considérablement avec le nombre croissant d'accouchements à l'hôpital. À cette époque, les conclusions de plusieurs études gouvernementales, liant la sécurité des accouchements à leur déroulement à l'hôpital, incitent les femmes à changer de lieu d'accouchement.⁸⁷ En 1973, toute sage-femme en exercice devient employée des «Regional Health Authorities», quel que soit son milieu de travail, à l'hôpital ou dans la communauté.

En 1979, la loi de 1902 est remaniée. Elle intègre désormais trois professionnelles au même cadre juridique. Le «Royal College of Midwives», organisme de promotion de la sage-femme, en désaccord avec cette nouvelle loi, désire une loi visant uniquement les sages-femmes. Devant l'inflexibilité du gouvernement, il considère préférable de collaborer à sa mise en place afin de préserver l'autonomie de ses membres dans ce nouveau cadre professionnel.⁸⁸

Sous-section 2. L'encadrement légal actuel

Le Royaume-Uni comprend actuellement l'Angleterre, le pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord. Bien qu'autonomes, ces quatre pays se sont dotés d'un système parlementaire commun, semblable au système canadien.⁸⁹

⁸⁷En 1970, le rapport Peel, «Rapport du sous-comité sur la pratique des sages-femmes à domicile et les besoins en lits de maternité», recommande l'intégration de tous les services de maternité, incluant l'emploi de toutes les sages-femmes dans un même service. Il recommande aussi que, par mesure de sécurité, les hôpitaux rendent disponibles des places pour tous les accouchements. La pratique à domicile devient de moins en moins possible. L'encadrement de la sage-femme dans des services d'obstétrique dirigés par des médecins, modifie avec le temps, sa pratique.

⁸⁸Royal College of Midwives, *supra* note 83 à la p. 15, no 7.1.

⁸⁹Da Cruz, Vera, *Mayer's Handbook of Midwifery*, 7^e éd., Londres, Baillière, Tindall & Cassell, 1967 aux pp. 403-404; voir aussi, R.V. Bennett et L.K. Brown, éd., *supra* note 16 aux pp. 682-683.

En 1979, les lois encadrant les professions d'infirmière, de sage-femme et de «Health Visitor»⁹⁰ ont été remaniées et fondues en une seule pour tout le Royaume-Uni. L'objectif est de mettre en place un cadre conjoint permettant l'uniformisation des règles entourant les conditions de formation et d'enregistrement de la sage-femme comme les deux autres professionnelles, et la mise en place d'un registre unique pour les quatre pays. Accessoirement, cette harmonisation assure la possibilité pour toute professionnelle reconnue en vertu de cette loi, de travailler dans l'un ou l'autre pays du Royaume-Uni.

La profession de sage-femme est donc encadrée, depuis 1979, par le *Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979*.⁹¹ À cette loi, s'ajoute le *Nurses, Midwives and Health Visitors (Midwives Amendment) Rules Approval Order 1986*, comprenant les «Midwives Rules» adoptés en vertu de la loi de 1979.⁹² Ces règlements établissent les normes relatives à la formation et à la pratique pour la sage-femme. Le *Midwife's Code of Practice for Midwives practicing in the United Kingdom*⁹³ et le *Code of Professional Conduct for the Nurse, Midwife and Health Visitor*⁹⁴ viennent compléter l'encadrement légal de la sage-femme.

⁹⁰Il s'agit d'une infirmière formée pour les soins à domicile. Elle peut être l'équivalent des infirmières de CLSC qui font des visites à domicile de leur clientèle pour donner certains soins de santé. N'ayant pu vérifier l'équivalence exacte de son titre, nous avons préféré le garder dans sa langue d'origine.

⁹¹*Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979* (R.-U.), 1979, c. 36, modifié en partie par le *Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1992* (R.-U.), 1992, c. 16.

⁹²S.I. 1986/786, modifiant SI 1983/873 [ci-après : «Midwives Rules»]. Les «Midwives Rules» constituent la partie V des règlements mis en place pour les trois professions. Ils remplacent ceux qui prévalaient, jusqu'alors, dans les quatre pays du Royaume-Uni. Ils sont approuvés par le Secrétaire d'État, en vertu de l'article 4(4) de la loi de 1979.

⁹³United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, *A Midwife's Code of Practice for Midwives practicing in the United Kingdom*, London, UKCC, 1986, 12p. [ci-après : «Code of Practice»]. Ce code, complémentaire aux «Midwives Rules», a été produit par le Conseil central sur la recommandation du «Midwifery Committee».

⁹⁴United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, *Code of Professional Conduct for the Nurse, Midwife and Health Visitor*, 2nd ed., London, UKCC, novembre 1984, 4p. [ci-après : «Code of Professional Conduct»]. Ce code est établi en vertu de l'article 2(5) de la loi de 1979.

A) Le statut légal et l'encadrement professionnel

En vertu du *Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979*, pratique légalement toute sage-femme inscrite au registre de sa profession par le « United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting ». Elle doit se conformer aux règles entourant l'admission à la profession et s'acquitter des frais afférents. Elle doit, entre autres, posséder un diplôme de formation de sage-femme. La majorité des écoles du Royaume-Uni exigent une formation préalable d'infirmière à laquelle s'ajoutent douze à dix-huit mois d'études spécifiques à la sage-femme. Les autres offrent un programme complet de trois ans, sans prérequis autre que la formation générale de base. Récemment, pour faire suite aux recommandations des sages-femmes sur l'autonomie de leur profession, un programme de baccalauréat universitaire a été mis en place. Les conditions d'admission n'incluent pas une formation préalable d'infirmière.

Cette loi spécifie aussi qu'aucune personne, autre qu'une sage-femme ou un médecin, dûment enregistré, ne doit assister une femme durant sa grossesse et son accouchement. Toute personne qui contrevient à cette disposition est coupable, sur conviction sommaire, d'une amende d'au plus 500£.⁹⁵

Toujours selon la loi maintenant en vigueur, commet aussi une offense toute personne qui, dans l'intention de tromper, se présente, ou permet à une autre personne de se présenter, comme possédant les qualifications pour pratiquer comme sage-femme ou comme étant inscrite au registre des sages-femmes. De la même manière, une personne commet une offense si elle fait ou permet de faire toute déclaration ou action, qu'elle sait être fausse, dans l'intention d'induire en erreur sur sa qualification professionnelle. Une

⁹⁵*Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979*, *supra* note 91, à l'art. 17(1), (4). Cette amende équivaut à 973\$can (1993). Voir à cet effet, *Regional Health Service c. Brian Radley*. Dans cette poursuite citée dans *Sages-femmes du monde*, *supra* note 61 à la p. 112, un homme a été reconnu coupable d'« avoir pris de gros risques » en accouchant lui-même sa femme. Il a dû payer une amende de 100£.

personne coupable de l'une ou l'autre offense doit être punie par conviction sommaire d'une amende ne dépassant pas 500£.⁹⁶

Le *Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979* crée un organisme professionnel dont les objectifs sont de deux ordres : la protection du public et le contrôle des trois professions «par» et «pour» les trois professions.⁹⁷ Il s'agit du «United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting»⁹⁸. Celui-ci doit élaborer des règles de formation, d'admission à la formation et à la pratique de la sage-femme. Il s'assure que ces normes de formation sont en concordance avec toute obligation communautaire du Royaume-Uni. Il doit établir les règles et les normes de pratique et de conduite professionnelle applicables à la sage-femme. Le Conseil central doit s'assurer, en toutes ces matières, de voir aux intérêts de tous les groupes représentés au sein des trois professions, quelque soit leur représentativité.⁹⁹ La loi établit en plus quatre «National Boards», un pour chacun des pays du Royaume-Uni. Ils sont responsables de veiller à ce que la formation et la pratique de l'infirmière, de la sage-femme et de la «Health Visitor» soient conformes aux normes établies par le Conseil central.¹⁰⁰

Le Conseil central doit aussi mettre en place et maintenir un registre unique pour l'ensemble de Royaume-Uni et pour les professionnelles des trois disciplines encadrées par la loi. Ce registre est divisé en différentes sections selon les qualifications et les

⁹⁶*Ibid.* à l'art. 14.

⁹⁷Lettre de H. Miller à H. Cornellier, 25 octobre 1991, Trent - Angleterre (non publié) à la p. 2. Voir aussi V.R. Bennett et L.K. Brown, éd., *supra* note 21 à la p. 700.

⁹⁸*Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979*, *supra* note 91 à l'art. 1(3)(a), (4) [ci-après : Conseil central]. Le Conseil central est composé de membres élus et de membres nommés par le Secrétaire d'État, et représentant les trois professions.

⁹⁹*Ibid.* à l'art. 2.

¹⁰⁰*Ibid.* aux art. 5-9.

normes de formation des professionnelles.¹⁰¹ De plus, le Conseil central doit voir à l'organisation de la discipline au sein de ces trois professions et entendre les cas d'inconduite. À ce titre il détermine les règles en vertu desquelles une sage-femme peut être radiée ou réintégrée au registre.¹⁰² Dans ce cas, le comité chargé d'étudier le dossier, est constitué de membres sages-femmes du Conseil central.¹⁰³ Des mécanismes sont prévus pour permettre à la sage-femme concernée de faire appel.¹⁰⁴

La sage-femme, exerçant dans un des pays du Royaume-Uni est aussi membre du « Royal College of Midwives ». Ce Collège agit comme association professionnelle et, à ce titre, est consulté en rapport avec les normes et conditions de pratique, d'éducation et de formation par les différentes instances concernées.¹⁰⁵

Depuis quelques années, les membres du « Royal College of Midwives » discutent de la pertinence d'avoir de nouveau leur propre loi professionnelle. Lors d'une assemblée en 1990, elles ont voté majoritairement en faveur de l'obtention d'une nouvelle loi encadrant les sages-femmes et de la mise en place d'un organisme professionnel distinct des deux autres professions. Elles désirent se dissocier des infirmières et des « Health Visitors » afin de préserver leur autonomie professionnelle et de développer des normes de formation et de pratique en conformité avec la philosophie de leur profession. Le

¹⁰¹*Ibid.* préambule et art. 10 (1).

¹⁰²*Ibid.* aux art. 12(1)(a)(b)(c), 22(4). Ces règles sont comprises dans le *Nurses, Midwives and Health Visitors (Professional Conduct) Rules 1987 Approval Order 1987*, SI 1987/2156.

¹⁰³*Ibid.* à l'art. 12(3a), tel que modifié par l'art. 8(3b) de la loi de 1992.

¹⁰⁴*Ibid.* à l'art. 13.

¹⁰⁵Une partie de la cotisation payée à cet organisme par la sage-femme, couvre les frais d'une assurance responsabilité professionnelle.

nombre de professionnelles encadrées par la loi actuelle, autres que sages-femmes, peut générer dans l'avenir des situations conflictuelles préjudiciables à cette profession.¹⁰⁶

B) Le champ d'exercice

Le champ d'exercice de la sage-femme est défini dans le « *Nurses, Midwives and Health Visitors (Midwives Amendment) Rules Approval Order 1986* » :

(1) A practicing midwife is responsible for providing midwifery care to a mother and baby during the antenatal, intranatal and postnatal periods. In any case where there is an emergency or where she detects in the health of a mother and baby a deviation from the norm a practicing midwife shall call to her assistance a registered medical practitioner, and shall forthwith report the matter to the local supervising authority in a form in accordance with the requirements of the local supervising authority.

(2) A practicing midwife must not, except in an emergency, undertake any treatment which she has not been trained to give either before or after registration as a midwife and which is outside her sphere of practice.¹⁰⁷

La *Définition internationale de la sage-femme* sert de base à la profession au Royaume-Uni et les directives de la Communauté européenne des sages-femmes déterminent ses activités.¹⁰⁸ Comme en France, la sage-femme est responsable de donner des soins à la mère, au fœtus et au nouveau-né durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-natale. La pratique de la sage-femme au Royaume-Uni se limite au processus normal de la maternité. Dans les autres cas, elle doit faire appel à un médecin. Pour exercer ses activités professionnelles, la sage-femme peut, si nécessaire, obtenir

¹⁰⁶C. Flint, « Midwives are on the move » (1990) 26:11 *Midwife Health Visitor & Community Nurse* 436 ; B. Hardy, « Emancipation for Midwives » (1990) 26:11 *Midwife, Health Visitor & Community Nurse* 433 ; J. O'Byrne, « Jumping into the unknown » (1990) 4:48 *Nursing Standard* 23.

¹⁰⁷« Midwives Rules », *supra* note 92, rule 40.

¹⁰⁸« Code of Practice », *supra* note 93 à l'art. 2.

et administrer certains médicaments. Elle ne doit les administrer sous son entière responsabilité que si elle en connaît l'usage, de même que le dosage et les méthodes d'administration ou d'application. De la même manière, elle ne doit utiliser des instruments pour l'analgésie par inhalation que s'ils sont approuvés comme étant de son ressort, par le Conseil central et s'ils sont en bon état de fonctionnement.¹⁰⁹

Le « Code of Practice » complète les règlements concernant la pratique de la sage-femme et lui sert de guide dans ses activités professionnelles, en clarifiant leur application dans diverses circonstances.¹¹⁰

Il porte sur les activités de la sage-femme et les matières directement reliées aux « Midwives Rules ». Concernant le champ d'exercice, les directives ont trait au rôle de la sage-femme en tant que membre d'une équipe, à sa relation avec ses collègues médecins, à la supervision de sa pratique et à sa responsabilité quant au maintien à jour de ses compétences.¹¹¹

Il décrit, avec plus de détails, les règles concernant les médicaments, leur utilisation, leur destruction lorsque non utilisés, la manière de se les procurer et leur administration.¹¹²

Il concerne aussi l'équipement nécessaire à la pratique d'une sage-femme travaillant au plan communautaire ou en pratique privée. Cet équipement est sélectionné par le « Local Supervising Authority », ou par le « Supervisor of Midwives » en son nom.¹¹³

Parallèlement, le « Code of Professional Conduct » l'oblige à agir de façon à promouvoir et à sauvegarder le bien-être et l'intérêt de ses clientes, en particulier en ce qui concerne l'environnement de soins, l'adéquation des ressources et la charge de travail au sein de

¹⁰⁹« Midwives Rules », *supra* note 92, rule 41.

¹¹⁰« Code of Practice », *supra* note 93 à la p. 1.

¹¹¹*Ibid.* à la p. 3, no 3(1).

¹¹²*Ibid.* à la p. 5, no 3(2).

¹¹³*Ibid.* à la p. 9, no 7.

son équipe.¹¹⁴ À cet égard, elle doit prendre en compte les coutumes, les valeurs et les croyances de sa cliente et s'assurer qu'aucune action ou omission de sa part ou dans son champ d'influence ne puisse lui porter préjudice.¹¹⁵

Elle doit respecter la confidentialité de l'information obtenue, ne la divulguer qu'avec l'autorisation expresse de sa cliente ou de la personne qui agit en son nom, sauf si requis par la loi, un ordre de la Cour ou dans l'intérêt du public.¹¹⁶

En tout temps, elle doit reconnaître les limites de sa compétence à l'intérieur de son propre champ de pratique. Elle se doit donc de refuser toute délégation d'acte ou de fonction avant d'avoir été formée et reconnue compétente pour ce faire.¹¹⁷

Elle doit veiller au maintien de ses connaissances et de ses compétences. Dans ce contexte, elle doit assister ses paires et ses subordonnées de façon à ce qu'elles développent leurs propres compétences conformément à leurs besoins respectifs.¹¹⁸ Elle porte à la connaissance des autorités concernées, toute objection de conscience pertinente à sa pratique professionnelle.¹¹⁹

Elle doit éviter de tirer profit de la relation créée avec sa cliente. De même, tout cadeau ou faveur particulière qui peut être interprété comme une demande de considération spéciale doit être refusé. Par souci d'éthique, elle doit éviter d'utiliser ses qualifications professionnelles pour faire la promotion de produits commerciaux.¹²⁰

¹¹⁴« *Code of Professional Conduct* », *supra* note 94, préambule et art. 1, 10, 11.

¹¹⁵*Ibid.* aux art. 2, 6.

¹¹⁶*Ibid.* à l'art. 9.

¹¹⁷*Ibid.* à l'art. 4.

¹¹⁸*Ibid.* aux art. 3, 12.

¹¹⁹*Ibid.* à l'art. 7.

¹²⁰*Ibid.* aux art. 8, 13, 14.

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

Au Royaume-Uni, la sage-femme peut pratiquer sa profession dans tous les lieux jugés pertinents pour le bien-être de la mère et de son enfant, notamment à l'hôpital, en clinique, dans les unités de santé et à domicile. Encore ici, la sage-femme est encadrée dans l'exercice de sa profession par les règlements entourant l'organisation des services de santé, le droit du travail et les conditions applicables à son contrat de travail ou à la pratique privée.¹²¹

Les services de la sage-femme, comme tous les services de santé au Royaume-Uni, sont organisés par région géographique. Chaque «Regional Health Authority» est responsable du maintien des normes professionnelles pour la sage-femme travaillant dans les hôpitaux ou dans les services communautaires. Cette tâche relève du «Supervisor of Midwives» qui est aussi concerné par toute question disciplinaire. Toute sage-femme, qu'elle pratique dans le secteur public ou privé, doit aviser annuellement le surveillant local de son intention de pratiquer dans la région et le consulter ou l'informer de tout problème relevant de sa pratique.¹²² Pour aider dans son mandat le «Supervisor of Midwives» régional, des «District Supervisor of Midwives» et des «Local Supervisor of Midwives» sont nommés afin d'être plus près des professionnelles et des problèmes générés par la pratique ou son organisation.¹²³

¹²¹Sur ce sujet, voir V.R. Bennett et L.K. Brown, *supra* note 21 aux pp. 599 et s.; Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra*, note 22 aux pp. 58 et s.; Sages-femmes du monde, *Rencontre internationale de sages-femmes : 10 au 16 novembre 1986*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986 aux pp. 110 et s. Voir aussi H. Miller, «Le rôle de la sage-femme en Grande-Bretagne», présentation dans le cadre de la première rencontre du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, Québec, 15 mai 1991 (non publié); Lettre de H. Miller à H. Cornellier, *supra* note 97.

¹²²«Midwives Rules», *supra* note 92, Rule 36; «Code of Practice», *supra* note 93 à la p. 7, no 3(4).

¹²³Lettre de H. Miller à H. Cornellier, *supra* note 97 à la p. 2. Ce sont généralement les «Local Supervisor of Midwives» qui prennent les arrangements concernant les privilèges d'admission en centre hospitalier pour la sage-femme en pratique privée.

Sur les 1.500.000 professionnelles inscrites au registre institué par le «United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting», on compte 1.460.000 infirmières, 30.000 sages-femmes et 9 à 10.000 Health Visitors.

La sage-femme est, en grande majorité, employée par le «National Health Service» qui couvre les frais de santé pour toutes les personnes assurées. Cette sage-femme travaille surtout dans les hôpitaux publics, où on la retrouve dans toutes les unités de services de maternité, incluant la pouponnière et l'unité néonatale.¹²⁴ Elle travaille en rotation dans ces différents secteurs ou se spécialise dans l'un d'entre eux. Comme en France, dans la majorité des cas, elle n'exerce qu'une partie de son champ d'activité : les soins prénatals, l'accouchement ou les soins en période postnatale.

La sage-femme communautaire, une minorité de celles qui sont employées par le système de santé national, travaille dans le milieu même où vivent les femmes. Elle donne les classes prénatales et, dans une certaine mesure, suit la grossesse des femmes enceintes dans le cadre d'un «General Practitioner's Office» et fait les visites postnatales. Dans certains cas, elle peut assister les femmes lors de leur accouchement, quelquefois à domicile, mais surtout dans un «Hospital General Practitioner's Unit».¹²⁵ Quelques variantes peuvent aussi exister dans les services offerts par la sage-femme communautaire.

Chaque district est responsable des services offerts sur son territoire. On note la disparition progressive des petits centres hospitaliers ou maternités, au profit des grands hôpitaux. Devant la médicalisation et le morcellement des soins de ces grands centres, comparativement à ceux des «General Practitioner's Unit», la demande pour un accouchement à domicile ou pour un retour rapide après l'accouchement (modèle Domino) s'accroît

¹²⁴L'infirmière en obstétrique n'existe pratiquement pas dans ces hôpitaux. Celle qui veut y travailler doit suivre la formation de sage-femme et se qualifier comme telle.

¹²⁵H. Miller, *supra* note 121 à la p. 1. 1% des naissances ont lieu à domicile, le reste à l'hôpital.

de plus en plus. Un certain nombre de femmes recherchent un suivi plus continu ou, à tout le moins, plus personnalisé. Dans cette perspective, des groupes de sages-femmes hospitalières, dans plusieurs régions, ont mis sur pied un système appelé « Know Your Midwife ». Ce service est donné par un petit groupe de professionnelles. Dans ce modèle, la sage-femme offre un suivi continu durant la grossesse, le travail et l'accouchement et la période postnatale. Ce mode de pratique répond aux besoins exprimés par les femmes et revalorise le travail de la sage-femme.¹²⁶

Le Royaume-Uni a aussi un secteur privé de soins de santé. La sage-femme peut donc être employée par des hôpitaux privés. Ses soins n'y sont pas remboursés par le « National Health Service ». La sage-femme, salariée de l'établissement, doit adhérer à la philosophie et aux règles de pratique en vigueur, sur lesquelles elles n'ont pas toujours prise.

Une infime minorité de sages-femmes pratiquent de façon indépendante.¹²⁷ À l'heure actuelle elles sont environ une cinquantaine dans toute l'Angleterre.¹²⁸ La plupart du temps, cette sage-femme exerce son champ de pratique intégralement, en faisant un suivi complet, incluant les soins pré, per et postnatals. De façon générale, ses clientes préfèrent accoucher chez elles, mais peuvent le faire en centre hospitalier où la sage-femme a des privilèges d'admission. Elle est rémunérée directement par ses clientes. Elle peut aussi être employée par une agence qui lui procure du travail dans un hôpital ou, dans

¹²⁶A. Heseltine et D. Watkins, « Midwifery: Team Labour » (1991) 87:29 *Nursing Times* 40; C. Mudge, « Team Midwifery in Exeter » (1990) 26:11 *Midwife Health Visitor & Community Nurse* 406; J. Frohlich et S. Edwards, « Team Midwifery for Everyone: Building on the « Know Your Midwife » Scheme » (1989) *Midwives Chronicle & Nursing Notes* 66; C. Flint, « The « Know Your Midwife » Scheme » (1986) 22:5 *Midwife Health Visitor & Community Nurse* 168.

¹²⁷Plusieurs d'entre elles ont formé l'« Association of Radical Midwives ». Ce groupe remet en question la pratique des sages-femmes au Royaume-Uni. Ses actions ont permis des modifications dans la vision de la profession et dans les critères d'accès à la formation de sage-femme.

¹²⁸Lettre de H. Miller à H. Cornellier, *supra* note 97 à la p. 2.

certains cas, dans une famille qui préfère confier le nouveau-né aux soins d'une sage-femme indépendante, plutôt qu'à une autre professionnelle.

Un certain nombre de sages-femmes travaillent dans les départements d'obstétrique mis sur pied pour les membres des forces armées et un nombre limité de civils. On la retrouve également comme employée dans les prisons pour femmes.

En conclusion, la sage-femme, au Royaume-Uni, bien qu'ayant gagné son indépendance professionnelle en 1902, s'est retrouvée, elle aussi, sous une certaine forme de tutelle. En effet, sa formation est, de façon générale, celle d'infirmière suivie d'une spécialisation de sage-femme. Comme en France, le phénomène de transfert en centre hospitalier des accouchements normaux a amené un morcellement de sa pratique au profit d'un horaire stable et d'un salaire assuré.

Cependant, les femmes et les sages-femmes ont remis ce mode de fonctionnement en question. Elles proposent au gouvernement de rescinder la loi de 1979 afin que les trois professions, celles de sage-femme, d'infirmière et de «Health Visitor», puissent se développer de façon autonome. De plus, elles mettent en place de nouveaux modèles de pratique plus personnalisés, à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé. En ce sens, un certain nombre de sages-femmes tentent d'adapter la pratique néerlandaise à leur propre réalité.¹²⁹

Section 3. La sage-femme autonome : les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, la naissance est un événement social encore marqué de signes distinctifs extérieurs. C'est ainsi que l'on peut voir, en traversant les villages, des cigognes placées

¹²⁹M. Beck, «Independent Midwifery in Amsterdam» (1991) 104:1238 *Midwives Chronicles & Nursing Notes* 72 à la p. 75.

devant les maisons qui indiquent à la collectivité environnante
la naissance récente d'un enfant.¹³⁰

Cette conception a permis à la sage-femme de garder sa place dans les soins en périnatalité et à la femme de conserver son domicile comme lieu privilégié pour la naissance de son enfant. En ce sens, les Pays-Bas servent actuellement de modèle pour les différents pays membres de la Confédération internationale des sages-femmes. À cet égard, les sages-femmes néerlandaises sont conscientes de porter un flambeau vers lequel tous les yeux sont tournés, ce qui les incite à veiller attentivement à préserver les modalités de pratique mises en place pour offrir aux femmes enceintes le maximum de liberté et un haut niveau de sécurité.¹³¹ «Without the presence and acceptance of the midwife, obstetricians become aggressive, technological and inhuman.»¹³² Par ces paroles, le docteur Kloosterman, obstétricien-gynécologue, énonce la position des Pays-Bas en ce qui concerne les soins à la mère et à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Cette attitude est diamétralement à l'opposé de celle de la majorité des pays industrialisés, spécialement ceux de l'Amérique du Nord, où ces événements sont considérés comme à risque.

L'analyse de la situation de la sage-femme dans les Pays-Bas n'est pas aisée. Les textes juridiques sont uniquement en néerlandais. De plus, peu de documents en langue française ou anglaise décrivent les différents aspects de la profession de sage-femme dans ce pays.¹³³ Des entrevues téléphoniques,¹³⁴ ou lors de congrès, avec des sages-

¹³⁰H. Valentini, *Au pays des cigognes... : Caractéristiques du système de soins de maternité néerlandais*, Québec, Conseil des affaires sociales, 1990 à la p. 21.

¹³¹B. Smulders et A. Limburg, «Obstetrics and Midwifery in the Netherlands» dans S. Kitzinger, éd., *The Midwife Challenge*, Londres, Pandora Press, 1988, 233 à la p. 249.

¹³²S. Kitzinger, éd., *ibid.* à la page titre. Citation de G.J. Kloosterman, obstétricien-gynécologue, ex-professeur au département d'obstétrique et gynécologie, Hôpital universitaire d'Amsterdam, Pays-Bas. Il est un des médecins qui défend la conception de la grossesse et de l'accouchement comme événement normal. Par ce fait, il défend la profession de sage-femme et participe à son développement.

¹³³M.J. van Lieburg et H. Marland, «Midwife Regulation, Education and Practice in the Netherlands during the Nineteen Century» (1989) 33 :3 *Medical History* 296, 296. La rareté des études sur la situation de la sage-

femmes, des médecins et des femmes ont donc été nécessaires pour compléter l'information manquante.

Sous-section 1. Un aperçu historique

Depuis toujours, la sage-femme des Pays-Bas occupe le champ de l'obstétrique comme sa consœur européenne et sa situation y est semblable jusqu'au XIX^e siècle.¹³⁵

Au XVI^e siècle, trois professionnels sont mis à contribution pour les soins obstétricaux, le «*medicinae doctor*», formé de façon théorique dans les universités, l'«*obstetriae doctor*», formé par apprentissage et intervenant lors de complications graves, et la «*sage-femme*» qui assume la majorité du travail auprès des femmes.¹³⁶ En 1668, à Amsterdam, se tient le premier concours à l'intention de la sage-femme. Elle doit posséder une parfaite connaissance de l'obstétrique de l'époque.¹³⁷ Aux XVII^e et XVIII^e siècles, même si la pratique de la sage-femme est essentiellement le fait des femmes, le chirurgien ou «*male midwife*» tente d'étendre sa pratique dans ce domaine. Il utilise pour les accouchements normaux les instruments, comme le forceps, qui jusqu'à maintenant

femme dans ce pays est relevé par les auteures dans cet article portant sur le XIX^e siècle.

¹³⁴Entrevue téléphonique avec Paul de Reu, 9 juin 1993, Boxtel - Pays Bas. Monsieur de Reu est sage-femme aux Pays-Bas et ex-président de l'Organisation néerlandaise des sages-femmes. Il a été jusqu'en juin dernier, président du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, dont il sera question dans la situation au Québec. Aussi Entrevue avec Dr. Jeannette Klomp, 8 mars 1990, Toronto. Madame Klomp est gynécologue-obstétricienne. Elle fut directrice de l'école d'Amsterdam. Elle a depuis été remplacée à ce poste par une sage-femme.

¹³⁵M.J. van Lieburg et H. Marland, *supra* note 133 à la p. 296 ; B. Smulders and A. Limburg, *supra* note 131 à la p. 234 ; Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 46 ; G.J. Kloosterman, «*Netherlands*», dans J. Macy Jr. Foundation, éd., *The Training and Responsibilities of the Midwife*, New-York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1967 aux pp. 83-96.

¹³⁶B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 à la p. 236.

¹³⁷N.F. Lugtenburg, «*Le statut social de la sage-femme*», dans *Sages-Femmes du Monde*, éd., *supra* note 61 à la p. 152.

sert à intervenir dans les cas de complications. Peu à peu, cela le rend populaire auprès des femmes de la classe aisée, comme c'est aussi le cas en France et en Angleterre à la même époque. En 1784, une étude décrit la pratique de l'obstétrique comme inadéquate, avec une hausse de la mortalité et des dommages à la mère et à l'enfant. Cette situation est attribuée à l'intervention du chirurgien qui n'est pas formé pour intervenir lors d'un accouchement normal. Malgré cet état de compétition, la sage-femme gagne le respect de certains chirurgiens. Ceux-ci traduisent pour elle des ouvrages des sages-femmes, la Française Louise Bourgeois et l'Allemande Justine Sigemundin.¹³⁸

Jusqu'en 1795, la sage-femme est régie par la Guilde des chirurgiens et des pharmaciens. Entre 1795 et 1813, sous l'occupation française, les professionnels médicaux, médecin, chirurgien, « man-midwife », sage-femme et pharmacien, sont réglementés comme en France. La loi encadre les praticiens diplômés des universités comme ceux formés par apprentissage. Elle met en place des comités nationaux et provinciaux composés de personnes les plus expérimentées qui veillent à maintenir les normes de la pratique médicale et supervisent les comités locaux.¹³⁹

Contrairement à la situation qui prévaut dans les autres pays européens au XIX^e siècle et qui marque le déclin du statut et de la pratique de la sage-femme, aux Pays-Bas, c'est une période de consolidation. Dès le début de ce siècle, la sage-femme est incluse dans les lois établies pour contrôler la pratique médicale, entendue dans son sens large. Des modalités sont mises en place pour permettre sa formation, l'examen de sa compétence et la réglementation de sa pratique.¹⁴⁰

¹³⁸B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 aux pp. 236-237.

¹³⁹M.J. Lieburg and H. Marland, *supra* note 133 à la page 298.

¹⁴⁰*Ibid.* à la p. 297.

Ainsi la loi de 1818 réorganise les professions médicales à la fin de la période d'occupation française. Elle confirme la présence du comité national sur la réglementation et le contrôle professionnel, tel qu'établi durant la période précédente. Elle définit les fonctions de chaque praticien en médecine et lui octroie une licence selon des modalités différentes. Celui qui est formé par une université, est évalué par cette dernière, et celui qui est formé par apprentissage l'est par le comité provincial ou départemental. La loi définit les trois praticiens en obstétrique : l'«*obstetriae doctor*» (docteur en obstétrique), le «*vroedmeester*» (man-midwife) et la «*vroedvrouw*» (sage-femme), et détermine le champ d'exercice de chacun. La loi statue sur la rémunération, qui varie en fonction du type de praticien et du lieu de pratique, ville ou campagne.

La sage-femme, selon cette loi, doit faire un apprentissage avec une sage-femme licenciée après un cours d'études théoriques d'au moins un an.¹⁴¹ Elle doit être évaluée par le comité provincial avant de pouvoir exercer. Sa pratique se restreint au normal, à «ce qui peut se faire avec les mains». Elle doit traiter les femmes avec douceur et attention, appeler le médecin ou le «man-midwife» en cas de complication et rapporter, chaque année, les accouchements difficiles au comité provincial. Elle doit aussi prêter serment de confidentialité et s'engager à conduire toutes ses affaires «as a good-natured and humane midwife was supposed to do».¹⁴² À cette époque, la majorité des sages-femmes travaillent en pratique privée. Elles sont payées par leur cliente selon la tarification établie par les comités provinciaux. Par ailleurs, la sage-femme engagée par la municipalité pour assister les femmes pauvres est salariée sur une base annuelle.

En 1823, un décret permet la fondation d'écoles provinciales et municipales dans les villes où des hôpitaux peuvent permettre une formation clinique. La femme admise doit avoir entre vingt et trente ans, être capable de supporter la charge de travail de la sage-

¹⁴¹Ces cours en anatomie et en obstétrique sont donnés par des médecins dans les grandes villes des Pays-Bas depuis la fin du XVII^e siècle.

¹⁴²M.J. van Lieburg et H. Marland, *supra* note 133 à la p. 299.

femme et être de caractère et de moeurs irréprochables. Le cours est d'une durée de deux ans, incluant les aspects théoriques et cliniques. Malgré l'établissement d'écoles de sage-femme, une minorité des sages-femmes licenciées reçoit cette formation. La plupart optent pour une formation par apprentissage avec une sage-femme expérimentée.¹⁴³ En 1860, le gouvernement réagit à cette situation en adoptant une loi pour pallier au manque de sages-femmes formées dans les écoles. Il met en place un nouveau système d'éducation en fondant des écoles d'État. En échange de la gratuité scolaire, la sage-femme s'engage à travailler quelques années pour les femmes pauvres.

En 1865, les pressions exercées par la «Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering des Geneeskunst» (Société néerlandaise pour la promotion de la médecine), fondée en 1848 par les médecins diplômés des universités, amène une nouvelle loi réglementant les professions médicales. Cette loi reconferme les limites de la pratique de la sage-femme telles que définies par la loi de 1818. De plus, elle confère à la sage-femme un statut officiel qui assure son autonomie et lui permet de prendre ses propres décisions. Cependant les lois adoptées durant le XIXe siècle marquent un retour en arrière pour la sage-femme. En effet, avant cette période, elle assiste les accouchements difficiles, même si elle doit faire venir le chirurgien pour certaines complications. Certaines sages-femmes pratiquent même la gynécologie et la chirurgie. C'est le cas de Catharina Schraders, sage-femme hollandaise mariée à un chirurgien. Son journal, rédigé sur une période de cinquante-deux ans au début du XVIII^e siècle, révèle des techniques et des procédures professionnelles de grande qualité, même si on les compare aux normes actuelles.

En 1897, dans un rapport sur les sages-femmes, la Société néerlandaise pour la promotion de la médecine suggère des moyens permettant de développer le statut et la pratique de la sage-femme de même que des moyens pour augmenter sa rémunération. Cet organisme recommande à ses membres-médecins de ne pas entrer en compétition

¹⁴³*Ibid.* à la p. 300.

avec la sage-femme. Ce mot d'ordre n'est pas suivi. La même année, on assiste à la création du « Maandblad voor Praktische Verloskunde » (Journal sur la pratique de sage-femme) par deux médecins partisans des sages-femmes et membres du comité d'étude sur la position de la sage-femme. On assiste également à la fondation de la « Bond van Nederlandse Vroedvrouwen » (Société néerlandaise des sages-femmes) dans le but de regrouper les sages-femmes.

