

## La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance

William Fraser, Marie Hatem-Asmar

---

### Citer ce document / Cite this document :

Fraser William, Hatem-Asmar Marie. La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. In: Santé, Société et Solidarité, n°1, 2004. Naître en France et au Québec. pp. 105-115;

doi : <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1231>;

[https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2004\\_num\\_3\\_1\\_1231](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1231);

---

Fichier pdf généré le 11/04/2024

## Résumé

3e Afin de décrire le profil professionnel et éducationnel de la sage-femme du Québec, il est nécessaire de situer cette profession dans son contexte historique passé, qui a entraîné sa disparition, et présent, qui a été témoin de sa renaissance. Les résultats des études contemporaines au processus de reconnaissance de la profession permettent de décrire la spécificité de la pratique sage-femme au Québec, qui correspond à la continuité et à la globalité des soins, au soutien de la famille, au respect des besoins et des droits des femmes, à la considération des compétences parentales ainsi qu'à l'utilisation judicieuse de la technologie. Ainsi, la sage-femme est disponible, à l'écoute des besoins de ses clientes et elle présente une flexibilité pour les lieux de pratique. L'approche sage-femme préconisée au Québec semble être l'exception ailleurs. Avec un profil professionnel assez particulier, le programme de formation des sages-femmes se doit d'être fondé sur un paradigme éducationnel humaniste qui permet le développement de «l'apprenant» et de sa personne en plus du développement de ses connaissances propres à la discipline. Il la prépare à être autonome et à favoriser l'autonomie de la personne qui réclame ses soins et ses services. Le présent article fait état de la situation de la sage-femme au Québec et de ses profils professionnel et éducationnel.

## Abstract

To describe the occupational and educational profile of midwives in Québec, it is necessary to place this occupation in its past historical context, which led to its disappearance, and its present context, which has witnessed its rebirth. Based on the results of contemporary studies on the process of gaining professional recognition, the specificity of midwifery practice in Québec can be described. It is linked with continuity and comprehensiveness of care, support for the family, respect for women's needs and rights, consideration of parental skills as well as the sound use of technology. Thus, midwives are available, attentive to their clients' needs and have flexibility in terms of practice setting. The midwifery approach advocated in Québec seems to be the exception elsewhere. With a rather distinctive occupational profile, the midwifery program must be based on a humanist educational paradigm which allows each person to develop as both a "learner" and an individual in addition to developing the knowledge specific to their discipline. The training prepares them to be autonomous and to foster the autonomy of the individual in need of their care and services. This article describes the situation of midwives in Québec and their occupational and educational profiles.

## La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance

### ► Marie Hatem-Asmar – QUÉBEC

Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Ste-Justine

### ► William Fraser – QUÉBEC

Directeur du Département d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et médecin et chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Ste-Justine

### RÉSUMÉ

Afin de décrire le profil professionnel et éducationnel de la sage-femme du Québec, il est nécessaire de situer cette profession dans son contexte historique passé, qui a entraîné sa disparition, et présent, qui a été témoin de sa renaissance. Les résultats des études contemporaines au processus de reconnaissance de la profession permettent de décrire la spécificité de la pratique sage-femme au Québec, qui correspond à la continuité et à la globalité des soins, au soutien de la famille, au respect des besoins et des droits des femmes, à la considération des compétences parentales ainsi qu'à l'utilisation judicieuse de la technologie. Ainsi, la sage-femme est disponible, à l'écoute des besoins de ses clientes et elle présente une flexibilité pour les lieux de pratique. L'approche sage-femme préconisée au Québec semble être l'exception ailleurs. Avec un profil professionnel assez particulier, le programme de formation des sages-femmes se doit d'être fondé sur un paradigme éducationnel humaniste qui permet le développement de « l'apprenant » et de sa personne en plus du développement de ses connaissances propres à la discipline. Il la prépare à être autonome et à favoriser l'autonomie de la personne qui réclame ses soins et ses services. Le présent article fait état de la situation de la sage-femme au Québec et de ses profils professionnel et éducationnel.

### ABSTRACT

*To describe the occupational and educational profile of midwives in Québec, it is necessary to place this occupation in its past historical context, which led to its disappearance, and its present context, which has witnessed its rebirth. Based on the results of contemporary studies on the process of gaining professional recognition, the specificity of midwifery practice in Québec can be described. It is linked with continuity and comprehensiveness of care, support for the family, respect for women's needs and rights, consideration of parental skills as well as the sound use of technology. Thus, midwives are available, attentive to their clients' needs and have flexibility in terms of practice setting. The midwifery approach advocated in Québec seems to be the exception elsewhere. With a rather distinctive occupational profile, the midwifery program must be based on a humanist educational paradigm which allows each person to develop as both a "learner" and an individual in addition to developing the knowledge specific to their discipline. The training prepares them to be autonomous and to foster the autonomy of the individual in need of their care and services. This article describes the situation of midwives in Québec and their occupational and educational profiles.*

**E**n 1990, le gouvernement du Québec adoptait une loi autorisant l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes pour une période de six ans afin de déterminer l'opportunité de légaliser cette profession. En effet, la pratique de sage-femme a disparu dans les années 60 du xx<sup>e</sup> siècle. Un contexte socio-politique particulier, impliquant entre autres les instances gouvernementales, les associations professionnelles médicales et paramédicales et les mouvements féministes, a entouré ce processus de renaissance et de reconnaissance légale de la profession. La sage-femme a été officiellement reconnue au Québec en 1998. Elle est actuellement dotée d'un ordre professionnel et d'un programme de formation universitaire. Toutefois, sa pratique est toujours limitée à sept maisons de naissance réparties dans la province et ne bénéficie pas du support des différentes institutions du système de santé. Le présent article présente un bref historique de la renaissance de la profession au Québec. Il décrit le cadre de l'expérimentation de la pratique des sages-femmes et leurs caractéristiques. Il s'attarde sur le profil professionnel et éducationnel de la sage-femme québécoise après avoir présenté le contexte qui a permis de voir émerger ces profils.

