

**LES ENJEUX DE LA LOI 4  
SUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES  
DANS LE CADRE DES PROJETS-PILOTES**



618-057:304  
(714)  
Des 1993

*Renaissance*

Avril 1993

1. LA LOI 4 :
  - . Historique
  - . Les modalités d'application
  
2. LA SAGE-FEMME :
  - . Son rôle, son approche
  - . Sa situation au Québec et au niveau international
  - . Sélection pour les projets-pilotes
  
3. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES
  
4. LES MAISONS DE NAISSANCE
  
5. LES ENJEUX DE LA LOI 4
  
6. TABLEAUX

# LA LOI 4

Le 22 juin 1990, l'Assemblée nationale du Québec adoptait à l'unanimité la Loi sur la pratique des sages femmes dans le cadre de projets-pilotes (Loi 4).

## Historique

Dès 1981, la reconnaissance des sages-femmes est largement réclamée lors des colloques "Accoucher ou se faire accoucher". En 1983, un comité interministériel est chargé d'étudier cette possibilité. En 1986, le comité recommande de légaliser la profession, mais le Parti Québécois perd le pouvoir avant de pouvoir le faire.

En 1987, un comité de travail du gouvernement libéral recommande à nouveau la légalisation. En 1988, le Conseil des Affaires sociales propose l'idée des projets-pilotes. En juin 1989, madame Lavoie-Roux dépose le projet de loi 156, qui va dans ce sens. Malheureusement, le Gouvernement déclenche des élections avant de l'adopter.

La Loi 4 reprend les grandes lignes du projet 156, à la lumière des mémoires soumis en commission parlementaire. Lors de cette consultation, quatorze (14) organismes ont appuyé le projet : les huit (8) à s'y opposer sont tous des associations médicales.

En 1973, comme l'a rappelé monsieur Marc-Yvan Côté en présentant la Loi 4, le Québec s'était fixé cinq buts en périnatalité. Le premier de ces buts - réduire la mortalité et la maladie chez les mères et les bébés - a été atteint. Mais on plafonne par rapport aux quatre autres : prévenir les naissances prématurées et les petits poids à la naissance ; améliorer les services aux clientèles spéciales (jeunes, défavorisés, régions éloignées) ; diminuer les interventions obstétricales ; humaniser les soins.

Devant ces lacunes, il valait la peine d'expérimenter des solutions qui donnent d'excellents résultats à l'étranger. De plus, il était important de respecter la liberté de choix des québécoises. Enfin, il était souhaitable de reconnaître une pratique qui se développait sans encadrement au Québec.

## La Loi 4

La Loi 4 autorise donc la pratique des sages-femmes à l'intérieur de projets-pilotes, afin de vérifier si cette pratique permet d'améliorer la situation et afin de savoir dans quelles conditions elle est la plus efficace. La loi traite de cinq grands points: les projets-pilotes, le conseil multidisciplinaire, le comité d'admission, le conseil d'évaluation et le rapport final.

## Les projets-pilotes

La loi autorise la création de huit projets-pilotes, qui relèvent soit d'un centre hospitalier (C.H.), soit d'un CLSC. La clientèle est limitée aux femmes dont l'état ne présente pas de risque. Les accouchements ont lieu à l'hôpital ou dans une maison de naissance. Les projets doivent donner une autonomie suffisante aux sages femmes, ils doivent assurer la continuité des soins et ils doivent garantir la sécurité des clientes.

## Le conseil multi-disciplinaire

Dans chaque projet, un conseil multi-disciplinaire définit les règles de pratique des sages-femmes, contrôle cette pratique et étudie toute plainte qui s'y rapporte.

Le conseil est composé de trois sages-femmes, deux médecins, une infirmière et une usagère. La présidente et la vice-présidente du conseil sont des sages-femmes. Les centres hospitaliers (C.H.) participants peuvent toutefois remplacer le conseil d'évaluation par un conseil des

médecins, chirurgiens et dentistes élargi, où siègent des sages-femmes.

### **Le comité d'admission à la pratique sage-femme**

Les sages-femmes sont choisies par le comité d'admission, qui fixe leurs normes de compétence et les critères de sélection de la clientèle. Le comité d'admission comprend huit (8) personnes: trois (3) sages-femmes, une (1) infirmière en périnatalité, un obstétricien-gynécologue, un (1) représentant des collègues, un (1) représentant des universités et une (1) usagère.

### **Le conseil d'évaluation**

L'expérience est supervisée par le conseil d'évaluation. C'est celui-ci qui choisit les projets, qui détermine comment on les évalue et qui reçoit les rapports annuels présentés par les centre hospitaliers et les CLSC participants.

C'est ce conseil qui recommandera en bout de ligne si l'on devrait légaliser la pratique des sages-femmes et comment on devrait le faire. Il est composé de onze (11) membres: deux (2) sages-femmes, un (1) médecin, une (1) infirmière, deux (2) usagères, un (1) représentant des hôpitaux, un (1) représentant des CLSC et trois (3) personnes choisies par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le ministre responsable des professions et le ministre de l'Enseignement supérieur. Le conseil doit compter au moins trois (3) médecins.