En fin de compte, au XIX^e siècle, la sage-femme néerlandaise, bien qu'autonome dans sa pratique, se retrouve encore sous le contrôle médical. Le médecin, formé dans les universités, est responsable de sa formation et de l'évaluation de sa compétence. Il est aussi partie prenante dans l'organisation professionnelle pour les sages-femmes et la publication de leur journal. Curieusement, cette forme de tutelle découlant de la mise en place de ce système de réglementation, a consolidé la position de la sage-femme comme spécialiste du normal. Comparativement à ce qui se passe dans les autres pays, c'est ce qui lui a permis de pratiquer avec une plus grande autonomie, puisqu'elle décide elle-même de la pertinence ou non de transférer sa cliente à un autre intervenant et du moment utile pour le faire.¹⁴⁴

Avec le XX^e siècle, désirant s'assurer de la santé des mères et des enfants, le gouvernement des Pays-Bas concentre ses efforts pour faire du domicile un lieu d'accouchement sécuritaire. Cette tendance va à l'encontre de celle observée dans la plupart des autres pays ayant modifié les habitudes entourant la naissance. Ceux-ci ont privilégié le transfert de l'accouchement à l'hôpital, pour le confier aux médecins. En plus d'un service de sage-femme de qualité, cette décision incite le gouvernement à mettre en place, dès 1904, un système d'« aides de couches ». Ces aides sont formées à

¹⁴⁴*Ibid.* à la p. 317.

prendre la place de la mère durant les premiers jours après l'accouchement et à surveiller la santé de la mère et de l'enfant en l'absence de la sage-femme.¹⁴⁵

Devant la diminution du nombre d'accouchements assistés par la sage-femme entre 1909 et 1940, de 59% à 48% des accouchements, au profit des médecins généralistes, le gouvernement adopte le *1941 Sick Fund Act* par lequel il décrète que les frais pour le suivi de grossesse fait par un médecin généraliste n'est pas remboursé par la Sécurité sociale si une sage-femme travaille dans cette localité.¹⁴⁶ Cette loi vise à préserver la pratique de la sage-femme et à limiter la compétition entre cette professionnelle et le médecin généraliste. De plus, en 1951, afin de permettre à la sage-femme de continuer à pratiquer de façon autonome, le gouvernement élargit son champ d'exercice aux soins durant la période de grossesse, tenant compte ainsi du développement des connaissances scientifiques dans ce domaine.¹⁴⁷

Pourtant, malgré ces décisions de l'État en faveur de la sage-femme, celle-ci a failli disparaître suite au rapport du Surintendant médical sur le statut de la sage-femme, en 1963. Il conclut que, devant l'envahissement du champ de l'obstétrique normale par le médecin généraliste, il n'est plus nécessaire de protéger la pratique de la sage-femme par des lois. Selon lui, les Pays-Bas ont maintenant les moyens de rémunérer les services du médecin grâce à l'expansion du système de sécurité sociale. Il recommande que la formation d'infirmière soit un préalable à la formation de sage-femme, ce qui la rendra plus utile au niveau des soins en obstétrique à côté du médecin. Si ces recommandations avaient été adoptées, la profession de sage-femme et l'accouchement à domicile seraient

¹⁴⁵B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 à la p. 238 ; Task force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra*, note 22 à la p. 47 ; N.F. Lutenburg, *supra* note 137.

¹⁴⁶E. van Teijlingen et P. McCaffery, « The profession of midwife in the Netherlands » (1987) 3 :4 Midwifery 178 à la p. 182.

¹⁴⁷B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 à la p. 239.

choses du passé aux Pays-Bas.¹⁴⁸ Heureusement, en 1970, le Comité central de santé publique décrète que la sage-femme est l'intervenante de première ligne pour le processus normal de la grossesse. Le médecin généraliste quant à lui, a sa place dans les problèmes médicaux autour de la grossesse. Ainsi, la sage-femme a pu garder sa place grâce au support d'éminents médecins et chirurgiens en obstétrique et à la constance du gouvernement à préserver son rôle auprès de la femme enceinte, à lui assurer une rémunération adéquate et à institutionaliser l'accouchement à domicile. Ces interventions ont été déterminantes puisqu'elles coïncidaient avec un moment crucial du développement de sa profession. Elle le doit aussi à la prise en charge et au développement de son organisation professionnelle par les sages-femmes elles-mêmes. Avec les années, elle a obtenu une place et une écoute effective au sein des organismes et des comités chargés de développer les soins périnataux aux Pays-Bas.¹⁴⁹

Sous-section 2. L'encadrement légal actuel

Les Pays-Bas sont un regroupement de douze provinces dont la Hollande. Le système juridique y est, comme en France, de tradition civiliste. La profession de sage-femme

¹⁴⁸G.J. Kloosterman, *supra* note 135 aux pp. 86 et s. Le docteur Kloosterman note le changement proposé par ce rapport comme une chose faite. Les avantages sont à l'effet que la sage-femme-infirmière aura une meilleure expérience de l'hôpital et un plus grand choix pour réorienter sa carrière si elle le souhaite. Elle pourra plus facilement travailler ailleurs dans le monde et sa collaboration avec le médecin sera plus grande. Il souligne par ailleurs, la peur de certains que cette nouvelle sage-femme soit plus dépendante et moins apte à prendre des décisions par elle-même. Regardant le futur de la profession, il croit que la sage-femme indépendante et responsable de la femme enceinte normale est une espèce en voie de disparition et ce, dans deux ou trois décennies, soit vers l'an 1990-2000. Par ailleurs, il est convaincu que l'obstétrique doit être préservée contre l'impatience et l'interventionisme, à moins de considérer la maternité comme un anachronisme de la nature et la naissance comme une opération. Dans ce contexte, il pense que la sage-femme aura toujours une tâche importante à faire pour préserver le processus normal de la maternité et qu'à ce titre elle doit travailler en étroite collaboration avec l'obstétricien mais avec sa responsabilité propre. Ce médecin est celui qui depuis plus de dix ans dénonce l'augmentation de nombre de spécialistes en obstétrique par rapport à celui des sages-femmes et les conséquences qui en découlent. Sa position à l'époque, en 1967, est divisée entre le changement proposée dans la formation et la profession de sage-femme et sa vision de l'obstétrique qui l'amène à une conclusion diamétralement opposée quant à l'évolution de la profession de sage-femme.

¹⁴⁹B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 aux pp. 239-240.

est encadrée dans la loi *Wet regelende de witoefening der geneeskunst*, comprenant le *Medish tuchtrecht*.¹⁵⁰ Une étude exhaustive de la profession de sage-femme à partir des textes légaux actuels étant impossible à cause de la langue, pour cet aspect, l'information provient principalement d'entrevues avec monsieur Paul de Reu, sage-femme et ex-président de l'Organisation néerlandaise des sages-femmes.

A) Le statut légal et l'encadrement professionnel

La situation actuelle de la sage-femme dans les Pays-Bas est la suite logique de son évolution au cours de l'histoire. La sage-femme néerlandaise est toujours une des quatre professions médicales à exercice libéral, au même titre que le médecin, le dentiste et le pharmacien.¹⁵¹ De ce fait, elle est encadrée par la *Wet regelende de witoefening der geneeskunst* comme les autres professions médicales. Cette loi demeure dans la tradition qui s'est développée aux Pays-Bas depuis le XIX^e siècle, démontrant la volonté du gouvernement de réglementer les praticiens médicaux afin d'assurer des soins adéquats à sa population.

La pratique de la sage-femme bénéficie dans ce pays d'une reconnaissance juridique clairement établie. Ainsi, exerce légalement toute sage-femme diplômée d'une de trois écoles d'État aux Pays-Bas ou d'un autre pays de la Communauté européenne. Elle doit de plus faire viser son diplôme par l'Inspecteur provincial de la santé de la région où elle compte pratiquer. La formation de la sage-femme est d'une durée de trois ans. Elle privilégie dès la première année une formation théorique jumelée à des stages en milieu de travail. Les infirmières ne peuvent bénéficier de reconnaissance d'acquis. On considère qu'elles ont besoin de ce temps de formation pour se défaire des attitudes de leur profession pour devenir des professionnelles indépendantes. Comme la France et

¹⁵⁰Livre no 25 des Lois des Pays-Bas. Il s'agit de la *Loi de l'art médical*, intégrant la *Loi disciplinaire médicale*. Ces références nous sont fournies par monsieur Paul de Reu.

¹⁵¹H. Valentini, *supra* note 130 à la p. 2.

le Royaume-Uni, les Pays-Bas sont assujettis aux ententes relatives à la libre circulation des professionnels entre les pays membres de la Communauté. Cet état de fait permet à ses sages-femmes de travailler dans l'un ou dans l'autre pays de la Communauté européenne.

Il n'existe pas, aux Pays-Bas, de corporation professionnelle à laquelle la sage-femme doit être inscrite comme c'est le cas en France ou au Canada pour les différentes professions de la santé, incluant la sage-femme en Ontario. C'est le gouvernement néerlandais qui est responsable de l'encadrement professionnel, à ses divers niveaux. En plus d'exiger la validation du diplôme détenu par la sage-femme par l'Inspecteur provincial de la santé, il veille, par d'autres instances, à l'inspection professionnelle et au maintien de la discipline. Le ministère de la Santé est responsable de l'inspection professionnelle. À cet effet, il nomme un inspecteur national, qui est nécessairement une sage-femme, et des inspecteurs provinciaux ou régionaux, des médecins, qui doivent assurer la qualité de la pratique des professionnels des quatre professions médicales.¹⁵² L'Inspecteur provincial évalue toute plainte déposée par le public ou les professionnels. Il étudie les problèmes avec la sage-femme concernée et examine les solutions et les corrections possibles. Son rôle est perçu comme une assistance professionnelle plutôt que comme un contrôle. Ce mécanisme étant plus informel que celui qui met en cause des plaintes disciplinaires, c'est la première démarche qu'effectuent les parents en cas d'insatisfaction relativement aux services de la sage-femme.¹⁵³

La *Medisch tuchtrecht*, incluse dans la loi encadrant les professions médicales, réglemente la pratique de la sage-femme au niveau disciplinaire.¹⁵⁴ Le ministère de la Justice a la responsabilité d'en instituer les mécanismes. Ceux-ci sont assurés par des Cours disciplinaires, soit une Cour nationale et neuf Cours régionales. Chacune est composée

¹⁵²Entrevue téléphonique avec P. de Reu, *supra* note 134.

¹⁵³H. Valentini, *supra* note 130 à la p. 8.

¹⁵⁴*Ibid.* à l'annexe 8. Cette annexe comprend le texte original de la loi disciplinaire et sa traduction anglaise.

d'un juge et deux assistants, de deux membres de la profession de sage-femme et de deux médecins généralistes ou travaillant dans une Mutualité, mais non en pratique active. Toute plainte peut être déposée par écrit par une personne directement concernée par le cas soulevé, par le Conseil d'une institution où la sage-femme a des privilèges de pratique ou par laquelle elle est employée, ou par l'Inspecteur médical du Service d'inspection de la Santé publique. Les cas de faute professionnelle sont jugés à partir de critères définis par la *Medisch tuchtrecht*. Les sanctions possibles sont l'avertissement, la réprimande et la suspension temporaire ou définitive. Ces Cours s'en tiennent aux cas qui sont du ressort de la loi disciplinaire et peuvent les référer aux cours pénales pour jugement. Les questions de responsabilité sont soumises aux cours civiles.

Faire appel à une cour disciplinaire est un droit élémentaire pour les citoyens néerlandais qui se sentent lésés dans les soins qu'ils ont reçus. Ces Cours ont pour but d'améliorer la santé publique et de maintenir ou de rétablir des relations de confiance entre les professionnels et le public. Par ailleurs, les poursuites auprès des Cours civiles ne peuvent se faire qu'à la suite d'un verdict d'une Cour disciplinaire. L'existence de ces mécanismes, établis pour assurer la qualité des services professionnels de la sage-femme, explique le petit nombre de poursuites judiciaires.¹⁵⁵

B) Le champ d'exercice

Le champ d'exercice de la sage-femme néerlandaise est conforme à celui établi par la *Définition internationale de la sage-femme* et ses tâches respectent les directives de la Communauté européenne.

Sa pratique est confinée au processus normal de la maternité, couvrant les soins et services nécessaires au suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement ainsi que de la période postnatale. Le Conseil général de l'Organisation néerlandaise des sages-

¹⁵⁵*Ibid.* à la p. 7.

femmes a approuvé une «Liste des actes et gestes permis» en janvier 1990.¹⁵⁶ Cette liste détermine les actes que la sage-femme peut faire dans le cadre de sa pratique quotidienne auprès de la femme enceinte et du nouveau-né.

La limite de sa pratique est déterminée par le développement de facteurs de risque ou de complications durant le processus de la maternité. Dans cette situation, la sage-femme doit consulter ou référer à un médecin généraliste ou à un gynécologue-obstétricien. Vers 1967, la Régie d'assurance-santé a demandé au docteur Kloosterman, gynécologue-obstétricien et professeur à l'hôpital universitaire d'Amsterdam, de définir une liste des indications selon lesquelles la sage-femme doit référer sa cliente à un obstétricien. À partir de 1983, la «Liste Kloosterman», incluse dans le principal livre d'obstétrique utilisé aux Pays-Bas, a été révisée par un comité de sages-femmes, d'obstétriciens et d'inspecteurs de la santé. La mise à jour, terminée en 1987, crée des distinctions entre les différents niveaux de facteurs de risques qui sont liés à l'obligation de consulter ou de transférer. Il peut s'agir d'un transfert de professionnel, de la sage-femme à l'obstétricien, ou de lieu, du domicile à l'hôpital, et dans certains cas des deux.¹⁵⁷

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

Ce qui détermine les règles de pratique de la sage-femme néerlandaise, c'est d'abord l'étendue de sa formation et la définition de son champ de pratique et, accessoirement, les règles établies par les établissements ou les instances de santé locales ou régionales. En 1992, sur 1111 sages-femmes intégrées au système de santé, 74,9% sont en pratique libérale, 15,7% travaillent en clinique et 9,5% effectuent des remplacements.¹⁵⁸

¹⁵⁶*Ibid.* à la p. 2 et annexe 1.

¹⁵⁷*Ibid.* à l'annexe 2 : Liste d'indications utilisées pour déterminer le type de soins et le lieu d'accouchement.

¹⁵⁸Tableau statistique transmis par monsieur Paul de Reu, 17 juin 1993, Boxtel - Pays-Bas.

Encore aujourd'hui, aux Pays-Bas, la sage-femme travaille principalement en pratique privée.¹⁵⁹ Lorsqu'elle pratique seule, elle a généralement son bureau chez elle. Depuis plusieurs années, elle se lie à deux ou trois sages-femmes pour former une équipe pratiquant à partir d'un bureau commun, ce qui assure une permanence auprès des femmes enceintes. La sage-femme en pratique libérale offre un suivi de grossesse complet à la femme enceinte, l'assiste au moment de l'accouchement, soit à son domicile, soit à la polyclinique en court séjour, selon le choix de la femme ou les besoins de santé. Dans tous les cas, elle fait également un suivi postnatal d'une dizaine de jours au domicile de la femme. Elle est assistée à domicile, au moment de l'accouchement et durant la période postnatale, par l'aide-de-couches.¹⁶⁰ Si l'accouchement a lieu en polyclinique, la sage-femme est aidée par l'infirmière en obstétrique, ensuite par l'aide-de-couches dès le retour de la femme à la maison.

Quel que soit le lieu d'accouchement, maison ou polyclinique, la sage-femme pose les mêmes gestes et utilise les mêmes instruments. Une liste des instruments constituant la trousse de la sage-femme est établie par l'Organisation néerlandaise des sages-femmes.¹⁶¹ La sage-femme néerlandaise doit se comporter en tout temps comme si l'accouchement avait lieu à domicile, même lorsqu'il a lieu à la polyclinique. Cette manière de faire évite le glissement vers l'utilisation d'interventions ou de la technologie de façon systématique. Pour la sage-femme néerlandaise, il est essentiel de maintenir sa pratique à domicile afin de garder présente à son esprit la conception du processus de la maternité comme un événement normal et physiologique.

¹⁵⁹M. Beck, *supra* note 129 à la p. 72.

¹⁶⁰En ce qui concerne l'aide-de-couches, voir H. Valentini, *supra* note 130 aux pp. 9-12; B. Smulders et A. Limburg, *supra* note 131 aux pp. 238-239. Cette professionnelle, inconnue ici, a une formation de trois ans. Il s'agit d'un tronc commun d'un an, comprenant des notions théoriques et pratiques pour les aides-de-couches, les aides gériatriques et les aides familiales. Les deux années suivantes sont consacrées à ce qui est spécifique à l'aide-de-couches : ménage, soins à la mère et au nouveau-né. Bien que sous la responsabilité directe de la sage-femme qu'elle assiste en ce qui concerne les soins à la famille, elle est encadrée administrativement par un organisme régional qui gère son horaire de travail et sa rémunération.

¹⁶¹H. Valentini, *ibid.* à la p. 3 et annexe 3.

Pour assurer des services sécuritaires, la sage-femme est en contact avec les professionnels de la santé nécessaires à sa pratique, tant pour des consultations que pour des références médicales et psycho-sociales. Afin de soutenir la pratique privée de la sage-femme, la «Nederlandse Organisatie van Verloskundigen» (Organisation néerlandaise des sages-femmes) a mis en place un système régional de remplacement de sages-femmes. Il permet de prendre la relève d'une sage-femme en tout temps et en tout lieu que ce soit pour des raisons de congé, de formation, de maladie ou la présence à un autre accouchement. Compte tenu de la faible étendue de ce pays et de la haute densité de sa population, la sage-femme travaille généralement dans un rayon de quinze minutes entre son bureau et le domicile de sa cliente. Cette norme assure une présence rapide auprès de la femme qui accouche. De plus, un mécanisme de communication permanent et direct avec la centrale du système ambulancier permet un transfert rapide et efficace, lorsque nécessaire.¹⁶²

Les Pays-Bas encouragent les femmes à utiliser les services de la sage-femme et à rester à domicile, à moins de contre-indications. En témoigne l'organisation des services en périnatalité et spécialement la couverture des coûts professionnels et institutionnels générés par ces services. Encore aujourd'hui, la loi instituant le système d'assurance-santé prévoit que les frais de la sage-femme et de l'accouchement à domicile sont défrayés par les Mutualités. Le médecin généraliste ne sera payé que si aucune sage-femme n'est disponible dans la région. Si la femme veut accoucher à l'hôpital, elle doit payer les coûts d'hébergement. Le système national ne rembourse que les services professionnels de la sage-femme ou, s'il y a lieu, du médecin généraliste. Par ailleurs, s'il survient une complication qui exige un transfert au gynécologue-obstétricien, la Mutualité défrayera les coûts professionnels et hospitaliers. De plus, le gouvernement

¹⁶²*Ibid.* à la p. 5.

paie en grande partie les frais pour l'aide-de-couches que la femme peut demander si elle a besoin d'aide à la maison après l'accouchement.¹⁶³

Dans ce système, la sage-femme en pratique privée est rémunérée par la Mutualité avec laquelle elle doit obtenir un contrat lorsqu'elle commence sa pratique. À travers les Mutualités, l'État prend en charge la majorité des services de sages-femmes. Il couvre les frais de 70% de la population, c'est-à-dire les personnes dont le revenu annuel est inférieur à 33.000\$ en 1989, incluant les bénéficiaires des programmes sociaux.¹⁶⁴ Pour le reste de la population, la sage-femme est payée par une assurance privée ou par la femme elle-même. Les tarifs sont établis au niveau national et en fonction des différents services que la sage-femme peut donner. Lorsque l'accouchement a lieu en polyclinique, la sage-femme est rémunérée un peu moins car on ne lui rembourse pas les frais du matériel nécessaire à l'accouchement puisqu'elle utilise celui fourni par la clinique.¹⁶⁵

Jusqu'à maintenant, une sage-femme peut pratiquer où bon lui semble dans le pays. Prochainement, la Mutualité d'une région devra aviser les équipes de sages-femmes existantes sur son territoire du désir d'une nouvelle sage-femme de s'y installer. Selon l'avis des sages-femmes en pratique dans la région, la Mutualité donnera un contrat à la sage-femme ou non. Ce mécanisme permettra aux sages-femmes de préserver leur compétence en ayant un nombre minimum de suivis annuels qui, aux Pays-Bas, se situe entre 100 et 150.¹⁶⁶ La sage-femme peut aussi travailler à l'hôpital. Dans ce cas, son travail

¹⁶³E. van Teijlingen et P. McCaffery, *supra* note 146 à la p. 179. Ces services peuvent être fournis à la femme pendant dix jours consécutifs.

¹⁶⁴H. Valentini, *supra* note 130 à la p. 7 ; E. van Teijlinger et P. McCaffery, *ibid.* à la p. 178.

¹⁶⁵Entrevue téléphonique avec Paul de Reu, *supra* note 134. Les tarifs défrayés par les Mutualités sont inférieurs à ceux des assurances privées. Par ailleurs, les Mutualités paient, en plus des honoraires, la prime de retraite au fonds géré par l'État. Pour des données globales en ce qui concerne les coûts des services obstétricaux aux Pays-Bas, voir Mme De Boer, « Le prix et le coût de l'accompagnement de la naissance aux Pays-Bas », dans J. Bessonart, éd., *Paroles de sages-femmes*, Paris, Stock, 1992, 174-180 à la p. 179.

¹⁶⁶Compte tenu que dans certaines équipes, chaque sage-femme a une moyenne de 80 accouchements par année, la présence de nouvelles venues réduirait leur pratique d'autant.

consiste prioritairement à donner la formation à des étudiants : sage-femme, médecin ou infirmière. Dans un second temps, elle peut travailler au niveau des tests diagnostiques comme l'échographie. Un troisième groupe travaille pour les médecins gynécologues-obstétriciens. Dans ce cas, elle suit des femmes dont la grossesse ou l'accouchement est pathologique. Cette pratique est mal vue par la majorité des sages-femmes puisqu'elle instaure une pratique morcelée, qui sort des limites du champ d'exercice de la profession, celle-ci étant axée sur la physiologie normale. Cette sage-femme est rémunérée par l'hôpital dont elle est l'employée ou plus rarement par le gynécologue-obstétricien pour qui elle travaille directement.¹⁶⁷

En conclusion, la sage-femme néerlandaise a pu garder sa place dans le système de santé grâce à une volonté clairement établie du gouvernement. « La qualité des services périnataux aux Pays-Bas est possible, non pas en dépit de la sage-femme mais grâce à sa présence auprès des femmes et des familles ».¹⁶⁸ Avec le temps, elle a su prendre en charge son encadrement professionnel et sa formation. Elle a une place et une écoute particulière auprès des instances nationales qui définissent les soins de santé périnataux. Dans ce pays, non seulement a-t-on reconnu légalement la sage-femme, mais on a mis en place des conditions de pratique, incluant le mode de rémunération et le système d'aide-de-couches, qui en font la professionnelle privilégiée auprès des femmes enceintes. Par ailleurs, la haute sécurité de sa pratique est fondée sur la qualité de sa formation, le système de dépistage des risques obstétricaux et néonataux de même que sur l'accès rapide aux services nécessaires à chaque femme enceinte, de la sage-femme à domicile à un transfert d'urgence en centre hospitalier. L'ensemble de ces éléments tant socio-culturels que géographiques, sous-tend l'originalité du système professionnel de la sage-femme néerlandaise.

¹⁶⁷Entrevue téléphonique avec Paul de Reu, *supra* note 134.

¹⁶⁸G.J. Kloosterman, conférence au colloque « Midwifery, a labor of love », Vancouver, 1981.

CHAPITRE 2. EN AMÉRIQUE DU NORD: L'ÉLIMINATION DE LA SAGE-FEMME

Nous traitons, dans cette partie, de la situation juridique de la sage-femme aux États-Unis et dans les provinces canadiennes, hormis le Québec. La situation de la sage-femme québécoise fait l'objet d'une étude particulière au titre suivant.

Section 1. Le monopole médical sur l'obstétrique: les États-Unis

L'histoire de la sage-femme, aux États-Unis, suit l'évolution du pays, de sa société et de ses institutions. Le mouvement pour l'élimination de la sage-femme débute au XIX^e siècle pour prendre toute son ampleur entre les années 1900 et 1950. Pourtant, aujourd'hui, la tradition est bien vivante et la sage-femme pratique, bien qu'elle n'y soit pas toujours reconnue, dans la plupart des états.

Sous-section 1. Un aperçu historique

Les compagnies de marchands, originaires d'Angleterre, d'Écosse et de Hollande, qui transportent les colons vers le Nouveau Monde, ont le souci de leur assurer les services auxquels ils sont habitués dans leur pays d'origine. Une sage-femme compétente se joint donc aux familles qui partent refaire leur vie en Amérique. Arrivée dans la colonie, la sage-femme se doit de respecter dans sa pratique les règles en vigueur dans son pays d'origine, comme d'ailleurs le médecin et le chirurgien. Elle pratique là où les colons s'installent, parmi la population de son ethnie. Pourtant les structures entourant sa profession ne se développent pas comme en Europe, la sage-femme ne peut se regrouper en

association, chacune travaille dans son milieu respectif sans lien avec les autres, souvent d'origine différente.

En 1716, le Conseil de la ville de New-York adopte *An Act for Regulating Midwives within the City*. Cette loi contient un serment semblable à celui qui prévaut en Angleterre pour la sage-femme. Elle ne porte pas tant sur un examen des compétences de la sage-femme que sur ses obligations envers les femmes enceintes, riches ou pauvres, de même que la nécessité de révéler le nom du véritable père, de ne pas cacher de naissance, d'appeler une aide plus compétente en temps utile.¹⁶⁹ À mesure que les colonies grandissent, peu ou pas de réglementation encadre encore la pratique de la sage-femme. Rappelons ici que c'est le cas en Angleterre à la même époque.

Au XIX^e siècle, avec la fondation de l'Association médicale américaine, les médecins déploient leurs énergies à faire adopter des lois établissant leurs privilèges sur le champ de pratique médical, incluant la pratique de la « midwifery ». La sage-femme, de par les nouvelles lois en vigueur, est exclue de la pratique des accouchements dans la plupart des états.¹⁷⁰ Elle continue sa pratique là où le médecin ne s'est pas encore installé.

Vers 1840, un mouvement d'auto-santé se forme pour contrer le pouvoir du médecin, dit « régulier ».¹⁷¹ Les « Popular Health Leaders » plaident en faveur de la place de la femme auprès des accouchées et à tous les niveaux des soins de santé. Vers la fin du siècle,

¹⁶⁹M. Edwards et M. Waldorf, *Reclaiming Birth: History and Heroines of American Childbirth Reform*, New-York, Crossing Press, 1984, chap. V - The Midwife Question aux pp. 148-149; J. Donnison, *supra* note 16 à la p. 22. Voir aussi N. Devitt, «The Statistical Case for Elimination of the Midwife: Fact versus Prejudice, 1890-1935 (Part I)» (1979) 4:1 Women & Health 81; N. Devitt, «The Statistical Case for Elimination of the Midwife: Fact versus Prejudice, 1890-1935 (Part II)» (1979) 4:2 Women & Health 169.

¹⁷⁰A. Oakley, *supra* note 5 à la p. 216; M. Edwards et M. Waldorf, *ibid.* à la p. 151; G.A. Robinson, «Midwifery and Malpractice Insurance: A Profession Fights for Survival» (1986) 134:4 University of Pennsylvania Law Review 1001 à la p. 1004. L'Association médicale américaine a été fondée pour promouvoir l'avancement économique et social de la médecine.

¹⁷¹M. Edwards et M. Waldorf, *ibid.* Les groupes d'étude en anatomie et physiologie sont mis sur pied, généralement par des femmes, et les écoles de médecine subventionnées accueillent les femmes et les noirs.

l'effritement de ces groupes populaires permet au médecin «régulier» de reprendre la place perdue. Désireux d'étendre son influence et d'élargir son statut professionnel, il fait campagne contre la sage-femme. Bien que la pratique de la «midwifery» ne soit pas considérée comme très lucrative, c'est pour lui un revenu assuré et, plus important, la porte d'entrée à une pratique de médecine familiale. Le médecin convainc les femmes des classes moyenne et aisée de la supériorité de sa pratique sur celle de la sage-femme. Cette dernière, desservant surtout les femmes pauvres et les travailleuses, est considérée de plus en plus comme une aide de seconde qualité.

Malgré la monopolisation de l'obstétrique par le médecin, certains états reconnaissent légalement la pratique de la sage-femme. À titre d'exemple, trois d'entre eux permettent d'observer la diversité et l'évolution de son statut juridique.

L'état de Californie, en 1917, crée, pour la sage-femme, une obligation de s'enregistrer et, à compter de 1937, une obligation d'obtenir une licence. La réglementation de sa pratique découle de la loi médicale. Bien que ces règlements soient caducs à compter de 1949, la sage-femme, licenciée à cette date, est autorisée à continuer sa pratique.¹⁷² Au Texas dès 1925, les lois font référence à la pratique de la «midwifery» et la distinguent de la pratique de la médecine. En 1976, cet état exige que la sage-femme s'enregistre auprès du Régistrare local.¹⁷³ En l'absence de loi centrale réglementant la pratique de la sage-femme, plusieurs villes adoptent des règlements locaux comme Brownsville, El Paso et Laredo.¹⁷⁴ En Arizona, la pratique de la «lay-midwife» est reconnue par une

¹⁷²D.P. Sullivan et R. Weitz, *Labor Pains: modern midwives and home birth*, New-Haven, Yale University Press, 1988 à la p. 84; P. O'Mara, *Midwifery and the Law*, édition spéciale, Santa Fe, Mothering, 1990 à la p.15.

¹⁷³*Texas Department of Health*, 1976, art. 4477, rule 49(a).

¹⁷⁴R.G. DeVries, *Regulating Birth: Midwives, Medicine and the Law*, Philadelphia, Temple University Press, 1985 à la p. 62. On y fait mention du cas d'une sage-femme poursuivie pour meurtre et pratique de la médecine sans licence, à Brownsville, comté de Cameron, avant 1979 (avocat Me Hector Uribe). Voir aussi, P. O'Mara, *supra* note 172 à la p. 48.

loi adoptée en 1957. Les règlements établis en vertu de cette loi sont modifiés en 1978.¹⁷⁵

Avec le XX^e siècle, aux États-Unis comme en Angleterre, on assiste au transfert du lieu d'accouchement du domicile de la femme enceinte à l'hôpital, lieu de travail exclusif du médecin.¹⁷⁶ Parallèlement, dans les universités d'où sont exclues les femmes, le médecin définit l'approche gynécologique. En 1930, elle est bien enracinée et vers 1950, le médecin a envahi la presque totalité de la pratique de l'obstétrique. Selon cette approche, l'accouchement est un événement à haut risque médical, défini comme pathologique et dangereux, où il faut privilégier les interventions pour sauver la mère et le bébé. Ainsi, le médecin devient le principal protagoniste et accouche désormais la femme enceinte. Pourtant, à cette époque, l'accouchement avec le médecin, à domicile ou à l'hôpital, n'est pas plus sécuritaire que celui avec la sage-femme. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale avec les découvertes scientifiques et les modifications dans les conditions de vie que les taux de mortalité maternelle et infantile commencent à diminuer. Ce qui créait le danger au moment de l'accouchement, étaient la mauvaise santé des mères, les grossesses répétées et rapprochées de même que les mauvaises conditions d'hygiène. Dans la nouvelle conception de l'obstétrique, le médecin s'est posé en sauveur des mères et des nouveaux-nés. Cette modification dans la définition de l'obstétrique s'est produite dans de nombreux pays du monde, principalement dans les colonies britanniques.¹⁷⁷

Pourtant, déjà vers 1925, deux phénomènes voient le jour et sont à l'origine de la renaissance de la pratique de la sage-femme un demi-siècle plus tard.

¹⁷⁵Arizona Revised Statutes (1957), 36-751, 36-757; P. O'Mara, *ibid.* à la p. 13.

¹⁷⁶A. Oakley, *supra* note 74 à la p. 48. En 1936, 41% des femmes anglaises et américaines accouchent à l'hôpital et, en 1944, 70% des premières y accouchent comparativement à 76% pour les deuxièmes. Cette tendance dans ces deux pays est sensiblement plus forte qu'au Canada, mais surtout qu'au Québec.

¹⁷⁷H. Laforce, *supra* note 23 aux pp. 175-177. Entre autres, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Australie.

Dans un premier temps, l'infirmière-sage-femme fait son apparition. En 1925, le Kentucky désirant un service adapté aux besoins des familles pauvres des régions rurales et isolées de l'état, Mary Breckenridge y fait venir des « nurse-midwives », d'origine anglaise, et crée le « Frontier Nursing Service ».¹⁷⁸ En 1931 à New-York, le Bureau fédéral des enfants et l'Association des centres de maternité de New-York mettent sur pied le premier programme de formation pour « nurse-midwives ». Sont invitées à y participer des infirmières mais aussi des « grannies »¹⁷⁹ provenant prioritairement des états ayant une population pauvre. L'objectif est de leur permettre de donner des soins de qualité et d'éduquer les populations défavorisées afin d'augmenter le bien-être des mères, des nouveaux-nés et, ultimement des familles.

À compter de ce moment, l'infirmière-sage-femme acquiert un droit de pratique dans plusieurs états. Considérée comme une infirmière spécialisée, elle est régie par les lois encadrant la profession d'infirmière dans l'état où elle travaille. Elle est autorisée à pratiquer surtout dans les milieux défavorisés. Tel est son travail jusque dans les années 70.

Le deuxième phénomène à voir le jour dans les années 30, provient des interrogations sur l'accroissement de l'hospitalisation et des interventions médicales au moment de l'accouchement. La recherche scientifique sur le « Natural Childbirth » prend forme et génère une réflexion sur la physiologie de l'accouchement et le rôle du psychisme et des émotions sur son déroulement. Des techniques pour un accouchement sans douleur, élaborées par les docteurs Read et Lamaze, sont utilisées par les femmes qui refusent

¹⁷⁸J.P. Rooks, *supra* note 6 aux pp. 17-20. Ce sont des infirmières-sages-femmes formées en Angleterre. Là où elles travaillent, comme dans le comté de Leslie, on assiste à une baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Il est plausible de penser que ces familles n'avaient pas accès aux services médicaux à cause de l'éloignement et des coûts.

¹⁷⁹À cette époque, il existe 4500 « grannies », sages-femmes formées par apprentissage. Aucun organisme de supervision, ni programme permanent de formation n'existe pour elles.

le nouveau modèle d'accouchement médicalisé.¹⁸⁰ Le choix de ces femmes, pionnières dans ce domaine, préfigure le mouvement des années 70 pour la réappropriation de la naissance.

Plusieurs facteurs, en interaction les uns avec les autres, sont à la base de ce mouvement et prennent naissance dans les années 60. Il s'agit à la fois de l'insatisfaction vécues par les femmes de classe moyenne, éduquées et informées, face au système des soins en obstétrique, de l'émergence du mouvement des femmes comme mouvement actif de revendication, entre autres au niveau de la prise en charge de leur santé, et du mouvement pour un retour à la terre et du mouvement des consommateurs. La remise en question qui en découle, suscite la recherche d'alternatives dans les différents domaines, dont celui entourant la grossesse, l'accouchement et la naissance.

Sous-section 2. L'encadrement légal actuel

Vers le début des années 70, les femmes demandent une aide plus humaine au moment de vivre leur maternité. Dans cette perspective, elles font renaître la sage-femme, à ce moment pratiquement disparue. Elles forment des groupes d'usagères et, à côté des sages-femmes, revendiquent des changements législatifs là où le cadre juridique interdit leur pratique.

Conséquemment, deux phénomènes apparaissent en réponse aux demandes des femmes. Le premier est la création d'un secteur privé de pratique pour l'infirmière-sage-femme et le deuxième est l'apparition de la «lay-midwife»¹⁸¹, qui s'est fait connaître par le

¹⁸⁰G.D. Read, *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*, New-York, Harper & Brothers, 1944 aux pp. vii et s. Voir aussi J.M. Cheynier, *Que sa naissance soit une fête*, Paris, Éditions de la Courtille, 1978 aux pp. 5-13.

¹⁸¹Un mot ici pour définir dernière appellation. Le terme «lay-midwife» ou sage-femme «autodidacte», est utilisé par opposition à la sage-femme qui a suivi un programme de formation reconnu, avec ou sans formation préalable d'infirmière. Souvent utilisé de façon péjorative en voulant signifier qu'elle n'a pas de formation, il détermine en fait le mode de formation qu'elle s'est donnée. «Autodidacte», selon le Petit Robert, désigne la

grand public, lors de procès intentés contre elle ou lors des débats publics sur la demande des femmes face aux services en périnatalité.¹⁸²

Ces deux groupes de sages-femmes, bien que différents de par leur origine, leur formation et leurs modes de pratique¹⁸³, s'influencent mutuellement, suite à des années de côtoiement, et permettent l'évolution du statut juridique de la sage-femme aux États-Unis. À partir des années 80, la publicisation de ce débat, pour ou contre la pratique de la sage-femme, force le gouvernement de plusieurs états à trouver une solution à cette question. Ces solutions sont différentes selon les états, chacun étant responsable des lois professionnelles. De plus, la situation diffère selon qu'il est question de l'infirmière-sage-femme ou de la «lay-midwife».

A) Le statut légal et l'encadrement professionnel

Au début des années 80, l'**infirmière-sage-femme** a le droit de pratiquer dans presque tous les états.¹⁸⁴ En 1984, on en dénombre 3000 travaillant dans 51 des 53 états américains. En 1986, dans trente-cinq états, elle est licenciée par le «Board of Nursing», dans cinq autres, elle l'est conjointement par le «Board of Nursing» et le «Board of Medecine», dans quatre états, par le «Board of Medecine» seulement, dans six états par le Département de la santé publique et dans un état, le Utah, elle est licenciée par un comité

personne qui s'instruit elle-même, sans maître. Cette sage-femme n'a pas reçu une formation officielle, celle-ci étant presque inexistante en Amérique du Nord, sauf pour les infirmières. Avec ses paires et en la collaboration de différents professionnels de la santé, dont le médecin, elle se forme selon des critères d'apprentissage, tant théorique que clinique, en conformité avec les exigences internationales de la profession.

¹⁸²M. Edwards et M. Waldorf, *supra* note 169 aux pp. 156-182.