### Une reconnaissance très récente

La sage-femme a joué un rôle prépondérant dans l'événement social et culturel que représentait la naissance au Québec dès le début de la colonisation française. Selon Laforce (1985), aux xv<sup>e</sup> et xvii<sup>e</sup> siècles, il était, et de loin, préférable pour une femme de se faire accoucher par une sage-femme que par un chirurgien.

La sage-femme tomba presque dans l'oubli durant les années 60 du xx<sup>e</sup> siècle et le terme de sage-femme disparut du vocabulaire du citoyen de cette époque (Desjardins, 1993; MSSS, 1989a). Cependant, vers la fin des années 70, les groupes de femmes qui ont initié la remise en question des soins obstétricaux au Québec ont associé la sage-femme à une de leurs demandes principales : l'humanisation des soins (MSSS, 1989a; AQSFP, 1989; Naissance-Renaissance, 1993). L'événement le plus marquant qui aurait

contribué à la renaissance de la profession de sage-femme correspondrait aux colloques régionaux organisés en 1981 par l'Association pour la santé publique du Québec et intitulés « Accoucher ou se faire accoucher » (MSSS, 1989a). Il s'agissait de tribunes d'échanges qui ont regroupé des milliers de personnes intéressées par l'humanisation des soins en périnatalité. Les recommandations principales qui ont découlé de ces colloques portaient sur la mise sur pied de chambres et de maisons de naissance et sur l'officialisation de la pratique des sages-femmes.

Alors que la profession de sage-femme était reconnue légalement dans 96% des pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (Saillant et O'Neill, 1987), le Canada était le dernier pays industrialisé où elle n'était pas encore légalisée dans les années 80 (Buhler, 1996; Allemang *et al.*, 1993; Kaufman, 1991, 1992). Toutefois, le processus de reconnaissance de la profession a été mis en marche, au début des années 90, dans certaines provinces canadiennes comme le Québec (MSSS, 1990), l'Ontario (Government of Ontario, 1991), la Colombie-Britannique et l'Alberta (Government of Alberta, 1992).

En 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux soumet à la population une nouvelle politique de périnatalité pour le Québec dont le but est « *d'améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveau-nés et mieux soutenir les familles, particulièrement les plus démunies* » (MSSS, 1993). Cette politique est née du besoin de la société de faire face à certains problèmes (MSSS, 1989a, b, c, d, e) dont la persistance et l'aggravation de la pauvreté et de ses conséquences sur la santé des femmes et des enfants; l'augmentation de la prématurité, la persistance de faible poids à la naissance, etc. (Montreuil et Blanchard, 1991). Ces graves problèmes sociaux et de santé ainsi que l'émergence de nouvelles problématiques auraient suscité la promotion et le développement d'approches novatrices en périnatalité parmi lesquelles figure « l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes ». En effet, au lieu de légaliser directement la profession de sage-femme à l'instar d'autres provinces canadiennes, le Gouvernement du

Québec a opté pour l'expérimentation de sa pratique, à travers huit projets-pilotes, qui devait se dérouler sur une période de six ans (MSSS, 1990, 1993).

### **Un corps médical réticent**

Le compromis qui aurait amené le gouvernement à opter pour l'expérimentation de la pratique aurait été le résultat, entre autres, de la réserve et du désaccord des associations de médecins du Québec, plus particulièrement leur syndicat, à l'égard de la reconnaissance des sages-femmes (Burtch, 1994; MSSS, 1988). La réticence des médecins pouvait être associée à une différence de paradigme, à une lutte inter-professionnelle pour protéger un champ de pratique réservé et surtout à une crainte de « l'inconnu », plus précisément aux aptitudes à exercer de sages-femmes n'ayant pas reçu une formation reconnue officiellement et appelées « sages-femmes autodidactes ». Selon Blais *et al.* (1994), l'arrivée des sages-femmes est perçue par les médecins spécialistes comme une menace pour les médecins de famille et vice-versa; les médecins de chaque groupe croyaient que la légalisation des sages-femmes entraînerait une baisse de clientèle pour l'autre groupe.

L'opposition médicale à la reconnaissance des sages-femmes pouvait s'expliquer selon Vadeboncoeur *et al.* (1996) par le processus suivi par le Gouvernement du Québec pour en arriver à expérimenter la pratique des sages-femmes. Celui-ci aurait implanté la loi 4 quelques années avant la parution de sa politique de périnatalité. Par ailleurs, le gouvernement aurait écarté les associations médicales du processus de reconnaissance des sages-femmes sous prétexte que leur volonté de contrôler la profession allait à l'encontre de l'autonomie qu'il voulait lui accorder.

