

EXTRAIT DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018 DU MSSS, pp. 24 à 29

2.1.1 Entretenir une relation continue : une priorité pour les femmes

La continuité relationnelle se traduit par l'engagement du professionnel envers la femme durant toute la grossesse. Il doit aussi assurer celle-ci de sa présence à l'accouchement.

Selon un sondage effectué en mai 2005, les Québécoises accordent une forte importance à la continuité du suivi par le même professionnel durant la grossesse et à l'accouchement. Elles ont attribué à cet élément une note moyenne de 9,4 sur 10¹⁴.

2.1.2 Une place pour chacun

L'accès aux services de médecins omnipraticiens et spécialistes est capital dans le champ de la périnatalité. Dans les services périnataux de première ligne, les femmes qui le désirent devraient aussi avoir accès aux services d'une sage-femme. Le fait que cette profession soit reconnue depuis peu demande qu'on lui porte une attention particulière et que l'on adopte des orientations qui favoriseront le développement efficient de cette pratique.

2.1.3 Les services des sages-femmes : des services en demande

Au Québec, 39 % des femmes choisiraient « certainement » ou « probablement » d'accoucher en centre hospitalier avec la sage-femme qui les aurait suivies, si cela était possible¹⁵.

Les sages-femmes : d'abord une histoire de femmes

Au début des années 1980, un mouvement pour l'humanisation des services de périnatalité fait la promotion de la pratique des sages-femmes. Ses tenants plaident pour que l'on redonne aux sages-femmes un rôle important, essentiel, à l'intérieur des services de périnatalité.

Rappelons que la profession avait pratiquement disparu au Québec dans les années 1960¹⁶.

Les Québécoises demandaient depuis plusieurs années des changements dans les services de périnatalité, entre autres pour obtenir le libre choix quant au lieu d'accouchement, et pour avoir la certitude d'être suivies par le même professionnel tout au long de la grossesse et à l'accouchement.

Elles voulaient également une approche qui tienne compte de leurs capacités et de leur point de vue.

C'est dans les années 1990 que la pratique des sages-femmes a été officialisée, dans le cadre des projets pilotes menés dans quelques régions sélectionnées.

Des sages-femmes pratiquent au Nunavik depuis 1986, en réponse aux demandes des communautés nordiques. La présence de ces sages-femmes a permis de réduire le nombre de femmes transférées vers des établissements du réseau de la santé et des services sociaux hors région, ce qui a entraîné une diminution des répercussions d'ordre familial, social et économique de ces transferts.

De 1994 à 2006 inclusivement, les sages-femmes ont assisté 12 131 naissances¹⁷.

Au Québec, en 2006, le nombre de naissances vivantes pour lesquelles la mère a été assistée par une sage-femme était de 1 279, soit 1,6 % des naissances, comparativement à 0,5 % en 1994¹⁸.

Vouloir et pouvoir être suivie par une sage-femme

La Loi sur les sages-femmes¹⁹ précise que pour qu'une femme puisse bénéficier d'un suivi avec une sage-femme, sa grossesse doit se dérouler normalement. Un règlement détermine les cas présentant un risque pour la femme ou son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les six premières semaines de la période postnatale. Ces situations nécessitent la consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.

Un sondage réalisé par la firme SOM en mai 2005 révèle qu'environ 10 % des Québécoises en âge de procréer aimeraient être suivies par une sage-femme et assistées par elle au moment de l'accouchement²⁰. On peut alors estimer à environ 8 210 (sur un nombre potentiel de 82 100 naissances vivantes²¹) les naissances qui auraient pu être assistées par une sage-femme en 2006. 83 % des femmes ont indiqué connaître au moins un service qu'une sage-femme peut offrir, nonobstant la présence ou non de sages-femmes dans leur région.

Par ailleurs, les femmes détenant un diplôme universitaire seraient plus portées à opter pour un suivi avec une sage-femme (14 %), comparativement aux femmes ayant un diplôme de niveau secondaire (6 %). Les allophones, quant à elles, sont moins attirées par un suivi par une sage-femme que les femmes qui parlent français ou anglais.

Accessibilité des sages-femmes : vision du présent et de l'avenir

Au Québec, l'accès aux services des sages-femmes est gratuit ; ces services sont financés par l'État. La Loi sur les sages-femmes prévoit leur rattachement administratif par contrat avec un centre de santé et de services sociaux (CSSS).

Dix CSSS répartis dans neuf régions du Québec offrent des services de sages femmes.