¹⁸³Les deux tendances s'affrontent, soulignant les manques de l'autre groupe : l'infirmière-sage-femme est trop interventionniste et dépendante du médecin ; la «lay-midwife» est non formée et fait courir un danger à sa clientèle en l'aidant à accoucher à domicile. Cette même dynamique, à la fois de divergence et de convergence entre les sages-femmes diplômées et les sages-femmes autodidactes, existe non seulement aux États-Unis mais aussi dans certaines provinces canadiennes dont le Québec.

¹⁸⁴R.G. DeVries, *supra* note 174 à la p. 15.

d'infirmières-sages-femmes certifiées faisant partie du « Business Regulation Department ». ¹⁸⁵ À ce moment, seul le Nord-Dakota ne lui reconnaît pas le droit de pratiquer. ¹⁸⁶ En 1990, l'infirmière-sage-femme peut pratiquer partout aux États-Unis. ¹⁸⁷

L'infirmière-sage-femme doit remplir les conditions ou se plier aux exigences prévues par la législation en vigueur dans l'état où elle pratique. Celle qui outrepassé son champ d'exercice ou qui fait défaut de répondre aux exigences réglementaires de l'organisme chargé de l'encadrer, peut se voir poursuivie pour pratique illégale ou perdre sa licence d'infirmière pour avoir dépassé ses pouvoirs. ¹⁸⁸ Par ailleurs, la Cour statue que le « Board of Nursing » n'a pas l'autorité pour révoquer la licence d'une infirmière pour avoir pratiqué la « lay-midwifery ». Bien que le « Board of Nursing » ait juridiction sur la pratique des infirmières et, à ce titre, puisse exiger certaines qualifications pour la pratique de sage-femme comme infirmière, la pratique de « lay-midwifery » n'est pas de son ressort. ¹⁸⁹

L'infirmière-sage-femme est régie par deux organismes, le « State Licensing Board », le « Board of Nursing » ou le « Board of Medicine », au niveau de l'état où elle travaille et l'« American College of Nurse-Midwives » (ACNM), au plan national.

Le « Board » chargé de la réglementation doit mettre en place les conditions qui lui permettent de pratiquer et les faire appliquer afin de garder la pratique de l'infirmière-

¹⁸⁵K. McIntosh, « Regulation of Midwives as Home Birth Attendants » (1989) 30 :2 Boston College Law Review 477 à la p. 490.

¹⁸⁶Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 42.

¹⁸⁷P. O'Mara, *supra* note 172 à la p. 41. Elles travaillent généralement sous la supervision directe des médecins.

¹⁸⁸*Leigh c. Board of Registration in Nursing*, 506 N.E. 2d 91 (Mass. 1987) à la p. 95, 481 N.E. 2d 1347 (Mass. 1985).

¹⁸⁹*Leggett v. Tennessee Board of Nursing*, 612 S.W. 2d 476 (Tenn. 1980) à la p. 476.

sage-femme conforme aux normes établies. Entre autres, celle d'appartenir à l'organisme national, l'«American College of Nurse-Midwives», ce qui constitue une preuve de reconnaissance au niveau de la formation. Elle doit aussi obtenir l'engagement d'un médecin de collaborer pour les consultations et les transferts nécessaires dans le cours de sa pratique. Sans une telle entente, elle déroge aux conditions d'exercice, ce qui peut la rendre passible de poursuite pour pratique illégale si elle travaille en pratique privée.¹⁹⁰

Par ailleurs, l'«American College of Nurse-Midwives» joue le rôle à la fois de corporation, quant à l'établissement des normes professionnelles, et d'association, en ce qui concerne les acquis à obtenir ou à préserver pour ses membres. Elle lutte pour la reconnaissance du champ de pratique de l'infirmière-sage-femme et de ses privilèges qui, bien que légaux, sont boycottés par les institutions, les médecins et les compagnies d'assurance. L'infirmière-sage-femme doit suivre la formation donnée dans les écoles mises sur pied par l'«American College of Nurse-Midwives» et en avoir reçu la certification. Elle suit une formation de sage-femme d'une durée de 1 à 2 ans après l'obtention du diplôme d'infirmière. Elle devient alors «Certified nurse-midwife» (CNM) et est obligatoirement membre de l'«American College of Nurse-Midwives». À ce titre, elle peut pratiquer partout aux États-Unis.¹⁹¹

¹⁹⁰*Nurse Midwifery Associates c. Hibbett*, 549 F. Supp. 1185. Citée dans B.A. McCormick, «Childbearing and Nurse-Midwives: A Woman's Right To Choose», (1983) 58:3 *New-York University Law Review* 661 à la p. 680; K.M. Whitby, «Choice in childbirth: Parents, Lay-Midwives, and Statutory Regulation», (1986) 30:3 *St-Louis University Law Journal* 985 à la p. 1013. Les sages-femmes et le médecin qui s'est vu retirer ses assurances en responsabilité, déposent une «antitrust suit», accusant l'assureur d'empêcher les sages-femmes de pratiquer comme le leur permettent les lois de l'état. Elles doivent avoir une assurance responsabilité et surtout la collaboration d'un médecin. Celui-ci ne peut travailler avec elles si on lui retire ses assurances, et aucun autre médecin ne voudra le faire de peur des mêmes représailles.

¹⁹¹K. McIntosh, *supra* note 185 à la p. 490; Task Force for the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 aux pp. 40, 42. Il existe 28 écoles à travers le pays et 250 élèves sont diplômées chaque année.

En ce qui concerne la «**lay-midwife**», elle peut être licenciée, enregistrée, certifiée ou non-réglémentée. En 1975, le nombre de «lay-midwives» qui pratiquent avec une licence est estimé à 2.534 aux États-Unis, les autres ne pouvant être répertoriées.¹⁹² Vers 1980, peu d'états américains ont une législation claire sur la profession de sage-femme, outre l'encadrement de l'infirmière-sage-femme. Cependant les pressions exercées auprès du gouvernement des états amènent cette situation à changer rapidement.

En 1986¹⁹³, la loi légalise clairement la pratique de la sage-femme dans onze états, rend la pratique spécifiquement illégale dans dix états, et la rend effectivement illégale dans douze autres en ne donnant plus de licences malgré les clauses «granny midwives» qui existent encore. Dans les autres états, la situation est ambiguë car aucune loi ou décision des tribunaux ne clarifie son statut. Dans ces états, la liberté de pratique de la «lay-midwife» repose sur les politiques et la philosophie des juges, des procureurs ou des «Regulatory Boards».¹⁹⁴ La situation de la sage-femme est donc incertaine tant qu'une loi ou un jugement ne clarifie pas l'exercice de la médecine et celle de la «midwifery» et, ceci état par état.

À titre d'exemple, observons l'évolution des modifications législatives dans les trois états qui nous ont servi de modèles précédemment.

Dans l'état de Californie, à partir de 1974, la certification de la sage-femme est sous la responsabilité du «Board of Registered Nurses» qui utilise les critères de l'«American College of Nurse-Midwives». Elle doit être infirmière-sage-femme et pratiquer sous la

¹⁹²R. DeVries, *supra* note 174 à la p. 15.

¹⁹³D. Sullivan et R. Weitz, *supra* note 172 à la p. 81.

¹⁹⁴*Smith c. State of Indiana, ex rel. Medical Licensing Board of Indiana*, 459 N.E. 2d 401 (Ind. App, 2nd dist. 1984). Il s'agit d'un appel pour renverser un ordre de la Cour enjoignant à une sage-femme de ne plus pratiquer la médecine et la «midwifery» sans une licence, tel que prévu dans les *Indiana Code*, section 25-22.5-5-5 (1982). Voir aussi *State ex rel. Missouri State Board of Registration for the Healing Arts c. Southworth*, 704 S.W. 2d 219 (Mo. banc 1986). Il s'agit ici aussi d'une injonction pour empêcher une sage-femme de pratiquer sans permis, tel que demandé par la loi. Il est illégal pour toute personne, sauf pour les médecins, de pratiquer la «midwifery», sauf dans les cas d'exceptions prévues par la loi. Cependant, il n'y plus de règlements applicables permettant aux sages-femmes d'obtenir un permis.

supervision d'un médecin.¹⁹⁵ Entre 1977 et 1981, trois projets de loi réglementant la pratique de la «lay-midwife» sont déposés mais l'opposition des associations médicales en empêche l'adoption.¹⁹⁶ En 1986 et 1987, de nouvelles tentatives pour faire adopter un projet de loi encadrant cette pratique tournent court.¹⁹⁷

Au Texas, en 1983, le *Texas Lay Midwifery Act*, concernant la pratique de la «lay-midwifery» est adopté.¹⁹⁸ La sage-femme doit s'identifier chaque année en décembre auprès du secrétaire du comté. Elle doit aussi remplir un formulaire pour chaque cliente et le faire parvenir au Département de la santé de l'état. Cette loi est modifiée en 1987, entre autres pour mandater le «Lay Midwifery Board» à faire des recommandations quant aux qualifications nécessaires pour pratiquer. Le rapport, soumis en 1989 et à nouveau en 1991, pourrait modifier les exigences nécessaires pour être inscrite comme sage-femme au Texas.¹⁹⁹

En Arizona, les règlements de 1978 sont révisés en 1982. La «lay-midwife» doit faire la preuve qu'elle a complété la formation déterminée par la réglementation. Par la suite, elle doit passer un examen et démontrer les arrangements établis avec un médecin pour les consultations et références nécessaires à sa pratique.²⁰⁰

En 1990, la pratique de la sage-femme non-infirmière, se fait ouvertement dans vingt-huit états. Elle est clairement légalisée dans neuf d'entre eux, est légale grâce à l'interprétation judiciaire dans six états et n'est ni définie juridiquement, ni prohibée dans les treize autres. Par ailleurs, dans 14 états, elle pratique avec des risques constants

¹⁹⁵En 1981, 170 sont reconnues et pratiquent surtout dans les grands hôpitaux métropolitains.

¹⁹⁶*Midwives Practice Act of 1977*, Assembly Bill 1896, June 1977; *Midwives Practice Act of 1980*, Senate Bill 1829, April 1980; *Midwives Practice Act of 1981*, Senate Bill 670, March 1981.

¹⁹⁷P. O'Mara, *supra* note 172 à la p. 15.

¹⁹⁸Senate Bill 238, 1983. R.G. DeVries, *supra* note 174 à la p. 70.

¹⁹⁹P. O'Mara, *supra* note 172 à la p. 48.

²⁰⁰*Ibid.* à la p. 13.

de poursuites. Elle est illégale dans neuf d'entre eux et prohibée de fait dans les cinq autres. Dans les neuf états restants, elle est reconnue légalement, mais les licences sont impossibles à obtenir ou très restrictives.²⁰¹

De nombreuses poursuites ont eu lieu contre la sage-femme qui pratique en dehors du cadre légal. Les jugements varient selon l'interprétation que le juge fait de la loi en vigueur dans l'état. En 1956, au Texas, une poursuite contre une sage-femme qui pratique sans licence tourne à son avantage. Le juge déclare que le législateur a reconnu, dans de nombreuses lois, que la pratique de l'obstétrique ou « midwifery » est en dehors du champ du « *Medical Practice Act* ». Il ajoute :

[c]hildbirth is a normal function of womanhood, and that proof that appellant (midwife) [...] did attend Julia Valdez at childbirth does not support the allegation of the complaint and information that she treated or offered to treat Julia Valdez for a disease, disorder, deformity, or injury, or effect a cure thereof.²⁰²

En Californie, la « lay-midwife » ne pouvant obtenir de licence depuis 1949, est passible de poursuites pour pratique illégale de la médecine. En 1974, trois d'entre elles sont arrêtées au « Santa Cruz Birth Center » qu'elles ont créé. Elles sont poursuivies pour pratique illégale de la médecine.²⁰³ En première instance, le juge statue que la « midwifery » n'est pas la pratique de la médecine. Cette décision est renversée par la Cour suprême de la Californie. Bien que les charges soient retirées par la suite, l'interprétation de la pratique de l'obstétrique par la sage-femme donné par le juge de la Cour suprême constitue un précédent. « [...] normal childbirth, while not a sickness or affliction, is a « physical condition » within the meaning of the second part of Business and Professions

²⁰¹*Ibid.* aux pp. 4-9.

²⁰²*Banti c. State*, (1956) 289 S.W. 2d 244 (Texas 1956) à la p. 247. La Cour d'appel renverse la sentence reconnaissant une sage-femme coupable de pratique illégale de la médecine. Voir aussi P. O'Mara, *ibid.* à la p. 48.

²⁰³*Bowland et al. c. Municipal Court*, 556 P. 2d 1081 (Cal. banc 1976). Voir H.R. Caldwell, « *Bowland v. Municipal Court* revisited: A Defense Perspective on Unlicensed Midwife Practice in California » (1983) 15 :1 Pacific Law Journal 19 ; P. O'Mara, *ibid.* à la p. 15.

Code section 2141, [...]».²⁰⁴ En ce sens, la pratique de la «midwifery» sans licence est la pratique illégale de la médecine. Entre 1974 et 1983, sur dix-neuf poursuites pour pratique illégale de la médecine, neuf sages-femmes sont acquittées ou voient les charges contre elles retirées et dix sont reconnues coupables de pratique illégale de la médecine sans licence.²⁰⁵ En 1987, la Cour reconnaît que les personnes agissant à titre de «helpers» exercent la «midwifery». Cependant, elles font partie des exceptions concernant la pratique religieuse incluses dans le Medical Practice Act quand elles assistent les membres de la «Church of the First Born».²⁰⁶

En Indiana en 1984 et au Missouri en 1986, des injonctions sont déposées contre des sages-femmes leur enjoignant de cesser toute pratique de la médecine, la grossesse étant considérée comme partie du champ de pratique de la médecine.²⁰⁷

Deux causes, au Tennessee en 1980 et au Massachusetts en 1987, impliquent des infirmières-sages-femmes pratiquant comme «lay-midwives». Dans ces jugements, la Cour énonce que la pratique de la «lay-midwifery», bien que non réglementée dans ces états, n'est pas la pratique illégale de la médecine quand il s'agit de l'assistance à un accouchement normal sans instrument.²⁰⁸

La poursuite la plus récente pour pratique illégale de la médecine date de février 1993 à Omaha, Nebraska. Elle est intentée contre une sage-femme qui a assisté un accouchement à domicile quelques mois plus tôt, et où l'enfant était mort-né. L'état du Nebraska reconnaît un encadrement légal pour l'infirmière-sage-femme mais ne permet ni n'interdit la pratique de la «lay-midwifery». De l'avis général, cette poursuite servira de test pour

²⁰⁴*Bowland et al. c. Municipal Court, ibid.* à la p. 1089.

²⁰⁵D.P. Sullivan et R. Weitz, *supra* note 172 à la p. 84.

²⁰⁶*Northrup c. Superior Court (People)*, 237 Cal. Rptr. 255 (Cal. App. 3 Dist. 1987) à la p. 255.

²⁰⁷*Smith c. State of Indiana, ex rel. Medical Licensing Board of Indiana, supra* note 194; *State ex. rel. Missouri State Board of Registration for the Healing Arts c. Southworth, supra* note 194. K.M. Whitby, *supra* note 6 aux pp. 1009, 1014.

²⁰⁸*Leggett c. Tennessee Board of Nursing, supra* note 189 à la p. 479; *Leigh c. Board of Registration in Nursing, supra* note 188 à la p. 1353 du jugement de 1985. Dans ce dernier cas, bien que cette question ne soit pas en litige, le juge la commente brièvement.

le Nebraska où les partisans des sages-femmes réclament la reconnaissance juridique et l'encadrement de cette pratique.²⁰⁹

La « **lay-midwife** » n'est pas encadrée de façon officielle sur le plan national mais plutôt état par état, là où les lois lui permettent de pratiquer.

Là où elle pratique légalement, on identifie trois façons de la réglementer. Certains états mettent sur pied un « Board » chargé d'établir des normes de formation et de qualifications pour qui veut pratiquer comme sage-femme. D'autres états exigent un enregistrement²¹⁰ plutôt qu'une licence ou élaborent des critères minimales de qualifications. D'autres encore permettent à toute personne qui le désire de mettre sur pied une pratique d'accouchement à domicile sans exiger d'enregistrement ou de licence.²¹¹

Bien qu'il n'existe aucun mécanisme d'encadrement national pour la pratique de la « lay-midwife », l'Alliance des sages-femmes de l'Amérique du Nord (ASFAN), fondée en avril 1982, a pour but d'assurer des liens entre les diverses tendances au niveau de la profession de sage-femme et, éventuellement, de mettre en place une définition uniforme pour l'Amérique du Nord, à tout le moins pour les États-Unis.²¹² À cet égard, cette association nationale s'est dotée de normes de pratique, de critères de formation et de comités d'étude sur les questions tant légales que professionnelles soulevées par la pratique de la sage-femme. Elle développe actuellement un mécanisme d'évaluation des

²⁰⁹L. Lawrence, « Midwife Arrested » (1993) XI:2 Midwives Alliance of North America Newsletter 30.

²¹⁰Il s'agit d'enregistrer son nom, son adresse et son occupation à la cour de justice locale.

²¹¹D.P. Sullivan et R. Weitz, *supra* note 172 à la p. 82.

²¹²T. Charvet, s.t., (1983) 1:1 Midwives Alliance of North America News 1. L'ASFAN est plus connue sous le nom de MANA, Midwives Alliance of North America. Des sages-femmes canadiennes et mexicaines en font partie à titre individuel encore aujourd'hui. Ce groupe représente les sages-femmes américaines auprès de la Confédération internationale des sages-femmes (CISF).

connaissances et des compétences afin de rendre accessible une reconnaissance professionnelle pour celles qui ne sont pas infirmières-sages-femmes ou qui ne pratiquent pas comme telles. En l'absence quasi-totale de programme officiel de formation de sage-femme pour celle qui n'est pas infirmière, l'apprentissage se fait seule ou en groupe sur une période de trois à cinq ans, incluant pour certaines des stages dans des cliniques de sage-femme.²¹³

Parallèlement au développement de ce réseau national, des associations de sages-femmes ont vu le jour dans la plupart des états. Leur objectif est de promouvoir la profession de sage-femme, d'obtenir une reconnaissance légale et une réglementation adéquate, là où elle n'existe pas encore. De plus, elles apportent à leurs membres un support professionnel, au niveau de la formation et de la pratique, ou sur le plan légal et financier, en cas de harcèlement, de poursuites criminelles ou pour pratique illégale de la médecine.

La «lay-midwife», étant membre de l'association locale ou nationale à titre volontaire, peut suivre les règles qui sont adoptés, mais elle n'y est pas tenue puisque ces organismes n'ont aucun pouvoir légal actuellement.

B) Le champ d'exercice

Ici comme dans les autres pays étudiés, la sage-femme, qu'elle soit infirmière-sage-femme ou «lay-midwife», pratique sa profession dans le cadre du processus normal de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale. Sauf en cas d'urgence, elle ne peut faire de traitement ou administrer une médication lorsqu'il y a une pathologie. Elle doit, comme en Europe, faire appel au médecin. On retrouve aux

²¹³Il existe peu d'écoles permettant d'obtenir une formation de sage-femme sans être infirmière. Seule celle de Seattle est la connue officiellement. Les autres centres de formation sont des cliniques mises en place par des sages-femmes telles que Ina May Gaskin à «The Farm» (Tennessee), à Rahima Baldwin du groupe «Informed Homebirth» (Boulder, Colorado) et à Shari Daniels dans sa maternité d'El Paso (Texas).

États-Unis une situation différente selon que la sage-femme est « certified nurse-midwife » ou provient d'une autre formation et pratique avec ou sans reconnaissance légale.

L'**infirmière-sage-femme** est formée pour couvrir le champ d'exercice de sa profession tel que défini internationalement.²¹⁴ Le champ d'exercice et les règles de pratique de l'infirmière-sage-femme sont définis au niveau national, grâce au travail constant de l'« American College of Nurse-Midwives ». Elle est cependant restreinte dans sa pratique par les lois et règlements mis en place dans chaque état de même que par les règles administratives des établissements. À titre d'exemple, dans 18 états, elle a la possibilité de faire des prescriptions et, dans la presque totalité des États-Unis, elle peut signer les avis de naissance mais ne peut assister d'accouchements à domicile. De plus, elle doit faire appel au médecin en cas de complication ou de dystocie chez la mère ou le nouveau-né.

En ce qui concerne la « **lay-midwife** », sa situation varie selon son statut légal dans l'état où elle travaille. Elle peut couvrir tout le champ de la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Dans la majorité des cas, elle doit exercer à l'extérieur de tout système de santé. Elle est donc limitée dans l'exercice de sa profession par l'impossibilité de prescrire les examens, les tests et les médicaments nécessaires. De plus, n'ayant pas de privilèges d'admission à l'hôpital, elle ne peut remplir pleinement son mandat que dans le cadre de la pratique à domicile. À l'hôpital, elle devient accompagnatrice ou « labor coach ». Elle doit donc référer au médecin toute femme qui désire accoucher en centre hospitalier, alors que sa formation lui permet d'en être pleinement responsable.

²¹⁴Task Force on the Implementation of Midwifery, *supra* note 22 à la p. 42 ; B.A. McCormick, « Childbearing and Nurse-Midwives : A Woman's Right to Choose » (1983) 58:3 New-York University Law Review 661 à la p. 713 ; J.P. Rooks, *supra* note 6 aux pp. 17-20.

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

Le cadre de travail de l'**infirmière-sage-femme** prend des formes variées. Elle est employée dans les centres hospitaliers, les cliniques privées ou les centres de maternité. Dans ces différents contextes, sa latitude de pratique varie considérablement. Dans certains centres hospitaliers, elle fait partie de l'équipe obstétricale, participe aux réunions du département, rend compte au chef de département et n'adopte aucune politique ou protocole elle-même. Sa tâche est définie par les médecins et elle reçoit les femmes qui viennent accoucher, sans les connaître. Dans d'autres centres, elle participe à l'organisation des services et à la mise en place de normes de qualité des soins même si elle ne les contrôle pas.²¹⁵ Depuis les années 80, dans plusieurs états, elle a mis sur pied des «Free-standing Birthing Centers» qu'elle dirige à tous les niveaux. En ce cas, elle négocie les ententes avec les centres hospitaliers afin de pouvoir transférer la femme ou le nouveau-né dans les cas de complications déterminées par les protocoles de soins en vigueur. Dans ce contexte de pratique, l'infirmière-sage-femme est salariée de l'établissement pour lequel elle travaille et couverte par les assurances professionnelles de celui-ci.

Suite à la demande des femmes, l'infirmière-sage-femme exerce maintenant en pratique privée. Elle pratique seule ou en équipe dans un cabinet privé. Elle assiste les accouchements en centre hospitalier, si elle a des privilèges d'admission, ou à domicile, lorsque les règlements le lui permettent.²¹⁶ Elle peut aussi faire équipe avec des médecins comme employée ou comme partenaire en cabinet privé. Elle est remboursée pour ses services par les programmes d'assurance-santé gouvernementaux ou par les assurances

²¹⁵En 1984, une étude de l'«American Hospital Association» démontre que moins de 7% des hôpitaux ayant répondu ont des infirmières-sages-femmes dans leur personnel. Seulement 10.3% d'entre eux, ont des règlements permettant de les engager et 0.9% permettent qu'elles aient des privilèges hospitaliers.

²¹⁶D.M. Peizer, «A Social and Legal Analysis of The Independant Practice of Midwifery: Vicarious Liability of the Collaborating Physician and Judicial Means of Addressing Denial of Hospital Privileges» (1986) 2 Berkeley Women's Law Journal 139. Cette analyse touche, entre autres, la cause *Nurse Midwifery Associates c. Hibbett*, *supra* note 190.

privées auxquelles ont souscrit les parents.²¹⁷ Elle doit, à ce moment, avoir sa propre assurance professionnelle.²¹⁸

L'infirmière-sage-femme peut aussi travailler pour des services d'état en promotion de la santé ou avec les forces armées.²¹⁹

La « **lay-midwife** » exerce en pratique privée. En ce sens, elle organise sa propre pratique sur la base d'une entente avec la cliente. L'accouchement a lieu de façon générale à domicile puisque dans aucun état, elle ne bénéficie de privilèges d'admission en centre hospitalier. En cas de transfert ou d'accouchement planifié à l'hôpital, elle réfère au médecin qui lui sert de consultant. Les femmes ou les couples qui l'emploient doivent défrayer eux-mêmes les coûts de ses services à la sage-femme.²²⁰ Depuis 1989, la sage-femme, ayant une licence au Nouveau-Mexique, est remboursée directement par « Medicaid ». Elle est la seule à avoir eu ce privilège jusqu'ici.²²¹ Dans certains états, elle peut aussi travailler dans des « Free-standing Birthing Centers ». Dans ce cas, elle est soumise aux règlements établis par l'établissement et pratique dans les conditions

²¹⁷B.A. McCormick, *supra* note 214 à la p. 678.

²¹⁸Dans les années 80, les compagnies d'assurance, couvrant ces sages-femmes et généralement propriété des associations médicales, refusent de les assurer ou d'assurer le médecin qui collabore avec elles. De plus, avec la crise de l'assurance professionnelle, l'« American College of Nurse-Midwifery » a vu ses propres assureurs se retirer du marché de la responsabilité médicale. Depuis, cette association a envisagé de former son propre groupe d'assurance pour couvrir ses membres et ce, en partie grâce à la cotisation de ses membres et avec l'aide financière du gouvernement fédéral. Pour les lecteurs intéressés par cette question, voir R.J. Gordon, « The Effects of Malpractice Insurance on Certified Nurse-Midwives: The Case of Rural Arizona » (1990) 35:2 *Journal of Nurse-Midwifery* 99; F.B. Patch et S.D. Holaday, « Effects of Changes in Professional Liability Insurance on Certified Nurse-Midwives », (1989) 34:3 *Journal of Nurse-Midwifery* 131; R.W. Lubic, « How Nurse-Midwives Regained Their Insurance Protection » (1987) 63:3 *Journal of American Insurance* 27; G.A. Robinson, *supra* note 170; S.A. Yate, « Professional Liability Insurance for Nurse-Midwives: The Availability - Affordability Crisis » dans J.R. Rooks et J.E. Haas, éd., *supra* note 6 aux pp.73-75; B. Bullough, « Public Policy: Nurse-Midwives Face Malpractice Insurance Crisis », (1986) 2:2 *Journal of Professional Nursing* 79.

²¹⁹Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 44; J.P. Rooks et J.E. Haas, éd., *supra* note 6 à la p.24.

²²⁰Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *ibid.*

²²¹P. O'Mara, *supra* note 172 à la p. 9.

prévues à son contrat de travail. Elle est salariée de l'établissement et est remboursée par le système Medicaid ou les systèmes privés d'assurance de soins de santé.

En conclusion, la sage-femme américaine, malgré les efforts soutenus de l'« establishment » médical, a survécu afin de répondre aux besoins des populations pauvres, incapables de payer les soins du médecin. L'évolution du système de santé américain qui, à l'encontre de celui des autres pays analysés ici, est un système privé pour la plus grande partie de ses services, a démontré une certaine tolérance pour la pratique de la sage-femme dans l'intérêt des femmes démunies. En plus de ces dernières, ce sont les femmes provenant des courants marginaux qui se sont prévaluées de ces services. Aujourd'hui, la sage-femme, qu'elle soit infirmière-sage-femme ou « lay-midwife », est présente, légalement ou non, partout aux États-Unis. La tendance actuelle, en ce qui concerne l'évolution de cette profession, est d'établir une définition de la sage-femme qui intègre les praticiennes de diverses formations, de même que des normes de pratique communes à toutes ces professionnelles. Dans l'avenir, les sages-femmes désirent créer un seul et même organisme d'accréditation pour l'ensemble du pays.

Le chemin est encore long avant d'en arriver là. Malgré leur présence dans les soins de santé américains, elles n'ont pas encore acquis la représentativité et la crédibilité qui couronneront leur véritable reconnaissance. En effet, la situation de la sage-femme dans ce pays montre bien que la reconnaissance professionnelle n'est pas garante d'intégration au sein des services de santé au même titre que les autres professionnels.

Section 2. Une pratique communautaire mise en veilleuse: le Canada

Au Canada, le domaine de la santé relève de façon générale de la juridiction de chaque province. Il en est de même pour la formation des professionnels de la santé.²²² Bien que les provinces canadiennes n'aient pas le pouvoir de signer des accords avec les organismes internationaux, ceci étant de compétence fédérale, elles peuvent adapter leur système en fonction des ententes prises, par leur seule volonté d'harmonisation avec les objectifs internationaux de santé. Reconnaître les services de la sage-femme dans le système de santé est une initiative en ce sens pour les provinces. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que les femmes de tous les pays doivent avoir accès aux services de cette profession.

L'intégration de la sage-femme au système de santé relève donc de la volonté de chaque province qui a le pouvoir de légiférer quant à la reconnaissance juridique de la profession, à la formation de cette professionnelle et à l'implantation de ses services.

Sous-section 1. Un aperçu historique

Vers 1755, si l'on excepte le Québec, seule la Nouvelle-Écosse a deux sages-femmes payées 2£ par année. Au Canada, après la conquête de 1760, le pays se divise entre le Haut et le Bas-Canada. Dans ces deux parties, la situation de la sage-femme est assez semblable jusqu'en 1865. À partir de cette date, l'évolution diffère pour arriver au même résultat, à savoir son élimination au XX^e siècle.

Dans le Haut-Canada, aucune loi ne régit la pratique de la sage-femme avant 1815. En effet, la première loi encadrant la pratique de la médecine et de la chirurgie, en

²²² *Acte de l'Amérique du Nord Britannique de 1867* (R.-U.), 30-31 Vict., c.3, aux art. 92, (7),(16), 93. Voir A. Lajoie, P.A. Molinari J.M. Auby, *supra* note 32 aux pp.36-43. Il est à noter que le gouvernement fédéral a des domaines spécifiques de compétence en matière de santé tels que, notamment, la quarantaine, les hôpitaux militaires, les aliments et drogues.

1795, ne fait aucunement mention de sa pratique.²²³ Abrogée en 1806²²⁴, elle est remplacée, en 1815, par une nouvelle loi permettant d’octroyer une licence aux praticiens en médecine et en chirurgie dans le Haut-Canada.²²⁵ Cette loi prévoit une exception pour la femme qui pratique l’obstétrique dans cette province. Elle peut pratiquer sans détenir de licence ce qui n’est pas le cas pour le médecin ou le chirurgien. Amendée en 1818²²⁶ et en 1827²²⁷, la loi réglementant les professions médicales comporte toujours cette exception pour la sage-femme.

Jusqu’en 1830, à l’ouest de la ville de Montréal, il y a peu de médecins et pas de sages-femmes à temps plein. Les colons du Canada s’organisent entre eux. Les femmes ayant plus de connaissances que les autres, sont demandées régulièrement. De façon générale, toutes les voisines sont présentes à un accouchement ou à un autre, autant pour partager les tâches de la maison que pour apprendre de façon pratique ce qu’il faut faire lors de l’accouchement. Cela est essentiel à leur survie car elles peuvent se retrouver à accoucher seules. Au Canada, il n’existe pas encore de structure dans les services de santé comme en Nouvelle-France. Seules la communauté mennonite, au Manitoba, et la communauté japonaise, installée en Colombie-Britannique, ont des sages-femmes expérimentées au service des femmes.

²²³*An Act to regulate the practice of Physic and Surgery*, 35 Geo III, c. 1.

²²⁴*An Act to repeal an Act passed in the thirty-fifth year of His Majesty’s reign, intituled « An Act to regulate the practice of Physic and Surgery »*, 46 Geo III, c. 2.

²²⁵*An Act to Licence Practitioners in Physic and Surgery throughout this Province*, 55 Geo III, c. 10.

²²⁶*An Act to repeal an Act passed in the fifty-fifth year of His Majesty’s reign intituled, « An Act to Licence Practitioners in Physic and Surgery, throughout this Province », and to make further provision for licencing such Practitioners*, 59 Geo III, c. 13, s. 2.

²²⁷*An Act to amend the Laws regulating the practice of Physic, Surgery and Midwifery, in this Province*, 8 Geo IV, c. 3, s. 6.

La loi médicale du Haut-Canada²²⁸ de 1865 fait disparaître l'exception concernant la sage-femme. Il n'est pas illégal de pratiquer mais plutôt de le faire sans détenir un permis à cet effet. Un amendement déposé en 1874 permettant de lui octroyer une licence ne voit pas le jour à cause de la forte opposition des médecins. Vers 1870, la loi médicale du Manitoba est tout aussi restrictive. Il s'agit pour les médecins de gagner une pratique qui, avec le temps, devient lucrative comme le montre cette lettre parue dans le *Canadian Lancet* vers 1874 :

[...] I contend that as we have spent some of the most valuable years of our lives in the study of what is said to be a «noble profession», as well as considerable money, that we should be protected most stringently against the meddlesome interference on the part of old women, and further this is to many of us country doctors a very remunerating part of our business,[...]. Where I am located I have to contend with two of these old bodies and a quack, who I must say have been pretty successful in their attendance, as they get about 60 cases a year, which would amount in my hands to a very decent living for my small family.²²⁹

Les médecins, dont le nombre grandit, menacent de soumettre à l'amende la sage-femme qui aide les femmes de sa région. À quelques occasions, ils passent à l'action afin de les décourager de pratiquer. Au Manitoba en 1895, dans une poursuite contre une sage-femme, le juge impose une amende qui est payée par un des membres du Parlement. Celui-ci menaçant de faire casser la clause de pratique illégale pour les sages-femmes, les médecins laissent tomber les charges contre cette femme. En Ontario, en 1899 et 1915, deux cas de poursuites se règlent au profit des sages-femmes. La première parce que les médecins ne peuvent prouver les éléments de pratique illégale, la sage-femme n'ayant pas une pratique continue et ne recevant aucun honoraire pour les services rendus. La deuxième implique une sage-femme diplômée d'Angleterre. Bien que la

²²⁸*Acte pour régler les qualités requises des médecins et chirurgiens pratiquant dans le Haut-Canada*, 29 Vict., c. 34 (Can.).

²²⁹Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 207.

déclarant coupable, le juge ne voit aucune raison de la punir par une amende puisqu'elle pratique avec toutes les compétences nécessaires.

Les médecins refont des pressions sur celles qui pratiquent, les surveillant de plus en plus et quelquefois, les poursuivant pour faute professionnelle. Parallèlement, ils font une campagne publique sur le danger des accouchements non médicaux. En 1897, avec l'établissement du «Victorian Order of Nurses» au Canada, les infirmières jouent un grand rôle dans l'éducation des femmes face à une nouvelle conception de l'obstétrique en les incitant à appeler le médecin, puis à venir à l'hôpital. Elles-mêmes ne peuvent pratiquer dans le domaine de l'obstétrique sauf dans des situations d'urgence et dans les régions isolées.

En Alberta, depuis 1906, le *Medical Profession Act*²³⁰ rend illégale la pratique de la «midwifery» dans les limites d'une ville ou d'un village, sauf pour le médecin. Plus tard, la loi crée une exception pour la sage-femme qui pratique dans les régions rurales, ou dans les régions urbaines où il n'y a aucun médecin.²³¹ Dans cette province, les organisations de fermiers font pression sur le gouvernement pour qu'il permette la pratique de l'obstétrique par les sages-femmes dans les régions rurales éloignées. En 1919, le gouvernement accepte donc de former des infirmières pour les habiliter à donner des soins en obstétrique dans les régions isolées. En 1944, l'«University of Alberta School of Nursing» met sur pied une formation spéciale pour les infirmières publiques et plus tard pour celles des petits hôpitaux régionaux. En 1955, lors de la refonte des lois, l'exception concernant la sage-femme existe encore dans la loi médicale.²³²

²³⁰S.A. 1906, c. 28, s. 66.

²³¹L.S. Williams et J.C. Levy, «In the Absence of Medical Men: Midwife-Attended Home Birth, The *Charter of Rights* and Antique Alberta Legislation» (1992) 30:2 *Alberta Law Review* 555, 558.

²³²*Medical Profession Act*, R.S.A. 1955, c. 198, s. 70(3).

En Nouvelle-Écosse, la pratique des sages-femmes reste légale jusqu'après la première guerre mondiale. En 1967, l'Université de Dalhousie met en place un cours de formation de sage-femme d'une durée de deux ans. La directrice a elle-même été formée, au Kentucky, avec le « Frontier Nursing Service ». Au Nouveau-Brunswick, la loi médicale de 1958 permet encore une exception : « Nothing in this Act applies to or affects :[...] c) the domestic administration of family remedies ;[...] k) a midwife who assists a woman during confinement ; ». ²³³ Le paragraphe ayant trait aux sages-femmes disparaît dans la version suivante de la loi, en 1981. ²³⁴

À Terre-Neuve, la pratique, bien que non permise explicitement, persiste jusqu'aux années 60 dans les villages et les régions isolées. ²³⁵ Par ailleurs, *An Act Respecting the Practice of Midwifery* se retrouve dans la refonte de 1970 après l'intégration de Terre-Neuve au sein du Canada. ²³⁶ Elle est, jusqu'en 1991, la seule loi canadienne qui encadre directement l'admission de la sage-femme et sa pratique. Bien que les mécanismes de cette loi ne soient plus en vigueur depuis longtemps, des infirmières-sages-femmes pratiquent dans les régions isolées de la province et au Labrador. De 1978 à 1991, l'Université Memorial offre une spécialisation en « Midwifery », d'une durée d'un an, pour les infirmières.