Cependant, il ne faut pas ignorer certains faits qui ont poussé probablement le gouvernement à l'adoption de la loi 4 (Vadeboncoeur *et al.*, 1996). Il s'agit de la division qui régnait au sein des sages-femmes elles-mêmes, du lobbying des mouvements féministes qui ne se faisait plus sentir comme dans les années 80 et des deux enquêtes du coroner qui eurent lieu à la fin des années 80 entourant les circonstances qui ont mené au

décès de deux bébés lors d'un suivi effectué par une sage-femme.

Dans ce contexte, les sages-femmes se sont peu intégrées au système de santé durant la période d'évaluation de leur pratique (Collin *et al.*, 2000). Les raisons invoquées correspondent à la méconnaissance des professionnels en périnatalité à l'égard de leur pratique, à la concurrence au niveau des territoires professionnels, aux décalages entre les cultures professionnelles des sages-femmes et des autres dispensateurs de soins et à un cadre organisationnel et légal des projets-pilotes déficients.

### **Une pratique organisée dans le cadre de projets-pilotes**

En promulguant la loi 4, le MSSS autorise la pratique des sages-femmes de façon expérimentale dans le but d'en évaluer les effets sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances de bébés prématurés ou de faible poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles-cibles; et de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique et, le cas échéant, l'organisation professionnelle de cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité (MSSS, 1990).

La mise en application de la loi 4 s'est concrétisée par la création de deux entités gouvernementales, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes (CEPP) et le Comité d'admission à la pratique de sage-femme (CAPSF) ainsi que par l'implantation des projets-pilotes. Le rôle du CEPP était de déterminer des critères de sélection des projets-pilotes et le choix des projets adéquats et de superviser le déroulement de l'évaluation de la pratique dans les projets-pilotes pour laquelle il a mandaté une équipe de recherche (Blais *et al.*, 1997). Ses recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux ont été présentées en 1997 (CEPP, 1997). Le CAPSF avait pour rôle l'établissement de critères et d'un processus permettant de reconnaître les sages-femmes aptes à pratiquer dans les projets-pilotes. Il a établi un règlement sur les critères de risques obstétricaux et néonataux à observer dans la pratique de sage-femme. C'est dans ce contexte socio-politique global

que les projets-pilotes sélectionnés par le CEPP (1993) et les sages-femmes reconnues aptes à pratiquer par le CAPSF (1995) ont dû joindre leurs efforts pour favoriser l'expérimentation et l'évaluation de la pratique des sages-femmes.

La mission d'un projet-pilote a été tirée de la définition d'un centre de maternité, ou "birthing-center", selon Eakins (1989) qui considère qu'un centre de maternité est une adaptation de l'environnement familial pour la durée d'un séjour assez court, un établissement de soins ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques et néonataux d'un hôpital, un endroit conçu pour donner aux membres de la famille et aux personnes choisies par la femme leur juste place comme participants actifs ainsi qu'un lieu offrant une approche préventive de soins de santé aux femmes et aux enfants durant la grossesse, l'accouchement et le postnatal. Pour ce type de lieu de maternité, appelé aussi centre ou maison de naissance, les promoteurs envisageaient une certaine philosophie et des valeurs qui sont supposées guider la pratique des sages-femmes et qui peuvent être résumées par : une définition de la grossesse et de l'accouchement vus comme un processus physiologique ; le choix d'un lieu et d'une approche globale découlant de cette vision ; la promotion de la participation de la famille aux prises de décisions concernant les soins et les services envisagés pendant la grossesse, la naissance et le post-partum.

Les principes retenus par les promoteurs des projets-pilotes et qui sous-tendent les services offerts dans une telle maternité portent entre autres : sur le respect du caractère unique et individualisé de la naissance, sur la reconnaissance du droit à l'autonomie et le respect de la compétence spécifique des femmes, sur la prévention et la promotion de la santé, sur le respect et la confiance mutuelle entre sage-femme et cliente, sur la place au père, sur le caractère multiethnique de la clientèle potentielle, sur l'orientation communautaire des services, sur la flexibilité du fonctionnement et sur la collaboration entre les omnipraticiens et l'équipe multidisciplinaire du centre local de services communautaires (CLSC).

Alors que la loi 4 prévoyait que les projets-pilotes puissent être élaborés par un centre

hospitalier ou un CLSC, ou conjointement par ces deux établissements, tous les projets-pilotes sélectionnés étaient rattachés à des CLSC. Ils ont été progressivement mis en place entre 1993 et 1995.

### Un profil varié

En 1990, à l'époque de l'adoption de la loi 4, les sages-femmes du Québec, selon qu'elles étaient diplômées du Québec ou d'ailleurs, ou qu'elles étaient de formation plutôt autodidacte, appartenaient respectivement à l'Association des sages-femmes du Québec (ASFQ) ou à l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes (AQSFP) (AQSFP, 1989; Forcier et Ouimet, 1990; Hatem-Asmar *et al.*, 1996, Hatem-Asmar, 1997). Une étude réalisée en 1991 a permis de décrire le profil des personnes « qui se disaient sages-femmes » au Québec au moment de la parution de la loi 4 (Hatem-Asmar *et al.*, 1996) (tableau 1). Les deux associations de sages-femmes ont manifesté leur satisfaction à l'égard des projets-pilotes (Forcier et Ouimet, 1990) qui seront, selon l'AQSFP (1989), « une occasion exceptionnelle de définir ensemble le profil de la sage-femme qui correspond aux besoins des familles québécoises ». Toutefois, l'ASFQ se trouva amenée à formuler au gouvernement un ensemble de recommandations dont certaines avaient pour but d'assurer, dans le cadre de l'expérimentation, l'autonomie professionnelle de la sage-femme (Paquin, 1990).