### **Le rapport final**

Enfin, six mois avant l'expiration de la loi, le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre chargé des professions présenteront un rapport sur les projets-pilotes et soumettront leurs recommandations sur la reconnaissance permanente des sages-femmes. La loi expire six ans après l'entrée en vigueur du premier règlement sur la compétence et la formation des sages-femmes. Comme celui-ci est appliqué depuis le 23 septembre 1992, les projets-pilotes se termineront le 23 septembre 1998.

En résumé, pour assurer la sécurité des usagères, la Loi 4 garantit la compétence des sages-femmes participantes, elle impose des protocoles d'entente avec les services médicaux et elle exclut les clientes à risques. De plus, elle crée des mécanismes de surveillance et d'évaluation permanentes où tous les groupes concernés sont représentés.

## LA SAGE-FEMME

Depuis l'adoption de la Loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, en juin 1990, beaucoup de gens se posent des questions sur le travail des sages-femmes, sur leur formation et sur leur compétence au Québec.

Même si les sages-femmes exercent le deuxième plus vieux métier du monde, comme elles se plaisent à le dire, on les connaît très mal en Amérique du Nord. Depuis le milieu du siècle dernier, en effet, elles y ont été graduellement supplantées par les médecins. Au Québec, les dernières sages-femmes agréées ont cessé de pratiquer autour de 1960. Pourtant, on trouve des sages-femmes dans presque tous les pays du monde. **Leur pratique est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé et par la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens.**

Par définition, la sage-femme est la spécialiste de la reproduction normale chez la femme. Son travail englobe la planification familiale, le suivi de grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau-né et au nourrisson. C'est une professionnelle autonome qui prévient et dépiste les problèmes de santé chez la mère et le nouveau-né ; en cas de besoin, elle consulte le médecin ou lui réfère sa cliente. Elle est formée pour réagir aux urgences.

L'approche particulière de la sage-femme repose sur deux grands principes :

- Le premier, c'est la normalité. La grossesse, l'accouchement, la naissance sont des processus normaux, et non des maladies ou des catastrophes potentielles. On essaie d'en faciliter le déroulement harmonieux avec le moins d'interventions possible.

- Le second, c'est la continuité. Une même personne suit la famille, de la conception aux relevailles. Cette personne connaît la situation de ses clientes, leur état de santé, leur personnalité. Par conséquent, elle est très bien placée pour détecter les problèmes et les régler rapidement.

La formation de la sage-femme inclut des notions de santé publique, de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie et de travail social. En général, le cours dure trois (3) ans et débouche sur un diplôme universitaire de premier cycle. À la fin du cours, l'étudiante a suivi une soixantaine de femmes du début de la grossesse jusqu'après l'accouchement et elle a été confrontée à toutes les complications possibles. (Par comparaison, en cinq ans d'études, les médecins de famille suivent un seul stage en gynécologie-obstétrique, qui dure huit semaines en moyenne).

La sage-femme exerce son métier en vertu d'un permis décerné au terme d'un programme d'études obligatoire. Sa pratique est réglementée par une loi spéciale, différente de celles qui s'appliquent aux médecins et aux infirmières. La sage-femme doit être membre en règle de sa corporation professionnelle et respecter diverses obligations: recyclage régulier, application d'un code de déontologie, etc...

En Europe, les sages-femmes ont graduellement abandonné le travail autonome pour la stabilité financière des cliniques et des hôpitaux. Depuis une quinzaine d'années, toutefois, on constate que le milieu hospitalier trahit les principes de normalité et de continuité. Plusieurs voix réclament le retour à une pratique plus authentique. On cite en exemple la Hollande où le tiers des accouchements se font à la maison. Aux États-Unis, on assiste à une évolution semblable ; interdite dans certains états et subordonnée aux médecins dans d'autres, la profession

s'est renouvelée sous l'impulsion des "lay-midwives", sages-femmes non infirmières, parfois autodidactes, qui travaillent à domicile et en maison de naissance.

Au Québec, la Corporation des médecins n'émet plus de permis aux sages-femmes depuis les années 40, même si elle en a toujours le pouvoir. La profession de sage-femme s'est développée dans une demi-clandestinité, en s'inspirant du modèle hollandais, des "lay-midwives" américaines et des "radical midwives" britanniques. Les sages-femmes pratiquantes se sont formées en travaillant comme apprenties et en faisant des stages à l'étranger. À côté d'elles, on trouve aussi des sages-femmes diplômées qui attendent la légalisation de leur profession pour pratiquer ; la plupart ont fait leurs études à l'extérieur du Canada.

Pour le bon fonctionnement des projets-pilotes, on devait s'assurer que les sages-femmes participantes possèdent des qualifications uniformes et suffisantes. Le comité d'admission créé par la Loi 4 a donc formulé le Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation et chargé le Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval de vérifier la compétence théorique et clinique des sages-femmes.