Au Canada, l'élimination de la sage-femme n'est pas due à son incapacité de se regrouper ou à sa naïveté politique, mais plutôt à la conception de la naissance comme un événement communautaire. La sage-femme ne conçoit pas son travail comme une pratique professionnelle mais comme un échange qui permet à la communauté

²³³*An Act respecting the Medical Profession*, S.N.B. 1958, c. 74, s. 26.

²³⁴*Loi médicale*, S.N.B. 1981, c. 87, art. 51, c), d). Seules sont considérées comme exceptions l'administration domestique de remèdes familiaux, le fait de donner des premiers soins ou une assistance en cas d'urgence, s'ils sont prodigués sans salaire, gain ou espoir de récompense.

²³⁵Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 à la p. 201.

²³⁶R.S.N. 1970, c. 235.

de survivre. L'envahissement progressif du domaine de l'obstétrique par le médecin modifie la culture entourant la naissance. Pourtant, il faudra du temps avant que les femmes sollicitent son intervention lors de leur accouchement. Dans la première moitié du siècle, elles préfèrent rester à domicile avec l'aide de la sage-femme car les cas de mortalité sont plus fréquents avec le médecin mais surtout à l'hôpital. Bien qu'il y ait peu de données fiables sur les taux de mortalité, quelques études, entre 1919 et 1930, faites par des médecins ou des organismes de santé d'Ontario, de Manitoba et de Saskatchewan viennent confirmer les craintes des femmes à cet égard. Ce ne sont donc pas les dangers de l'accouchement et le décès des mères ou des nouveaux-nés qui amènent les femmes à modifier leurs habitudes au moment de la naissance.

Cependant, le harcèlement exercé sur la sage-femme qui assiste aux accouchements, et la publicisation des bienfaits des services du médecin, amènent graduellement un transfert de la sage-femme au médecin. C'est ainsi que plus tard, on assiste au déplacement de la maison vers l'hôpital lors de l'accouchement. Les raisons de ces changements dans les habitudes des femmes sont imputables au bris dans le réseau d'entraide, avec l'industrialisation et la vie dans les villes, ainsi qu'à une diminution de la confiance des femmes dans leur pouvoir d'accoucher. On attribue aussi à un vent de modestie qui souffle sur les provinces anglaises le fait que les femmes réclament de petits hôpitaux locaux pour que leurs aînés ne puissent les voir accoucher. Après la première guerre mondiale, les femmes de la classe moyenne, ne voulant plus accoucher comme auparavant, recherchent l'aide d'instruments ou de médicaments. Le médecin est tout désigné.²³⁷

²³⁷Task force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22 aux pp. 197, 203, 206.

Sous-section 2. L'encadrement légal actuel

Il n'existe aucune loi prohibant de façon expresse la pratique des sages-femmes au Canada. Toutefois, la plupart des provinces se sont dotées de dispositions ayant pour effet d'écarter quiconque n'est pas médecin de la pratique de la médecine, ce qui inclut la pratique des accouchements.²³⁸

À partir des années 70-80, la situation dans la majorité des provinces canadiennes est assez semblable à celle qui prévaut aux États-Unis. Répondant aux vœux des femmes pour obtenir des services en périnatalité plus humains et personnalisés, on voit renaître la pratique de la sage-femme. Dans la plupart des provinces, des associations se forment, regroupant d'un côté les sages-femmes diplômées, dont certaines sont infirmières-sages-femmes, et de l'autre côté les sages-femmes autodidactes. Avec le temps, dans certaines provinces, ces deux groupes, qui visent un objectif commun, fusionnent leurs associations. Parallèlement, des groupes d'usagères, «Midwifery Task Force», se forment pour revendiquer des changements législatifs permettant l'encadrement de la sage-femme et l'accessibilité à ses services. Les pressions exercées par les associations de sages-femmes et les groupes d'usagères, poussent les gouvernements provinciaux à mandater des comités d'étude sur la pertinence de reconnaître la profession de sage-femme. Les conclusions de ces rapports aboutissent toutes à la même recommandation : la légalisation de la pratique de la sage-femme comme profession autonome. Cependant, chaque gouvernement provincial avance à son rythme, compte tenu de ses priorités et des pressions exercées par les différentes parties concernées, sage-femme, usagère, médecin, infirmière, ...

²³⁸Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10 à la p. 85.

Pour comprendre l'encadrement légal actuel de la sage-femme au Canada, les différents aspects de sa situation juridique sont étudiés globalement ou par province, lorsque cela est pertinent.

A) Le statut légal et l'encadrement professionnel

Dans toutes les provinces canadiennes, l'accouchement fait partie du champ d'exercice de la médecine. Sauf exception, personne d'autre que le médecin dûment licencié ne peut pratiquer l'obstétrique. Ces exceptions existent à Terre-Neuve et en Alberta.

En **Alberta**, le *Medical Profession Act*²³⁹ comprend toujours une exception en ce qui concerne la pratique de la « midwifery » :

(5) With respect to the practice of midwifery, subsection (1) applies to the territory included within the limits of a city, town or village having a resident registered practitioner in midwifery therein.

Cet article semble préserver le droit pour la « community midwife », terme utilisé pour la sage-femme traditionnelle, de pratiquer en région rurale ou dans les régions urbaines où il n'y a pas de médecin ou de « registered practitioner in midwifery ».²⁴⁰

En juin 1991, une poursuite pour pratique illégale de la médecine par une sage-femme arrive à sa conclusion. Sans toutefois analyser en profondeur la portée de la loi médicale albertaine, le juge statue que la sage-femme n'est pas coupable d'avoir pratiqué la

²³⁹ R.S.A. 1980, c. M-12, s.76(5). Dans cette loi, le terme « médecine » inclut la chirurgie et l'obstétrique (s.1,e).

²⁴⁰ L.S. Williams and J.C. Levy, *supra*, note 231 à la p. 560. Jusqu'en 1973, ce « registered practitioner in midwifery » définit la « public health nurse » formée pour travailler dans les régions isolées depuis le début du siècle.

médecine en ce cas précis, puisque l'accouchement auquel elle a assisté était normal, naturel et sans complication.²⁴¹

L'«Alberta Association of Midwives» dépose, en juin 1989, une requête afin que la profession soit reconnue sous le *Health Disciplines Act*²⁴². Suite à une vaste consultation, l'«Alberta Health Disciplines Board» recommande, en février 1991, de réglementer la profession de sage-femme dans la même loi que les autres professions de la santé.²⁴³ Avant de procéder à la légalisation, il suggère la création d'un comité chargé de faire des recommandations quant aux multiples composantes de la profession. En avril 1992, le nouveau ministre des Professions et Occupations, l'Honorable Stephen West, dépose le rapport du comité devant l'Assemblée législative qui l'adopte.²⁴⁴ Le 2 juillet suivant, un amendement de la loi sur les statuts professionnels reconnaît la profession de sage-femme comme profession de la santé.²⁴⁵ En janvier 1993, le «Midwifery Regulation

²⁴¹R. c. *Walker* (June 5, 1991), Red Deer, Alberta C029-0555634A01 Alb. Prov. Ct.); L.S. Williams, «Relations between Alberta's midwives, MDs appear to be thawing despite high profile trial», (1991) 145:5 Canadian Medical Association Journal 497. Au cinquième jour du procès, des signes évidents de la fin de la guerre froide entre sages-femmes et médecins sont devenus perceptibles. En effet, l'«Alberta Association of Midwives» et l'«Alberta Society of Obstetricians and Gynaecologists» s'invitent réciproquement à la tenue de leur assemblée annuelle respective.

²⁴²R.S.A. 1980, c. H-3.5 (consolidated March 3, 1989).

²⁴³Alberta Health Disciplines Board, *Health Disciplines Board Investigation of Midwifery: Final Report and Recommendations*, Edmonton, Alberta Health Disciplines Board, février 1991 à la p. 59. Le comité recommande aussi que l'enregistrement comme sage-femme ne soit pas restreint aux personnes détenant un titre d'infirmière. De plus, il considère que l'accouchement à domicile doit être inclus dans le champ de pratique de la sage-femme après que le Comité d'étude aura donné son avis sur les conditions et les restrictions entourant l'assistance à des accouchements planifiés à domicile.

²⁴⁴Midwifery Services Review Committee, *Report of the Midwifery Services Review Committee*, Edmonton, Alberta Professions and Occupations Bureau, April 1992; Canadian Press, «Alberta government moving to recognize midwifery, MLA announces» (30 avril 1992) *The Gazette* (de Montréal) B6; «Alta. puts due date on delivery of midwifery law» (19 mai 1992) *Medical Post*. Selon madame Dianne Mirosh, membre du gouvernement, la profession est reconnue comme une profession autonome.

²⁴⁵*Professional Statutes Amendment Act 1992*, S.A. 1992, c. 29. La loi sur les sages-femmes sera en vigueur au moment où les règlements seront promulgués. Voir «First Step Completed!!!» (1992) July Alberta Midwifery Task Force and Alberta Association of Midwives Newsletter 1.

Advisory Committee» est créé pour rédiger une proposition de réglementation afin d'encadrer la profession.²⁴⁶

En **Colombie-Britannique**, le *Medical Practitioners Act*²⁴⁷ détermine que seul le médecin enregistré sous cette loi peut pratiquer la « médecine, surgery and midwifery ». En 1979, la pratique de l'obstétrique par la sage-femme ne fait pas partie des exceptions reconnues à l'article 73.

En 1981, une poursuite pour pratique illégale de la « midwifery » et pratique de la médecine sans permis est entendue à Victoria. De l'avis du procureur du « British Columbia College of Physicians and Surgeons », cette cause est la première du genre en Colombie-Britannique. Il s'agit d'une femme, ayant perdu son permis de pratiquer la médecine en 1971, qui a assisté un accouchement au cours duquel l'enfant est décédé. Bien que la pratique de la « midwifery » soit incluse dans le champ d'exercice protégé des médecins, le juge constate qu'aucune définition n'en est faite par la loi médicale et que seuls les médecins sont autorisés à la pratiquer mais qu'ils ne sont pas formés comme sage-femme. Le procureur de madame Marsh soutient qu'elle n'a fait que recevoir l'enfant, ce qui ne fait pas d'elle une sage-femme. Suite à l'audience des parties, le juge se donne un délai de quelques semaines pour dévoiler son jugement qui ne fut pas publié.²⁴⁸

²⁴⁶ « Committee announced » (mars 1993) Alberta Midwifery Task Force and Alberta Association of Midwives Newsletter 1; Ministère de la Santé, *Fiche d'information: Renseignements sur la profession de sage-femme* (mai 1993) Ministère de la Santé de l'Ontario à la p. 2.

²⁴⁷ R.S.B.C. 1979, c. 254, s. 71.

²⁴⁸ « Fatal in Home Birth: Midwife case ruling delayed » (1981) March, Current Trial. Des charges de négligence criminelles ont aussi été portées contre elle. Voir *R. c. Marsh* (6 March 1980) Vancouver Island no 52-79 (unreported) juge Millward; aussi *R. c. Marsh* (1979), 2 C.C.C. (3d) 1 (B.C.Co.Ct.) juge Millward. Ce dernier jugement porte sur le statut du fœtus. Mme Marsh allègue que le fœtus n'étant pas une personne, elle ne peut être accusée de négligence criminelle. Le juge, à l'inverse, considère le fœtus comme une personne et autorise la tenue d'un procès suite auquel elle sera acquittée. Ce débat sur la nature du fœtus sera repris dans *R. c. Sullivan* où la Cour suprême statuera une fois pour toutes que le fœtus n'est pas une personne. Pour plus d'information, voir *R. c. Sullivan* (1991) 1 R.C.S. 489; (1988) 31 B.C.L.R. (2d) 245 (B.C.C.A.); (1986), [1987] 55 C.R. (3d) 48 (B.C.Co.Ct.).

Depuis le début des années 80, la «Midwives Association of British Columbia» et le «Midwifery Task Force» collaborent pour obtenir la reconnaissance officielle de la pratique de la sage-femme. Au cours des années suivantes, plusieurs recommandations d'un comité d'étude et du Coroner sont à l'effet de légaliser la profession.²⁴⁹ En 1991, la mise en vigueur du *Health Professions Act*²⁵⁰ permet aux sages-femmes de demander le statut de profession.²⁵¹ Lundi, le 10 mai 1993, la Ministre de la santé, madame Elizabeth Cull, annonce la légalisation de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique. Cette annonce a été faite devant 2000 sages-femmes du monde entier, réunies dans le cadre du 23^e congrès triennal de la Confédération internationale des sages-femmes. Un collège indépendant de sages-femmes verra à réglementer la profession, qui n'exigera pas une formation préalable d'infirmière.²⁵² La sage-femme sera intégrée aux services de santé et pratiquera, de plein droit, dans les hôpitaux.

En **Ontario**, la pratique de l'obstétrique par la sage-femme n'était pas reconnue jusqu'à récemment. Dans le cadre de la réforme des professions de la santé, l'Ontario a mis sur pied le «Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario». Suite au dépôt de son rapport en 1987²⁵³, la Ministre de la Santé annonce son intention de légaliser la profession. En novembre 1991, la *Loi de 1991 sur les professions de la*

²⁴⁹«Inquest Update: Jury Recommends Autonomous Midwifery» (1988) 1:1 Midwifery Task Force Journal, special release.

²⁵⁰S.B.C. 1990, c. 50. Voir aussi, Royal Commission on Health Care and Costs, *Closer to Home: the Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*, vol. 2, Victoria, British Columbia Government, 1991, D-22. Parallèlement, le rapport de la «Royal Commission on Health Care and Costs» recommande la légalisation de la profession de sage-femme comme profession autonome sous la nouvelle loi encadrant les professions de la santé.

²⁵¹Midwives Association of British Columbia, *Annual Report 1992*, présenté à l'assemblée générale annuelle de la Confédération canadienne des sages-femmes à Toronto, les 4 et 5 avril 1992; Ministère de la Santé, *supra* note 246 à la p. 2.

²⁵²Presse canadienne - Vancouver, «La profession des sages-femmes est reconnue en C.-B.» (11 mai 1993) *La Presse* (de Montréal).

²⁵³Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22.

*santé réglementées*²⁵⁴, incluant la *Loi de 1991 sur les sages-femmes*²⁵⁵ est adoptée. Sa mise en vigueur se fera lors de l'adoption des règlements découlant de la loi cadre. Ceci est prévu pour la fin de 1993.²⁵⁶

Peut pratiquer la profession de sage-femme toute personne qualifiée en ce sens et devenue membre de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.²⁵⁷ Cette personne peut alors utiliser le titre de « sage-femme ».²⁵⁸ De la même manière, tout autochtone offrant des services traditionnels de sage-femme peut utiliser le titre de « sage-femme autochtone » et se présenter comme ayant qualité pour pratiquer en Ontario en tant que tel.²⁵⁹

Selon la loi ontarienne, est coupable d'une infraction, toute personne autre qu'un membre de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, qui utilise le titre de sage-femme ou qui se présente comme étant qualifiée pour exercer cette profession en Ontario. Si elle est reconnue coupable d'une telle infraction, cette personne est passible d'une amende d'au plus de 5.000\$ pour une première infraction et d'au plus 10.000\$ pour une infraction subséquente.²⁶⁰

²⁵⁴Titre abrégé pour la *Loi concernant la réglementation des professions de la santé et d'autres questions relatives aux professions de la santé*, L.O. 1991, c. 18 ; version anglaise disponible sous le titre *An Act respecting the regulation of the Health Professions and other matters concerning Health Professions*.

²⁵⁵Titre abrégé pour la *Loi concernant la réglementation de la profession de sage-femme*, L.O. 1991, c. 31 ; version anglaise sous le titre *An act respecting the regulation of the Profession of Midwifery*.

²⁵⁶Ministère de la Santé, *supra* note 246 à la p. 1. En janvier 1993, le Conseil transitoire de l'Ordre des sages-femmes est créé pour établir la réglementation nécessaire à l'encadrement des sages-femmes.

²⁵⁷ *Loi de 1991 sur les sages-femmes*, *supra* note 255 à l'art. 8(2).

²⁵⁸*Ibid.* à l'art. 8(1). Elle peut utiliser une abréviation, variante ou un équivalent de ce titre dans une autre langue.

²⁵⁹*Ibid.* à l'art. 8(3). Elle peut utiliser une variante, une abréviation ou un équivalent de ce titre dans une autre langue.

²⁶⁰*Ibid.* à l'art. 10.

À **Terre-Neuve**, *An Act respecting the Practice of Midwifery*²⁶¹, toujours en vigueur, est non applicable. Aucun organisme n'est en place permettant d'octroyer une licence à la sage-femme qui en fait la demande ni de l'inscrire au registre établi pour elle. Elle est tolérée dans les régions isolées comme celles du Labrador. La sage-femme habitant la province est en général une infirmière-sage-femme en provenance du Royaume-Uni. Elle est membre de l'«Alliance of Nurse-Midwives, Maternal and Neonatal Nurses of Newfoundland and Labrador». Des actions sont entreprises actuellement pour obtenir qu'une nouvelle loi, en conformité avec celle des autres provinces canadiennes, soit adoptée.

Dans les **autres provinces**, telles la Saskatchewan, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick, des comités ont été mis sur pied pour évaluer la situation de la sage-femme. Celui du Manitoba a remis un rapport au ministère de la Santé en février 1993 et celui du Nouveau-Brunswick doit déposer le sien d'ici la fin de cette année. Ces gouvernements, de même que celui de la Nouvelle-Écosse, disent attendre de voir le développement de la situation dans le reste du Canada. Est-il possible de penser que l'on assistera à un effet «boule de neige» lorsque trois ou quatre provinces auront légalisé la profession de sage-femme et intégreront cette professionnelle au sein de leur système de santé?

Seules les provinces de Terre-Neuve et de l'Ontario possèdent, de par les lois en vigueur, une structure d'encadrement professionnel. La plus ancienne des deux, celle de Terre-Neuve, crée «The Newfoundland Midwifery Board».²⁶² Il s'agit d'une régie multipartite composée de médecins, d'infirmières et de membres du ministère de la Santé; aucune sage-femme n'en fait partie. Son mandat consiste, notamment, à déterminer les conditions et les qualifications pour l'admission à la pratique des sages-femmes, à définir les causes de révocation ou de radiation du registre établi en vertu de la loi, à régler

²⁶¹ *Supra* note 236.

²⁶² *Ibid.* à l'art. 3.

la pratique et à en définir les limites. Il est également apte à déterminer les situations d'urgence où la sage-femme doit faire appel à un médecin, s'il y en a un de disponible. Il doit faire rapport chaque année au ministre de la Santé.²⁶³ À l'heure actuelle, cette régie n'existe pas.

De son côté, la nouvelle loi ontarienne institue une véritable corporation professionnelle chargée de la protection du public.²⁶⁴ Son objet est, entre autres, comme pour tous les ordres mis en place par la loi sur les professions de la santé, de réglementer l'exercice de la profession de sage-femme et de régir l'activité de ses membres, d'élaborer et de maintenir les normes d'admissibilité à la profession, de même que les normes d'exercice, de connaissances et de compétence, ainsi que les normes de déontologie.²⁶⁵

Malgré la situation d'illégalité quasi totale à travers le Canada, les sages-femmes canadiennes sont regroupées au sein d'associations provinciales, sauf au Nouveau-Brunswick et à l'Ile-du-Prince-Edouard. L'encadrement professionnel, là où il n'existe pas de façon formelle, se fait par les associations de sages-femmes, qui assument le contrôle de la qualité professionnelle et, à cet effet, élaborent elles-mêmes des normes de formation et de pratique. De plus, elles travaillent à obtenir une reconnaissance légale de leur profession. Par ailleurs, seule une obligation morale est attachée à cet encadrement et il ne s'applique qu'aux sages-femmes qui sont membres des associations.

²⁶³*Ibid.* aux art. 5(1), 6(1), 8(1), 14.

²⁶⁴*Loi de 1991 sur les sages-femmes, supra* note 255. Cette loi est établie en conformité avec la *Loi concernant le réglementation des professions de la santé et d'autres questions relatives aux professions de la santé, supra* note 254. Un Code des professions de la santé fait partie de cette loi à l'Annexe 2 et est applicable à tous les Ordres créés en vertu de la loi principale. Il crée l'obligation pour tout Ordre, de servir et protéger l'intérêt public dans la poursuite de son objet.

²⁶⁵Actuellement les sages-femmes en pratique active depuis plusieurs années participent à un programme d'évaluation des connaissances et des compétences. Celles qui réussiront seront les premières sages-femmes membres de l'Ordre. En septembre 1993, ouvrira le programme officiel offert par trois centres d'enseignement post-secondaire. Il est du niveau de baccalauréat, peut être suivi à temps complet ou partiel et se donne parallèlement en anglais et en français.

En 1984, ces associations se sont regroupées au sein de la Confédération canadienne des sages-femmes. Son objectif est de créer un réseau pan-canadien. En ce sens, elle désire appuyer les démarches de reconnaissance légale et de formation dans chaque province et établir des mécanismes permettant éventuellement aux sages-femmes de pratiquer dans une province ou une autre. À cette fin, a été adoptée la *Définition internationale des sages-femmes* de 1972 comme point de départ à l'implantation de la profession au Canada. Certaines de ces associations sont aussi membres de la Confédération internationale des sages-femmes. À cause des grandes différences entre les systèmes de santé canadien et américain, les associations canadiennes de sages-femmes ne sont pas membres de l'Alliance des sages-femmes de l'Amérique du Nord.²⁶⁶ Cependant, elles utilisent leurs documents concernant les normes et les politiques relatives à la pratique de la sage-femme, tout en les adaptant à leur propre réalité.

B) Le champ d'exercice

La sage-femme canadienne considère le champ de pratique tel que défini au plan international comme étant le sien. Sa pratique étant illégale dans la plupart des provinces canadiennes, elle l'exerce dans la mesure du possible, compte tenu de l'inaccessibilité aux services du système de santé comme professionnelles reconnues. Nous verrons prochainement quelle définition en donneront les provinces d'Alberta et de Colombie-Britannique.

Actuellement, seule l'Ontario, de par sa nouvelle loi, reconnaît la profession de sage-femme et en définit le champ d'exercice :

L'exercice de la profession de sage-femme consiste à évaluer et à surveiller les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la suite de couches, ainsi qu'à évaluer et à

²⁶⁶Les relations entre la Confédération canadienne des sages-femmes et l'Alliance des sages-femmes de l'Amérique du Nord ont été définies lors de l'assemblée générale annuelle de la Confédération canadienne en mars 1989, à Montréal.

surveiller leur nouveau-né, à dispenser des soins pendant une grossesse normale, accouchement normal et la suite de couches normale, et à pratiquer des accouchements normaux et spontanés par voie vaginale.²⁶⁷

Cette loi spécifie aussi les actes, autrement réservés au médecin ou à l'infirmière, que la sage-femme peut poser sous réserve des conditions et des restrictions dont est assorti son certificat d'inscription à l'Ordre.²⁶⁸ Par exemple, en plus de diriger le travail des femmes qui accouchent et pratiquer les accouchements normaux, elle peut faire une épisiotomie ou une amniotomie, procéder à la réparation chirurgicale de l'épisiotomie ou de lacérations dans la mesure où elles ne touchent pas certaines régions, prescrire ou administrer des substances désignées par règlements, effectuer des prélèvements sanguins chez la mère ou le nouveau-né. Les critères de formation, de compétence et de connaissances seront élaborés dans un avenir prochain et viendront clarifier l'étendue et les limites dont la sage-femme ontarienne aura à tenir compte dans son champ d'exercice. Il est à noter qu'il n'est nullement fait mention de la planification familiale ou des soins gynécologiques de base qui, au plan international, font partie du champ d'exercice de la sage-femme.

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

D'ici à ce que la *Loi de 1991 sur les sages-femmes*, en Ontario, soit en vigueur, la sage-femme canadienne qui pratique l'obstétrique le fait illégalement. Une exception existe pour l'infirmière-sage-femme qui travaille dans les régions nordiques des provinces ou dans les dispensaires des Territoires du Nord-Ouest. Même là, elle transfère les femmes amérindiennes ou inuites dans les hôpitaux qui desservent ces régions et ce, quelques

²⁶⁷*Loi de 1991 sur les sages-femmes*, *supra* note 255, à l'art. 3.

²⁶⁸*Ibid.* à l'art. 4.

semaines avant la date prévue pour l'accouchement. Exceptionnellement, elle aide une femme à accoucher sur place.²⁶⁹

La sage-femme qui exerce sa profession actuellement, qu'elle soit autodidacte ou diplômée, travaille en pratique privée. Afin d'assurer des services continus durant toute l'année, elle pratique au sein d'une équipe de deux à quatre sages-femmes. Elle établit avec ses collègues le mode de pratique qui entoure ses services. Elle le fait en corrélation avec les normes de pratique adoptées par son association. Le mode de rémunération est fondé sur un ensemble de soins et services et prévoit une possibilité d'ajustement pour les femmes à qui leur situation financière ne permettrait pas de se prévaloir de ces services. La cliente paie directement la sage-femme responsable de son suivi, sauf lorsqu'elle travaille au sein d'un collectif. Dans ce cas, la cliente paie le collectif qui rémunère la sage-femme en fonction de sa charge de travail, incluant un certain nombre d'heures pour sa participation à certains comités pour établir la profession.

L'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont annoncé leur intention d'intégrer la sage-femme au sein du système de santé. Elle pourra exercer en pratique privée ou en institution. Dans les années qui viennent, des normes seront établies en fonction de l'organisation et des lieux de travail.

Le domicile des parents est reconnu comme un des lieux où la sage-femme peut exercer sa profession. Cependant, la Colombie-Britannique observera pendant quelque temps cet aspect de la pratique dans le cadre de projets-pilotes, ce qui permettra au gouvernement d'en définir les règles par la suite. Ce n'est pas le cas pour l'Ontario qui a intégré ce lieu de pratique dès la légalisation. Par ailleurs, cette province acceptera sous peu trois

²⁶⁹Les services d'infirmières-sages-femmes seront surtout utilisés dans les régions nordiques des provinces et dans les Territoires du Nord-Ouest. À cause de cette présence, la culture des peuples indiens et inuits autour de la naissance a changé considérablement. Aujourd'hui, sauf à Povungnituk dans le nord du Québec, les femmes de ces communautés accouchent loin de leurs familles dans des hôpitaux et sous les soins de personnes inconnues. Elles sont souvent transférées pour de longues périodes à cause des conditions climatiques et de transport.

projets de Centre de maternité avec pratique de sage-femme, afin d'étudier ce nouvel établissement de santé.

En conclusion, les femmes canadiennes ont su faire revivre une tradition communautaire : le support de la sage-femme durant leurs maternités. Malgré son illégalité, la sage-femme a mis en place une pratique organisée et structurée. Elle s'est regroupée avec ses consœurs au sein d'associations, tant provinciale que nationale. La patience, vertu qui fait le succès de sa pratique, lui a permis d'obtenir en moins de vingt ans le statut de professionnelle autonome dans trois provinces. L'isolement qui a été un des facteurs de sa disparition ne saurait dans l'avenir la rejeter dans la noirceur. En effet, la cohésion entre les femmes canadiennes et leurs sages-femmes est solidement établie et des liens solides sont tissés entre les associations des différentes provinces. La devise canadienne n'est-elle pas «A mari usque ad mare»?

TITRE 2. LA SITUATION JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME AU QUÉBEC

Pour bien comprendre la situation juridique de la sage-femme au Québec, nous la suivons, au chapitre premier, à travers l'histoire de cette colonie jusqu'aux années 70. Dans un deuxième chapitre, nous regardons les facteurs à la source de la renaissance de la pratique de la sage-femme et analysons le statut légal dont elle bénéficie actuellement et ses effets sur cette pratique. Au chapitre troisième, nous critiquons la situation juridique actuelle de la sage-femme. Par la suite, nous établissons le contexte et les balises pouvant servir à définir dans l'avenir la profession de sage-femme au Québec.

CHAPITRE 1. UN APERÇU HISTORIQUE

Arrivée au Québec avec les premiers colons afin d'aider, grâce à ses connaissances et à sa compétence, les enfants à venir au monde en santé, la sage-femme s'y est enracinée dans la mémoire des femmes de même que dans le contexte législatif. Dans la première partie, nous suivons ses traces à côté de celles du médecin et du chirurgien. En deuxième partie, nous voyons comment le médecin et le chirurgien récupèrent la pratique de la sage-femme à leur profit, jusqu'à la faire disparaître.

Section 1. Un droit de pratique reconnu pour la sage-femme à l'égal du médecin et du chirurgien

En Nouvelle-France, la période du régime français démontre l'importance de la sage-femme dans son milieu et la collaboration qu'elle maintient avec le médecin et le chirurgien. La sage-femme envoyée par le Roi fait partie de la même corporation que le chirurgien, celle de St-Côme.²⁷⁰ Il n'y a pas de loi régissant les pratiques professionnelles dans la colonie. En fait, les regroupements corporatifs sont interdits.²⁷¹

Jusqu'en 1760, les femmes accouchent avec la sage-femme de la paroisse. Étant nommée, celle-ci pratique selon les règles en vigueur en France. Elle est choisie pour ses qualités morales et techniques et est élue par une assemblée de femmes. Elle prête serment devant le curé, selon l'ordonnance de l'évêque de Québec.²⁷² L'État lui confie

²⁷⁰Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 25.

²⁷¹H. Laforce, *supra* note 23 à la p. 165.

²⁷²Le Collectif Clio, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Quinze, collection Idéelles, 1982 à la p.93.

la charge de placer les enfants trouvés et le choix des nourrices. Il l'appelle lors d'expertises médicales en cas de viol, de recels de grossesse et de reconnaissance de paternité. Elle s'engage à transmettre ses connaissances et à former d'autres sages-femmes afin d'assurer la permanence de leurs services aux femmes de la jeune colonie.²⁷³

En 1720, l'intendant de l'époque, l'évêque et le médecin font des pressions sur Paris pour que le Roi envoie une sage-femme diplômée de l'Hôtel-Dieu de Paris. En 1740, on compte trois diplômées, dont le Roi s'engage à payer les gages. Son désir est de peupler rapidement la colonie, sans toutefois dépeupler la France.²⁷⁴ En 1756, ces sages-femmes, bien établies, tentent de mettre sur pied une école. La conquête de la colonie par l'Angleterre quelques années plus tard, vient bouleverser leur plan.²⁷⁵

Malgré ce changement de gouvernement, la sage-femme garde sa place dans l'infrastructure de santé. Il est normal que celle qui arrive d'Angleterre, retrouve les mêmes privilèges que ceux dont elle jouit chez elle. Après la conquête, en 1775 et 1776, les docteurs Blake et Fisher, chirurgiens anglais, recommandent que la sage-femme de la ville soit contrôlée par les mêmes bureaux qui surveillent le médecin et qu'elle soit reconnue légalement.²⁷⁶ De plus, en 1784, le docteur Fisher conseille aux administrateurs de la colonie de mettre sur pied une école de « midwifery ».²⁷⁷ Celle-ci ne voit jamais le jour. Pourtant, en 1788, la recommandation de réglementer la pratique de la sage-femme est suivie dans le cadre de la première loi médicale :

²⁷³Naissance-Renaissance, *supra* note 13 aux pp. 25-26.

²⁷⁴H. Laforce, *supra* note 23 à la p.165.

²⁷⁵Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 26.

²⁷⁶H. Laforce, *supra* note 23 aux pp. 167-168. Ce qui se fera de 1790 à 1847.

²⁷⁷Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 26.

*Acte ou ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec ou Montréal, sans une permission.*²⁷⁸

Cette loi distingue la pratique de la médecine et de la chirurgie comme celle des accouchements. Pour cette dernière, elle en régleme la pratique dans les villes de Québec et de Montréal.²⁷⁹ La sage-femme devient donc officier public et est, à ce titre, inscrite dans la Gazette officielle. Dans les villages, la tradition implantée durant la période française prévaut encore ; la sage-femme est nommée par les femmes et approuvée par l'Église, aussi bien que recommandée par un médecin.²⁸⁰ Entre 1790-1840, des médecins proposent, comme en Angleterre, trois projets de loi afin d'encadrer la pratique de la sage-femme, mais ces lois ne voient jamais le jour.²⁸¹

Section 2. Un droit de pratique sous l'égide des médecins

Bien que la pratique de la sage-femme soit légale et bien structurée, les mécanismes de son élimination sont en place, au moment de la fondation du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, en 1847. Par la loi créant ce Collège, *Acte concernant*

²⁷⁸28 Geo. III, c. 8.

²⁷⁹Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 29. Voir aussi G. Bazin et al., *Les sages-femmes, ces hors-la-loi des temps modernes*, no 1, Montréal, Cahiers de sciences juridiques, 1984, (UQAM, dépt. des sciences juridiques, Prix Hector Langlois 1984) à la p. 9. En vertu de cette loi, les personnes désirant exercer la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique doivent obtenir une permission du Gouverneur ou du Commandant en Chef, assortie d'un certificat d'examen des connaissances et des talents. Ces documents sont enregistrés au Greffe de la Paix du district où réside celui qui veut pratiquer.

²⁸⁰H. Laforce, *supra* note 23 à la p. 168.

²⁸¹*Ibid.* à la p. 170.

la pratique médicale et la vente des médicaments,²⁸² le Gouverneur transfère, dans les mains du médecin, son pouvoir d'octroyer une permission de pratiquer à la sage-femme qui en fait la demande.²⁸³

Tout comme en Europe, la sage-femme, dans la jeune colonie, doit faire appel au chirurgien en cas de complications lors de la naissance. Bien que, depuis 1750, ce dernier soit de plus en plus présent aux accouchements, c'est surtout après 1870 que le médecin et le chirurgien envahissent le domaine de l'obstétrique. En effet ce domaine, autrefois réservé aux femmes, à la fois par tradition et par pudeur, est convoité par eux. Leur présence aux accouchements leur permet, par la suite, de se gagner éventuellement une clientèle stable.²⁸⁴ Occupés à asseoir leur unité, les médecins se montrent d'abord tolérants envers les sages-femmes, pour ensuite passer à l'action. Le nombre croissant de leurs propres effectifs combiné avec l'effritement constant de leur territoire au profit de nouvelles corporations médicales, ne leur permet pas de laisser échapper le champ de l'obstétrique.²⁸⁵ C'est, de fait, ce qui aurait pu se produire si les sages-femmes s'étaient regroupées et avaient revendiqué une corporation autonome.²⁸⁶

²⁸²S.R.B.-C. 1861, c. 71.

²⁸³H. Laforce, *supra* note 23 à la p. 169 ; voir aussi S. Desjardins *et al.*, *Sages-femmes et aspects légaux au Québec*, travail présenté dans le cadre du cours Droit social (DRT-2219), Université de Montréal, Faculté de droit, avril 1982 à la p. 11. La loi encadrant la nouvelle corporation médicale permet, à l'article 14, la pratique des accouchements par la sage-femme mais exige d'elle un certificat de capacité octroyé par deux membres du Collège des médecins et chirurgiens avant de pouvoir pratiquer dans les villes de Québec, Montréal, incluant maintenant Trois-Rivières. Son droit de pratique, du moins dans les grandes villes, se retrouve donc dans les mains des médecins.

²⁸⁴Ce phénomène se passe, au Québec, comme dans la mère patrie et le reste de ses colonies nord-américaines. Pourtant à l'époque, c'est l'Église qui soutiendra la sage-femme dans sa pratique au nom de cette pudeur. On ne peut considérer la présence d'un homme dans la chambre de l'accouchée, hormis les cas d'urgence où le chirurgien et le curé s'y rencontrent.

²⁸⁵C'est-à-dire la création de corporations autonomes par les pharmaciens (1865), les chirurgiens-dentistes (1870), les chirurgiens et les médecins homéopathes (1865), les vétérinaires (1905).

²⁸⁶H. Laforce, *supra* note 23 aux pp. 170-171. Outre l'augmentation des effectifs médicaux au Québec, une des raisons qui explique la perte de plus en plus grande d'autonomie des sages-femmes, a été l'impossibilité pour les femmes de cette époque de se regrouper pour défendre leurs droits. Au nom de la pudeur et de la fragilité des femmes, elles ne peuvent accéder aux lieux de savoir ; les universités et les maternités sont contrôlées par les médecins.

En 1876, on assiste à l'adoption d'une loi médicale très complète et assez semblable dans sa structure à la loi actuelle, soit

*Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec.*²⁸⁷

En plus d'établir le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, de traiter de l'admission à la pratique médicale, de l'enregistrement au tableau de l'Ordre, de la pratique illégale de la médecine, cette loi concède officiellement le contrôle de la sage-femme aux médecins :

Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire les règles et règlements concernant l'admission des femmes à la pratique des accouchements dans cette province.²⁸⁸

Trois ans plus tard, en 1879, une nouvelle loi est adoptée :

*Acte pour amender et refondre de nouveau les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec.*²⁸⁹

Le plus grand changement de cette loi concerne la pratique des accouchements par la sage-femme.

Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements, dans cette province, et il fixera le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements ; pourvu toutefois que toute femme qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été légalement qualifiée pour pratiquer comme sage-femme dans cette province, retiendra ce droit, mais sera requise de se conformer à tels règles et règlements qui pourront être faits ci-après à leur égard par le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec ; rien dans cette section ou dans les

²⁸⁷40 Vict., c. 26.

²⁸⁸*Ibid.* à l'art. 16.

²⁸⁹42-43 Vict., c. 37.

règlements qui seront faits, n'empêchera comme cela se fait souvent, les femmes dans les campagnes, de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dûment licencié constatant qu'elles ont les capacités suffisantes.²⁹⁰

La même année, un procès pour recouvrement d'honoraires par une sage-femme se termine en faveur de celle-ci grâce au témoignage du président du Collège des médecins sur le champ de pratique de la « midwifery ». Le Bureau de médecine vient d'en adopter la définition à sa réunion de mai 1879. Il s'agit d'une question d'honoraires pour des soins que la sage-femme a délivré à la femme avant l'accouchement. Cependant, suite à ce jugement, les médecins réagissent rapidement et amendent leurs règlements l'année suivante : « [...] la licence de sage-femme ne lui donnera que le droit de faire des accouchements et non de pratiquer la médecine même dans les cas relevant de l'accouchement ».²⁹¹

À la fin du siècle dernier, ce pouvoir de réglementer fait encore partie de la loi médicale.²⁹² Parallèlement, entre 1880 et 1920, les médecins québécois, comme leurs confrères anglais et nord-américains, orchestrent une vaste campagne de publicité vantant la sécurité des hôpitaux. Dans un premier temps, ils y attirent pour accoucher les femmes de la classe aisée, puis suivent celles des autres classes de la société. Ceci

²⁹⁰*Ibid.* à l'art. 17.

²⁹¹H. Laforce, *supra* note 16 à la p. 112.

²⁹²Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 29. Voir S.R.Q. 1888, Titre X - Des professions libérales, c. 4, section II - Des médecins et chirurgiens à l'art. 3987. Celui-ci reproduit l'article 17 de la loi de 1879.

marque le point tournant du transfert de l'obstétrique des mains de la sage-femme à celles du médecin.²⁹³

En 1904, un règlement du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec établit les exigences quant à la formation de la sage-femme :

Toute femme, qui désirera se présenter devant le Bureau Provincial de Médecine pour subir l'examen et obtenir le permis d'exercer l'art obstétrique dans cette Province, devra fournir :

1°. Un certificat de présence à au moins cinquante leçons données par un médecin français ou anglais attaché à une université ;

2°. Un certificat de stage régulier, pendant six mois, dans une maternité ;

3°. Un certificat établissant qu'elle a assisté à douze cas d'accouchement, au moins ;

4°. Un certificat établissant qu'elle jouit d'une bonne réputation et qu'elle sait lire et écrire.²⁹⁴

La sage-femme doit aussi se conformer aux règles définies par le Collège. La licence obtenue ne lui donne que le droit de faire des accouchements et non, de pratiquer la médecine. En cas de complications nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux, elle doit faire appel à un médecin licencié.²⁹⁵ Là où un médecin exerce sa pratique, elle peut pratiquer sans licence si elle a un certificat de reconnaissance d'aptitude délivré par ce médecin et enregistré dans les livres du Régistrare.²⁹⁶

²⁹³F. Laurendeau, «La médicalisation de l'accouchement» dans F. Saillant et M. O'Neill, éd., *supra* note 16, 125 à la p. 143. Ce transfert vers l'hôpital sera considérablement plus lent au Québec qu'au Canada, à cause de la présence du clergé qui soutient la pratique des sages-femmes ; voir note 284. Respectivement, au Québec et au Canada, les taux sont de 4,8% et 17,8% en 1920, de 15,6% et 45,3% en 1940, 32,2% et 63,2% en 1945 (après la guerre), 85,2% et 94,6% en 1960 et 99,7% pour chacun en 1974.

²⁹⁴*Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec*, Montréal, Imprimerie C.A. Marchand, 1904, chap. XIV à l'art.2.

²⁹⁵*Ibid.* à l'art. 3.

²⁹⁶*Ibid.* à l'art. 5.

À compter de 1909, la *Loi Médicale du Québec*²⁹⁷ détermine que la pratique des accouchements fait partie de la médecine et qu'aucune personne ne peut exercer la médecine sans une licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Cette loi donne autorité au Bureau provincial de la médecine

[P]our régler l'admission des femmes à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique, fixer la nature des connaissances requises, et fixer à un montant n'excédant pas vingt piastres l'honoraire exigible pour la licence les autorisant à exercer l'obstétrique, ainsi qu'une contribution annuelle ne dépassant pas la somme de deux piastres.²⁹⁸

De plus, il est fait mention que :

Il est interdit également aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles devront appeler un médecin licencié sous la peine édictée par l'article 4971.²⁹⁹

En 1925³⁰⁰ de même qu'en 1941,³⁰¹ la *Loi médicale du Québec* prévoit toujours le même pouvoir de réglementation. Quant au règlement de 1904, il fut révisé à quelques reprises, entre autres, en 1964.³⁰² Le Bureau y précise que les leçons que doit suivre la sage-femme, sont données par un professeur en obstétrique d'une des quatre

²⁹⁷S.R.Q. 1909, Titre X - Des professions libérales, c.5, section II - Des médecins et chirurgiens aux art. 4937-4938.

²⁹⁸*Ibid.* à l'art. 4911, par. 12.

²⁹⁹*Ibid.* à l'art. 4946, par. 2. La pénalité prévue à l'article 4971 ne peut dépasser cinquante piastres dans le cas d'une première offense mais sera entre cinquante et deux cents piastres pour une offense subséquente.

³⁰⁰S.R.Q. 1925, c. 213, art. 15(12) et 52(3) qui sont les mêmes que les articles 4911(12) et 4946(2) de la loi de 1909.

³⁰¹S.R.Q. 1941, c. 264, art. 15(12) et 52(3).

³⁰²*Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec* à l'art. 33. Ce règlement interne du Collège s'est déterminé en vertu de la *Loi médicale*, S.R.Q. 1964, c. 249, art. 15(12). L'article 52(3) de la loi existe toujours. Une copie de ces règlements se retrouve dans le recueil des *Règlements d'application des lois*, Québec, Éditeur officiel, 1972, vol. 9 à la p. 103.

universités québécoises et rattaché à la maternité de cette université.³⁰³ Les modifications majeures touchent le nombre d'accouchements auxquels la sage-femme doit assister. Le nombre passe de douze à cinquante. De plus, le certificat d'études de base exigé est de niveau de dixième année.³⁰⁴ On ne se contente plus du « savoir lire et écrire », en plus d'avoir une bonne réputation.

En 1977, la *Loi médicale*³⁰⁵ inclut toujours la pratique des accouchements dans la définition de l'exercice de la médecine. Elle détermine que les dispositions concernant la pratique illégale de la médecine ne s'appliquent pas aux actes posés « par les sages-femmes exerçant l'obstétrique conformément aux règlements adoptés en vertu de paragraphe (a) du premier alinéa de l'article 19 ; ». ³⁰⁶ Et à l'article 19, on peut lire que « [...] le Bureau doit, par règlements : a) déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes ; ». Ce règlement détermine³⁰⁷ encore les critères d'admission de la sage-femme à la pratique de l'obstétrique. Par rapport au règlement de 1964, la sage-femme doit maintenant attester d'un diplôme de secondaire III plutôt que de dixième année. Toujours en vigueur en 1981, au moment de la refonte réglementaire, la durée de ce règlement a été prolongée d'année en année jusqu'au 1^{er} janvier 1991.³⁰⁸ Il est devenu caduc par la suite, sa validité n'ayant pas été prolongée après cette date.

³⁰³*Ibid.* à l'art. 33a), b).

³⁰⁴*Ibid.* à l'art. 33c), d).

³⁰⁵L.R.Q. 1977, c. M-9, art. 31.

³⁰⁶*Ibid.* à l'art. 43, al. 2, c).

³⁰⁷*Règlement sur les sages-femmes, les examens d'admission à l'exercice de la médecine, les licences provinciale et fédérale et les requêtes au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, R.R.Q., c. M-9, r. 17, art. 1.

³⁰⁸D. 42-90, 17 janvier 1990, G.O.Q. 1990.II.522.

Entre les années 1900 et 1950, le Bureau de Médecine a délivré quelque trente permis.³⁰⁹ En 1941, Aurore Bégin, sage-femme québécoise ayant aujourd'hui 93 ans, obtient ce permis suite à un examen de ses connaissances par le Bureau du Collège des médecins. Ceci lui permet d'ouvrir une maternité en Abitibi, là où elle travaille depuis de nombreuses années. En 1942, les médecins ne veulent plus assurer une disponibilité en cas de complications. Cette condition essentielle à sa pratique dans la maternité n'étant pas remplie, Aurore Bégin doit fermer la maternité.³¹⁰ En 1961, Anna Farina Colantini, sage-femme italienne, se voit refuser cette licence pour n'avoir pas suivi, au Québec, un stage de six mois prévu au règlement. Après discussion avec le Collège des médecins, elle accepte de suivre des cours donnés à l'Hôpital Saint-Sacrement de Québec.³¹¹ L'extrait d'une lettre du docteur Augustin Roy, Registrare du Collège en 1963, au président Jobin résume bien l'attitude de cet organisme face à l'élimination des sages-femmes :

Il semble que la politique actuelle du Collège soit de ne pas octroyer de licence de sage-femme. En l'occurrence [sic], je me demande s'il ne serait pas sage de faire disparaître complètement de nos règlements ce fameux article 33. Cet article est vétuste et va contre les moeurs actuelles de la population. Je crois qu'en agissant ainsi, le Collège pourrait éviter des problèmes futurs.³¹²

Durant les années 60, au moment où le Collège des médecins refuse de donner des licences de sage-femme à celles qui en font la demande, les religieuses de l'Immaculée-Conception, avec la collaboration de l'Université Laval, créent un cours de spécialisation de sage-femme pour les membres de leur congrégation. Pour suivre le cours, la personne doit remplir certaines conditions, être infirmière, avoir signé un engagement pour un

³⁰⁹H. Laforce, *supra* note 16 à la p. 111.

³¹⁰Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 24.

³¹¹H. Laforce, *supra* note 16 à la p. 116.

³¹²*Ibid.*

poste à l'étranger et promettre de ne pas pratiquer au Québec comme sage-femme.³¹³ En 1972, l'arrêt de ce programme pour réévaluation marque la fin de la formation officielle de sage-femme au Québec. Cette année-là, les étudiantes avaient entrepris des démarches pour faire reconnaître leur profession afin de pouvoir pratiquer légalement dans cette province.³¹⁴

La réglementation de la pratique de la sage-femme sous les différentes lois médicales amène des poursuites contre celle qui, sans permis, pratique à la campagne (1890-1980). Viennent ensuite des poursuites contre la sage-femme diplômée, qu'elle soit sage-femme (1870-1920), infirmière-sage-femme (1920-1980) ou immigrante (1920-1986). Lorsque les médecins, plus nombreux, commencent à couvrir de plus grands territoires à travers les régions du Québec, ils refusent d'attester des compétences de la sage-femme tel que stipulé dans leurs règlements.³¹⁵ Dans ces conditions, celle-ci se doit d'arrêter sa pratique sous peine d'amende. Cependant le Collège se montre tolérant là où la population prend sa défense. Dans ce cas, il règle hors cour, pour éviter les précédents.³¹⁶ En 1973, à Montréal, un dernier cas de poursuite pour pratique illégale de la médecine en ce qui concerne l'obstétrique, Dame Aline Fournelle est accusée d'avoir pratiqué un accouchement sans permis et doit payer une amende de 100,00\$.³¹⁷

³¹³Ce cours a formé 103 diplômées en dix ans, d'abord des religieuses, puis des laïques.

³¹⁴Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 27.

³¹⁵*Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec*, *supra* note 294 à l'art. 5.

³¹⁶H. Laforce, *supra* note 16 aux pp. 110-111 ; voir aussi Naissance-Renaissance, *supra* note 13 à la p. 31. Cela se passe en 1920 dans la paroisse de Sacré-Coeur au Saguenay. Il s'agit d'une poursuite contre deux sages-femmes pour pratique illégale de la médecine par le médecin de la région. Elles assistent des accouchements ce que le médecin conteste. La population soumet une requête au Collège des médecins alléguant la grande charge de travail du médecin et la tolérance des sages-femmes dans d'autres paroisses.

³¹⁷*R. c. Dame Aline Fournelle* (24 avril 1974) Montréal, 27-018755-73 (Cour des sessions de la paix). Une copie de ce jugement nous a été gracieusement fournie par le docteur Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

CHAPITRE 2. L'ENCADREMENT LÉGAL ACTUEL

On peut difficilement étudier le statut légal actuel de la sage-femme, au Québec, sans le replacer dans le contexte de l'évolution des soins en obstétrique. À cet égard, nous établissons d'abord les différents facteurs qui sous-tendent la situation juridique actuelle de la pratique de la sage-femme pour ensuite analyser les lois qui la reconnaissent.

Section 1. Le contexte social et politique entourant la reconnaissance de la pratique de la sage-femme

À compter des années 60, la presque totalité des femmes accouchent à l'hôpital et sont soumises aux normes et méthodes médicales. L'attitude interventionniste prend alors tout son essor. Développées pour contrer les pathologies, les interventions deviennent des actes routiniers, « au cas où » et non « en cas de besoin ». ³¹⁸ Pourtant, dans les pays où la sage-femme est intégrée aux services de santé périnataux, les taux d'interventions sont beaucoup plus bas. Les femmes du Québec ne « savent plus accoucher », mais seulement « se faire accoucher ». ³¹⁹

Deux phénomènes interreliés vont permettre le retour de la pratique de la sage-femme : d'un côté, la demande des femmes pour des soins différents, de l'autre côté, l'organisation des sages-femmes en association professionnelle.

³¹⁸F. Laurendeau, *supra* note 293 à la p. 126. Voir aussi H. Laforce, *supra* note 23 à la p. 176.

³¹⁹H. Valentini, *Portrait de l'interventionnisme obstétrical au Québec, 1981-82 et 1986-87*, Conférence prononcée lors du 57^e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal, mai 1989 à la p. 9. Ainsi au Québec, en 1986 et 1987, les taux de césariennes sont de 19%, et ceux d'épisiotomies sont de 67,4%, alors que l'Organisation mondiale de la santé considère comme normal des taux de 10-12% dans le premier cas et de 20% dans le deuxième. Selon les données du service Évaluation-Recouvrement de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'année 1990-1991, le Québec a 17,7% d'accouchements par césarienne et 59,1% d'épisiotomies.

Comme aux États-unis et au Canada, le mouvement de remise en question des soins entourant la maternité prend forme au Québec dans les années 70. Malgré les effets bénéfiques de la politique en périnatalité de 1973 sur la mortalité périnatale et maternelle, on assiste à la centralisation des services obstétricaux et à une hausse des taux d'interventions. Tout en ayant accès à des services de dépistages précoces pour les pathologies graves et à de nouvelles interventions en obstétrique et en néonatalogie, les femmes et les couples déplorent la médicalisation systématique de cet événement familial et sa déshumanisation.³²⁰

Au début des années 80, les colloques régionaux «Accoucher ... ou se faire accoucher» viennent confirmer cet état de fait. Les recommandations des participants, claires et unanimes, sont à l'effet de rendre accessible aux femmes et à leurs conjoints, une information adéquate et complète, un choix des intervenantes, des lieux de naissances et des interventions. Concrètement, les femmes demandent l'accès à des services de sage-femme, légaux et gratuits, ainsi qu'à la possibilité d'accoucher dans d'autres lieux que l'hôpital, soit la maison de naissance et le domicile.³²¹ Le groupe Naissance-Renaissance se donne pour mandat de promouvoir ces recommandations afin de faire évoluer les services en périnatalité dans le sens des demandes des femmes.³²² La réponse des institutions est de mettre en place des chambres de naissance.³²³ Cependant ceci ne

³²⁰Ministère de la Santé et des services sociaux, *Politique en périnatalité, Québec*, Éditeur officiel, 1993 aux pp. 9 et s. Rendue publique au printemps 1993, elle remplace, après une décennie de travail, celle de 1973.

³²¹Association pour la santé publique du Québec, *Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Québec, Association pour la santé publique du Québec, 1981. Ces colloques ont pu voir le jour grâce à l'Association pour la santé publique du Québec en collaboration avec le ministère des Affaires sociales.

³²²Naissance-Renaissance est un regroupement provincial, formé en 1980, dont les membres sont des groupes d'humanisation de la naissance oeuvrant dans les différentes régions du Québec. Leur objectif est de faire en sorte que les femmes puissent «accoucher où elles veulent, avec qui elles veulent, en toute sécurité et avec toute l'information adéquate».

³²³ Il est à noter que les chambres réellement utilisées au début des années 80, celles d'Amos et de St-Joseph-de-Beauceville, ont été mises sur pied par les femmes avec la collaboration d'infirmières en obstétrique, à leurs frais, et avec l'aide d'un médecin qu'elles ont su convaincre d'essayer «autre chose». Les autres, plus

répond pas aux attentes des femmes qui demandent un changement en profondeur dans l'approche de la maternité.³²⁴ Hélène Valentini, chercheuse dans le domaine de la périnatalité, souligne en parlant des changements dans les institutions : « Tout ceci m'amène à penser que nous traversons maintenant une nouvelle étape que j'appellerai l'humanisation de la médicalisation de la maternité et de la naissance. »³²⁵

Pendant que les femmes revendiquent des changements à l'intérieur des institutions et développent des services alternatifs à l'extérieur du système de santé, les sages-femmes se regroupent au sein d'associations et demandent la reconnaissance légale de leur profession. Vers 1975, un certain nombre de sages-femmes, formées à l'hôpital Saint-Sacrement, analysent la possibilité de revendiquer le droit de pratiquer leur profession au Québec : c'est exactement ce que les médecins craignaient lorsque le cours donné à Québec a été arrêté. En 1980, elles fondent l'Association des sages-femmes du Québec dont les membres sont des infirmières-sages-femmes formées par l'Université Laval ou des néo-québécoises diplômées dans leur pays d'origine. En 1985, cette association dépose une demande auprès de l'Office des professions du Québec afin d'être constituée en corporation professionnelle autonome. Pour l'Office des professions du Québec, il n'est pas opportun de créer une nouvelle corporation tant que le champ d'exercice et les

dispendieuses et peu employées dans un premier temps, ont été conçues dans le cadre d'une étude d'impact et de faisabilité comportant de nombreux critères d'accessibilité. Dans les hôpitaux d'Amos et de Beauceville, l'aménagement a coûté environ \$300 dans chaque cas, pour \$10,000 à l'Hôpital juif de Montréal (en dollars de 1980).

³²⁴ Voir H. Valentini, « La périnatalité au Québec : Les demandes des femmes face à l'invasion technologique », Conférence de l'Association nationale de la femme et le droit, Montréal, 16 au 19 février 1989 ; Voir aussi M. De Koninck et al., *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1981 ; F. Saillant et M. O'Neill, *supra* note 16.

³²⁵ H. Valentini, *supra* note 319 à la p. 10 (le souligné est de l'auteure). À cet égard, la chambre de naissance est souvent une salle d'accouchement déguisée, où le lit se transforme rapidement avec des étriers et où la routine médicale et les interventions, sauf la césarienne, y sont pratique courante.

activités revendiqués par les membres de l'Association des sages-femmes du Québec, comme faisant partie de leur profession, n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.³²⁶

De plus, vers 1975, certaines femmes font revivre, à la demande des futures mères, la tradition et l'art de la pratique de la sage-femme. La plupart d'entre elles sont de formation autodidacte, avec, pour un certain nombre, une formation de base d'infirmière ; quelques-unes sont infirmières-sages-femmes diplômées d'Europe ou de Terre-Neuve. Malgré l'illégalité de leur pratique, elles se regroupent, à partir de 1980, pour s'entraider en cas d'accouchements difficiles, de poursuites pour pratique illégale de la médecine et pour partager leurs expériences et leurs connaissances. Elles créent le Groupe de travail pour la reconnaissance des sages-femmes qui devient, en 1986, l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes. Avec le temps, elles mettent en place des normes de pratique et des mécanismes de support professionnels de même que des rencontres régulières de formation.

Durant ces mêmes années, plusieurs études québécoises font état de la pertinence de mettre en place des services de sage-femme afin de contrer la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et d'améliorer les services périnataux.³²⁷ Leurs recommandations sont à l'effet de légaliser la sage-femme comme professionnelle autonome. Son champ de pratique et sa formation devront être définis en fonction des normes internationales. En 1988, la majorité des organisations consultées sur ce dossier approuvent la mise en place de services de sage-femme pour les femmes du Québec et se montrent favorables à l'expérimentation de leur pratique dans le cadre de projets-pilotes. Seules la Corporation professionnelle des médecins du Québec et les différentes associations médicales se prononcent unanimement contre ces propositions.

³²⁶Office des professions du Québec, *Avis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles Monsieur Claude Ryan concernant la demande de l'Association des sages-femmes du Québec d'être constituée en corporation*, Québec, Office des professions du Québec, 1987 à la p. 15.

³²⁷Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, Éditeur officiel, 1978 à la p. 99 ; Comité interministériel sur les sages-femmes, *supra* note 17 aux pp. 189 et s. ; Office des professions du Québec, *ibid.* à la p. 16 ; Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10 aux pp. 134-135.

Dans un premier temps, la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, madame Thérèse Lavoie-Roux tente d'obtenir la collaboration de la Corporation professionnelle des médecins du Québec dans le but de mettre à jour le règlement sur la pratique de l'obstétrique par la sage-femme, en vertu de la *Loi médicale*, et ce, pour la durée de l'expérimentation. N'ayant pu l'obtenir, elle dépose un projet de loi pour permettre cette pratique dans le cadre de projets-pilotes en juin 1989.³²⁸

Ce projet de loi, mort au feuillet lors des élections de 1989, est redéposé par le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté. Il s'agit du projet de loi 4, *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*.³²⁹ Lors de la tenue d'audiences publiques devant la Commission permanente des affaires sociales, en décembre 1989, les parties intéressées font valoir leur point de vue sur ce projet.³³⁰ En juin 1990, devant l'Assemblée nationale, le Ministre Marc-Yvan Côté souligne qu'une telle expérimentation permettra de constater si la pratique des sages-femmes constitue effectivement un moyen pour améliorer les services entourant la grossesse et la naissance au Québec.³³¹ Adoptée lors d'une fin de session parlementaire très mouvementée, suite à l'échec de l'Accord du Lac Meech, cette loi passe pratiquement inaperçue.³³²

³²⁸P.L. 156, *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, 2^e sess., 33^e Lég. Qué., 1990 (1^e lecture, 19 juin 1990).

³²⁹ P.L. 4, *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, 1^e sess., 34^e Lég. Qué., 1989 (Présentation 29 novembre 1989).

³³⁰Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières dans le cadre de l'étude du projet de loi 4 - *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* », Québec, *Journal des débats*, nos 2-5 des 6-8, 12 décembre 1989.

³³¹Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats*, vol.31, no61 aux pp. 3981-3989 (21 juin 1990).

³³²Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats*, vol. 31, no 62 à la p. 4105 (22 juin 1990).

En juillet 1993, la pratique de l'obstétrique par la sage-femme est reconnue dans le cadre de deux lois, soit la *Loi médicale*³³³ et la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*³³⁴. Malgré cela, celle-ci pratique toujours illégalement, sauf pour qui travaille à la maternité du Centre de santé Innuulisivik, à Povungnituk.³³⁵ Pour les fins de ce travail, nous analysons maintenant les diverses composantes de la pratique de la sage-femme, à ce moment-ci de son histoire, dans le cadre des deux lois qui la régissent.

Section 2. La situation de la sage-femme en vertu de la *Loi médicale*

Au siècle dernier, les médecins ont acquis le pouvoir de réglementer la pratique de l'obstétrique par la sage-femme, pouvoir toujours existant en 1993. De quelle manière l'exercent-ils et quelles en sont les conséquences ?

Sous-section 1. Le statut légal de la sage-femme et le devoir de réglementer des médecins

La *Loi médicale* en vigueur actuellement encadre l'exercice de la médecine et la pratique des médecins. La section VI définit l'exercice de la médecine :

Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

³³³L.R.Q., c. M-9.

³³⁴*Supra* note 14.

³³⁵Il s'agit du Centre hospitalier de la Baie d'Hudson, tel que prévu à l'article 41 de la loi instituant des projets-pilotes de pratique de sage-femme.

L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections.³³⁶

À défaut d'une reconnaissance professionnelle particulière, quel est le statut légal de la sage-femme qui pratique l'obstétrique ? La section VII de la loi concerne l'exercice illégal de la médecine et stipule que

[s]ous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin.³³⁷

La pratique des accouchements étant incluse dans le champ d'exercice exclusif de la médecine, nul autre qu'un médecin détenant un permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ne peut en principe pratiquer l'obstétrique au Québec. Cependant, la Loi médicale prévoit des exceptions :

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux actes posés :...

c) par les sages-femmes exerçant l'obstétrique conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe a du premier alinéa de l'article 19,³³⁸

Cet article, qui énumère les devoirs du Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, stipule que

[e]n outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions, le Bureau doit, par règlement :

a) déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes ;³³⁹

Ces règles qui se trouvaient dans le *Règlement sur les sages-femmes, les examens d'admission à l'exercice de la médecine, les licences provinciale et fédérale et les*

³³⁶*Loi médicale, supra* note 333 à l'art. 31.

³³⁷*Ibid.* à l'art. 43.

³³⁸*Ibid.* à l'art. 43, al. 2.

³³⁹*Ibid.* à l'art. 19.

*requêtes au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*³⁴⁰ ne furent pas appliquées. En effet, aucune date pour l'admission de la sage-femme à la pratique de l'obstétrique n'a été fixée depuis les années quarante par le président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. De plus, les conditions exigées pour subir l'examen étaient depuis longtemps inapplicables, notamment la nécessité de faire un stage de six mois dans une maternité affiliée à une des universités reconnues au Québec. Aucune sage-femme n'aurait pu obtenir un tel stage dans un des départements d'obstétrique des hôpitaux universitaires.

Depuis le 1^{er} janvier 1991, aucun règlement, en vertu de la *Loi médicale*, ne vient plus encadrer la pratique de l'obstétrique par la sage-femme. Ne pouvant se conformer aux dispositions de la loi pour obtenir un permis lui permettant de pratiquer l'obstétrique, la sage-femme qui pratique actuellement commet une infraction. Elle est passible de poursuite pour pratique illégale de la médecine et peut devoir payer une amende comme le prévoit la *Loi médicale* : «Quiconque contrevient aux articles 43 et 44 est passible, pour chaque infraction, des peines prévues à l'article 188 du Code des professions».³⁴¹

Cet article du Code des professions détermine les peines prévues, entre autres, pour la pratique illégale d'une profession :

Toute personne qui contrevient à l'une des dispositions du présent code, de la loi ou des lettres patentes constituant une corporation commet une infraction et est passible, sur poursuite sommaire, d'une amende d'au moins 500\$ et d'au plus 5000\$.³⁴²

Le Comité interministériel sur les sages-femmes, dans son étude de 1983, s'est interrogé sur le sens à donner à l'omission du Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec de réglementer la pratique de l'obstétrique par les sages-femmes. Pour le comité, elle traduit une décision claire de cette corporation. «Estimant que le

³⁴⁰*Supra* note 307.

³⁴¹*Supra* note 333 à l'art. 45.

³⁴²*Code des professions*, L.R.Q., c. C-26 à l'art. 188.

Québec dispose d'une main-d'oeuvre médicale suffisante, la Corporation aurait vu là une donnée rendant caduc le besoin de sages-femmes et la nécessité pour son Bureau, d'émettre des règlements. »³⁴³

La sage-femme poursuivie pour exercice illégal de la médecine peut-elle invoquer, comme moyen de défense, que l'omission de réglementer de la Corporation professionnelle des médecins du Québec constitue une prohibition déguisée de la pratique de l'obstétrique par la sage-femme ?

Analysons ici le devoir de réglementer de cette Corporation. Son Bureau peut-il effectivement omettre de déterminer les règles concernant la sage-femme ?

Chaque fois qu'il est prescrit qu'une chose sera faite, l'obligation de l'accomplir est absolue; mais s'il est dit qu'une chose «pourra» ou «peut» être faite, il est facultatif de l'accomplir ou non.³⁴⁴

Ainsi s'analyse la différence entre l'obligation et la possibilité de faire au sens de la *Loi d'interprétation*. Cette loi s'applique à toute loi à moins de dispositions expresses au contraire, ce qui n'est pas le cas pour la *Loi médicale*. Les auteurs du *Traité de droit de la santé et des services sociaux* vont dans le même sens dans l'analyse du pouvoir réglementaire :

Pouvoir réglementaire imposé. L'une des particularités intéressantes de ce pouvoir réglementaire consiste dans le caractère obligatoire qui s'y rattache en partie. En effet, l'objectif principal du législateur en cette matière étant la protection du public, il ne s'est départi de son pouvoir normatif sur les professionnels au profit de leurs corporations qu'en s'assurant que ces dernières n'utiliseraient pas

³⁴³Comité interministériel sur les sages-femmes, *supra* note 17 à la p. 113. En note en bas de page, le Comité cite une lettre du secrétaire adjoint, monsieur Jacques Brière, datée du 20 juin 1980, au Community Task Force on Maternal and Child Health: «Although the Medical Act gives the bureau of the Corporation power to make regulations respecting the study and practice of obstetrics by midwives, such regulations have not been drafted. Sufficient medical manpower, in the province of Québec, has precluded the need for midwives and the necessity of the bureau to draft regulations».

³⁴⁴*Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16 à l'art. 51.

leur discrétion pour refuser d'adopter les règles qui doivent contraindre leurs membres à exercer leur profession conformément à l'intérêt public. [...]

De plus, certaines corporations sont tenues, par leur loi constitutive, d'adopter des règlements sur des matières relatives à leur objet spécifique, comme les actes délégués, la révocation du statut d'étudiant, les ordonnances, [...].³⁴⁵

La Corporation professionnelle des médecins du Québec ne peut donc se soustraire à son obligation de réglementer, prévue à l'article 19 a), en omettant de prolonger la validité d'un règlement, comme c'est le cas présentement. Elle doit non seulement le prolonger mais aussi veiller à ce qu'un tel règlement soit compatible avec les exigences actuelles de formation et les possibilités de les acquérir. En fait, elle se doit de remplir son obligation et de le faire de façon à ce que les règles établies soient applicables.

Selon Pépin et Ouellette dans leur ouvrage, *Principes de contentieux administratif*, «[i]l convient de considérer le but et les effets du règlement et d'appliquer le vieux principe selon lequel on ne peut faire indirectement, de façon déguisée, ce qu'il est défendu de faire directement».³⁴⁶ L'absence de règlement peut équivaloir à une prohibition car il confine la sage-femme dans l'illégalité alors que la loi lui reconnaît un droit de pratique. Et ces auteurs de poursuivre en disant «[...] qu'en l'absence d'une autorisation législative expresse à cet effet, le pouvoir de réglementer n'inclut pas le pouvoir de prohiber, [...]».³⁴⁷

Est-il suffisant, pour faire rejeter une poursuite en pratique illégale de la médecine contre une sage-femme, de prouver la mauvaise volonté de la Corporation professionnelle des médecins du Québec à cet égard? Ce test n'a pu être tenté, une telle poursuite

³⁴⁵A. Lajoie, P. Molinari et J.M. Auby, *supra* note 32 aux pp. 993-994, no 1920.

³⁴⁶G. Pépin et Y. Ouellette, *Principes de contentieux administratif*, Montréal, Yvon Blais, 1982 à la p. 129.

³⁴⁷*Ibid.*

n'ayant pas eu lieu au Québec depuis la réapparition de la pratique de l'obstétrique par la sage-femme. Par ailleurs, toute citoyenne étant tenue de se conformer à la loi sous peine de sanction, le tribunal accepterait-il de considérer l'omission de réglementer de la corporation des médecins ? La faute de l'autre partie invoquée en défense n'absout pas nécessairement celle de la sage-femme. Peut-elle servir à l'exonérer ou à la soustraire à l'amende habituellement encourue pour exercice illégal de la médecine ? Le tribunal statuerait-il sur l'obligation de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et, en quel sens ? Nous n'avons pu trouver de réponse à ces questions jusqu'à maintenant.

De son côté, la sage-femme a-t-elle un recours contre la Corporation des médecins qui ne lui permet pas de pratiquer l'obstétrique légalement comme la loi l'y autorise ? Toute personne intéressée, comme la sage-femme ou une femme qui désire se prévaloir de ses services, peut être autorisée à déposer une requête en *mandamus* contre la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Le défaut de celle-ci d'exercer son pouvoir peut être considéré comme un abus de pouvoir et à cet égard, le *Code de procédure civile* nous dit que :

Toute personne intéressée peut s'adresser au tribunal pour obtenir une ordonnance enjoignant à une personne d'accomplir un devoir ou un acte qui n'est pas de nature purement privé, notamment :

1. Lorsqu'une corporation, un corps public ou un groupement visé par l'article 60 omet, néglige ou refuse d'accomplir un devoir que la loi impose ou un acte auquel la loi l'oblige,³⁴⁸

Dans *Garneau c. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc*, le juge Sylvestre énonce les critères permettant de recevoir une telle requête.³⁴⁹ Selon lui une corporation publique, étant d'intérêt public et reconnue par une loi publique, est soumise aux prescriptions du *Code*

³⁴⁸*Code de procédure civile du Québec*, L.R.Q., c. C-25 à l'art. 844.

³⁴⁹[1957] R.L. 129 aux pp. 130-131. Il s'agit d'un médecin dont la nomination au sein du Bureau médical de l'établissement n'a pas été renouvelée après seize ans. Le Conseil d'administration a pris cette décision sans entendre le médecin, ni les représentants du Bureau médical, et sans soumettre à ce dernier les raisons d'une telle révocation.

de procédure civile relatives au *mandamus*. Par ailleurs, l'intérêt du requérant, dans un tel cas, n'est pas purement privé puisqu'il demande l'application d'un règlement d'intérêt public, négligé par l'intimé. De même, les clients du requérant ont aussi intérêt afin de pouvoir recevoir des soins. Ces critères établis par la doctrine puisque le *Code de procédure civile* ne les définit pas, sont applicables à la situation de la sage-femme soumise la *Loi médicale*. En regard des conditions énoncées par le juge Sylvestre, il y a de fortes chances pour qu'une telle demande puisse être reçue. Mais les sages-femmes n'ont pas les possibilités de recourir à des procédures légales, tant en terme d'expertise que de ressources financières. Raison plus essentielle, elles ne désirent pas se mobiliser ou solliciter l'appui de la population pour exiger des médecins la mise à jour du règlement de la *Loi médicale* relatif à leur pratique. En fait, avec les groupes concernés par ce dossier et la population, elles demandent au gouvernement du Québec de les reconnaître à titre de corporation professionnelle dans le cadre d'une loi particulière, afin de préserver l'autonomie et l'intégrité de leur profession. Elles ne veulent en aucun cas être sous le contrôle d'une autre profession, que ce soit celle de médecins ou des infirmières.

Sous-section 2. L'encadrement de la pratique de la sage-femme malgré son illégalité

Dans un contexte où la profession de sage-femme n'est pas reconnue légalement, quels sont les mécanismes en place pour pallier l'absence d'encadrement habituellement pourvu par une corporation professionnelle ?

A) L'encadrement professionnel

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le cadre légal prévu en vertu de la *Loi médicale* étant caduc, la sage-femme qui exerce l'obstétrique au Québec le fait

illégalement. C'est aussi la situation pour celle qui pratiquera à l'extérieur des projets-pilotes dans les prochaines années. De par son obligation légale, il revient à la Corporation professionnelle des médecins du Québec de veiller à la qualité de la pratique de toute sage-femme. Cependant, il n'existe aucun mécanisme à ce niveau. Pour pallier le manque d'organisme professionnel, un grand nombre de sages-femmes se sont regroupées au sein de l'une ou l'autre des deux associations mentionnées précédemment, soit l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes et l'Association des sages-femmes du Québec.

Faute de reconnaissance formelle par le gouvernement québécois, ces associations n'ont pas les pouvoirs d'une corporation professionnelle. Leur pouvoir est d'ordre moral. Elles n'ont pas la capacité légale d'obliger les sages-femmes à en devenir membres, ni, si elles le sont, à respecter les normes de pratique qu'elles ont adoptées.