Le processus de sélection des sages-femmes par le CAPSF a conduit à reconnaître 49 sages-femmes aptes à pratiquer dans les projets-pilotes (CAPSF, 1995). Celles-ci avaient des caractéristiques socio-culturelles et un profil éducationnel et professionnel variés : professionnelles sages-femmes ayant reçu leur formation par entrée directe, infirmières-sages-femmes pour qui la formation infirmière est un pré-requis à la formation de sage-femme, et sages-femmes autodidactes qui n'ont bénéficié que de l'apprentissage « d'un maître » auto-formé. L'accréditation a eu lieu sur la base d'un processus d'examen assez élaboré, à la suite duquel les sages-femmes ont reçu en 1993 une formation offerte par l'Université du Québec à Trois-Rivières afin d'actualiser leurs connaissances et les intégrer au système de santé.

**T A B L E A U 1** Profil professionnel des sages-femmes participant à l'étude de 1991<sup>1</sup>

| VARIABLES  | Sages-femmes autodidactes |     | Sages-femmes professionnelles |     | Infirmières sages-femmes |     | p     |
|--|---------------------------|-----|-------------------------------|-----|--------------------------|-----|-------|
|  | Nbre                      | %   | Nbre                          | %   | Nbre                     | %   |       |
| <b>Durée de formation (en mois)</b>                  |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| < 12   | 2                         | 8   | —                             | —   | 5                        | 16  |       |
| 12-24  | 1                         | 4   | 2                             | 17  | 18                       | 58  | 0,000 |
| > 24   | 22                        | 88  | 10                            | 83  | 8                        | 26  |       |
| <b>Lieu de formation</b>                             |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| Canada   | 18                        | 72  | —                             | —   | 10                       | 32  |       |
| Ailleurs   | 7                         | 28  | 12                            | 100 | 21                       | 68  | 0,000 |
| <b>Années de formation</b>                           |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| 1959-1969  | —                         | —   | 2                             | 16  | 15                       | 48  |       |
| 1970-1979  | —                         | —   | 5                             | 42  | 8                        | 26  | 0,000 |
| 1980-1989  | 11                        | 50  | 5                             | 42  | 8                        | 26  |       |
| 1990-1991  | 11                        | 50  | —                             | —   | —                        | —   |       |
| <b>Formation infirmière</b>                          |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| Oui  | 13                        | 48  | —                             | —   | 31                       | 100 |       |
| Non  | 14                        | 52  | 12                            | 100 | —                        | —   | 0,000 |
| <b>Pratique sage-femme hors Québec</b>               |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| Oui  | 4                         | 16  | 10                            | 83  | 27                       | 87  |       |
| Non  | 21                        | 84  | 2                             | 17  | 4                        | 13  | 0,000 |
| <b>Pratique courante de sage-femme</b>               |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| Oui  | 25                        | 96  | 3                             | 25  | 10                       | 32  |       |
| Non  | 1                         | 4   | 9                             | 75  | 21                       | 68  | 0,000 |
| <b>Affiliation à une association professionnelle</b> |                           |     |                               |     |                          |     |       |
| AQSFP  | 27                        | 100 | —                             | —   | 1                        | 3   |       |
| ASFQ   | —                         | —   | 12                            | 100 | 30                       | 97  | 0,000 |

1. Hatem-Asmar M., Blais R., Lambert J., Maheux B. (1996). A Survey of Midwives in Quebec: What Are Their Similarities and Differences? *Birth*, 23 (2): 94-100.

### Des études pour évaluer les projets-pilotes

Deux études ont pris place les premières années de l'implantation des projets-pilotes. La première consistait en une évaluation financée par le MSSS *via* le CEPP (Blais *et al.*, 1997). Les objectifs de l'étude visaient à atteindre les buts ciblés par le gouvernement dans la mise en application de la loi 4. Un devis évaluatif mixte a été utilisé : une étude

de cas multiple où chaque projet-pilote représentait un cas et une étude de cohorte où 1 000 femmes suivies par des sages-femmes dans les maisons de naissance ont été appariées à 1 000 femmes suivies par des médecins dans les services hospitaliers usuels. Des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte de données ont été utilisées. Le volet épidémiologique de l'évaluation visait la comparaison d'indicateurs de processus et

de résultats des services offerts par les sages-femmes à ceux associés aux services médicaux courants, offerts dans le milieu hospitalier (Fraser *et al.*, 2000). Sur la base des caractéristiques socio-démographiques et du niveau du risque obstétrical, 961 femmes par groupe ont été appariées.