En vertu du règlement, la sage-femme doit avoir une formation collégiale, universitaire ou équivalente dans trois domaines:

1. Matières de bases (anatomie, diététique, bactériologie, biochimie, etc.)
2. Notions spécifiques (obstétrique, gynécologie, néonatalogie, etc.)
3. Techniques de soins (chirurgie, obstétrique, interventions d'urgence, etc.)

Malgré sa rigueur apparente, ce processus repose uniquement sur des critères scolaires. Pour être admis, il suffit d'avoir acquis les connaissances énumérées dans le règlement; pas besoin d'avoir reçu une formation de sage-femme, ni de posséder une expérience récente de sage-femme au Québec. Le Comité a même essayé d'exclure les sages-femmes autodidactes, tout en acceptant des infirmières et des médecins. De plus, il rejette toute expérience de sage-femme acquise au Québec.

Dans ces conditions, on se demande si la pratique expérimentée dans les projets-pilotes sera bien celle des sages-femmes, et celle des sages-femmes québécoises.

## LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Dans le débat entourant la Loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, on pose beaucoup de questions sur la formation des sages-femmes. Comme elles feront un travail jusqu'ici réservé aux médecins, on se demande si elles sont aussi bien préparées qu'eux pour soigner les femmes en couche.

Partout dans le monde, la sage-femme est formée pour intervenir en première ligne. On peut la consulter directement pour tout ce qui entoure l'arrivée des enfants dans la famille : fertilité et contraception, cours prénataux, grossesse, accouchement, soins au bébé, adaptation au rôle de parent. Elle s'occupe des cas normaux et fait appel au spécialiste en cas de problème.

Pour apprécier la compétence de la sage-femme, on peut prendre comme point de référence la formation d'un autre intervenant de première ligne, le médecin de famille. Nous proposons ici de comparer le programme de médecine familiale de l'université McGill et deux formations de sage-femme : les études dispensées en Hollande et le plan d'apprentissage élaboré par l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes.

### Université McGill

À l'université McGill, le cours de médecine comprend 20 mois de formation de base et 20 mois d'externat, étalés sur quatre ans. Les critères d'admission sont le D.E.C. en sciences de la santé ou des études universitaires équivalentes. Le programme apprend à l'étudiant à dépister et traiter tous les problèmes de santé et à suivre la grossesse et l'accouchement. La théorie se divise en trois volets : les matières de base (anatomie, pharmacologie, microbiologie, etc.) ; la pathologie et la pratique de la médecine.

sur 1 484 heures de cours, 28 sont consacrées à la reproduction.

L'externat est une série de stages dans les diverses spécialités médicales (chirurgie, psychiatrie, etc.). Les 12 stages obligatoires et les 6 optionnels occupent 106 semaines. En gynécologie-obstétrique, le stage obligatoire est de 10 semaines; en pédiatrie, de 8 semaines. Ces stages sont complétés par des séminaires intensifs. Ils se déroulent à l'hôpital (maternité, salle d'accouchement, pouponnière, bloc obstétrical) et en clinique. On se fie à l'achalandage des établissements pour que l'étudiant se familiarise avec la majorité des situations possibles.

### Hollande

En Hollande, la sage-femme est la seule personne qualifiée en obstétrique normale. Elle est formée comme une professionnelle autonome et non comme l'assistante du gynécologue-obstétricien : ce travail est réservé à des infirmières spécialisées. Les études de sage-femme durent 3 ans à temps plein (11 mois par an). Elles sont réservées aux candidates âgées d'au moins 20 ans qui ont terminé 12 ans de scolarité et qui ont réussi l'examen d'entrée. La formation théorique est de 1 330 heures, dont 660 en obstétrique, 75 en pédiatrie et 25 en gynécologie.

Les stages cliniques commencent dès la première année. Ils se déroulent à la maison et à l'hôpital et durent 82 semaines en tout. À la fin du cours, l'étudiante a passé 26 semaines en salle d'accouchement, 16 en suivi de grossesse, 15 en post-natal et 4 en néonatalogie. Pour obtenir son diplôme, elle doit avoir posé une série de 84 actes selon une fréquence variant de 2 à 50 fois. Enfin, un règlement de la Communauté européenne stipule qu'elle doit avoir suivi 40 femmes du début de la grossesse jusqu'après l'accouchement.

## Québec

Au Québec, pour l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, les lacunes du système d'éducation ont été à la fois une contrainte et une chance. Une contrainte, car la mise en place - et l'application d'un plan de formation hors cadres demande beaucoup de rigueur et d'imagination. Mais une chance, car ces lacunes permettent de perpétuer une tradition basée autant sur le savoir-être que sur le savoir-faire.

Le plan de formation est un programme complet d'études et d'apprentissages que l'aspirante sage-femme remplit sous la direction d'une praticienne accomplie. Ce programme est d'autant plus strict que, par choix et par nécessité, les sages-femmes praticiennes ne travaillent qu'à domicile, sans l'appui du réseau de la santé.