Les deux associations ont pour principal objectif de promouvoir la profession de sage-femme et de travailler à obtenir une reconnaissance juridique conforme à la philosophie de la pratique de la sage-femme. Leur rôle est double et, à certains moments, peut les mettre en conflit d'intérêt avec elles-mêmes. Comme tout organisme professionnel, elles mettent en place des normes de formation et de pratique assurant la sécurité du public. Comme associations de professionnelles, elles voient à l'avancement de la profession et à l'intérêt de leurs membres.

Selon Judith Rochette,

diverses associations de thérapeutes alternatifs sont conscientes de la nécessité d'offrir des garanties de qualité aux consommateurs de soins. Par conséquent, afin de présenter au public une image intègre, ces groupes s'organisent selon le modèle corporatif reconnu, [...].³⁵⁰

Les associations de sages-femmes ont agi en ce sens depuis plusieurs années et adopté des règles visant à assurer la qualité de leurs services et l'intégrité de la profession. Elles peuvent

³⁵⁰J. Rochette, *Le phénomène des médecines alternatives au Québec : problèmes et esquisses de solution*, essai de maîtrise en Droit de la santé, Université de Sherbrooke, 1990 à la p. 64 (non publié).

donc révoquer le statut de membre d'une personne qui n'agit pas de façon conforme aux objectifs et aux règlements adoptés à l'assemblée générale des membres. À l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, le comité des standards de pratique a élaboré un document de politiques pour lui permettre de remplir cette fonction d'encadrement de la profession.³⁵¹ Ce document comprend les « Standards et qualifications pour l'art et la pratique de la sage-femme », un « Code de déontologie », une « Grille de facteurs de risque » et ses modalités d'utilisation, un mécanisme de « Révision par les paires ». De plus, un comité de plaintes et discipline a été mis en place. Il est composé de trois membres dont une usagère nommée par le regroupement Naissance-Renaissance. Ce comité reçoit toute plainte contre une sage-femme, membre de l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes. Une plainte doit être écrite et déposée par une personne concernée, c'est-à-dire une usagère, son conjoint, une autre sage-femme ou toute personne ayant intérêt. Elle est étudiée par le comité qui juge de la meilleure manière de procéder et des suites qu'il convient de lui donner. Il s'assure dans tous les cas d'entendre les parties concernées et, si nécessaire, de chercher l'avis de personnes extérieures. Par ailleurs, le comité de formation a élaboré un document sur la formation et les compétences que doit acquérir la sage-femme afin d'être apte à exercer sa profession.³⁵² Il organise, depuis plus de dix ans, des sessions régulières de formation continue sur les différents acquis nécessaires à la pratique d'une sage-femme.³⁵³ De son côté, l'Association des sages-femmes du Québec a aussi rédigé un « Code de déontologie » pour la pratique de la sage-femme.³⁵⁴

³⁵¹Comité des standards de pratique, *Politiques*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, mise à jour mars 1991.

³⁵²Comité de formation, *Outil de transmission du savoir sage-femme*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, 1991 ; M. Beauchemin et C. Lapchuck, *Mise à jour des connaissances des sages-femmes*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, 1992.

³⁵³Une attestation est donnée à chaque sage-femme présente. Les signatures de la personne donnant la formation et de la secrétaire de l'association attestent de la présence de la sage-femme.

³⁵⁴Entrevue téléphonique avec M. Rousseau, août 1992, Montréal. Mme Rousseau est présidente de cette association. Il a été impossible d'obtenir copie de ce document. Nous ne possédons aucune information sur les autres mécanismes que cette association a pu mettre en place pour entourer la pratique de ses membres.

Par ailleurs, un certain nombre de sages-femmes ne sont pas membres de l'une ou l'autre des associations existantes. Une telle obligation n'existe pas à l'heure actuelle. Cette sage-femme pratique donc à l'extérieur de toute forme de contrôle professionnel, si ce n'est celui exercé par l'entente qu'elle a avec sa cliente.

B) Le champ d'exercice

La sage-femme québécoise a établi sa pratique en fonction de la *Définition internationale de la sage-femme*. Ceci répond à la demande exprimée par les femmes d'avoir un suivi complet, de façon continu, par la même personne et dans le lieu de leur choix.

Malgré sa situation d'illégalité, la sage-femme québécoise occupe une grande partie du champ d'exercice défini au plan international. En effet, elle suit la femme qui en fait la demande, du début de sa grossesse jusqu'à six à huit semaines après l'accouchement. Au besoin, elle la revoit pour des conseils reliés à l'allaitement, à la santé de la mère et de l'enfant ou à l'intégration de la famille dans son nouveau rôle. Elle joue un grand rôle d'éducatrice et à ce niveau, son statut légal n'a aucune implication, sauf si elle suggère des moyens pouvant être jugés thérapeutiques pour prévenir ou guérir un problème de santé.³⁵⁵

Pourtant cette situation d'illégalité ne lui permet pas actuellement d'exercer pleinement ses activités professionnelles. Qu'elle accompagne une femme à domicile ou à l'hôpital dans les cas de grossesses et d'accouchements normaux ou à risque, elle n'utilise qu'une partie de ses compétences. En effet, ne pouvant prescrire les tests nécessaires à un suivi complet, elle doit s'assurer que la femme les obtient de son médecin qui donnera les résultats à sa cliente. Son information est donc de deuxième main dans plusieurs cas. Elle ne peut demander à ce médecin de prescrire un test qu'elle juge nécessaire, ni donner son avis sur les soins médicaux offerts à la femme ou annuler au besoin une intervention

³⁵⁵Il peut s'agir, par exemple, de suppléments vitaminiques, d'un ajustement de la diète alimentaire, d'un fongicide pour une infection vaginale à champignon ou pour le muguet dans la bouche du nouveau-né.

jugée invasive ou inutile. Au moment du travail et de l'accouchement, si elle accompagne la femme à l'hôpital, elle ne peut tenir pleinement son rôle en tant que première responsable. Elle doit jouer celui d'une accompagnatrice. La situation est la même après l'accouchement, lorsque la mère ou le nouveau-né sont encore à l'hôpital ou lorsque, étant au domicile, ils ont besoin de tests ou de traitements disponibles seulement en institutions. Au niveau de la planification familiale, son rôle en est surtout un d'éducation. Elle ne peut prescrire de méthode contraceptive, sauf en ce qui concerne les méthodes douces.³⁵⁶

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

La sage-femme qui exerce en dehors d'une reconnaissance légale le fait en pratique privée. C'est ce que l'on appelle la pratique libérale en Europe. Si elle est membre d'une des deux associations, elle modèle sa pratique en fonction des politiques établies. De manière générale, elle travaille seule ou en équipe d'au plus quatre sages-femmes. Chaque sage-femme est responsable de ses propres clientes. Elle gère son bureau et organise son travail en fonction des besoins de sa clientèle. Elle assiste la femme lors de son accouchement, soit à domicile, là où la majorité des femmes qui font appel à ses services désirent accoucher, mais les accompagne à l'hôpital quand la situation ou la cliente le demande.³⁵⁷ Une deuxième sage-femme, ou une assistante sage-femme, est présente

³⁵⁶Entre autres, la méthode sympto-thermique développée par le groupe Séréna.

³⁵⁷Dans ce cas, elle est accompagnante, assurant un support physique et moral à la femme et à son conjoint. Parfois son rôle à l'hôpital dépasse les limites autorisées comme ce fut le cas à l'hôpital Pierre-Boucher de Longueuil en 1989. Un médecin ayant permis à une sage-femme de faire l'accouchement de leur cliente respective, le Conseil d'administration de l'hôpital décide de lui retirer son privilège d'exercice pour six mois. La Commission des Affaires sociales à laquelle le médecin demande de statuer sur la décision, en suspend l'exécution jusqu'à ce qu'elle puisse se prononcer sur le fond de l'appel ([1989] C.A.S. 627-633). L'audition ne semble pas avoir eu lieu. Le Conseil d'administration a déposé, au même moment, une plainte contre la sage-femme pour pratique illégale de la médecine auprès de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Cette plainte n'a pas eu de suite jusqu'à maintenant.

lors de l'accouchement afin d'assurer des services sécuritaires à la mère et à l'enfant.³⁵⁸ Lorsqu'elle travaille en équipe, elle doit se soumettre aux règles de travail du groupe. Celles-ci concernent la disponibilité à fournir pour les remplacements éventuels, les plans de soins, les protocoles, les mécanismes de consultation et de révision de cas. Elle assure une garde continue, soit 24 heures sur 24 et ce, sept jours semaine auprès de ses clientes, sauf durant ses fins de semaine de congé ou ses vacances. Une sage-femme remplaçante est disponible en cas de besoin.³⁵⁹

La sage-femme est rémunérée directement par sa cliente selon un tarif qui peut varier en fonction de l'ensemble des soins qui seront donnés, du niveau de vie de la cliente et de l'expérience de la sage-femme. Ce tarif couvre généralement l'ensemble des soins et services donnés par la sage-femme durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, à l'exception des cours prénataux de groupe, défrayés séparément. Si la sage-femme ne voit la femme ou le couple que pour quelques consultations, un tarif horaire sert à établir sa rémunération. Lorsque la sage-femme est aussi infirmière, la cliente peut, dans certains cas, obtenir un remboursement par ses assurances personnelles pour une partie des services qu'elle a reçus. Par exemple, les soins à la mère et à l'enfant à domicile après l'accouchement, pour lesquels la sage-femme est rémunérée à titre d'infirmière privée.

En conclusion, compte tenu du défaut de réglementer de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, la sage-femme qui travaille actuellement le fait dans l'illégalité. Cependant afin de répondre à la demande des femmes et des couples québécois, la

³⁵⁸Pour l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, l'assistante sage-femme est une étudiante qui a acquis les connaissances et les compétences nécessaires pour assister la sage-femme lors du travail et de l'accouchement. Sa formation dure généralement trois ans auprès d'une sage-femme de cette association. Avant de devenir elle-même sage-femme, elle doit posséder les connaissances théoriques définies dans le document de formation, avoir assisté comme assistante trente suivis complets de grossesse et fait elle-même un suivi auprès de trente femmes enceintes, sous supervision.

³⁵⁹Il peut s'agir d'un congé, de deux accouchements simultanés ou de maladie.

sage-femme offre ses services dans le cadre d'une pratique privée, rémunérée par sa cliente. Afin de pallier à l'absence d'organisme professionnel reconnu, elle peut être membre d'une des associations de sages-femmes et, à ce titre, se conformer aux normes établies pour la formation et la pratique professionnelle. Pour assurer la sécurité de cette pratique, qu'elle assiste la femme à son domicile ou à l'hôpital, elle crée des liens de collaboration avec les différents intervenants de la santé, là où cela est possible, et n'hésite pas à utiliser les services en place lorsque nécessaire. Dans quelle mesure la situation de la sage-femme qui pratiquera, sous peu, dans un projet-pilote est-elle différente de celle de la sage-femme qui exerce dans l'illégalité ?

Section 3. La situation de la sage-femme en vertu de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*

Cette loi est actuellement en phase d'implantation. La réelle expérimentation ne débutera que vers le début de 1994, soit trois ans et demi après son adoption. Compte tenu de sa durée, soit six ans après l'adoption du premier règlement du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, le 24 septembre 1992, il ne restera que deux ans avant que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre responsable de l'application des lois professionnelles ne remettent leur rapport à l'Assemblée nationale.³⁶⁰

³⁶⁰*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 aux art. 42, 45.

Sous-section 1. Le statut légal de la sage-femme

La *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* ne légalise pas la profession de sage-femme mais autorise sa pratique à titre d'essai, dans un cadre spécifique :

La présente loi a pour objet, à titre expérimental, d'autoriser la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.³⁶¹

Elle définit clairement les objectifs qu'elle poursuit :

Cette expérimentation vise principalement à évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances de bébés prématurés ou de faibles poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles-cibles, dans le but de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique et, le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe périnatale.³⁶²

La pratique effectuée par une sage-femme dans le cadre d'un projet-pilote est légale pour autant qu'elle respecte les conditions déterminées par la loi. Ces conditions touchent différents aspects dont les prérequis nécessaires aux personnes désirant pratiquer, leur cadre de pratique et même le lieu prévu pour l'accouchement.

Quelles sont les personnes qui peuvent pratiquer comme sage-femme dans ce contexte ?

Seule une sage-femme reconnue apte à pratiquer conformément au paragraphe 2^e du premier alinéa de l'article 23 peut être admise par un établissement, suivant les besoins de ce dernier, à participer à un projet-pilote.³⁶³

³⁶¹*Ibid.* à l'art. 1, al. 1.

³⁶²*Ibid.* à l'art. 1, al. 2.

³⁶³*Ibid.* à l'art. 28.

Ainsi, exerce légalement la sage-femme reconnue apte à pratiquer et engagée par un établissement ayant été retenu pour un projet-pilote. Chaque sage-femme qui en fait la demande est évaluée par le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes qui détermine si elle est apte à pratiquer dans le cadre d'un projet-pilote. Si c'est le cas, il délivre à cette sage-femme une reconnaissance d'aptitude.³⁶⁴

Deux comités ont été nommés, en mai 1991, pour permettre l'implantation de cette loi : le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes et le Conseil d'évaluation des projets-pilotes.³⁶⁵ Deux règlements, établis en vertu de l'article 23, alinéa 3, par le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, sont maintenant en vigueur, soit le *Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*³⁶⁶ et le *Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux*³⁶⁷. Ces règlements ont permis au Comité d'admission de mettre en place un processus d'évaluation des sages-femmes. Un premier groupe de seize d'entre elles a reçu une reconnaissance d'aptitude le 28 juin 1993. Le processus d'évaluation poursuit ses travaux, puisqu'il faut environ une soixantaine de sages-femmes pour combler les postes nécessaires dans huit projets-pilotes. Parallèlement au travail de ce comité, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a défini les critères permettant de recommander des projets au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ils sont déterminés en fonction des articles 4, 5 et 7, tout en tenant compte des autres dispositions de la loi. L'analyse des premiers projets-pilotes déposés a débuté en mai 1992.³⁶⁸ Depuis l'entrée

³⁶⁴*Ibid.* à l'art. 23, al. 1 (2°).

³⁶⁵*Ibid.* aux art. 22, 30. Ces comités sont institués en vertu des articles 22 et 30.

³⁶⁶D. 1193-92, 19 août 1992, G.O.Q. 1992.II.5803, établi en vertu de l'art. 23, al. 1 (1°).

³⁶⁷D. 413-93, 24 mars 1993, G.O.Q. 1993.II.2499, établi en vertu de l'art. 23, al. 2.

³⁶⁸*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 6. Ils doivent être soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux au plus tard dans l'année qui suit l'adoption du premier règlement portant sur les critères généraux de compétence et de formation, soit avant le 24 septembre 1993.

en vigueur de la loi, le 22 juin 1990, en plus de la Maternité du Centre de santé Innuulisivik déjà reconnu par la loi elle-même³⁶⁹, trois projets ont été annoncés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit de ceux du C.L.S.C. des Draveurs dans la région de l'Outaouais, le 12 mars 1993, du C.L.S.C. Côte-des-Neiges, à Montréal et du C.L.S.C. de la Mitis, à Mont-Joli, annoncés le 1^{er} juillet 1993.³⁷⁰ Quatre autres devraient être annoncés d'ici le printemps 1994.

Sous-section 2. L'encadrement de la pratique de la sage-femme durant la période d'expérimentation

Durant cette période, c'est la même loi qui y détermine les règles de la pratique.

A) L'encadrement professionnel

En l'absence d'une corporation professionnelle, existe-t-il un encadrement professionnel pour la sage-femme qui travaillera dans le cadre d'un projet-pilote ?

La réponse à cette question se trouve en partie dans la loi précitée. Cette loi autorise la pratique des sages-femmes dans un cadre très précis. Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services offerts, différentes dispositions y sont prévues. Dans un premier temps, la loi permet de s'assurer de la compétence de la sage-femme qui sera engagée, comme nous l'avons vu antérieurement. Dans un deuxième temps, le contrôle de la pratique se fait à l'intérieur de chaque projet-pilote par le Conseil multidisciplinaire de

³⁶⁹*Ibid.* à l'art. 41, al. 1. Il s'agit pour le gouvernement québécois de permettre la poursuite de la pratique des sages-femmes dans cette maternité qui existe depuis 1985.

³⁷⁰A. Pépin, « Sages-femmes : Côté autorise un projet-pilote dans l'Outaouais » *La Presse* [de Montréal] (13 mars 1993) A22 ; E. Desrosiers, « Un premier programme de sages-femmes voit le jour à Montréal » *La Presse* [de Montréal] (3 juillet 1993) A8.

la pratique des sages-femmes.³⁷¹ Les fonctions de ce dernier sont d'élaborer les règles de soins applicables à la sage-femme dans sa pratique et de contrôler et d'apprécier les actes posés. Il doit aussi étudier toute plainte relative à la pratique ou à la conduite d'une sage-femme et faire les recommandations qu'il juge nécessaires au directeur général de l'établissement responsable du projet-pilote.³⁷² Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement responsable peut être désigné pour remplir les fonctions du Conseil multidisciplinaire.³⁷³

Ainsi le cadre professionnel de la sage-femme est assuré par le contrôle de l'admission à la pratique, des règles de soins, des actes effectués et de la conduite de la sage-femme dans l'exercice de sa pratique. D'autres mécanismes peuvent être prévus dans l'organisation du projet-pilote, si l'établissement le juge nécessaire.³⁷⁴ Ils devront, cependant, respecter l'autonomie de la sage-femme, la spécificité des services offerts, et la sécurité de la mère et du nouveau-né.³⁷⁵

Par ailleurs, les associations de sages-femmes continuent, de façon informelle, à jouer un rôle au niveau de l'encadrement professionnel tant et aussi longtemps qu'une corporation professionnelle ne sera pas créée. Elles désirent principalement apporter un soutien constant à leurs membres, mais aussi à toute sage-femme qui en fait la demande durant le temps de l'expérimentation. Les documents qu'elles ont produits, peuvent être utilisés comme outils de discussion afin d'établir des règles communes à toutes les sages-femmes dans les projets-pilotes. Pensons aux normes de déontologie que les sages-femmes devront sans doute se donner. Afin d'éviter de refaire le même travail dans

³⁷¹*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 aux art. 11, al. 1, 16.

³⁷²*Ibid.* à l'art. 16.

³⁷³*Ibid.* à l'art. 11, al. 2.

³⁷⁴*Ibid.* à l'art. 5, al. 5 (2°).

³⁷⁵*Ibid.* à l'art. 7 (4°).

chaque projet-pilote, un Code de déontologie provincial peut être établi à partir de ceux des associations, tout en s'assurant qu'il répond aux exigences des règles québécoises à cet effet.³⁷⁶

B) Le champ d'exercice

D'ici environ un an, un certain nombre de sages-femmes exerceront leur pratique en toute légalité dans le cadre de projets-pilotes. La loi qui autorise cette pratique, détermine à cette fin ce qui constitue le champ d'exercice de la pratique de la sage-femme.

Dans le cadre des projets-pilotes, constitue l'exercice de la pratique des sages-femmes tout acte qui a pour objet de procurer à une femme les soins et les services requis par son état lors de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période post-natale. L'exercice de la pratique des sages-femmes comprend notamment l'éducation prénatale et post-natale des parents, les soins préventifs, le dépistage de conditions anormales chez la femme ou le nouveau-né, l'accouchement, les soins à donner à la femme et au nouveau-né et la planification familiale.³⁷⁷

Cet énoncé, calqué sur la *Définition internationale de la sage-femme*, constitue la base minimale à partir de laquelle les établissements responsables doivent élaborer leur projet-pilote. Dans le champ d'exercice tel que défini, la sage-femme peut poser tous les actes nécessaires à sa pratique.

Une sage-femme peut en outre, dans l'exercice de sa pratique effectuer un examen vaginal à l'aide d'un spéculum, pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi que la réparation d'une lacération mineure du périnée.³⁷⁸

En plus de ce que la loi spécifie clairement, le *Règlement sur les critères généraux de compétences et de formation des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes* sert

³⁷⁶*Code des professions, supra* note 342 à l'art. 87.

³⁷⁷*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 2, al. 1.

³⁷⁸*Ibid.* à l'art. 2, al. 2.

de guide pour déterminer les actes permis à la sage-femme.³⁷⁹ Par ailleurs, une liste des actes médicaux ou infirmiers qu'une sage-femme est autorisée à poser, en sus de ceux cités précédemment, doit être incluse dans la description du projet-pilote.³⁸⁰

Le champ d'exercice de la sage-femme dans le cadre des projets-pilotes et les actes qui en découlent, font partie actuellement du champ de pratique des médecins ou des infirmières. Cependant, la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* prévoit qu'une sage-femme peut, malgré toute disposition inconciliable de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*³⁸¹ et de la *Loi médicale*³⁸², poser les actes médicaux ou infirmiers définis à l'article 2 et, le cas échéant, par le projet-pilote.³⁸³ Elle confirme, en plus, l'étendue des privilèges de la sage-femme :

Une sage-femme qui participe à un projet-pilote peut admettre, pour un accouchement dans un établissement visé à l'article 4, une femme qui requiert ses soins et ses services et en autoriser la sortie de même que celle de son enfant.³⁸⁴

De plus, des ententes doivent négociées entre les établissements concernés, les sages-femmes, les médecins, sans oublier les femmes qui utilisent ces services, afin d'assurer le support médical à la sage-femme et la sécurité de la mère et du nouveau-né.³⁸⁵

Par ailleurs, la loi vient spécifier les limites du champ de pratique et des privilèges de la sage-femme :

³⁷⁹*Supra* note 366.

³⁸⁰*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 5, al. 1 (6°).

³⁸¹L.R.Q., c. I-8.

³⁸²*Supra* note 333.

³⁸³*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 39.

³⁸⁴*Ibid.* à l'art. 29.

³⁸⁵*Ibid.* à l'art. 5, al. 1 (4°), 7 (3°).

Sauf en cas d'urgence, une sage-femme ne peut procurer de soins ou de services à une femme dont la grossesse, le travail, l'accouchement ou la période post-natale présente un risque particulier ou évolue avec complication, suivant les critères prévus au deuxième alinéa de l'article 23. Il en est de même à l'égard du nouveau-né qui ne rencontre pas les critères prévus à cet article.³⁸⁶

Ces critères déterminés par le *Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux* viennent limiter la pratique de la sage-femme.³⁸⁷ La sage-femme peut toutefois continuer à donner ses soins ou ses services si le médecin qui a la charge de cette femme ou de ce nouveau-né y consent.³⁸⁸ *A contrario*, elle ne peut continuer son suivi si le médecin n'y consent pas ; tout sera donc ici question de bon vouloir entre les uns et les autres.

Lors de l'implantation de chaque projet, les critères de compétence et de formation de même que les critères de risques obstétricaux et néonataux, serviront de base à l'élaboration des règles de soins par le Conseil multidisciplinaire à la pratique des sages-femmes. Ces règles seront en vigueur à compter de la date de leur approbation par le conseil d'administration de l'établissement responsable. Nous ne pouvons donc à ce moment en évaluer les effets, limitatifs ou non, sur le champ d'exercice de la sage-femme qui pratiquera dans un projet-pilote.³⁸⁹

À titre d'exemple, l'interprétation du champ d'exercice, défini à l'article 2, peut en soi constituer une limite de la pratique de la sage-femme, «[...] constitue l'exercice de la pratique des sages-femmes tout acte qui a pour objet de procurer à une femme les soins et les services requis par son état [...]». Est-ce à dire que la sage-femme ne donne ses

³⁸⁶*Ibid.* à l'art. 8, al. 1.

³⁸⁷*Supra* note 367.

³⁸⁸*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 8, al. 2.

³⁸⁹*Ibid.* à l'art. 16, al. 2.

soins et ses services qu'à partir du moment où le diagnostic de l'état de grossesse de la femme est connu ? Qui en fait le diagnostic ? La femme, par elle-même ou à l'aide du pharmacien, la sage-femme ou le médecin ? Cette question pourrait être soulevée lors de l'organisation des projets-pilotes. Le règlement sur les compétences de la sage-femme nous donne réponse à cette question. «Le candidat à la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes doit posséder la compétence lui permettant : [...] 3° de constater la grossesse, [...]».³⁹⁰ Dans sa pratique, la sage-femme évalue, dès la première rencontre, la situation de la femme qui demande ses services. Elle peut donc confirmer le diagnostic de grossesse, s'il est connu, ou prescrire les tests nécessaires pour l'établir. À la suite d'un tel diagnostic, elle détermine, en fonction des critères de risques obstétricaux et des règles de soins, la possibilité pour cette femme d'être suivie dans le cadre du projet-pilote.

C) L'encadrement administratif et le mode de rémunération

La *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* énonce clairement à qui revient la responsabilité d'encadrer cette pratique. Les projets-pilotes doivent être élaborés par un établissement reconnu en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³⁹¹, soit un centre hospitalier, soit un centre local de services communautaires ou les deux conjointement.³⁹² Chaque projet-pilote doit comprendre, entre autres, dans sa description l'organisation administrative permettant à

³⁹⁰*Règlement sur les critères de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, supra* note 366 à l'art. 1 (3°). En Europe, dans plusieurs pays, la sage-femme pose ce diagnostic, dans d'autres, c'est le médecin, après quoi la femme est suivie par la sage-femme, si elle le désire. En France, c'est le diagnostic de grossesse fourni par le médecin qui donne droit à la femme au remboursement des allocations familiales. Par ailleurs, le *Code de la Santé publique, supra* note 34 à l'art. L.374, octroie à la sage-femme le droit légal de poser ce diagnostic.

³⁹¹*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1991, c. 42 aux art. 79(1)(2), 80, 81.

³⁹²*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 4, 5 (1°).

la sage-femme d'exercer sa pratique.³⁹³ Cette organisation peut varier selon le milieu dans lequel est implanté le projet-pilote. La sage-femme est employée par contrat par l'établissement responsable et sa rémunération est fixée par le gouvernement.³⁹⁴

La sage-femme peut donner ses soins et ses services dans tous lieux prévus à cet effet. À cet égard, la loi prévoit que les accouchements auront lieu dans un centre hospitalier ou dans une installation maintenue par l'établissement responsable du projet et spécialement aménagé à cet effet.³⁹⁵ À titre d'exemple, au Centre de santé Innuulisivik, les accouchements ont lieu dans une aile du centre hospitalier. Par ailleurs, le C.L.S.C. Des Draveurs, en Outaouais, privilégie l'accouchement en Maison des naissances quand la santé de la mère ou de l'enfant le permet.³⁹⁶ Le conseil d'évaluation des projets-pilotes a défini des normes de sécurité que les promoteurs devront respecter lors de la mise en place des services de sages-femmes. Elles concernent, entre autres, le nombre de professionnelles nécessaires lors de l'accouchement (2), le délai maximum lors d'un transfert entre la prise de décision en la prise en charge par un autre professionnel (30 min.) et la liste d'équipement minimum.³⁹⁷

En aucun cas, à l'intérieur d'un projet-pilote, l'accouchement ne peut donc avoir lieu au domicile des parents comme certains d'entre eux le désirent. Le ministre de la Santé et des Services sociaux ne désirait pas aller plus loin dans l'expérimentation, compte tenu de l'opposition du milieu médical à la pratique de la sage-femme de même qu'à l'option de l'accouchement en Maison des naissances.

³⁹³*Ibid.* à l'art. 5 (2°).

³⁹⁴*Ibid.* à l'art. 9, 10.

³⁹⁵*Ibid.* à l'art. 5, al. 2.

³⁹⁶Ce lieu aménagé pour l'accouchement est ce que plusieurs promoteurs de projet-pilote décrivent comme une Maison des naissances, soit un lieu à l'extérieur d'un centre hospitalier. Il est cependant en lien direct avec un tel établissement afin d'assurer le transfert de la mère ou du nouveau-né.

³⁹⁷Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Guide pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes à la pratique des sages-femmes*, Québec, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, mars 1993 (non publié).

En conclusion, la sage-femme qui pratique dans le cadre d'un projet-pilote le fait en toute légalité. Reconnue apte à pratiquer dans ce contexte, elle est encadrée par la loi et les règlements qui en découlent, de même que par les règles établies dans le projet-pilote. Sa pratique se confine au normal et peut se faire en Maison des naissances ou en centre hospitalier. Afin d'assurer la sécurité de la femme et du nouveau-né, elle travaille en collaboration étroite avec différents services des institutions de sa région. En cas de complication à un moment ou l'autre du processus, elle transfère la mère ou l'enfant au spécialiste concerné. Lorsque cela est possible, elle continue à donner certains soins à cette femme ou à son enfant et ce, pour préserver la continuité de ses services.

Cet encadrement de la pratique de la sage-femme assure une période de transition avant une éventuelle légalisation de la profession. Il est cependant trop tôt pour analyser l'impact réel des règlements et des règles de soins, adoptés en vertu de la loi, sur cette pratique. Favoriseront-ils l'autonomie de cette professionnelle ou tenteront-ils de resserrer de plus en plus son champ d'exercice ?

De plus, les ententes nécessaires entre les différents établissements, permettant d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, sont loin d'être acquises. En effet, la plupart des médecins refusent encore de collaborer à leur élaboration. La loi telle qu'adoptée en 1990, a semblé adéquate aux femmes et aux sages-femmes qui demandent cette expérimentation. Cependant, sa mise en application en révèle les faiblesses dans un contexte d'opposition entre les parties concernées.

CHAPITRE 3. L'AVENIR DE LA SAGE-FEMME QUÉBÉCOISE

Quels sont les enjeux autour de la reconnaissance juridique et sociale de la sage-femme ? Que sera la sage-femme québécoise dans les années futures ? Au delà des projets-pilotes, continuera-t-elle d'exister et, dans quelles conditions ? En première partie, nous critiquons la situation actuelle quant aux lois qui reconnaissent la pratique de la sage-femme. En deuxième partie, nous suggérons des pistes d'avenir, en posant principalement des balises sur lesquelles bâtir cette nouvelle profession.

Section 1. Une critique de la situation actuelle

La renaissance de la pratique de la sage-femme est l'une des conséquences de l'insatisfaction des femmes face à la médicalisation des services périnataux, à la mainmise du milieu médical sur cette force inhérente aux femmes qu'est la reproduction dans toutes ses dimensions. Bien que nous soyons ici loin de notre sujet qui concerne le statut juridique de la sage-femme, la question de fond est toujours : « À qui appartient le pouvoir de décision en ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et la naissance de l'enfant et, de manière générale, la reproduction ? »

La réponse à cette question permet de faire des choix sociaux et politiques quant aux services et aux soins à mettre en place pour les femmes et les couples qui désirent ou non, avoir des enfants. Elle sous-tend donc la reconnaissance juridique de la sage-femme comme professionnelle de la santé.

Depuis le début du XXe siècle, deux tendances s'affrontent quant à la définition à donner aux soins obstétricaux et à la détermination des lieux où ils sont exercés.

Du premier point de vue, la reproduction est considérée comme un processus physiologique normal, tant qu'on ne détecte pas de complications. Dans cette optique, les services

en obstétrique sont offerts par des professionnels ouverts, dans les lieux non conçus pour la maladie comme le sont les hôpitaux, mais bien au domicile des parents ou dans les maisons de naissance. Pour les tenants de cette définition, l'obstétrique médicalisée, de par ses interventions inutiles, devient elle-même une source de complications.

Du second point de vue, la reproduction est considérée comme condition médicale. Le professionnel ne peut faire un pronostic favorable sur le déroulement normal de l'événement. Selon sa vision professionnelle, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme «à risque», évoquant des conditions pathologiques possibles, jusqu'à preuve du contraire. Dans cet esprit, la femme doit être suivie uniquement par le médecin généraliste ou spécialiste, et doit s'en remettre à lui pour assurer le succès de sa grossesse et de son accouchement. Comme corollaire, la parturiente est invitée à accoucher dans un hôpital et si possible, dans un centre hautement spécialisé.

Brièvement, Ann Oakley qualifie ce qui distingue ces deux tendances, « [s]o midwives care for women and obstetricians control and master childbirth ». ³⁹⁸

Au delà d'une simple conception de la reproduction, deux visions du monde et de la vie s'affrontent ici, celle des femmes et celle des hommes. La reconnaissance de la sage-femme dans les services de santé québécois permettra-t-elle de créer un lien entre ces deux monde en aidant les femmes et les hommes à donner naissance à leurs enfants et à agir librement comme parents ? Dans ces conditions, peut-être pourront-ils apprivoiser et comprendre cette expérience dans toutes ses dimensions, y découvrant, entre autres, que la sécurité se trouve d'abord et, avant tout, en eux-mêmes ?

³⁹⁸A. Oakley, *supra* note 5 à la p. 217. Pour le Québec, en ce qui concerne les arguments soulevés face à ces deux conceptions, voir les présentations des divers intervenants lors des audiences publiques sur le projet de loi 4 : Commission permanente des affaires sociales, *supra* note 330.

Sous-section 1. Une tolérance sous le couvert d'une opposition

Depuis la réapparition de la sage-femme auprès des femmes québécoises, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a pris position à maintes reprises et, quelquefois de façon assez imagée, contre cette pratique jugée archaïque.³⁹⁹ Son message est à l'effet que le Québec a les meilleurs services obstétricaux au monde sans la participation des sages-femmes. Pourquoi, donc, dans ces conditions, changer les règles du jeu ?

La Corporation professionnelle des médecins du Québec tente-t-elle de briser la pratique de la sage-femme en la dénonçant publiquement comme dangereuse, non sécuritaire ? En reprenant le discours qu'elle a tenu au début du siècle pour se gagner la clientèle des femmes au moment de leurs accouchements, se base-t-elle sur une stratégie qui a porté fruit à l'époque ? Par ailleurs, les médecins sont-ils conscients que ce mouvement est irréversible et que leur opposition ne fait qu'en retarder l'échéance ? Redoutent-ils qu'une poursuite entraîne un appui populaire, comme celui soulevé au moment des enquêtes publiques du Coroner sur le décès d'un nouveau-né et, impliquant une sage-femme ?⁴⁰⁰

Pourtant, dans une autre enquête en 1991, celle-ci n'impliquant aucune sage-femme, les conclusions du coroner, suite au décès d'un nouveau-né, ouvrent la porte à la

³⁹⁹M. Baker, *Les sages-femmes : un nouveau statut*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement- Service de recherche, oct. 1989 à la p. 24. L'auteure y mentionne la réaction des médecins à l'annonce d'une éventuelle légalisation de la profession de sage-femme, entre autres celle du docteur Augustin Roy dans une entrevue pour *The Gazette* [de Montréal] le 10 mai 1989 : « Pourquoi ne pas légaliser la prostitution ? Il y a beaucoup plus de gens, dit-il, qui réclament la légalisation de la prostitution que celle des sages-femmes. »

⁴⁰⁰Ce sont : A.M. David, *Rapport d'enquête du coroner*, Montréal, Bureau du coroner, 21 mars 1991 (décès de bébé X) ; A.M. David, *Rapport d'enquête du coroner*, Montréal, Bureau du coroner, 29 août 1990 (# A-43535, décès de bébé Alexis). Ces enquêtes tenues en 1989 et 1990, ont particulièrement retenu l'attention des médias. À cette occasion, le public a manifesté son appui aux sages-femmes impliquées en défrayant les coûts de 120.000\$ générés par ces enquêtes, couvrant principalement les coûts d'avocats et d'experts. D'autres enquêtes du Coroner, non publiques, ont eu lieu au Québec dans le même contexte. Voir C. Paquin, *Rapport d'investigation du coroner*, Montréal, Bureau du coroner, 5 mai 1992 (3 A-72757, décès de bébé Dagenais) ; Y. Raymond, *Rapport d'investigation du coroner*, Rivière-du-Loup, Bureau du coroner, 20 janvier 1992 (# A-79359 59875, décès de bébé Béliveau-Roy) ; J.-M. Picard, *Rapport d'investigation du coroner*, Charny, Bureau du coroner, 8 juillet 1991 (# A-69153 49354, décès de bébé Noël) ; B. Couillard, *Rapport d'investigation du coroner*, Québec, Bureau du coroner, 20 décembre 1990 (# A-52203 37015, décès de bébé Coderre-Bernard).

reconnaissance du droit des parents au choix des soins à recevoir durant la grossesse et l'accouchement. Le coroner souligne dans son rapport que

la législation actuelle n'oblige personne à recourir à la médecine et la femme enceinte n'a pas de telle obligation non plus et elle a parfaitement le droit de vivre une grossesse et de donner naissance sans l'aide de qui que ce soit. Elle a également droit à son opinion sur les inconvénients d'un suivi médical par rapport à ses avantages et à prendre les décisions qu'elle juge pertinentes.⁴⁰¹

Si la femme enceinte peut choisir de ne pas se faire suivre par un médecin, pourquoi ne peut-elle choisir de se faire suivre par une sage-femme ? Reconnaîtra-t-on ce choix sans que la sage-femme risque des poursuites inutiles et coûteuses et la femme, l'ostracisme du milieu médical ?