La deuxième étude faisait l'objet d'une thèse de doctorat (Hatem-Asmar, 1997) dont les objectifs consistaient à décrire le profil professionnel de sage-femme qui s'adapte le mieux au contexte québécois tel qu'il se manifeste à travers l'expérimentation dans les projets-pilotes et le profil éducationnel qui correspond au profil professionnel émergent de cette expérimentation. Le but de l'étude était d'utiliser l'expérimentation de la pratique pour identifier les fondements d'un programme de formation professionnelle adaptée à la réalité québécoise, qui pouvait être fourni aux sages-femmes qui assureront la relève dans la période post-expérimentale. En effet, une occasion unique se présentait à travers cette expérimentation pour étudier les besoins réels de la clientèle québécoise qui s'adresse aux projets-pilotes exprimés tout au long du suivi périnatal effectué par la sage-femme. De plus, cette occasion permettait d'étudier le contexte socioculturel qui entoure l'implantation de cette profession ainsi que la dynamique par laquelle les sages-femmes mobilisent leurs ressources personnelles et environnementales pour répondre aux besoins de la clientèle. L'étude a adopté une approche ethnographique qualitative. L'échantillon à l'étude était composé de onze sages-femmes provenant de quatre projets-pilotes et des clientes de ces sages-femmes (une cliente par sage-femme). Différentes sources de données ont été utilisées (entrevues avec les sages-femmes, analyse de contenu des programmes de leur formation et de leur *curriculum vitae*, analyse de contenu des documents descriptifs des projets-pilotes, etc.).

### **La pratique québécoise donne une grande importance à l'écoute et à la communication**

Les résultats de l'évaluation ont montré que la pratique des sages-femmes est associée à moins d'interventions obstétricales et à une réduction de certains indicateurs de morbidité maternelle (césarienne et lésions

périnéales) (tableau 2). Ces résultats suggèrent que l'utilisation de la technologie peut prendre la forme d'une sur-utilisation (utilisation libre du forceps et recours à l'épisiotomie par les médecins, résultant en une élévation du taux des déchirures périnéales du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré) ou d'une sous-utilisation (utilisation restrictive des tests de surveillance pré et per-natals par les sages-femmes, entraînant une augmentation des dépressions néonatales et possiblement une augmentation des mortalités fœtales à la naissance). Pour les indicateurs de morbidité néonatale, les services offerts par les sages-femmes sont associés à un ensemble de bénéfices et de risques: moins de bébés prématurés et à petits poids de naissance mais une tendance vers un taux de mortinaissance plus élevé et un recours plus fréquent aux réanimations néonatales (tableau 3). D'ailleurs, le taux élevé des mortinaissances a amené le MSSS à confier au Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ) la tâche d'analyser tous les cas des mortinaissances survenus lors de l'expérimentation de la pratique dans les maisons de naissance et de lui présenter ses recommandations à ce sujet (CETSQ, 1999). Une des recommandations consistait à ne pas considérer le domicile de la cliente comme un milieu de pratique de la sage-femme du Québec tant que les mesures de sécurité nécessaires ne sont pas garanties. Enfin, selon Fraser *et al.* (2000), les dispensateurs des soins doivent naviguer entre la sur et la sous-utilisation des technologies obstétricales en vue de minimiser la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

Par ailleurs, le profil professionnel de sage-femme qui se dégage de l'étude Hatem-Asmar (1997) reflète les caractéristiques spécifiques au contexte dans lequel il s'inscrit et permet de repérer les similitudes avec la pratique professionnelle reconnue sur le plan international. Ces similitudes concernent principalement la perception de la grossesse et de l'accouchement comme des événements normaux et la délimitation du champ de pratique et des tâches qu'une sage-femme est appelée à remplir tout au long du suivi d'une femme enceinte, alors que les spécificités de la pratique correspondent surtout aux fondements de l'approche de la sage-femme québécoise: la continuité et la globalité des soins,



**T ABLEAU 2** Mode d'accouchement et indicateurs de morbidité maternelle des femmes participant à l'étude selon le groupe d'appartenance<sup>1</sup>