La candidate doit avoir des connaissances en anatomie et en physiologie ; elle doit être mère ou avoir accompagné un accouchement et des relevailles ; et elle doit démontrer le sérieux de son engagement à la sage-femme qui l'encadre. La formation s'étale sur une période de 3 à 6 ans, pendant laquelle la candidate travaille comme apprentie avec cette sage-femme.

L'apprentissage se divise en trois étapes, marquées par une autonomie progressive. Pendant chaque étape, l'apprentie doit acquérir des habiletés précises, décrire et commenter l'expérience accumulée, réaliser des travaux de recherche, suivre des cours et lire certains ouvrages.

La sage-femme évalue périodiquement son apprentie. Elle se base sur un curriculum théorique qui va de l'obstétrique au droit, en passant par la psychologie et la néonatalogie, et sur un curriculum clinique englobant soins prénataux, accouchement, post-partum et soins infirmiers. La sage-femme accorde aussi une grande importance au développement des qualités humaines.

Au terme de l'apprentissage, l'Alliance reconnaît comme sage-femme autonome l'apprentie qui a rempli tous les volets du programme à la satisfaction de son mentor. En particulier, l'apprentie doit avoir fait 25 suivis de grossesse complets comme assistante et 30 suivis de grossesse complets comme responsable, sans supervision. (Le suivi de grossesse complet inclut le suivi prénatal, le travail, l'accouchement et le post-partum.)

## Conclusion

Les deux formations de sage-femme que nous vous avons présentées sont comparables sur le plan du contenu et pour ce qui est des critères d'admission à la pratique autonome. Ces formations portent sur le cycle de reproduction normal de la femme, sur le dépistage des pathologies et sur les mesures à prendre en cas d'urgence. Elles sont de niveau post-secondaire, elles comprennent des études théoriques poussées et elles incluent des stages cliniques étendus. Leur durée est d'au moins 3 ans.

La formation des médecins est plus longue (4 ans) et les conditions d'admission sont plus exigeantes sur le plan scolaire : 2 ans de Cegep en sciences de la santé après la fin du secondaire. Cependant, elle est beaucoup plus vaste. Les médecins de famille doivent en effet se familiariser avec 5 spécialités en plus de l'obstétrique-gynécologie.

À première vue, le système d'apprentissage adopté par les sages-femmes praticiennes semble inhabituel. Cependant, l'université McMaster (Ontario) a mis au point, il y a quelques années, un système semblable. Des chercheurs ont en effet constaté que les étudiants apprennent mieux en s'attaquant en petites équipes à la résolution de problèmes concrets, sous la direction d'un mentor. Ce système a été adopté par plusieurs facultés de médecine aux États-Unis et il le sera bientôt au Québec.



## **La formation des sages-femmes en Ontario**

En Ontario, l'université Laurentienne (Sudbury), l'université McMaster (Hamilton) et le Ryerson Polytechnical Institute (Toronto) donneront un cours de sage-femme à partir de septembre 1993. Il s'agit d'un programme de trois ans (3 blocs de 11 mois) menant à un baccalauréat en sciences de la santé. D'après le plan d'études, la formation théorique occuperait l'équivalent de 16 mois de cours. Elle porterait sur les sciences de la vie, les sciences sociales et la santé publique et inclurait un cours de 45 heures sur la reproduction.

La formation pratique commencerait dès la première année ; elle s'étalerait sur 73 semaines environ, et elle combinerait conférences, séminaires et stages cliniques. Ceux-ci se dérouleraient à domicile, en maison de naissance et à l'hôpital. Comme le recommande le bureau provisoire de l'ordre des sages-femmes, les étudiantes seraient tenues d'assister à 60 accouchements, dont 40 à titre de responsable et de suivre au moins 30 clientes du début de la grossesse jusqu'aux relevailles.

## LES MAISONS DE NAISSANCE

La Loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, adoptée à l'unanimité le 22 juin 1990 par l'Assemblée nationale du Québec, prévoit que « les accouchements auront lieu dans un centre hospitalier ou dans une installation (...) spécialement aménagée pour procéder aux accouchements ». Cette « installation », c'est ce que l'on appelle une maison de naissance.

D'où viennent ces maisons de naissance, à quoi ressemblent-elles et pourquoi les inclure dans la loi ?

Pour bien le comprendre, il faut faire un peu d'histoire. La révolution tranquille, le féminisme, le retour à la terre des années 70, tout cela ouvre le Québec sur le monde et suscite une remise en question de l'ordre établi. S'inspirant de l'exemple américain, les québécoises entament une réflexion sur la contraception, l'avortement, l'auto-santé et l'accouchement. Leurs buts ? Se ré-approprier leur corps et affirmer leur compétence face aux experts.

De là naît le mouvement d'humanisation de la naissance. Ses membres contestent un système de santé impersonnel qui impose des interventions abusives et qui exclut la famille. C'est grâce à leurs pressions que les hôpitaux aménagent des chambres de naissance et autorisent les pères à assister aux accouchements à la fin des années 70. Ce sont eux aussi qui font renaître la profession de sage-femme et l'accouchement à domicile. Malheureusement, les chambres de naissance ne réussissent pas à modifier en profondeur les habitudes hospitalières, tandis que beaucoup de femmes sont réticentes à accoucher à la maison. N'existerait-il pas une solution intermédiaire ?