La stratégie de la Corporation des médecins, pour garder un monopole dans le champ d'exercice de la médecine, est difficile à cerner. Sous le couvert d'une opposition virulente, fait-elle montre de tolérance ? La question se pose car aucune sage-femme, depuis les vingt dernières années, n'a fait l'objet de poursuite pour pratique illégale de la médecine. Pourtant le Code des professions donne au Bureau de la Corporation des médecins ce pouvoir.⁴⁰² Il peut même, après avoir intenté des poursuites pénales, requérir un bref d'injonction interlocutoire enjoignant à la sage-femme de cesser définitivement sa pratique.⁴⁰³ Déjà à maintes occasions, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a poursuivi des thérapeutes non médecins. Ainsi, avant d'obtenir

⁴⁰¹G. Locas, *Rapport d'enquête du coroner*, St-Hyacinthe, Bureau du coroner, 31 mai 1991 (# A-62648, décès de bébé Sauvé). Dans ce cas, la mère a accouché à domicile, seule avec son conjoint, d'un bébé en siège. Elle avait décidé de ne pas avoir de suivi médical durant sa grossesse mais devait aller à l'hôpital pour l'accouchement. Le travail s'est déroulé rapidement et lorsque les ambulanciers sont arrivés sur place, la moitié du corps de l'enfant était sorti. Il est décédé après son arrivée à l'hôpital.

⁴⁰²*Supra* note 342 à l'art. 188.3.

⁴⁰³*Ibid.* à l'art. 191.

leur propre corporation, les chiropraticiens ont fait l'objet de nombreuses poursuites.⁴⁰⁴ De même les acupuncteurs qui ne font pas partie du registre établi en vertu de la *Loi médicale*, se retrouvent en cour.⁴⁰⁵ C'est aussi le cas d'un guérisseur qui, bien qu'ayant admis avoir pratiqué la médecine sans être médecin, fait appel de la décision en contestant la constitutionnalité des articles 31, 43 et 45 de la *Loi médicale*, mais sans succès.⁴⁰⁶ Non seulement la Corporation ne régleme pas la pratique de l'obstétrique par la sage-femme, mais ses membres dénoncent à grands cris les projets-pilotes et refusent d'y collaborer, à l'instigation de leurs fédérations professionnelles.⁴⁰⁷

Sous-section 2. La pertinence de l'expérimentation et le double standard créé par les projets-pilotes

La *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, en plus d'évaluer les effets de cette pratique sur certains objectifs en périnatalité, vise à déterminer la pertinence de la reconnaître et, s'il y a lieu, d'en définir l'organisation professionnelle et les modes d'intégration de ces services dans le système de santé.⁴⁰⁸ Pour le gouvernement, cette expérience doit permettre de valider, dans le contexte québécois, les conclusions et les recommandations des deux études gouvernementales

⁴⁰⁴Voir entre autres, *Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec c. O'Neil*, [1955] C.S. 58; *Collège des médecins et chirurgiens c. Laporte*, (1970) R.L. 571.

⁴⁰⁵*Supra* note 333 à l'art. 20, al. 1, c. Voir *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Desaulniers*, J.E. 92-36 (C.Q.) et J.E. 91-671 (rejet d'une requête en cassation).

⁴⁰⁶*Raïche c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, [1989] R.J.Q. 1495.

⁴⁰⁷Presse canadienne - Alma, « Le Conseil des médecins d'un CLSC d'Alma dit non à un projet-pilote de sages-femmes » *La Presse* [de Montréal] (28 juin 1993) B6.

⁴⁰⁸*Loi sur les sages-femmes*, *supra* note 14 à l'art. 1, al. 2.

sur la pratique de la sage-femme fondées sur l'expérience de pays européens.⁴⁰⁹ Pour les sages-femmes et les femmes qui désirent leurs services, cette étape d'expérimentation doit permettre de démontrer, dans un cadre légal, la pertinence de leurs revendications. C'est aussi une façon d'appivoiser les professionnels en place, tout en précisant les limites de la pratique et de la responsabilité de chacun, celle de la sage-femme, mais aussi, notamment, celle de l'infirmière, du médecin, omnipraticien ou spécialiste, du travailleur social ou du psychologue.

Cependant, les désavantages d'une telle expérimentation sont de taille. De l'avis même de chercheurs qui participeront à l'évaluation, le petit nombre de projets-pilotes et le peu de temps laissé à l'expérimentation rendent difficile une réelle analyse de la pertinence de la pratique de la sage-femme à partir des objectifs de la loi tel, par exemple le nombre de bébés de petits poids ou prématurés. Ces mêmes éléments restreignent pour encore longtemps l'accès aux services de sage-femme par les femmes qui les demandent. Seul un petit nombre pourront s'en prévaloir compte tenu de l'ampleur des projets-pilotes et de la sélection des candidates en fonction des risques obstétricaux et néonataux. Par ailleurs, cette évaluation des effets de la pratique de la sage-femme doit permettre «de déterminer l'opportunité de permettre cette pratique ou non et, le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de cette pratique». Dans combien d'années les femmes auront-elles une réponse positive quant à leur demande pour des services de sage-femme ? Et l'auront-elles ? Aucune assurance n'est donnée quant à une légalisation éventuelle, puisque c'est là un des buts de l'exercice. Suivrons-nous l'exemple des autres provinces canadiennes, soit l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, ou nous démarquerons-nous de ce qui a fait là-bas consensus ?

Pour les femmes qui utilisent les services de la sage-femme actuellement, les projets-pilotes font montre d'une lacune importante puisqu'ils ne leur permettent pas d'accoucher

⁴⁰⁹Voir en ce sens, M.-Y. Côté, «Projet de loi 4 : Adoption du principe», Québec, *Journal des débats*, *supra* note 331 à la p. 3985. Pour les études québécoises, voir Comité interministériel sur la pratique des sages-femmes, *supra* note 17 ; Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10.

à domicile. Ainsi, à la fin de l'expérimentation, un des lieux reconnus pour la pratique de la sage-femme n'aura pas été évalué dans le contexte québécois. Comment pourra-t-on ensuite faire des recommandations à cet effet? Exigera-t-on une étude de plus? Pourtant, durant cette période, un certain nombre de femmes accoucheront à domicile avec une sage-femme. Ces femmes ne pourront le faire dans un contexte légal, avec la collaboration officielle des professionnels de la santé et des institutions. Ainsi, l'expérimentation de la pratique de la sage-femme instaure deux classes de sage-femme: l'une légale, dont les services sont accessibles gratuitement dans le cadre d'un projet-pilote, et l'autre. Il en va ainsi des femmes qui utilisent ces services. Cette situation risque de poser de nouveaux problèmes et de ranimer des conflits, encore très vivants.

Parallèlement, qu'en est-il de la sage-femme qui, pendant la durée de l'expérimentation, continue à pratiquer comme elle le fait depuis plus de dix ans? Elle est toujours passible, en vertu de la *Loi médicale*, de poursuite pour pratique illégale de la médecine. La mise en vigueur de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes* crée-t-elle une double illégalité pour la sage-femme qui exerce en dehors des projets-pilotes? Cette loi ne dit rien à ce sujet. Cependant, elle confirme *a contrario* que la sage-femme qui pose des actes médicaux ou infirmiers en dehors de ce cadre, contrevient à la *Loi médicale* et à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.⁴¹⁰

Dans quelles conditions continuera cette pratique qui a permis, par sa qualité et sa constance, le retour de la sage-femme au Québec et plus concrètement l'adoption de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*? Verrons-nous des poursuites contre des sages-femmes pour pratique illégale de la médecine? Ces poursuites se feront-elles en échange de la collaboration des médecins aux projets-pilotes?⁴¹¹

⁴¹⁰*Loi sur les sages-femmes*, *supra* note 14 à l'art. 39.

⁴¹¹*Code des professions*, *supra* note 342 à l'art. 189. En plus de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, sur résolution de son Bureau, le procureur général peut intenter une poursuite pour exercice illégal de la médecine contre une sage-femme.

Comment maintenir, dans un tel contexte, la collaboration durement établie dans le cadre de sa pratique entre la sage-femme et le médecin? Comment la femme qui accouche à domicile et la sage-femme seront-elles reçues dans les hôpitaux lorsque les projets-pilotes seront en place? Le climat d'entente assurera-t-il encore la sécurité de la mère et de son enfant?

Après l'évaluation de la pratique de la sage-femme dans le cadre des projets-pilotes, de multiples questions resteront en suspens. Seules les années à venir y apporteront réponses. En attendant la fin de l'expérimentation et ses conclusions, nous tentons de cerner, dans la partie suivante, les possibilités d'avenir pour la profession de sage-femme au Québec.

Section 2. Propositions pour l'avenir de la sage-femme au Québec

L'avenir de la sage-femme québécoise, dans l'immédiat comme à long terme, s'inscrit clairement dans le courant de la réforme du système de santé et de la nouvelle politique en périnatalité. D'un côté, la réforme des services de santé vise à la participation du citoyen, tant dans la détermination des orientations qu'à la mise en place de services adaptés à ses besoins. Il s'agit de «placer la personne au centre du système».⁴¹² À cet égard, les services doivent être accessibles non seulement dans sa région mais le plus près possible de son milieu de vie. De l'autre côté, dans la suite de la réforme, la nouvelle politique en périnatalité donne un coup de barre magistral, tant par les convictions sur lesquelles elle se fonde que dans ses approches de solutions. Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, cette politique est sous-tendue par le principe que «[l]a grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des

⁴¹²Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, 1990 au préambule et aux pp. 10-12.

processus physiologiques naturels ». De cette première affirmation découlent les suivantes : « [l]a parentalité constitue une réalité multidimensionnelle, [l]es mères et les pères sont compétents, [d]evenir et être parents fait appel à une solidarité et une responsabilité collectives ». Ainsi, les projets-pilotes de pratique de sage-femme font partie des approches novatrices prévues pour atteindre les objectifs du Ministère.⁴¹³

La pratique de la sage-femme est avant tout communautaire, c'est-à-dire implantée pour et par des femmes, dans leur milieu de vie. C'est ce qu'elle fut depuis toujours et est encore, là où elle a gardé, comme aux Pays-Bas, tout son sens. Au Québec, comme ailleurs au Canada et aux États-Unis, en renaissant, l'art de la sage-femme est revenu à ses sources. Les services offerts par la sage-femme évoluent en inter-action avec les femmes et leur famille et dans le sens de leurs demandes. Même dans les pays où la profession est pleinement installée, l'implication des femmes et des couples permet d'apporter des changements, quelquefois radicaux, dans la pratique quotidienne de la sage-femme.

Concrètement, l'avenir de la sage-femme québécoise dépend des résultats de l'expérimentation de sa pratique et de l'analyse qui en sera faite par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes.⁴¹⁴ Suite à ce rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre responsable de l'application des lois professionnelles feront au gouvernement « leurs recommandations quant à l'opportunité de permettre ou non la pratique des sages-femmes et, le cas échéant, quant à la détermination de l'organisation professionnelle de cette pratique et quant au mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de

⁴¹³Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 320 aux pp. 14-15, 60-61.

⁴¹⁴*Loi sur les sages-femmes*, *supra* note 14 aux art. 1, al. 2, 36, al. 1 (5). Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes doit remettre ses recommandations aux ministres concernés au plus tard neuf mois avant que la loi ne cesse d'avoir effet, soit avant le 24 janvier 1998.

périnatalité».⁴¹⁵ C'est dans l'année suivant le dépôt de ces recommandations, soit à compter de 1998, que pourra se concrétiser la place réelle de la sage-femme dans le système de santé québécois.

Bien qu'on ne puisse présumer du statut juridique qui sera dévolu à la sage-femme, ni des modalités d'intégration de sa pratique à l'équipe périnatale, de nombreux comités d'études ont déjà fait des recommandations à cet effet. Dans un premier temps, nous en ressortons les principales conclusions. Dans un deuxième temps, nous traçons les grandes lignes qui doivent sous-tendre toute décision quant à l'avenir de la sage-femme au Québec.

Sous-section 1. Un consensus quant à l'instauration de la pratique de la sage-femme comme profession

Bien que l'objectif de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* soit «de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique»,⁴¹⁶ dans l'esprit de la majorité des personnes concernées par ce dossier, la pertinence de cette pratique n'est plus à démontrer. Pour elles, il convient de valider les effets de cette pratique dans le contexte québécois afin d'élaborer les mécanismes d'intégration de ces services et d'éviter, de nouveau, le rejet des conclusions de cette étude. Déjà en 1988, dans l'éventualité où l'évaluation de ces projets s'avérait positive, la position de la ministre de la Santé et des Services sociaux était à l'effet de «fournir à la pratique des sages-femmes un cadre juridique permanent en modifiant le Code des professions, la Loi

⁴¹⁵*Ibid.* à l'art. 42. Ce rapport doit être déposé six mois avant que la loi cesse d'avoir effet. Suite au dépôt de ce rapport à l'Assemblée nationale dans le quinze jours, la commission de l'Assemblée nationale désigne une commission qui en fera l'étude. Le délai de six ans pour la loi vise à éviter un vide juridique sur la statut de la sage-femme si les recommandations étaient à l'effet de reconnaître cette pratique.

⁴¹⁶*Ibid.* à l'art. 1, al. 2.

médicale et la Loi sur les infirmières et les infirmiers selon la proposition de l'Office des professions du Québec ».⁴¹⁷

L'opposition du milieu médical a forcé le gouvernement à refaire une étude, non plus théorique, mais pratique sur ces services professionnels, plutôt que de les légaliser. Pourtant, déjà en 1989, lors de la Commission parlementaire sur le projet de loi 4, l'évaluation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de la maternité du Centre de santé Innuulisivik confirme son impact bénéfique sur les services de périnatalité et ce, auprès d'une clientèle à risques psycho-sociaux et médicaux. Pour les médecins, il semble que ce qui convient au Nord ne saurait être retenu pour les femmes des grandes villes.

Depuis dix ans, tant les études gouvernementales que les mémoires provenant de groupes communautaires ou professionnels, ont établi à tour de rôle la pertinence d'intégrer cette pratique au sein des services de santé de la province. Leurs recommandations sont de reconnaître la sage-femme dans le cadre d'une corporation autonome et à champ d'exercice exclusif, en vertu du *Code des professions*. Sa formation doit être de niveau universitaire tout en privilégiant une entrée directe, donc sans avoir au préalable une formation d'infirmière. Elle doit pouvoir travailler dans la communauté, là où ses services sont sollicités, soit en pratique privée, soit rattachée à un C.L.S.C., un centre hospitalier, un centre de santé ou un dispensaire, selon l'organisation des services de santé de milieu. Elle doit pouvoir exercer intégralement son champ de pratique et ce, dans tous les lieux nécessaires, incluant le domicile. Ces services sont rémunérés sur une base salariale annuelle par l'établissement dont elle relève ou, par le gouvernement, en fonction des soins donnés pour un suivi complet lorsqu'elle est en pratique privée.⁴¹⁸

⁴¹⁷Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Position ministérielle relativement à la pratique des sages-femmes au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1988 aux pp. 19-22.

⁴¹⁸Comité interministériel sur les sages-femmes, *supra* note 17 aux pp. 189-195; Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10, résumé aux pp. 21-22; Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, *Mémoire présenté à la Commission Rochon*, Montréal, Alliance québécoise des sages-

Ces recommandations sont unanimes, ici au Québec, mais aussi dans le reste du Canada où le dossier avance à grand pas.⁴¹⁹ L'Ontario, en légalisant la profession de sage-femme, s'est appuyée entièrement sur des conclusions similaires et les a adaptées à son système de santé et de reconnaissance professionnelle. Il est prévu de procéder dans le même sens dans les provinces d'Alberta et de Colombie-Britannique.

Pour les femmes et les couples québécois, la question posée par la loi n'est pas celle de la pertinence de la pratique de la sage-femme, mais bien celle de permettre ou non cette pratique. Sans vouloir présumer de la décision qui suivra les projets-pilotes, il paraît impensable que le gouvernement du Québec décide de ne pas la reconnaître. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, au moment de l'adoption du projet de loi 4, disait aux sages-femmes présentes dans les tribunes : « Vous avez entre les mains le bébé. C'est à vous de faire en sorte qu'il soit bien élevé et que, dans la période de l'après (les projets-pilotes), il puisse être dans des situations très viables ou qu'il puisse faire l'envie d'autres catégories qui font le même travail. »⁴²⁰ Pourra-t-on, par la suite, retourner en arrière et laisser cette pratique dans l'illégalité ? Une telle attitude irait à l'encontre de la nouvelle orientation adoptée pour le système de santé québécois, soit faire du citoyen un décideur au centre de ce système. Ce citoyen inclut-il la citoyenne qui veut choisir ce qui est pertinent pour elle et son enfant ?

Si, pourtant, après les six années d'expérimentation, le gouvernement décide de ne pas légaliser la profession de sage-femme, qu'advient-il de sa pratique qui retournera complètement dans l'illégalité ? Fermera-t-on les yeux sur elle ? Laissera-t-on la sage-femme continuer à être active auprès des femmes, quitte à être poursuivie pour pratique illégale de la médecine ? D'un autre côté, pourra-t-on observer une mobilisa-

femmes praticiennes, 1986.

⁴¹⁹Voir en ce sens, Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, *supra* note 22; Alberta Health Disciplines Board, *supra* note 243.

⁴²⁰M.-Y. Côté, *Journal des débats*, *supra* note 332 à la p. 4104.

tion des femmes, des hommes et de leurs sages-femmes pour exercer des recours contre le gouvernement ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec afin de faire reconnaître leurs droits et de dénoncer le mépris avec lequel ils sont traités ? Il n'est pas de notre propos d'analyser de tels recours plus à fond. Précisons seulement que les personnes mises à contribution dans ce dossier ont consulté à maintes reprises dans les dernières années, afin d'explorer toutes les avenues de solutions. Si elles n'ont pas encore agi en ce sens, c'est qu'elles croient fermement que leur point de vue sera reconnu dans les années qui viennent, non pas « grâce à » mais « en l'absence de » collaboration du milieu médical. Pour ces personnes, il est peu souhaitable, si chacun a pour objectif la santé et la sécurité des mères et des nouveaux-nés, que l'on en vienne à de tels extrêmes. Cela n'aiderait nullement l'intégration de la sage-femme au sein des services de périnatalité et n'assurerait plus la sécurité des femmes et de leur enfant dans la pratique quotidienne.

Dans l'hypothèse où la reconnaissance de la pratique de la sage-femme est annoncée par le gouvernement québécois à la veille de l'an 2000, nous établissons, dans ce dernier point, les conditions essentielles qui doivent sous-tendre toute décision, tant au plan légal qu'au plan administratif. Dans le système professionnel québécois, lui-même remis en question, quelle peut être la place dévolue à la sage-femme ?

Sous-section 2. Les avenues possibles : réalisme et créativité

Afin de déterminer de façon adéquate l'encadrement juridique de la sage-femme, ses assises doivent avoir été bien définies au préalable. Plusieurs éléments se révèlent importants suite à l'étude de la situation dans les pays étrangers où la profession est légalement reconnue. Le Québec se doit d'être visionnaire en n'implantant pas ici ce qui s'est révélé préjudiciable à la profession ailleurs. Dans le cadre de cet essai, les propositions concernant le statut professionnel de la sage-femme découlent de la situation légale actuelle. Cependant, nous tenons compte des modifications suggérées au système

professionnel et des hypothèses liées à la reconnaissance des médecines alternatives dans la mesure où elles peuvent concerner la profession de sage-femme.

A) **La philosophie sous-jacente à la profession**

On veut nous faire vivre la grossesse comme une parenthèse de notre vie, qui plus est, une parenthèse médicale. Mais la réponse médicale à une grossesse normale est pour nous une fausse réponse, parfois génératrice de pathologie. Préparée à accompagner la naissance physiologique ou eutocique, la sage-femme pose sur nous un regard de confiance, radicalement différent de celui du médecin, qui, de par sa formation, sa fonction, recherche une pathologie.⁴²¹

L'élément fondamental qui sous-tend la définition de la profession de sage-femme, est la conception dont le gouvernement de chaque pays et ses services de santé entourent le processus de la maternité. Aux Pays-Bas, la maternité est considérée comme un événement multidimensionnel, faisant partie de la vie quotidienne de la femme et de sa famille. Cette conception a permis à la profession de sage-femme de garder sa spécificité et son autonomie malgré l'envahissement du champ de l'obstétrique par les médecins. Ailleurs en Europe, soit en France et au Royaume-Uni, où la profession de sage-femme est soumise au contrôle médical, tant au niveau de l'encadrement professionnel que dans l'organisation quotidienne du travail, l'obstétrique est définie selon le modèle médical. En Amérique du Nord, en définissant la maternité comme un processus potentiellement à risque, les médecins ont monopolisé le champ de l'obstétrique et ainsi, éliminé presque totalement la pratique de la sage-femme, sauf auprès des populations pauvres qui ne peuvent payer les services médicaux.

⁴²¹F. Falourd, « Les sages-femmes que nous voulons », dans J. Bessonart, éd., *supra* note 165, 55 à la p. 58.

Au Québec, pour permettre à la sage-femme d'exercer pleinement son champ d'activités, comme elle le fait aux Pays-Bas, il est essentiel de définir la maternité comme un processus sain, normal et physiologique, touchant toutes les dimensions de la vie de la femme et de la famille. Il s'agit là d'un choix fondamental dont l'impact est majeur pour notre société. Il concerne la santé et non la maladie en privilégiant la prévention, l'éducation plutôt que le curatif. Dans un tel contexte, le système de santé favorise une intervenante de première ligne dont le rôle est de veiller sur cette normalité. La *Politique de périnatalité* de 1993 va dans ce sens. Pourtant les services de santé périnatale prendront-ils ce tournant d'ici à ce que le gouvernement légalise la profession de sage-femme? Selon un sociologue néerlandais, « afin d'assurer le bon fonctionnement de l'obstétrique, il faut créer un climat où le respect, la reconnaissance du savoir et des capacités des sages-femmes et des obstétriciens soient véritables ». ⁴²² Un tel environnement permet une collaboration saine dans un même champ d'exercice au delà de la compétition normale et stimulante entre deux professionnels. Cette position rejoint celle du document québécois sur la périnatalité quant aux facteurs de réussite éventuelle des projets-pilotes de sages-femmes. ⁴²³

B) Les assises de la pratique

Ayant défini le concept de maternité, il convient de mettre en place les conditions qui assurent un fondement solide à la pratique de la sage-femme. Nous en déterminons trois; ce sont celles qui semblent les plus importantes pour préserver l'intégrité de la profession.

La première concerne la présence des femmes qui utilisent les services de sage-femme, au sein de toutes les instances décisionnelles concernant la profession. De l'avis des femmes et des sages-femmes, même si ce mécanisme est plutôt inhabituel, il permet

⁴²²N. Hanekamp, «La sage-femme libérale européenne en l'an 2000: Perspectives et réalités», dans J. Bessonart, éd., *ibid.*, 249 à la p. 260.

⁴²³Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 320 à la p. 61.

un ajustement constant et rapide de la profession comme de la pratique, aux demandes exprimées par le milieu. L'Ontario en légalisant la profession a inclus des usagères dans les comités chargés de l'implanter.⁴²⁴ Par ailleurs, aux Pays-Bas, c'est surtout le mécanisme de plainte qui permet cet ajustement de la pratique. Au Québec, une certaine tradition est déjà en place puisque des usagères siègent aux comités chargés de l'implantation de la loi sur les projets-pilotes et sont présentes au sein de l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes.

Une deuxième condition touche le champ d'exercice de la sage-femme. Afin d'en préserver la spécificité, il est essentiel que la sage-femme puisse offrir des services continus durant tout le processus de la maternité et ce, sous sa propre responsabilité. Cela sous-tend la capacité de déterminer si la maternité est normale ou non et donc, qui en suivra le déroulement. Cette sélection de la clientèle doit se faire par la sage-femme elle-même, et non par le médecin, qu'il soit généraliste ou obstétricien. Les normes professionnelles et la formation de la sage-femme la rendent apte à poser ce jugement clinique. C'est ainsi qu'aux Pays-Bas, le gouvernement s'est assuré de préserver la spécificité de la profession et a évité l'érosion de la pratique de la sage-femme au profit de son compétiteur direct, le médecin, et ce, malgré le désaccord de ce dernier.

La troisième condition est fonction du milieu où la pratique de la sage-femme doit s'intégrer. La sage-femme doit avoir un pouvoir de décision dans toutes les instances concernant sa pratique, ce qui inclus le choix des lieux où elle travaille. De plus, elle doit avoir des privilèges, comme ceux accordés par la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* en terme d'admission et de congé lorsque la femme accouche avec une sage-femme à l'hôpital.⁴²⁵ Dans un contexte où sa pratique

⁴²⁴En Ontario, les usagères sont présentes au sein du Collège des sages-femmes et du Comité du programme de formation des sages-femmes. Elles seront sans aucun doute intégrées aux instances chargées de l'implantation des services de sage-femme dans le système de santé.

⁴²⁵*Loi sur les sages-femmes, supra* note 14 à l'art. 29.

est autonome, comme aux Pays-Bas, elle offre des services continus dans tous les lieux où les femmes en ont besoin, soit à domicile ou dans des institutions de divers niveaux. Cette présence près de la communauté permet un impact plus grand, en terme de santé, auprès de la clientèle en s'adaptant facilement aux besoins spécifiques du milieu. De cette façon, en plus d'assurer des soins à la femme enceinte, elle favorise le maintien ou la création d'un réseau de soutien, tant familial que communautaire, autour de la femme et de la famille au moment de la naissance.

Il est cependant important dans le contexte québécois de mettre en place un système de soins sécuritaire, tant pour la pratique quotidienne que pour les situations de transfert. A titre d'exemple, le facteur géographique au Québec est complètement différent de celui des Pays-Bas où les distances sont minimales. Comme nous l'avons déjà mentionné, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a défini certaines balises en terme de sécurité. Ces normes doivent être évaluées en fonction de la situation géographique et de la disponibilité des ressources sur place. Là où les services sont offerts dans une Maison des naissances, des ententes préalables entre les institutions doivent être mises en place et un accès direct au service ambulancier est essentiel. C'est de cette façon que les sages-femmes des Pays-Bas ont organisé les transferts d'urgence. Cependant, les normes de sécurité ne sont valables que si la sage-femme est à même de dépister précocement les problèmes éventuels. Un tel système est en place actuellement à Povungnituk qui est à quatre heures d'avion d'un hôpital pouvant faire une césarienne. Son fonctionnement s'est révélé adéquat depuis sa mise en place. Au moment de la légalisation de la profession, l'expérience cumulée pendant les projets-pilotes permettra de fixer des normes plus justes concernant toutes ces questions.

C) La formation de la sage-femme

Dans l'Europe des Douze en 1993, au moment où l'entente concernant la libre circulation des professionnels entre en vigueur, les sages-femmes posent des lignes directrices pour l'avenir de leur profession. Pour elles, la sage-femme doit avoir les connaissances

spécifiques à son champ d'exercice professionnel et doit pouvoir l'exercer intégralement, dans tous les lieux adéquats. À cet égard, elle doit s'assurer que sa formation correspond à son profil professionnel, c'est-à-dire définie et enseignée par des sages-femmes dans les différents milieux où elle peut devoir exercer. Cette formation ne doit plus se faire par d'autres professionnels, médecins et infirmières, et être confinée à un lieu, le centre hospitalier, au détriment des autres, la Maison des naissances ou Centre de maternité et le domicile.⁴²⁶ Dans les pays européens où la profession est liée ou sous le contrôle d'une autre profession, la formation va dans le même sens. Seule la formation de la sage-femme néerlandaise a, actuellement, gagné son autonomie puisque ses écoles sont maintenant toutes dirigées par des sages-femmes, ce qui n'est pas encore le cas en France ou au Royaume-Uni.

Au Québec, à l'instar des revendications des sages-femmes de la Communauté européenne, il faut plus que tout mettre en place une école de formation conforme à la définition de la profession afin de préparer des sages-femmes, comme professionnelles indépendantes. Elle se doit d'être dirigée par des sages-femmes et les étudiantes y recevront une formation, centrée sur la tradition déjà établie au Québec et non, sur le modèle médical. Le programme, tel que suggéré par les différents comités d'études, doit être de premier niveau universitaire pour assurer la qualité de la formation de même que la maturité des étudiantes. Les cours dans les différentes matières seront donnés principalement par des sages-femmes mais aussi par d'autres professionnels, notamment de la santé, dans les matières où ils sont spécialisés.

D) Le cadre professionnel

Pour qu'une profession puisse être reconnue et acceptée comme telle, elle doit répondre à certaines conditions : posséder un ensemble spécifique de connaissances fondamentales, jouir d'une certaine autonomie, entre autres, en ce qui concerne le niveau de capacité

⁴²⁶N. Hanekamp, *supra* note 422 à la p. 259.

à atteindre par ses membres, et leur permettre d'exercer à temps plein les tâches professionnelles déterminées par le champ de pratique.⁴²⁷

Prenant en compte les conditions énoncées plus haut, quelles sont les avenues possibles pour le gouvernement québécois en ce qui concerne la reconnaissance professionnelle de la sage-femme ?

En 1987, le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec recommande au gouvernement d'adopter une loi propre à la sage-femme en créant une nouvelle corporation professionnelle à exercice exclusif. Après avoir étudié différents scénarios d'encadrement professionnel, il conclut que, dans le contexte actuel, ce mécanisme permettra à la sage-femme de garder son autonomie dans une équipe multidisciplinaire, tout en étant encadrée le plus rapidement possible.⁴²⁸

Au Québec, le *Code des professions* détermine qui peut être constitué en corporation professionnelle. Les conditions permettant de prendre une décision quant à une telle demande, sont énumérées aux articles 25 et 26 de cette loi.⁴²⁹ Déjà en 1987, l'Office

⁴²⁷S. Houd, « Situation des sages-femmes dans vingt-quatre pays européens », dans J. Bessonart, éd., *supra* note 165, 70 à la p. 79 ; N. Hanekamp, *supra* note 424 à la p. 258.

⁴²⁸Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, *supra* note 10 à la p. 116. Ces scénarios sont au nombre de six : « 1. Mettre à jour le règlement sur les sages-femmes tel que prévu aux articles 19 paragraphe a et 43 paragraphe c de la Loi médicale (L.R.Q., c.M-9) ; 2. Adopter un règlement de délégation d'actes aux sages-femmes en vertu de l'article 19 paragraphe b de la Loi médicale ; 3. Amender la Loi médicale pour prévoir, à son article 43, une exclusion concernant l'exercice illégal, en faveur des sages-femmes ; 4. Amender l'article 31 de la Loi médicale pour prévoir expressément que la pratique des accouchements normaux ne soit pas un acte médical et qu'en conséquence, cette pratique soit exclue du champ de pratique exclusif de la médecine ; 5. Amender la Loi des [sic] infirmières et infirmiers (L.R.Q., c.I-8) afin de prévoir, à son article 36, que la pratique des accouchements normaux fasse partie de leur champ d'exercice exclusif ; 6. Adopter une loi spécifique aux sages-femmes ayant pour but de créer une nouvelle corporation professionnelle à exercice exclusif. »

⁴²⁹L'Avant-projet de loi, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles*, déposé par le Ministre responsable de l'application des lois professionnelles, en 1992, ne modifie pas les conditions exigées pour être constitué en corporation professionnelle, ni aucune loi particulière en ce qui concerne la pratique de la sage-femme ou de l'accouchement.

des professions du Québec soutient que la pratique de la sage-femme correspond aux conditions de l'article 25. Pourtant, l'Office recommande de ne pas créer une nouvelle corporation. Il croit qu'il convient, au préalable, de voir évoluer cette pratique dans un cadre la soustrayant aux médecins et aux infirmières afin de lui permettre d'atteindre son plein potentiel.⁴³⁰

Après l'évaluation de la pratique de la sage-femme dans le cadre de projets-pilotes, le gouvernement prendra une décision quant à la légalisation de la profession de sage-femme. Dans cette éventualité, la création d'une corporation à champ exclusif semble la seule avenue possible compte tenu du système professionnel québécois. Créer une corporation de sages-femme permet de reconnaître la pratique de cette professionnelle. De plus, « la nature des actes posées par ces personnes (les sages-femmes) et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requise pour être membres de cette corporation ». ⁴³¹ Ainsi, cette pratique répond au critère de l'article 26 du *Code des professions* permettant d'instituer une corporation professionnelle à champ exclusif.

Par ailleurs, considérant le petit nombre de professionnelles pouvant être admises au sein d'un Collège de sages-femmes dans un premier temps, l'Office des professions du Québec peut suggérer au gouvernement d'apporter un support technique et matériel à la mise sur pied de la profession durant une période transitoire. Une telle suggestion avait été faite au ministre responsable, monsieur Claude Ryan, au moment de l'avis sur la demande de constitution en corporation de l'Association des sages-femmes du Québec.⁴³²

⁴³⁰Office des professions du Québec, *supra* note 326 à la p. 16.

⁴³¹*Code des professions*, *supra* note 342 à l'art. 26.

⁴³²Office des professions du Québec, *supra* note 326 à la p. 14.

D'autres possibilités d'encadrement professionnel, telles qu'étudiée en 1987, mettent en tutelle la sage-femme en la soumettant aux médecins ou aux infirmières, dans le cadre de leur loi respective ou par le mécanisme de la délégation d'actes. Cette situation, la mise en tutelle de la sage-femme par une autre profession, a été étudié par la Commission Castonguay-Nepveu en 1970. À cet égard, elle recommande « [q]u'aucune profession ne soit assujettie au contrôle d'une autre profession ». ⁴³³ Vingt ans plus tard, une décision en ce sens semble peu probable, compte tenu de l'évolution des mentalités et des critiques élaborées face au système québécois de reconnaissance professionnel.

En quel sens les critiques adressées au système professionnel québécois peuvent-elles modifier le statut légal qui serait éventuellement octroyé à la sage-femme? La Commission Rochon, étudiant la réglementation professionnelle québécois, déclare qu'une option potentiellement plus acceptable dans ce domaine est non pas la détermination de champ exclusif de pratique mais la sélection d'actes autorisés ou réservés. Ainsi, les groupes professionnels doivent démontrer qu'ils ont la compétence requise pour poser les actes qu'ils revendiquent. La Commission suggère une structure modifiée pour assurer le contrôle de l'exercice et des titres. Pour les associations non reconnues de praticiens, elles sont constituées en corporation, si leurs membres posent des actes réservés et si elles sont en mesure d'en exercer le contrôle afin d'assurer la protection du public. Dans le cas contraire, l'Office des professions du Québec peut être responsable, par un mécanisme approprié, du contrôle professionnel. ⁴³⁴ En fait,

[i]l importe surtout de maintenir une certaine forme de réglementation pour s'assurer que les actes dont l'exécution comporte des risques ou dont les conséquences ne sont pas facilement réversibles soient exécutés par les personnes qui détiennent l'expertise pour le faire. C'est donc d'actes

⁴³³M.-F. Arsenault, «Notes de travail: Dossier des sages-femmes», Québec, Office des professions, juin 1986 à la p. 13 (non publié).

⁴³⁴G. Dussault, J. Harvey et H. Bilodeau, «La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire», dans Commission Rochon, éd., *Rapport de recherche no 18*, 1987 aux pp. 105-113, nos 3.2.1-3.2.2. Voir aussi J. Rochette, *supra* note 350 aux pp. 155-158.

ou de catégories d'actes exclusifs dont nous devrions parler plutôt que de champs d'exclusivité lesquels sont souvent définis en termes vagues et génèrent des conflits inter-professionnels.⁴³⁵

Cette position a été réitérée dans les dernières années. D'un côté, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son document d'orientation, suggère de réévaluer la réglementation professionnelle au cours des deux années suivant son dépôt. Selon lui, cette modification permettra de favoriser une plus grande autonomie professionnelle dans le système de santé québécois, d'assouplir l'organisation du travail et d'améliorer les rapports inter-professionnels au sein des établissements.⁴³⁶ Dans le même ordre d'idée, plusieurs regroupements de thérapeutes et d'institutions de la santé ont insisté sur la nécessité de réaménager le monopole médical au moment de la Consultation générale sur les thérapies alternatives.⁴³⁷

Une solution réside dans la voie suivante : que le champ de l'acte exclusif reconnu aux médecins respecte en tout point leurs domaines de compétence cliniques, sans que cela serve comme loi d'ordre public rendant illégales d'autres formes de pratique de santé, qui devront par ailleurs être dûment balisées pour assurer la véritable protection du public.⁴³⁸

⁴³⁵J. Rochette, *ibid.* à la p. 155. L'auteure reprend à son compte les conclusions de la recherche sur la réglementation professionnelle faite par la Commission Rochon.

⁴³⁶Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 412 à la p. 43, no 4.2.

⁴³⁷Il s'agit entre autres de la Fédération des CLSC du Québec, *Les thérapies alternatives, des outils complémentaires*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, février 1993 aux pp. 6-7; de la Coalition du réseau alternatif de santé du Québec, *Mémoire pour la reconnaissance et la réglementation des thérapies alternatives : résumé*, Montréal, Coalition, février 1993 à la p. 1; de l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec (APPASQ), *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur la reconnaissance des thérapies alternatives*, Montréal, Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec, janvier 1993 à l'annexe 2; du Réseau d'action pour une santé intégrale (RAPSI), *Mémoire pour la reconnaissance et la réglementation des thérapies alternatives au Québec*, Montréal, Réseau d'action pour une santé intégrale, février 1993 à la p. 19.