| RELATIF   | Groupe sage-femme<br>(n = 961) |      | Groupe médecin<br>(n = 961) |      | Test du<br>khi-deux | Risque                |
|---|--------------------------------|------|-----------------------------|------|---------------------|-----------------------|
|   | n                              | %    | n                           | %    | p                   | 95% CI                |
| <b>Mode d'accouchement</b>                        |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Spontané  | 867                            | 90,3 | 684                         | 71,2 | 126,2<br>p < 0,001  | 0,46**<br>(0,34-0,61) |
| Forceps bas                                       | 13                             | 1,4  | 39                          | 4,1  |                     |                       |
| Forceps moyen                                     | 2                              | 0,2  | 8                           | 0,8  |                     |                       |
| Forceps non spécifié                              | 3                              | 0,3  | 0                           | 0,0  |                     |                       |
| Rotation manuelle                                 | 2                              | 0,2  | 5                           | 0,5  |                     |                       |
| Extraction vacuum                                 | 16                             | 1,7  | 98                          | 10,2 |                     |                       |
| Césarienne  | 58                             | 6,0  | 127                         | 13,2 |                     |                       |
| <b>Césarienne : nullipares</b>                    |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Non   | 423                            | 89,2 | 382                         | 80,3 | 14,3                | 0,54                  |
| Oui   | 51                             | 10,8 | 94                          | 19,8 | p < 0,001           | (0,40-0,75)           |
| <b>Césarienne : multipares</b>                    |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Non   | 480                            | 98,6 | 452                         | 93,2 | 19,03               | 0,21                  |
| Oui   | 7                              | 1,4  | 33                          | 6,8  | p < 0,001           | (0,09-0,47)           |
| <b>Épisiotomie</b>                                |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Aucune  | 894                            | 93,1 | 610                         | 63,5 | 249<br>p < 0,001    |                       |
| Médiolatérale                                     | 11                             | 1,1  | 42                          | 4,4  |                     |                       |
| Médiane   | 55                             | 5,8  | 309                         | 32,1 |                     |                       |
| <b>Statut périnéal</b>                            |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Intacte   | 543                            | 56,6 | 525                         | 54,6 | 68,6<br>p < 0,001   |                       |
| Déchirure 1 <sup>er</sup> degré                   | 205                            | 21,3 | 105                         | 10,9 |                     |                       |
| Déchirure 2 <sup>e</sup> degré                    | 196                            | 20,4 | 274                         | 28,5 |                     |                       |
| Déchirure 3 <sup>e</sup> degré                    | 13                             | 1,4  | 45                          | 4,7  |                     |                       |
| Déchirure 4 <sup>e</sup> degré                    | 3                              | 0,3  | 12                          | 1,3  |                     |                       |
| <b>Transfusion durant et après l'accouchement</b> |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Non   | 959                            | 99,8 | 957                         | 99,6 | 0,67*               | 0,5                   |
| Oui   | 2                              | 0,2  | 4                           | 0,4  | p = 0,413           | (0,09-2,72)           |
| <b>Perte de sang durant l'accouchement</b>        |                                |      |                             |      |                     |                       |
| < 500 ml  | 715                            | 77,9 | 614                         | 73,7 | 6,2<br>p = 0,045    |                       |
| 500-999 ml  | 168                            | 18,3 | 192                         | 23,1 |                     |                       |
| > 1 000 ml  | 35                             | 3,8  | 27                          | 3,2  |                     |                       |
| <b>Antibiotiques après l'accouchement</b>         |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Non   | 870                            | 90,5 | 811                         | 84,4 | 16,1                | 0,61                  |
| Oui   | 91                             | 9,5  | 150                         | 15,6 | p < 0,001           | (0,48-0,77)           |
| <b>Consultation pour des problèmes imprévus</b>   |                                |      |                             |      |                     |                       |
| Non   | 822                            | 94,5 | 872                         | 90,8 | 8,8                 | 0,6                   |
| Oui   | 48                             | 5,5  | 88                          | 9,2  | p = 0,003           | (0,43-0,85)           |

\* Taille théorique < 5 dans certaines cellules \*\* Risque relatif de césarienne

1. Fraser W., Hatem-Asmar M., Krauss I. *et al.* (2000). Comparison of Midwifery Care to Medical Care in Hospitals in the Quebec Pilot Projects Study: Clinical Indicators, *Canadian Journal of Public Health*, 91 (1): 15-11.

**TABLEAU 3** Caractéristiques des nouveau-nés selon le groupe d'appartenance de la mère participant à l'étude<sup>1</sup>

|  | Groupe sage-femme<br>(n = 953) |      | Groupe médecin<br>(n = 963) |      | Test du<br>khi-deux<br><br>p |
|--|--------------------------------|------|-----------------------------|------|------------------------------|
|  | n                              | %    | n                           | %    |                              |
| <b>Apgar &lt; 7 à 1 minute</b>                           | 105                            | 11,0 | 74                          | 7,7  | 6,43<br>p = 0,012            |
| <b>Apgar &lt; 7 à 5 minutes</b>                          | 23                             | 2,4  | 31                          | 3,2  | 0,79<br>p = 0,373 (NS)       |
| <b>Réanimation</b>                                       |                                |      |                             |      |                              |
| Aucune   | 758                            | 79,5 | 837                         | 86,9 | 19,33<br>p < 0,001           |
| Oxygène seulement  | 120                            | 12,6 | 75                          | 7,8  |                              |
| Ventilation < 5 minutes                                  | 61                             | 6,4  | 44                          | 4,6  |                              |
| Ventilation > 5 minutes                                  | 14                             | 1,5  | 7                           | 0,7  |                              |
| <b>Score de morbidité &gt; = 300</b>                     | 33                             | 3,6  | 38                          | 3,9  | 1,14<br>p = 0,287 (NS)       |
| <b>Admission à l'unité des soins intensifs néonataux</b> | 920                            | 96,5 | 925                         | 96,1 | 0,31<br>p = 0,576 (NS)       |
|  | <b>(n = 964)</b>               |      | <b>(n = 970)</b>            |      |                              |
| <b>Poids de naissance des bébés</b>                      |                                |      |                             |      |                              |
| < 1 500 grammes  | 1                              | 0,1  | 7                           | 0,7  | 18,81<br>P < 0,001           |
| 1 500-2 499 grammes                                      | 15                             | 1,6  | 25                          | 2,6  |                              |
| 2 500-3 499 grammes                                      | 450                            | 46,7 | 519                         | 53,5 |                              |
| 3 500-4 499 grammes                                      | 481                            | 49,9 | 403                         | 41,5 |                              |
| > 4 500 grammes  | 17                             | 1,7  | 16                          | 1,7  |                              |
| <b>Durée de grossesse</b>                                |                                |      |                             |      |                              |
| < 35 semaines  | 5                              | 0,5  | 18                          | 1,9  | 18,02<br>P < 0,001           |
| 35-36 semaines   | 23                             | 2,4  | 43                          | 4,3  |                              |
| 37-41 semaines   | 917                            | 95,1 | 901                         | 92,9 |                              |
| > 42 semaines  | 19                             | 2,0  | 8                           | 0,9  |                              |
| <b>Anomalies congénitales majeures</b>                   |                                |      |                             |      |                              |
| Non  | 960                            | 99,6 | 963                         | 99,3 |                              |
| Oui  | 4                              | 0,4  | 7                           | 0,7  |                              |
| <b>État du bébé au congé (anomalies exclues)</b>         |                                |      |                             |      |                              |
| Vivant   | 951                            | 99,0 | 962                         | 99,9 |                              |
| Mort-né  | 7                              | 0,8  | —                           | —*   |                              |
| Mort néonatale   | 2                              | 0,2  | 1                           | 0,1  |                              |