C'est précisément ce que créent les américains à la même époque: les "Free Standing Birth Centers". Il s'agit de maternités autonomes à caractère familial où l'on dispense des conseils et des soins avant, pendant et après l'accouchement. Ces « maisons de naissance » s'occupent uniquement des cas normaux et collaborent avec les spécialistes s'il y a un problème. On y met l'accent sur les rapports personnalisés, l'éducation, la continuité des soins, la famille et l'accouchement naturel. **Depuis 1975, plus de 240 maisons de naissance ont ouvert leurs portes aux États-Unis.**

La plupart des maisons de naissance sont dirigées par des sages-femmes et sont à but non lucratif. Cependant, certaines appartiennent à des chaînes administrées par des obstétriciens-gynécologues. Les maisons de naissance sont accréditées par l'État et reconnues par les assurances-santé privées.

Leur capacité moyenne est de 300 accouchements par an. Le séjour est de courte durée, et l'on n'admet que les femmes dont l'état n'annonce pas de complications. Le transfert à l'hôpital est automatique dès que l'on détecte des complications et si la mère ou l'enfant sont en danger.

En général, les maisons de naissance sont installées dans une habitation. On y trouve deux ou trois chambres de naissance avec salle de bain, salon, cuisinette, quelques salles d'examen et un bureau. Les chambres de naissance sont équipées de grands lits ordinaires. La décoration crée une ambiance chaleureuse et familiale: plantes, rideaux, éclairage réglable, télévision, système de son, divans, jouets, etc...

En 1987, le New England Journal of Medicine a publié une étude portant sur les 11 814 accouchements effectués entre 1985 et 1987 dans 84 de ces maternités autonomes. L'étude révèle que les césariennes y sont deux fois moins nombreuses qu'à l'hôpital. Pour le même type d'accouchements, les taux de mortalité et de morbidité infantiles sont équivalents et la mortalité maternelle est nulle. 15,8 % des clientes ont été transférées à l'hôpital, mais 2,4 % seulement en situation d'urgence. Le transfert a pris moins de 15 minutes dans 85 % des cas. Le taux de satisfaction des mères atteint les 90 %. Conclusion ? Citons les chercheurs: « **Peu d'innovations dans les services de santé offrent une sécurité équivalente à un coût aussi économique, pour une même accessibilité et pour un taux de satisfaction aussi élevés** ».

D'autres études démontrent que le suivi de la grossesse et de l'accouchement coûte un tiers moins cher en maison de naissance qu'à l'hôpital. Après avoir créé une de ces maisons à titre expérimental, l'hôpital Jackson Memorial de Miami a même décidé d'y diriger toutes ses clientes sans complications, pour des raisons financières. Dans tous les cas, les recherches révèlent que l'issue des grossesses est aussi avantageuse en maison de naissance qu'à l'hôpital.

C'est en se basant sur ces résultats que les québécoises demandent depuis longtemps l'ouverture de maisons de naissance, et qu'elles ont exigé qu'on les reconnaisse dans la Loi 4. Les travaux américains ont confirmé que, même dans les maternités autonomes, plus on se rapproche du modèle hospitalier, plus le taux d'intervention augmente, sans que la santé des mères et des bébés ne s'en trouve améliorée. La situation du Québec est éloquente à cet égard : alors que 99 % des femmes accouchent à l'hôpital, les taux d'intervention sont parmi les plus élevés au monde. Il était donc essentiel qu'une partie au moins de l'expérience se fasse en dehors de l'hôpital.

En conclusion, la maison de naissance est une solution qui a fait ses preuves. Elle reflète les aspirations du mouvement d'humanisation des naissances et elle offre toutes les garanties de sécurité voulues. Rappelons que le premier projet-pilote retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi 4 est une maison de naissance, qui sera située à Gatineau.

## LES ENJEUX DE LA LOI 4

La Loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes autorise quelques sages-femmes à pratiquer pendant une période limitée dans un petit nombre de projets. Cette pratique respectera les normes internationales. Les sages-femmes participantes doivent réussir un examen théorique et un examen clinique, administrés par un organisme spécialisé dans l'évaluation des professionnels de la santé. Elles s'occuperont seulement des cas ne présentant ni risque ni complication et elles seront tenues d'appliquer des critères très stricts de transfert en cas de problème. Enfin, les projets-pilotes où elles travailleront seront supervisés et évalués en permanence par des comités multi-disciplinaires.

Pourtant, les associations médicales opposent une résistance farouche à cette loi. Elles ont commencé par déclarer que la profession de sage-femme était rétrograde. Ensuite, elles ont prétendu que sa reconnaissance était superflue et coûteuse. Contraintes de reculer sur ces deux plans, elle ont tenté d'écarter les sages-femmes autodidactes. En vain ! Maintenant, elles admettent que les sages-femmes sont utiles et compétentes, mais exigent qu'elles pratiquent à l'hôpital sous la direction de médecins.