⁴³⁸Fédération des CLSC du Québec, *ibid.* à la p. 7.

Le modèle proposé est semblable à celui mis en place par l'Ontario au moment de sa réforme touchant les professions de la santé. Cette province a adopté une loi cadre où sont énumérés les actes qui ne peuvent être pratiqués que par un membre d'une corporation établie en vertu d'une loi particulière.⁴³⁹ C'est le cas de la *Loi de 1991 sur les sages-femmes* qui autorise l'accomplissement de certains actes, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti le certificat d'inscription de la sage-femme.⁴⁴⁰ Ainsi dans le cas d'un éventuel remaniement du système d'encadrement professionnel au Québec, une définition du champ d'exercice conséquent à la détermination d'actes réservés ou autorisés pourraient facilement s'appliquer à la pratique de la sage-femme.

Par ailleurs, la question s'est souvent posée à savoir si la pratique de la sage-femme doit être encadrée dans le système professionnel actuel ou dans un mécanisme mis en place pour les médecines dites alternatives.⁴⁴¹ Cette pratique constitue certainement un choix par rapport aux soins en obstétrique. Pourtant, si on la considère comme une médecine, elle l'est dans son sens élargi car il ne s'agit pas de guérir mais plutôt de préserver un processus normal de la vie. Dans des pays européens comme la France et les Pays-Bas, la profession de sage-femme est considérée comme une profession médicale et donc réglementée par le même cadre législatif que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Pour le Québec, seule l'évolution du dossier de la reconnaissance des thérapies alternatives permettra de répondre à cette question.

En conclusion, ce qui importe est que le cadre juridique octroyé à la sage-femme soit tel qu'il la place au même niveau que les autres professionnels avec qui elle collabore. De plus, les instances disciplinaires doivent être composés de sages-femmes, assistées

⁴³⁹*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, supra note 254 à l'art. 27, al. 2.

⁴⁴⁰Supra note 255 à l'art. 4.

⁴⁴¹Un tel mécanisme est demandé par les groupes qui revendiquent la reconnaissance et la réglementation des médecines alternatives. Il pourrait s'agir d'une structure indépendante des corporations professionnelles, par exemple un Office des professions de la santé. Voir entre autres, la Coalition du réseau alternatif de santé du Québec, supra note 437.

au besoin par des experts indépendants, afin de préserver l'intégrité de la profession.⁴⁴² Si son statut juridique en fait une intervenante de deuxième ordre, ne serait-ce qu'en apparence, la sage-femme obtiendra difficilement la collaboration nécessaire à sa pratique. Qui plus est, les femmes iront moins facilement vers elle parce qu'elles auront l'impression d'être négligées par le système de santé. Il est donc essentiel que toute reconnaissance se fasse dans les conditions mentionnées précédemment pour faire de la sage-femme une professionnel de plein droit auprès des femmes et de leur famille.

Pourtant, il ne suffit pas de lui reconnaître un statut juridique au sens du *Code des professions*. L'exemple des chiropraticiens démontre que malgré la constitution d'une corporation professionnelle, la majorité des gens n'ont pas accès à leurs services puisqu'ils pratiquent en marge des services offerts par le système de santé. En plus de légaliser la profession de sage-femme, il faut définir les modalités d'intégration de ses services dans le système de santé, au même titre que ceux des médecins, et lui accorder une rémunération adéquate en regard de sa charge de travail quelque soit son mode de pratique. A ces conditions seulement, la pratique de la sage-femme sera accessible, partout, gratuitement pour toutes les femmes qui la désirent.

⁴⁴² N. Hanekamp, *supra* note 422 à la p. 259.

CONCLUSION

En étudiant l'histoire de l'humanité, on remarque que beaucoup de choses changent continuellement ou disparaissent après quelques années ou quelques siècles, tandis que d'autres demeurent invariablement. Les sages-femmes sont un exemple de continuité malgré de nombreuses tentatives pour les faire disparaître.[...] Enfanter reste encore, pour la plus grande partie des personnes, une affaire de femmes [...].⁴⁴³

Ces paroles reflètent bien l'histoire de la sage-femme, à travers les différents pays étudiés. Dans chacun d'eux, son statut légal et l'organisation professionnelle et administrative de sa pratique permettent d'analyser la place réelle qu'elle détient dans le système de santé. Selon l'évolution sociale des pays, son rôle a varié en fonction de la latitude professionnelle qu'elle a pu ou su garder. Ici, la sage-femme est reconnue à l'égal du médecin. Là, sa profession est soumise à un autre professionnel, autrefois son collaborateur, le médecin, ou intégrée au sein d'une autre profession, celle de l'infirmière, elle-même principalement sous les ordres du médecin. Ailleurs, elle a disparu, éliminée par son compétiteur direct. Pourtant même dans ces pays où sa pratique a été mise à l'index, la sage-femme est restée présente auprès des femmes. C'est pourquoi, au Québec, comme dans le reste du Canada et aux États-Unis, elle revendique maintenant une place de plein droit.

Les mouvements de l'histoire qui, comme on le sait, sont une éternelle répétition, se feront-ils cette fois au profit de la sage-femme? Dans un premier temps, « [d]un point de vue historique, il faut bien constater que c'est la sage-femme qui a donné le jour à l'obstétricien et non l'inverse. »⁴⁴⁴ Par la suite, le médecin a pris la place de la sage-

⁴⁴³P. de Reu, « Quelle formation initiale et continue pour les sages-femmes de l'Europe ? » dans J. Bessonart, *supra* note 266, 225 aux pp. 225-226. Présentation dans le cadre de la conférence de Bruxelles de 1991, tenue par l'association Sages-femmes du monde.

femme auprès des femmes qui accouchent. Grâce à ses instruments et à ses interventions, il a su se gagner la faveur des femmes de la classe aisée. Elle se veut modernes et vont dans le sens de la nouveauté, ce qu'elles peuvent se payer. Par la suite, le médecin utilise la clientèle des femmes pauvres dans les hôpitaux publics comme sujets de formation et d'étude. Ce n'est que beaucoup plus tard que les femmes de la classe moyenne quittent systématiquement la sage-femme au profit du médecin, soit après la deuxième guerre mondiale. Avant cela, elles n'ont pas les moyens de payer ses honoraires, ni les coûts des services hospitaliers. Après, elles veulent les mêmes soins que ceux auxquels les autres ont droit, ce que permettra, dans la plupart des cas, l'instauration de systèmes publics de santé.

Dans un second temps, la sage-femme reprend la place qui est la sienne ? L'accroissement de la médicalisation dû à l'accouchement à l'hôpital a fait réagir de nombreuses femmes quant aux choix qu'elles ont au moment de leur maternité. Certaines sont souvent plus scolarisées, d'autres sont dites « marginales ». Toutes, elles se veulent conscientes face à elles-mêmes et à leurs besoins et demandent des alternatives aux modèles traditionnels. Pour cela, elles sont prêtes à défrayer elles-mêmes les services de la sage-femme.⁴⁴⁵ Leur motivation profonde est de vivre leur maternité de façon positive, comme un événement précieux dans leur vie de famille, et non, comme un processus médicalisé prédéterminé auquel elles doivent se soumettre. Elle veulent être accompagnées par une professionnelle qui leur fait confiance et les aide à faire des choix et à prendre des décisions lorsque nécessaire pour leur santé et celle de leur enfant.⁴⁴⁶ D'autre part,

⁴⁴⁴N. Hanekamp, *supra* note 464 à la p. 250.

⁴⁴⁵F. Saillant, D. Desjardins et M. O'Neill, *Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise*, Québec, Fédération des CLSC du Québec et Université Laval, mai 1986.

⁴⁴⁶Mme De Boer, *supra* note 165 à la p. 176. « Contrairement à la croyance populaire, les femmes des couches supérieures de la société sont plus favorables à l'accouchement à domicile que les femmes appartenant aux couches sociales moins favorisées. » Elles sont donc plus favorables à l'accouchement avec une sage-femme, même si elles ont les moyens de défrayer elles-mêmes les coûts du gynécologue-obstétricien et du centre hospitalier.

aux États-Unis où les soins de santé sont payés par la clientèle, des femmes pauvres sont retournées vers la sage-femme et l'accouchement à domicile car elles ne peuvent payer le médecin et le centre hospitalier. Actuellement, les femmes de la classe moyenne continuent majoritairement à accoucher avec un médecin, à l'hôpital. Elles n'ont pas à payer pour ces services et se sentent plus en sécurité dans ce contexte.

Dans ces deux mouvements de l'histoire, les femmes de la classe aisée ont instauré un changement, les femmes pauvres ont utilisées quant à elles les services à la portée de leur bourse. Les femmes de la classe moyenne, plus conservatrices, ont suivi le mouvement avec le temps, lorsque les services ont été plus largement disponibles. Assistons-nous au retour du pendule? La sage-femme reprend-elle sa place grâce au médecin, peu présent et trop interventioniste? Fait-il renaître malgré lui la sage-femme? Pourtant certains d'entre eux le font consciemment, le docteur Kloosterman aux Pays-Bas, Michel Odent en France ou encore Michael Klein au Québec, pour n'en nommer que quelques-uns.⁴⁴⁷ Ces médecins sont convaincus du bienfondé des demandes des femmes, leurs clientes. Pour eux, non seulement la sage-femme peut avoir une place dans les soins entourant la maternité, mais doit avoir la place centrale afin d'en préserver le caractère normal.

Comme le dit Paul de Reu, certaines choses changent, d'autres disparaissent. La sage-femme a survécu au harcèlement du milieu médical, le médecin résistera-t-il aux changements demandés par les femmes? Sa présence, nécessaire dans les cas de complications, diminuera-t-elle lors de maternité normale? La réponse lui appartient, pour autant qu'il sache entendre aujourd'hui ce que les femmes demandent depuis longtemps déjà.

⁴⁴⁷S. Kitzinger, *supra* note 233; J. Bessonart, «Visages de sages-femmes: Mieux comprendre hier pour mieux faire aujourd'hui et demain» dans J. Bessonart, *supra* note 266, 29 à la p. 49; K. Dunn, «Legalize midwifery now, MD urges Quebec: Practice is safe, so pilot projects are unnecessary, McGill researcher» *The Gazette* (de Montréal) (5 mars 1993) A5.

La persévérance et la patience des femmes et de leurs sages-femmes sont garantes de la profondeur et de la durée de ce changement. Devront-elles pour faire respecter leurs droits, contester la constitutionnalité de l'article 31 de la *Loi médicale*? Cette loi va-t-elle au delà de son objectif de protéger le public, lorsqu'elle fait de l'accouchement un acte médical? L'intérêt de l'état est-il nécessairement bien servi, en ce qui concerne la santé publique, notamment celle de la mère et de son enfant, lorsqu'il permet à un groupe professionnel de créer un monopole de services dont il a, par ailleurs, le contrôle? Cette analyse, bien que pertinente, n'est pas de notre propos, compte tenu de l'ampleur que peut prendre une telle question.

Comme pour le droit de vote, les femmes québécoises souhaitent que le gouvernement reconnaisse leurs demandes pour des services de sages-femmes comme étant justifiées. Ne sont-elles pas les premières concernées? De plus, le développement des nouvelles technologies de la reproduction humaine et des interventions obstétricales font oublier que la grossesse, le travail, l'accouchement se vivent, dans la plupart des cas, dans la simplicité. Dans ce contexte, le Québec se doit de redécouvrir l'économie de la maternité et de la paternité : c'est une question d'avenir.

Il convient maintenant de suivre l'expérimentation de la pratique de la sage-femme afin de s'assurer qu'elle répond à ces demandes. Par la suite, la décision sera politique. Le gouvernement montrera ou non son leadership en mettant en pratique ce qu'il prêche : « la maternité comme un événement multidimensionnel, le citoyen au centre des services de santé et l'égalité des femmes à tous les niveaux ». Des changements législatifs devront être entrepris rapidement afin d'éviter de laisser pourrir une situation dénoncée à maintes reprises. Ils devront respecter les conditions essentielles à la mise en place d'une profession responsable d'elle-même et de ses membres, sensible et adaptée aux besoins de sa clientèle, ce qu'elle a parfaitement démontré dans sa pratique quotidienne depuis vingt ans, au Québec.

Rappelons, une fois de plus, que l'objectif le plus important des mouvements de santé des femmes est que chacune puisse prendre en charge et contrôler elle-même sa vie : l'accouchement dans ce sens là, doit être vu comme une occasion privilégiée de se faire confiance, de reconnaître ses propres capacités à s'assumer. Il ne faudra donc pas faire de la maternité un territoire contrôlé par une profession, mais bien par les femmes elles-mêmes.⁴⁴⁸

⁴⁴⁸C. Bonenfant, « La sagesse des femmes » dans *Naissance-Renaissance*, *supra* note 13 à la p. 28. Madame Claire Bonenfant était invitée, à titre de présidente du Conseil du statut de la femme, à donner une conférence dans cadre de l'assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (Ottawa, 2 avril 1981).

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Canadienne

Acte de l'Amérique du Nord Britannique de 1867 (R.-U.), 30-31 Vict., c. 3

Acte pour régler les qualités requises des médecins et chirurgiens pratiquant dans le Haut-Canada, 29 Vict., c. 34

An Act respecting the Medical Profession, S.N.B. 1958, c. 74

An Act Respecting the Practice of Midwifery, R.S.N. 1970, c. 235

An Act to amend the Laws regulating the practice of Physic, Surgery and Midwifery, in this Province, 8 Geo IV, c. 3

An Act to Licence Practitioners in Physic and Surgery throughout this Province, 55 Geo III, c. 10

An Act to regulate the practice of Physic and Surgery, 35 Geo III, c. 1

An Act to repeal an Act passed in the fifty-fifth year of His Majesty's reign intituled « An Act to Licence Practitioners in Physic and Surgery throughout this Province », and to make further provision for licencing such Practitioners, 59 Geo III, c. 13

An Act to repeal an Act passed in the thirty-fifth year of His Majesty's reign, intituled « An Act to regulate the practice of Physic and Surgery », 46 Geo III, c. 2

Health Disciplines Act, R.S.A. 1980, c. H-35

Loi concernant la réglementation de la profession de sage-femme, L.O. 1991, c. 31

Loi concernant la réglementation des professions de la santé et d'autres questions relatives aux professions de la santé, L.O. 1991, c. 18

Loi médicale, L.N.B. 1981, c. 87

Medical Practitioners Act, R.S.B.C. 1979, c. 254

Medical Profession Act, R.S.A. 1980, c. M-12

Québécoise

Acte concernant la pratique médicale et la vente des médicaments, S.R.B.-C. 1861, c. 71

Acte ou ordonnance qui défend qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec ou Montréal, sans une permission, 28 Geo III, c. 8

Acte pour amender et refondre de nouveau les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec, 42-43 Vict., c. 37

Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec, 40 Vict., c. 26

Code de procédure civile du Québec, L.R.Q., c. C-25

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

Des médecins et chirurgiens, S.R.Q. 1888, Titre II, c. 4, section II, aux art. 3969 à 4002

Des médecins et des chirurgiens, S.R.Q. 1909, Titre X, c. 5, section II, aux art. 4894-4974

Loi d'interprétation, L.R.Q., c. I-16

Loi médicale, L.R.Q. 1977, c. M-9

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9

Loi médicale du Québec, S.R.Q. 1925, c. 213

Loi médicale du Québec, S.R.Q. 1941, c. 264

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c. P-16-1

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8

Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 1991, c. 42

Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Montréal, Imprimerie C.A. Marchand, 1904, chap. XIV

Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, adopté en vertu de la Loi médicale, S.R.Q. 1964, c. 249

Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, D. 1193-92, 19 août 1992, G.O.Q. 1992.II.5803

Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, D. 413-93, 24 mars 1993, G.O.Q. 1993. II.2499

Règlement sur les sages-femmes, les examens d'admission à l'exercice de la médecine, les licences provinciales et fédérale et les requêtes au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, R.R.Q., c. M-9, r. 17

Étrangère

Communauté européenne

CEE, *Décision du Conseil, du 21 janvier 1980*, portant création d'un comité exécutif pour la formation des sages-femmes, J.O. (1980), no L33, 80/156/CEE

CEE, *Décision du Conseil, du 21 janvier 1980*, modifiant la décision 75/365/CEE instituant un comité de hauts fonctionnaires de la santé publique, J.O. (1980), no L33, 80/157/CEE

CEE, *Directive du Conseil, du 21 janvier 1980*, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation des services, J.O. (1980), no L33, 80/154/CEE

CEE, *Directive du Conseil, du 21 janvier 1980*, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès aux activités de la sage-femme et l'exercice de celles-ci, J.O. (1980), no L33, 80/155/CEE

France*Code de la santé publique*

Décret no 91-779 du 8 août 1991 portant Code de déontologie des sages-femmes, J.O., 14 août 1991

Décret no 60-939 du 5 septembre 1960 relatif aux conditions d'organisation et au fonctionnement des cliniques ouvertes des hôpitaux et hospices publics, J.O., 8 septembre 1960

Décret no 60-654 du 6 juillet 1960 relatif aux conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux ruraux, J.O., 7 juillet et rectificatif 16 juillet 1960

Loi no 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, J.O., 5 janvier 1991

Royaume-Uni

Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1992 (R.-U.), 1992, c. 16

Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979 (R.-U.), 1979, c. 36

Nurses, Midwives and Health Visitors (Midwives Amendment) Rules Approval Order 1986, S.I. 1986/786

Nurses, Midwives and Health Visitors (Professional Conduct) Rules 1987 Approval Order 1987, S.I. 1987/2156

JURISPRUDENCE

Canadienne

R. c. Marsh, (1979) 2 C.C.C. (3d) 1, 31 C.R. (3d) 363 (B.C.Co.Ct.), Millward Judge

R. c. Sullivan, (1991) 1 R.C.S. 489; (1988) 31 B.C.L.R. (2d) 145, 65 C.R. (3d) 256, 43 C.C.C. (3d) 65 (B.C.C.A.); (1986) [1987] 55 C.R. (3d) 48, 31 C.C.C. (3d) 62 (B.C.Co.Ct.)

R. c. Walker (5 June 1991), Red Deer, Alberta CO29-0555634A01 (Alb. Prov. Court) (non rapporté), juge Adilman

Québécoise

Collège des médecins et chirurgiens du Québec c. Laporte, [1970] R.L. 571

Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec c. O'Neil, [1955] C.S. 58

Garneau c. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, [1957] R.L. 129

R. c. Dame Aline Fournelle (23 avril 1974), Montréal 27-018755-73 (Cour des sessions de la paix)

Étrangère

États-Unis

Banti c. State of Texas, 289 S.W. 2d 244 (Texas 1956)

Bowland c. Municipal Court for Santa Cruz County, 556 P. 2d 1081 (Col. banc 1976)

Leggett c. Tennessee Board of Nursing, 612 S.W. 2d 476 (Tenn. 1980)

Leigh c. Board of Registration in Nursing, 506 N.E. 2d 91 (Mass. 1987), 481 N.E. 2d 1347 (Mass. 1985)

Northrup c. Superior Court (People), 237 Cal. Rptr. 255 (Cal. App. 3 Dist. 1987)

Smith c. State of Indiana, ex. rel. Medical Licensing Board of Indiana, 459 N.E. 2d 401 (Ind. App. 2 Dist. 1984)

State ex rel. Missouri State Board of Registration for the Healing Arts c. Southworth, 704 S.W. 2d 219 (Mo. banc 1986)

DOCTRINE

Monographies

AUBY, J.-M., *Le droit de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 1981, 508 p.

BÉLANGER, M. *Droit international de la santé*, Paris, Économica, 1983, 336 p.

BENNETT, V.R. et L.K. Brown, éd., *Myles' Textbook for Midwives*, 11^e éd., Londres, Churchill Livingstone, 1989, 786 p.

CHEYNIER, J.M., *Que sa naissance soit une fête*, Paris, Éditions de la Courtille, 1978, 315 p.

COLLECTIF CLIO, LE, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Quinze : Collection Idéelles, 1982, 526 p.

DA CRUZ, V., *Mayes' Handbook of Midwifery*, 7^e éd., Londres, Baillière, Tindall & Cassell, 1967, 451 p.

DE GEOUFFRE DE LA PRADELLE, G., *Essai d'introduction au droit français : Les normes*, Nanterre, Érasme, 1990, 353 p.

DÉROBERT, L., *Droit médical et déontologie médicale*, Paris, Flammarion médecine-sciences, 1971 (mise à jour 1980), 656 p.

DE VRIES, R.G., *Regulating Birth: Midwives, Medicine and the Law*, Philadelphia, Temple University Press, 1985, 203 p.

DONEGAN, J.B., *Women & Men Midwives: Medicine, Morality and Misogyny in Early America*, Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1978, 316 p.

DONNISON, J., *Midwives and Medical Men: A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*, New-York, Schocken Books, 1977, 250 p.

DUBOIS, L. et C. Gueydan, *Grands textes de droit communautaire*, 2^e éd., Paris, Dalloz, 1990.

EDWARDS, M. et M. Waldorf, *Reclaiming Birth: History and Heroines of American Childbirth Reform*, New-York, Crossing Press, 1984, 223 p.

EHRENREICH, B. et D. English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Remue-Ménage, 1976, p.

EHRENREICH, B. et D. English, *Des experts et des femmes: 150 ans de conseils prodigués aux femmes*, traduit par L.E. Arsenault et Z. De Konnick, Montréal, Remue-Ménage, 1982, 347 p.

GAFFIOT, *Dictionnaire illustré latin-français*, Paris, Hachette, 1934.

GÉLIS, J., *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, 560 p.

GUITTON, T., *Professions féminines paramédicales (infirmières, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes)*, Paris, Presses universitaires de France, 1962, 116 p.

JOSIAH MACY JR. FOUNDATION, éd., *The Training and Responsibilities of the Midwife*, New-York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1967.

KITZINGER, S., éd., *The Midwife Challenge*, Londres, Pandora Press, 1988.

LAFORCE, H., *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture: Collection «Prix Edmond-de-Nevers», no 4, 1985, 237 p.

LAJOIE, A., P.A. Molinari et J.-M. Auby, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 1981, 1245 p.

- LIDDELL et Scott, *An Intermediate Greek-English Lexicon*, 7^e éd., Oxford, Clarendon Press, 1964.
- MALLARD, H.V., *La Communauté économique européenne : Organisation et action*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1975.
- MÉMÉTEAU, G., *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1990, 218 p.
- MITCHELL, J. et A. Oakley, éd., *The Rights and Wrongs of Women*, Hammondswoth - Angleterre, Penguin, 1979, 438 p.
- O'MARA, P. et al., *Midwifery and the Law*, A Mothering Special Edition, Santa Fe, Mothering, 1990, 64 p.
- PÉPIN, G. et Y. Ouellette, *Principes de contentieux administratif*, Montréal, Yvon Blais, 1982, 666 p.
- READ, G.D., *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*, New-York, Harper & Brothers, 1944, 259 p.
- ROBERT, P., *Le Petit Robert*, Paris, Le Robert, 1983, 2173 p.
- ROOKS, J.P. et J.E. Haas, éd., *Nurse-Midwifery in America*, Washington, D.C., American College of Nurse-Midwives Foundation, 1986, 162 p.
- SAILLANT, F. et M. O'Neill, éd., *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Saint-Martin, 1987, 450 p.
- SOUTOUL, J.H. et E. Frogé, *La responsabilité médico-légale en gynécologie-obstétrique*, Paris, Vigot, 1982, 276 p.
- SULLIVAN, D.A. et R. Weitz, *Labor Pains : modern midwives and home birth*, New-Haven, Yale University Press, 1988, 220 p.

Périodiques

«Alta. puts due date on delivery of midwifery law» (19 mai 1992) Medical Post

BECK, M., «Independent Midwifery in Amsterdam» (1991) 104:1,238 Midwives Chronicles & Nursing Notes 72

BISSONART, J., «Le nouveau code de déontologie des sages-femmes et leur responsabilité médico-légale» (1991) 189:11 Dossiers de l'Obstétrique 29

BULLOUGH, B., «Public Policy, Nurse-Midwives Face Malpractice Insurance Crisis» (1986) 2:2 Journal of Professional Nursing 79

CALDWELL, H.M., «Bowland v. Municipal Court Revisited: A Defense Perspective on Unlicensed Midwife Practice in California» (1983) 15:1 Pacific Law Journal 19-33

CAYLA, J.-S., «La profession de sage-femme» (1983) 19:1 Revue de droit sanitaire et social 16-25

CHARVET, T., (1983) 1:1 Midwives' Alliance of North America News 1

«Committee announced» (mars 1993) Alberta Midwifery Task Force and Alberta Association of Midwives Newsletter 1

DEVITT, N., «The Statistical Case for Elimination of the Midwife: Fact versus Prejudice 1890-1935 (Part 1)» (1979) 4:1 Women & Health 81-96

DEVITT, N., «The Statistical Case for Elimination of the Midwife: Fact versus Prejudice 1890-1935 (Part 2)» (1979) 4:2 Women & Health 169-186

«Fatal in Home Birth: Midwife case ruling delayed» (mars 1981) Current Trial

«First Step Completed!!!» (juillet 1992) Alberta Midwifery Task Force and Alberta Association of Midwives Newsletter 1

FLINT, C., «Midwives are on the Move» (1990) 26:11 Midwife, Health Visitor & Community Nurse 436

FLINT, C., «The «Know Your Midwife» Scheme» (1986) 22:5 Midwife Health Visitor and Community Nurse 168

FROHLICH, J. et S. Edwards, «Team Midwifery for Everyone: Building on the «Know Your Midwife» Scheme» (mars 1989) Midwives Chronicle & Nursing Notes 66

- GORDON, R.J., «The Effects of Malpractice Insurance on Certified Nurse-Midwives: The Case of Rural Arizona» (1990) 35:2 Journal of Nurse-Midwifery 99
- HARDY, B., «Emancipation for Midwives» (1990) 26:11 Midwife, Health Visitor & Community Nurse 433
- HESELTINE, A. et D. Watkins, «Team Labour» (1991) 87:29 Nursing Times 40
- «Inquest Update: Jury Recommends Autonomous Midwifery» (1988) 1:1 Midwifery Task Force Journal
- LAWRENCE, L., «Midwife Arrested» (1993) XI:2 Midwives' Alliance of North America Newsletter 30
- LUBIC, R.W., «Nurse-Midwives and Liability Insurance» (1987) 35:4 Nursing Outlook 174
- McCORMICK, B.A., «Childbearing and Nurse-Midwives: A Woman's Right to Choose» (1983) 58:3 New York University Law Review 661
- McINTOSH, K.E., «Regulation of Midwives as Home Birth Attendants» (1989) 30:2 Boston College Law Review 477
- MUDGE, C., «Team Midwifery in Exeter» (1990) 26:11 Midwife Health Visitor & Community Nurse 406
- NOTZON, F.C., «International Difference in the Use of Obstetric Interventions» (1990) 263:24 JAMA 3286
- OAKLEY, A., «Who Cares for Women: Science versus Love in Midwifery Today» (1989) 102:1, 218 Midwives Chronicles & Nursing Notes 214-221
- O'BYRNE, J., «Jumping into the unknown» (1990) 4:48 Nursing Standard 23
- PATCH, F.B. et S.D. Holaday, «Effects of Changes in Professional Liability Insurance on Certified Nurse-Midwives» (1989) 34:3 Journal of Nurse-Midwifery 131-136
- PEIZER, D.M., «A Social and Legal Analysis of the Independent Practice of Midwifery: Vicarious Liability of the Collaborating Physician and Judicial Means of Addressing Denial of Hospital Privileges» (1986) 2 Berkeley Women's Law Journal 139-240
- ROBINSON, G.A., «Midwifery and Malpractice Insurance: A profession fights for survival» (1986) 134:4 University of Pennsylvania Law Review 1001-1034

VAN LIEBURG, M.J. et H. Marland, «Midwife Regulation, Education, and Activity in the Netherlands during the Nineteenth Century» (1989) 33 :3 *Medical History* 296-317

VAN TEYLINGEN, E. et P. McCaffery, «The profession of midwife in the Netherlands» (1987) 3 :4 *Midwifery* 178-186

WHITBY, K.M., «Choice in Childbirth : Parents, Lay Midwives, and Statutory Regulation» (1986) 30 :3 *St. Louis University Law Journal* 985-1029

WILLIAMS, L.S., «Relations between Alberta midwives, MDs appear to be thawing despite high-profile trial» (1991) 145 :5 *Canadian Medical Association Journal* 497

WILLIAMS, L.S. et J.C. Levy, «In the Absence of Medical Men : Midwife-Attended Home Birth, the *Charter of Rights* and Antique Alberta Legislation» (1992) 30 :2 *Alberta Law Review* 555

Documents gouvernementaux, thèses, documents d'organismes

ALBERTA HEALTH DISCIPLINES BOARD, *Health Disciplines Board Investigation of Midwifery: Final Report and Recommendations*, Edmonton, Alberta Health Disciplines Board, fév. 1991, 59 p. + app.

ALLIANCE DES PROFESSIONNELS EN PRATIQUES ALTERNATIVES DE SANTÉ DU QUÉBEC, *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur la reconnaissance des thérapies alternatives*, Montréal, Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec, janvier 1993, 25 p. et annexes

ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES, *Mémoire présenté à la Commission Rochon*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, mai 1986, 66 p.

ARSENAULT, M.-F., «Notes de travail : Dossier des sages-femmes», Québec, Office des professions, juin 1986, 21 p. (non publié)

ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES, *Être sage-femme libérale en 1985*, Luçon, Association nationale des sages-femmes libérales, 1986, 186 p.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Québec, Association pour la santé publique du Québec, 1981

Avant-projet de loi, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles*, Ministre responsable de l'application des lois professionnelles, 1992

BAKER, M., *Les sages-femmes: un nouveau statut*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Service de recherche, oct. 1989, 31 p.

BAZIN, G. et al., *Les sages-femmes, ces hors-la-loi des temps modernes*, Montréal, Cahier des sciences juridiques - UQAM, no 1, 1984, 83 p. (Prix Hector Langlois 1984) (non publié)

BARDY, J.D., *Analyse socio-politique de la situation actuelle des sages-femmes au Québec*, essai de maîtrise ès sciences en administration des services de santé, Université de Montréal, 1988, 204 p + annexes (non publié)

BEAUCHEMIN, M. et C. Lapchuck, *Mise à jour des connaissances des sages-femmes*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, 1992, 13 p.

COALITION DU RÉSEAU ALTERNATIF DE SANTÉ DU QUÉBEC, *Mémoire pour la reconnaissance et la réglementation des thérapies alternatives* (feuille résumé), Montréal, Coalition du réseau alternatif de santé du Québec, février 1993

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC, *La périnatalité au Québec. Étude d'un moyen pour atteindre les objectifs: la pratique des sages-femmes, Avis #1*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 1987, 226 p.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LES SAGES-FEMMES, *Les sages-femmes: proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation*, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, octobre 1983, 371 p.

COMMISSION PERMANENTE DES AFFAIRES SOCIALES, «Consultations particulières dans le cadre de l'étude du projet de loi 4 - Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes», Québec, *Journal des débats*, nos 2-5 des 6-8, 12 décembre 1989, 258 p.

COMITÉ DE FORMATION, *Outil de transmission du savoir sage-femme*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, 1991, 44 p.

COMITÉ DES STANDARDS DE PRATIQUE, *Politiques*, Montréal, Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, mise à jour 1991, 17 p.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES, *Guide pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes à la pratique des sages-femmes*, Québec, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, mars 1993, 81 p. (non publié)

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Pour les Québécoises: égalité et indépendance*, Québec, Éditeur officiel, 1978

DESJARDINS, S., Sylvie Lavallée et Lucie Nadeau, *Sages-femmes et aspects légaux au Québec*, Montréal, Université de Montréal, faculté de droit, avril 1982, 79 p. (non publié)

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Les thérapies alternatives, des outils complémentaires*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, février 1993, 13 p.

MIDWIFERY SERVICES REVIEW COMMITTEE, *Report of the Midwifery Services Review Committee*, Edmonton, Alberta Professions and Occupations Bureau, avril 1992, 74 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique en périnatalité*, Québec, Éditeur officiel, 1993, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Position ministérielle relativement à la pratique des sages-femmes au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1988, 22 p. (non publié)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, 1990, 91 p.

NAISSANCE-RENAISSANCE, *Depuis que le monde est monde*, 2^e éd., Montréal, Naissance-Renaissance, 1982, 41 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Avis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles Monsieur Claude Ryan concernant la demande de l'Association des sages-femmes du Québec d'être constituée en corporation professionnelle*, Québec, O.P.Q., 1987, 17 p.

OMS - BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE, *Legislation Concerning Nursing/Midwifery Services and Education*, Copenhague, OMS - Bureau régional de l'Europe, 1981, 49 p.

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, vol. 31, no 61 (21 juin 1990) aux pp. 3981-4016

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, vol. 31, no 62 (22 juin 1990) aux pp. 4103-4105

RÉSEAU D'ACTION POUR UNE SANTÉ INTÉGRALE, *Mémoire pour la reconnaissance et la réglementation des thérapies alternatives au Québec*, Montréal, Réseau d'action pour une santé intégrale, février 1993, 19 p.

ROCHETTE, J., *Le phénomène des médecines alternatives au Québec: problèmes et esquisses de solution*, essai de maîtrise en droit de la santé, Université de Sherbrooke, 1990, 240 p. (non publié)

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, *Report of the Royal College of Midwives' Commission on Legislation Relating to Midwives*, Londres, Royal College of Midwives, mai 1991, 20 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *La sage-femme française*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 214 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *Le Conseil de l'Ordre, chroniques de 1893 à 1985*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 235 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *Loi du 19 mai 1982 sur la profession de sage-femme*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 77 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *Rencontre internationale de sages-femmes: compte rendu*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 94 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *Rencontre internationale de sages-femmes: 10 au 16 novembre 1986*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 176 p.

SAGES-FEMMES DU MONDE, *Sage-femme à domicile employée d'une collectivité territoriale*, Paris, Sages-femmes du monde, 1986, 215 p.

TASK FORCE ON THE IMPLEMENTATION OF MIDWIFERY IN ONTARIO, *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*, Toronto, Ministry of Health, 1987, 429 p.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING, *Code of Professional Conduct for Nurse, Midwife and Health Visitor*, 2^e éd., Londres, United Kingdom Central Council, novembre 1984, 4 p.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING, *A Midwives Code of Practice for Midwives practicing in the United Kingdom*, Londres, United Kingdom Central Council, novembre 1986, 12 p.

VALENTINI, H., *Au pays des cigognes... : Caractéristiques du système de soins de maternité néerlandais*, Québec, Conseil des affaires sociales, 1990, 21 p. + annexes 10

Articles de journaux

CANADIAN PRESS, «Alberta government moving to recognize midwifery, MLA announces» (30 avril 1992) *The Gazette* [de Montréal] B6

DESROSIERS, E., «Un premier programme de sages-femmes voit le jour à Montréal» (3 juillet 1993) *La Presse* [de Montréal] A8

DUNN, K., «Legalize midwifery now, MD urges Québec: Practice is safe, so pilot projects are unnecessary, McGill researcher» (5 mars 1993) *The Gazette* [de Montréal] A5

PÉPIN, A., «Sages-femmes: Côté autorise un projet-pilote dans l'Outaouais» (13 mars 1993) *La Presse* [de Montréal] A22

PRESSE CANADIENNE - Alma, «Le Conseil des médecins d'un CLSC d'Alma dit non à un projet-pilote de sages-femmes» (28 juin 1993) *La Presse* [de Montréal] B6

PRESSE CANADIENNE - Vancouver, «La profession des sages-femmes est reconnue en C.-B.» (11 mai 1993) *La Presse* [de Montréal]

Entrevues téléphoniques, lettres, conférences, communiqués de presse

Entrevue avec le Dr. J. Klomp, 8 mars 1990, Toronto.

Entrevue téléphonique avec P. de Reu, 9 juin 1993, Boxtel - Pays-Bas

Entrevue téléphonique avec M. Rousseau, Montréal, août 1992

Lettre de B. Etchells de Belmont International au «Royal College of Midwives», 13 février 1991, Londres, 6 p. (non publié)

Lettre de H. Miller à H. Cornellier, 25 octobre 1991, Trent - Angleterre, 2 p. (non publié)

MILLER, H., «Le rôle de la sage-femme en Grande-Bretagne», présentation dans le cadre de la première rencontre du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes, Québec, 15 mai 1991 (non publié)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, «Fiche d'information: Renseignements sur la profession de sage-femme» (1993) Ministère de la Santé de l'Ontario, 3 p.

VALENTINI, H., «La périnatalité au Québec: Les demandes des femmes face à l'invasion technologique», Conférence de l'Association nationale de la femme et le droit, Montréal, 16 au 19 février 1989 (non publié)

VALENTINI, H., «Portrait de l'interventionisme obstétrical au Québec, 1981-82 et 1986-87», Conférence de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Montréal, 15 au 19 mars 1989 (non publié)