\* Le taux de mortalité fœtale pour le groupe des médecins n'a pas été déterminé en raison de l'exclusion de cette catégorie du processus d'échantillonnage, et ce pour une période supérieure à la moitié de la période de sélection des cas.

1. Fraser W., Hatem-Asmar M., Krauss I. et al. (2000). Comparison of Midwifery Care to Medical Care in Hospitals in the Quebec Pilot Projects Study: Clinical Indicators, *Canadian Journal of Public Health*, 91 (1): 1 5-11.

le soutien de la famille à travers le support apporté à la femme, le respect des besoins et des droits des femmes, la considération des compétences parentales et l'utilisation judicieuse de la technologie.

Les spécificités de la profession au Québec se perçoivent particulièrement dans le cadre de la pratique. Pour la sage-femme québécoise, la femme est placée au centre de ses préoccupations. Elle accorde la place prioritaire à ses besoins et à ses choix, ce qui signifie une plus grande flexibilité et adaptabilité dans l'organisation des soins. De ce fait, la sage-femme au Québec manifeste une grande disponibilité et accorde beaucoup d'importance à l'écoute et à la communication. Ce qui compte le plus dans son approche, c'est l'individu et non le service et le soin qui sont des moyens pour répondre aux besoins détectés ou exprimés. Disponibilité et écoute se matérialisent par une durée des services plus longue et surtout par un nombre limité de clientes susceptibles d'être prises en charge durant une année (40 à 45). De plus, le lieu de pratique est flexible; il peut varier pour une même cliente entre le domicile, la maison de naissance et l'hôpital. L'approche préconisée au Québec serait l'exception ailleurs, où les femmes ont accès à des services des sages-femmes mais ne bénéficient pas de cette continuité, globalité et individualisation du suivi périnatal tel qu'offert au Québec.

Avec un profil professionnel assez particulier, le programme de formation des sages-femmes au Québec se doit de prendre en considération ces caractéristiques de la profession, ce qui n'est pas chose évidente (Hatem-Asmar *et al.*, 2003). La principale difficulté consiste à inculquer la continuité et la globalité de l'approche aux étudiantes. Sur le plan théorique, ceci signifie une approche intégrée des connaissances qui permet de synthétiser les données de différentes sources et disciplines. «L'apprentissage par problème» se révèle la méthode pédagogique par excellence et déjà éprouvée pour ce genre de formation. Sur le plan clinique, l'encadrement se doit d'être réalisé par des sages-femmes cliniciennes. En effet, les services et les soins

offerts dans le système de santé usuel ne favorisent pas la continuité des soins et ne permettent pas l'apprentissage de l'approche spécifique à la sage-femme. Cependant, un encadrement dans une pratique de sage-femme exclusive ne serait pas suffisant pour permettre aux candidates de vivre et d'étudier assez de situations variées pour les aider à développer un sens clinique et des habiletés pratiques adéquates. De ce fait, un équilibre est à trouver entre l'encadrement dans un milieu clinique propre aux sages-femmes et dans un milieu clinique connexe (grossesses à risque, néonatalogie, explorations, etc.). Tel n'est pas le cas de la formation offerte actuellement au Québec aux premières promotions de sages-femmes. Le support des institutions hospitalières du système n'étant pas encore accordé, l'accès à une formation élargie en obstétrique pathologique et de dépistage est limité bien que la première cohorte de sages-femmes ait été diplômée en 2003.

### Conclusion

Il ne faut pas oublier que même si la profession de sage-femme a été légalisée (Assemblée nationale, 1999), celle-ci n'est pas encore acceptée par le système de santé qui lui manifeste une certaine réticence: la collaboration des médecins, des infirmières, du milieu hospitalier, etc. ne lui est pas acquise. De ce fait, l'implantation de la profession de sage-femme, et par conséquent du programme de formation adapté à cette profession, n'a pas lieu sans trop de heurts. Ainsi, environ quatre ans après sa légalisation, la sage-femme connaîtrait encore des embûches nécessitant des négociations, des ententes et des compromis de la part des différents interlocuteurs et à différents niveaux pour lui permettre son intégration dans le système de santé du Québec. Un programme d'intégration des sages-femmes en milieu hospitalier est en cours et pourrait voir le jour prochainement à Montréal. De plus, l'Ordre des sages-femmes négocie les conditions de pratique au domicile de leur cliente, c'est-à-dire la réglementation de l'accouchement à domicile.