Cette opposition est d'autant plus surprenante que les sages-femmes ont toujours réussi à trouver des médecins pour les assister dans leur pratique. De plus, le premier projet-pilote approuvé (une maison de naissance située à Gatineau) a été mis au point par un comité où siégeaient, entre autres, un chef de service d'obstétrique, un chef de département de santé communautaire et un omnipraticien accoucheur. Ce projet a même reçu l'appui de l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) de l'Outaouais, en 1991.

Comment expliquer l'attitude de la Fédération des médecins spécialistes, de la Fédération des omnipraticiens et de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ?

Pour le faire, il faut se rappeler que la profession médicale exerce un monopole presque total sur la santé depuis plus d'un siècle au Québec. Très tôt, elle a placé les sages-femmes sous son autorité, pour les reléguer ensuite dans des régions de plus en plus éloignées, jusqu'à les éliminer du sud de la province. Elle a bloqué pendant trente ans l'entrée de la chiropraxie au Québec et elle y contrôle l'acupuncture. En plus de lutter contre la pratique des sages-femmes, elle veut aujourd'hui empêcher la reconnaissance des médecines douces. En clair, c'est une profession déterminée à défendre le statu quo.

Or, la Loi 4 amène deux grands changements.

Premièrement, elle autorise l'exercice d'une profession autonome : pour toute grossesse normale, la sage-femme travaille sans aucune surveillance médicale. Jusqu'ici, ce champ de pratique était réservé aux omnipraticiens - et surtout aux gynécologues-obstétriciens. Ceux-ci devront le partager avec des sages-femmes qui seront leurs égales et qui pourront poser des diagnostics, prescrire certains médicaments et exécuter des actes de chirurgie mineure (l'épisiotomie, par exemple), comme eux.

Deuxièmement, la Loi 4 confie l'encadrement des sages-femmes à une nouvelle structure: le conseil multi-disciplinaire. Ce conseil définit les règles de soins que suivent les sages-femmes, il contrôle leur pratique et il étudie les plaintes des clientes. En d'autres mots, il joue le même rôle que le C.M.D.P. pour les soins médicaux et que le tout nouveau conseil des infirmières et infirmiers (C.I.I.) pour les soins infirmiers. Comme ces deux

organismes, le conseil multi-disciplinaire relève directement du conseil d'administration de l'hôpital ou du CLSC.

Fait remarquable, le conseil multi-disciplinaire réunit des médecins avec d'autres professionnels de la santé et avec des usagères, ce qui ne s'est jamais vu dans le réseau de la santé. Les médecins n'y ont pas droit de veto.

**Il faut bien voir que la Loi 4 ne crée pas une nouvelle profession ; elle rétablit une profession qui n'a jamais été abolie. La Loi 4 remplit simplement un devoir dont la Corporation professionnelle des médecins refuse de s'acquitter. La loi médicale stipule en effet que la Corporation « doit, par règlement, déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes » (article 19). Ce règlement existe, mais il n'a pas été revu et il n'est plus appliqué depuis le début des années 40.**

De plus, la Loi 4 n'est pas une mesure isolée. Elle suit les politiques qui visent à rendre plus efficace le système de santé, en répartissant les effectifs selon les besoins. Or, on sait que les grossesses et les accouchements se déroulent sans problème dans 85 % des cas. Il n'est pas logique que la majorité d'entre eux soient suivis par un obstétricien formé à grands frais pour traiter les complications graves. Pourtant, c'est ce qui se passe au Québec. Comme les omnipraticiens se retirent de plus en plus de l'obstétrique (9 % seulement la pratiquent encore), il est tout à fait normal de les remplacer par une intervenante de première ligne qui s'occupera seule des cas normaux et qui fera appel au spécialiste s'il y a un problème.

En conclusion, il semble bien que l'opposition des syndicats de médecins soit attribuable à ces deux facteurs: la fin de leur monopole sur les actes et sur l'organisation des soins relatifs à la contraception, à la grossesse et à l'accouchement, et la perte d'un marché captif.

**TABLEAU 1**

**Taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance  
selon la région de résidence de la mère, Québec 1989-1990**

RÉGION 1989-1990	PRÉMATURITÉ %	INSUFFISANCE DE POIDS %
Bas Saint-Laurent, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine	6,0	5,5
Saguenay-Lac Saint-Jean	6,6	5,8
Québec	6,4	5,6
Trois-Rivières	6,6	6,0
Estrie	5,9	5,3
Montréal métropolitain	6,7	6,2
Lanaudière-Laurentides	6,8	6,2
Montréal	6,2	5,8
Outaouais	7,4	6,8
Abitibi-Témiscamingue	6,6	6,3
Côte-Nord	6,2	6,2
Kativik et Bale James	7,4	3,7
<b>Le Québec</b>	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>

Prématurité: naissances de moins de 37 semaines de gestation.