Ces services sont offerts dans huit maisons de naissance. Certaines régions où pratiquent déjà des sages-femmes ne peuvent répondre à la demande en raison d'un nombre insuffisant de sages-femmes.

L'accouchement à domicile est possible. Les femmes peuvent aussi accoucher en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme ; pour ce faire, les CSSS doivent conclure des ententes avec les centres hospitaliers. En 2007, six centres hospitaliers avaient conclu des ententes, mais les accouchements y sont rares.

Il faut développer les services des sages-femmes et viser à les rendre accessibles aux femmes qui en font la demande. Éventuellement, les services des sages-femmes devront être offerts dans toutes les régions du Québec. Le développement des services nécessitera une augmentation substantielle du nombre de sages-femmes. Sur le plan de la formation, afin d'obtenir un nombre suffisant de diplômées, l'hypothèse d'un deuxième lieu d'enseignement pourrait être étudiée. Un nouveau bassin d'étudiantes auraient ainsi accès à un lieu d'enseignement situé plus près de leur domicile et à de nouveaux milieux de stage. L'intégration du programme devrait se faire dans un milieu multidisciplinaire favorable à une approche partagée entre les professions consacrées à la périnatalité.

Harmoniser les lieux d'exercice des sages-femmes avec les options proposées aux femmes pour l'accouchement

L'augmentation du nombre de sages-femmes implique une amélioration de l'accessibilité des services qu'elles sont susceptibles d'offrir en milieu hospitalier et, par conséquent, certains réaménagements à

l'intérieur de ce milieu, où l'on devra prévoir un espace réservé à une pratique axée sur le caractère physiologique naturel de l'accouchement. L'environnement y sera propice à un accouchement naturel, confortable, personnalisé et centré sur les besoins de la femme et de sa famille.

Le sondage SOM22 déjà cité révèle que 76 % des répondantes choisiraient d'accoucher dans un centre hospitalier, 15 % dans une maison de naissance et 9 % à domicile.

Les femmes qui choisissent d'accoucher avec une sage-femme en milieu hospitalier doivent pouvoir le faire. Les ententes conclues avec les centres hospitaliers ont entre autres pour but de permettre de respecter le choix des femmes qui optent pour un accouchement dans un centre hospitalier.

En plus d'offrir un véritable choix aux femmes, la pratique des sages-femmes en milieu hospitalier entraîne des échanges et une concertation entre les professionnels, favorisant ainsi un partage des connaissances et des visions. Une meilleure connaissance des expertises, de leur complémentarité et de leurs similitudes favorisera la collaboration.

Un lieu réservé aux femmes et aux familles

La maison de naissance, en raison de son aménagement et de son emplacement, favorise une pratique axée sur le caractère naturel de la grossesse et de l'accouchement.

Afin d'améliorer l'accès à ce lieu pour des services périnataux, notamment les services offerts par les sages-femmes, de nouvelles maisons de naissance pourront être implantées en utilisant, si possible, des locaux appartenant déjà au réseau de la santé et des services sociaux.

La maison de naissance est à la fois un lieu de consultation et d'accouchement.

Mais elle peut aussi faire office de lieu de ressourcement périnatal pour les femmes et les familles. À titre d'exemple, à l'occasion d'une visite postnatale à l'infirmière du CSSS, une femme pourrait allaiter son enfant à la maison de naissance attenante ou faisant partie du CSSS, et côtoyer les femmes qui ont recours aux services des sages-femmes. Le CSSS peut aussi envisager de réserver un espace à l'ensemble des personnes utilisant les services de périnatalité, y compris celles qui ont recours aux services des sages-femmes.

La maison de naissance doit offrir des conditions sécuritaires pour les accouchements, favoriser la pratique des sages-femmes et encourager l'intégration des services offerts par les sages-femmes à ceux des équipes de périnatalité. Elle doit également viser la meilleure utilisation possible des ressources existantes, qu'il s'agisse des ressources matérielles ou financières.

Le domicile comme lieu d'accouchement

Les femmes suivies par une sage-femme peuvent accoucher à domicile si elles le désirent. Un règlement²³ définit les mesures requises afin d'assurer un encadrement et des conditions sécuritaires.

Faire une place aux sages-femmes auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité

L'un des grands défis dans le domaine de la périnatalité consiste à rejoindre les femmes et les familles vivant dans des conditions qui les rendent vulnérables, afin de réduire les risques sur le plan de la santé en période périnatale. Cette responsabilité incombe à l'ensemble des intervenantes et des intervenants en périnatalité.