**Bibliographie**

- Allemang E., Kiltnei J., Van Wagner V. (1993). How Midwifery Will Fit into Ontario's Health Care System. *The Canadian Journal of Ob/Gyn & Women's Health Care*. 5 (4): 478-82.
- AQSFP (1989). *Projet de loi 4: Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, 22.
- Assemblée nationale (1999). *Projet de loi 28: Loi sur les sages-femmes* (chapitre 24), Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Blais R., Joubert P., Fraser W. *et al.* (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec – Rapport final* présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé – Université de Montréal, Rapport R97-08.
- Blais R., Maheux B., Lambert J. *et al.* (1994). Midwifery Defined Physicians, Nurses and Midwives: The Birth of a Consensus?, *Canadian Medical Association Journal*, 150 (5): 691-97.
- Buhler K. (1996). Midwifery and Family Practice: Changing Childbirth, *The Canadian Journal of CME*, 133-9.
- Burtch B. (1994). *Trials of Labor: The Reemergence of Midwifery*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 270.
- CAPSF (1995). *Bilan des Activités: Mars 1991 à juin 1995*, Québec, Gouvernement du Québec, 12.
- CEPP (1993). *Guide pour la sélection des projets-pilotes à la pratique des sages-femmes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- CEPP (1997). *Rapport final et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec.
- CETSQ (1999). Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, Montréal.
- Collin J., Blais R., White D. *et al.* (2000). Integration of Midwives into the Quebec Health Care System, *Revue canadienne de santé publique*, 91 (1): 16-20.
- De Koninck M., Blais R., Joubert P. *et al.* (2001). Comparing Women's Assessment of Midwifery and Medical Care in Quebec, Canada, *J Midwifery Women's Health*, 46 (2): 60-7.
- Desjardins S. (1993). *Médecins et sages-femmes: Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*, Québec, Québec/Amérique, 174.
- Eakins PS. (1989). Free-Standing Birth Centers in California. Program and Medical Outcome, *J Reprod Med*, 34 (12): 960-70.
- Forcier L., Ouimet G. (1990). *Perception des associations des sages-femmes entre elles: Rapport d'entrevues*, Montréal, 22.
- Fraser W., Hatem-Asmar M., Krauss I. *et al.* (2000). Comparison of Midwifery Care to Medical Care in Hospitals in the Quebec Pilot Projects Study: Clinical Indicators, *Canadian Journal of Public Health*, 91 (1): 15-11.
- Government of Alberta (1992). *Bill 50. Professional Statutes Amendment Act*, Edmonton, Legislative Assembly of Alberta.
- Government of Ontario (1991). *Bill 56. An Act Respecting the Regulation of the Profession of Midwifery*, Toronto, Government of Ontario.
- Gouvernement du Québec (1998). *Pratique des sages-femmes: recommandations ministérielles*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux & ministère de la Justice.
- Hatem-Asmar M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: Le cas de la profession de sage-femme au Québec*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en santé publique – Option organisation des soins, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé-Université de Montréal.

- Hatem-Asmar M., Blais R., Lambert J. *et al.* (1996). A Survey of Midwives in Quebec: What Are Their Similarities and Differences? *Birth*, 23 (2): 94-100.
- Hatem-Asmar M., Blais R. (1997). Opinions of Certified and Lay Midwives About Midwifery in Quebec: Perspectives for the Future of Their Profession, in Shroff, F. (1997), *The New Midwifery: Reflections on Renaissance and Regulation*, Toronto, Women's Educational Press, 311-30.
- Hatem-Asmar M., Fraser W., Blais R. (2003). Choix du paradigme éducationnel pour la formation de sages-femmes au Québec, *Ruptures*, 9 (1): 86-102.
- ICM-International Confederation of Midwives (1993). *Definition of a Midwife*, Triennial report 1990-1993, Ref.: 90/1/PP.
- Kaufman K. (1991). The Introduction of Midwifery in Ontario, Canada, *Birth*, 18 (2): 100-3.
- Kaufman K. (1992). Canadian Midwifery Attaining Recognition, *The Canadian Journal of Ob/Gyn & Women's Health Care*, 4 (4): 318-22.
- Laforce H. (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 237.
- Montreuil S., Blanchard P. (1991). *Périnatalité: Objectifs pour l'an 2000*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 45.
- MSSS (1988). Bilan des réactions au rapport du comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, Annexe 3, in Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes (1989), *Projet de loi 4: Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales*, Montréal, 22.
- MSSS (1989a). *La périnatalité au Québec: La pratique des sages-femmes*, Québec, Gouvernement du Québec, 155.
- MSSS (1989b). *La périnatalité au Québec: La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, Gouvernement du Québec, 251.
- MSSS (1989c). *La périnatalité au Québec: Vivre avec un nourrisson*, Québec, Gouvernement du Québec, 292.
- MSSS (1989d). *La périnatalité au Québec: Adolescence et fertilité: Une responsabilité personnelle et sociale*, Québec, Gouvernement du Québec, 128.
- MSSS (1989e). *La périnatalité au Québec: Naître égaux et en santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 153.
- MSSS (1990). *Projet de loi 4: Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1993). *Politique de périnatalité*, Québec, Gouvernement du Québec, 101.
- Naissance-Renaissance (1993). Les enjeux de la loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes, 15.
- Paquin M.-J. (1990). À propos du dossier sage-femme au Québec, *Nursing Québec*, 10 (2): 5-6.
- Saillant F., O'Neill M. (1987). *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Québec, Saint-Martin, 450.
- Vadeboncoeur H., Maheux B., Blais R. (1996). Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? *Ruptures*, 3 (2): 224-42.