Insuffisance de poids: naissances de moins de 2 500 grammes.

Source: Registre de la population, RSQ. Calculs de la DQPE, MSSS.

**TABEAU 2**

**Taux de quelques interventions obstétricales selon la région du centre hospitalier où a lieu l'accouchement, Québec 1990-1991**

	RÉGIONS												
	01 %	02 %	03 %	04 %	05 %	06A %	06B %	06C %	07 %	08 %	09 %	10 %	Québec %
Césariennes	17,3	18,9	16,1	19,4	13,3	19,3	14,8	16,9	18,9	16,3	18,4	0	17,7
Anesthésie générale pendant césarienne	58,4	73,6	15,8	49,3	23,6	45,2	71,8	45,1	70,8	45,0	71,5	0	46,2
Forceps et ventouses	9,1	23,8	30,3	19,8	25,6	15,3	15,2	13,6	10,1	13,8	8,0	2,4	17,6
Épisiotomie	64,1	72,8	58,3	64,3	61,8	57,8	57,0	58,5	64,7	48,6	46,8	13,4	59,1

Les quatre régions affichant les taux les plus élevés.

Source: Fichier MED-ECHO. Calculs de la DGPE, MSSS.

**TABLEAU 3**

**Répartition des accouchements par voie naturelle selon le mode d'anesthésie et la région du centre hospitalier où a lieu l'accouchement, Québec 1990-1991**

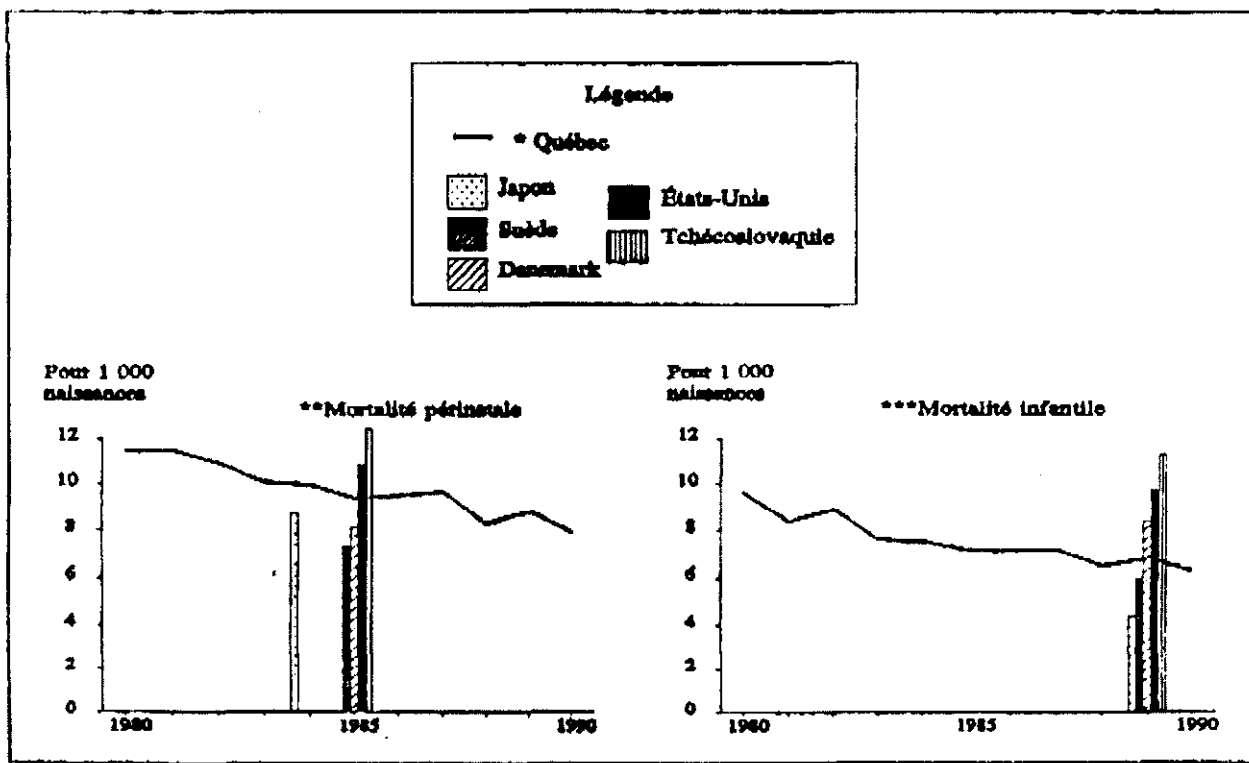
Anesthésie	RÉGIONS												
	01 %	02 %	03 %	04 %	05 %	06A %	06B %	06C %	07 %	08 %	09 %	10 %	Québec %
Aucune	16,8	13,5	18,8	18,6	30,2	16,4	12,1	17,4	13,6	21,0	13,7	68,4	17,2
Locale	80,3	69,4	24,9	69,5	35,7	51,3	86,0	70,5	84,2	71,8	79,2	31,6	57,7
Péridurale	1,0	14,5	55,6	11,1	33,5	28,4	0,5	10,6	0,3	3,8	4,7	0	22,7
Générale	1,9	2,6	0,7	0,9	0,6	1,8	1,4	1,4	2,0	3,1	2,4	0	1,5
Inconnue	0	0	0,1	0	0	2,2	0,1	0	0	0,2	0	0	0,9

Source: Fichier MED-ECHO. Calculs de la DGPE, MSSS.