L'organisation des services de périnatalité doit cibler ces femmes. Dans cette optique, et compte tenu de la nature et du type de leurs services – services complets et personnalisés –, les sages-femmes doivent leur accorder priorité. Il faut éviter que les femmes recourant aux sages-femmes soient essentiellement

des femmes plus favorisées et plus scolarisées. Ainsi, l'expertise des sages-femmes doit être promue auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. Des mécanismes de repérage aideront à cibler ces femmes.

La continuité des soins

La continuité des soins offerts par les sages-femmes implique une collaboration étroite entre divers partenaires. Des services complets, intégrés et continus supposent que la sage-femme fournisse aux femmes qui recourent à elle l'information nécessaire sur les services existants en périnatalité, ou qu'elle assure la réponse à leurs besoins par des mécanismes de liaison et d'orientation établis en collaboration avec les ressources des réseaux locaux de services.

La participation des sages-femmes à différents comités locaux et régionaux en périnatalité avec des intervenantes et des intervenants de divers milieux est aussi une voie à privilégier pour favoriser leur intégration et, par conséquent, la continuité des soins.

L'accès à un test diagnostique, au transport ambulancier ou aux services d'un médecin pour une consultation ou un transfert doit être facile et, surtout, ne comporter aucun obstacle organisationnel ou professionnel, cela afin d'éviter des délais pouvant causer des préjudices à la femme ou à son bébé. Dans les cas de naissance hors centre hospitalier, soit les maisons de naissance ou le domicile, les CSSS doivent établir des ententes avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux pour garantir la sécurité, l'efficacité et la continuité des soins, en particulier lorsque la mère ou l'enfant doivent être transférés d'urgence. Les premiers partenaires visés par des ententes formelles sont les services préhospitaliers, pour le transport en ambulance des femmes et des enfants. Il faut également prévoir des ententes formelles avec les centres hospitaliers qui offrent des services spécialisés en obstétrique, pédiatrie ou néonatalogie, pour la consultation et le transfert de la responsabilité médicale, le cas échéant. Les ententes doivent préciser le type de services spécialisés offerts sur appel et sur place et les délais pour l'obtention de ces services en cas de transfert urgent.

Il pourrait s'avérer nécessaire d'apporter des modifications législatives pour favoriser le partenariat entre les sages-femmes et les autres professionnels de la santé, en particulier lorsque les accouchements ont lieu en milieu hospitalier.

Dans l'évaluation des projets pilotes, 25 % des femmes suivies par une sage-femme ont été transférées à des médecins. Seulement 3 % de l'ensemble des suivis effectués par les sages-femmes ont nécessité un transfert urgent.

La santé publique

La sage-femme est une professionnelle de la santé qui doit prendre en compte, dans ses interventions, les orientations en matière de santé publique au regard de la surveillance de l'état de santé, de la prévention, de la promotion et de la protection de la santé, y compris la vaccination. À titre de partenaire, elle doit être informée des différentes activités de santé publique et y participer.

EN BREF

_ Une approche axée sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement et sur la continuité relationnelle doit être soutenue dans les services de périnatalité, et ce, peu importe le professionnel responsable du suivi.

_ L'accès aux services des sages-femmes est actuellement limité. Il doit être accru, notamment pour l'accouchement en milieu hospitalier et auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité.

LES ORIENTATIONS

L'organisation des services

_ Développer les services offerts par les sages-femmes et adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnelles sur le territoire québécois afin que d'ici dix ans, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes.

_ Assurer aux femmes qui le désirent l'accès aux services d'une sage-femme pour leur suivi de grossesse et leur permettre d'accoucher en milieu hospitalier, dans une maison de naissance ou à domicile. Pour ce faire :

- mettre sur pied 13 nouvelles maisons de naissance associées à autant d'établissements hospitaliers ;

- soutenir la conclusion d'ententes de collaboration formelles entre les CSSS auxquels sont rattachées des sages-femmes et les centres hospitaliers où se pratique l'obstétrique, que ceux-ci fasse partie ou non du CSSS.

_ Garantir aux femmes suivies par des sages-femmes la sécurité et la continuité des soins, ainsi qu'un accès rapide aux différents services et professionnels du réseau, à l'aide d'ententes avec les partenaires visés.

_ Instaurer des mécanismes de collaboration avec les communautés et promouvoir les services de sages-femmes auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité.

_ Évaluer la pertinence d'apporter des modifications législatives visant à faciliter la collaboration entre les divers professionnels de la santé du milieu hospitalier.