# FIGURE 1

## Taux de mortalité périnatale et infantile: évolution au Québec, 1980-1990 et comparaisons internationales pour certaines années



\* Source: Registre de la population, BSQ. Calculs de la DGPE, MSSS.

\*\* Source: Notzon, F.C. "International Differences in the Use of Obstetric Interventions." *JAMA*, June 27, 1990, Vol. 263, no. 24.

\*\*\* Source: Wegman, M.E. "Annual Summary of Vital Statistics - 1990." *Pediatrics*, Déc. 1991, vol. 88, no. 6.

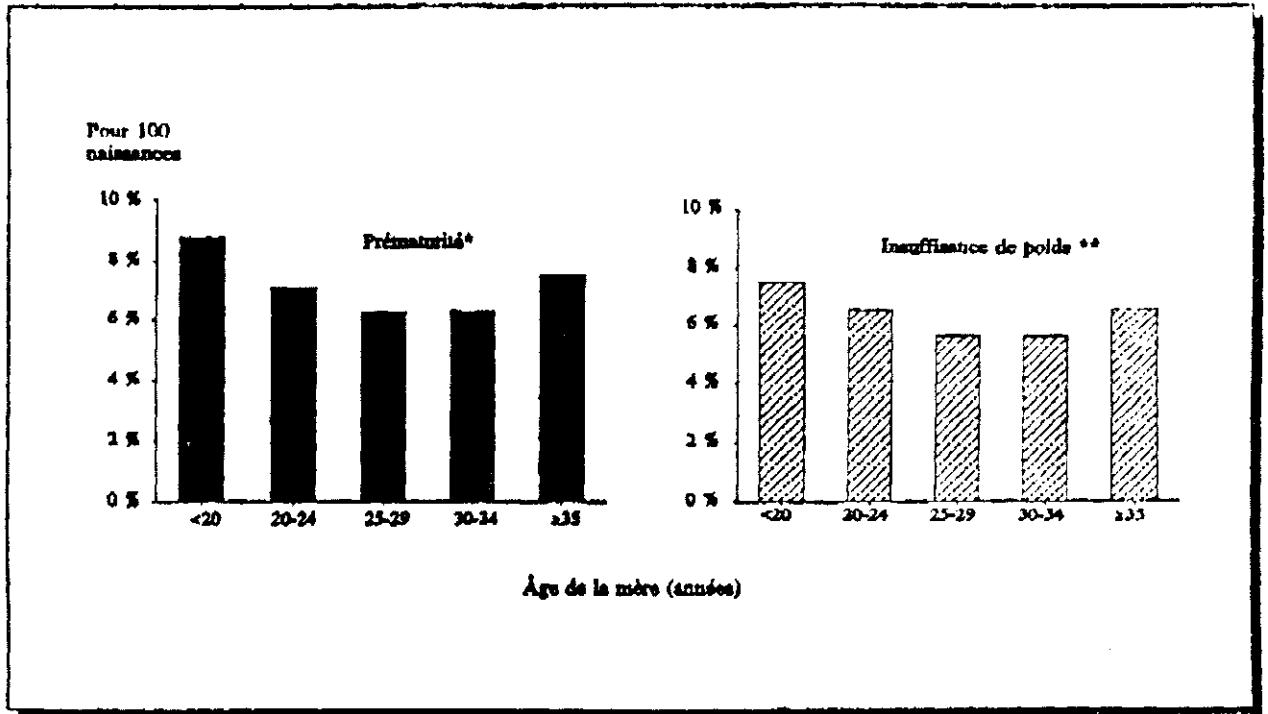
Mortalité périnatale (taux):  $\frac{\text{mortinaiissances} + \text{décès d'enfants âgés de moins de 7 jours}}{\text{naissances vivantes} + \text{mortinaiissances}} \times 1\ 000$

Mortalité infantile (taux):  $\frac{\text{décès d'enfants nés vivants, âgés de moins d'un an}}{\text{naissances vivantes}} \times 1\ 000$

Les naissances vivantes excluent les naissances de poids inférieur à 500 grammes.

## FIGURE 4

Taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance selon l'âge de la mère, Québec 1990



\* Prématurité: naissances de moins de 37 semaines de gestation.  
\*\* Insuffisance de poids: naissances de moins de 2 500 grammes.  
Source: Registre de la population, BSQ. Calculs de la DQPE, MSSS.

*Naissance Renaissance*

530, rue Chemier, Montréal (Québec) H2L 1H3 Tél.: (514) 843-9552