



Ordre  
des Sages-Femmes  
du Québec

---

Horizon 2024

Adéquation des compétences des  
sages-femmes aux besoins des femmes  
et du réseau en périnatalité

OSFQ 2021

## Ordre des sages-femmes du Québec

L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) fait partie de l'un des 46 ordres professionnels au Québec. Il réunit plus de 260 sages-femmes et veille à la qualité de la profession, et ce, au bénéfice de la population.

La profession de sage-femme a été légalisée lors de l'entrée en vigueur de la *Loi sur les sages-femmes*, adoptée le 19 juin 1999. L'Ordre des sages-femmes du Québec a débuté officiellement son mandat le 24 septembre 1999. Les résultats favorables des projets pilotes en pratique de sage-femme, mis sur pied en 1994, ont conduit à la reconnaissance de la profession de sage-femme par le gouvernement. La motivation principale de la professionnalisation était l'accessibilité au suivi de grossesse par une sage-femme, et ce, pour toutes les femmes.

Fort de ses 20 ans d'existence, l'Ordre est aujourd'hui un acteur incontournable dans le domaine de la périnatalité. La profession a gagné en maturité et, aujourd'hui, les sages-femmes sont reconnues dans le milieu de la santé comme étant les spécialistes de l'accouchement naturel. Le suivi par des sages-femmes n'est plus seulement une réponse au besoin de certaines femmes, mais bien une orientation de santé publique reconnue et nécessaire pour la santé d'une population<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Fond des Nations unies pour la population, L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021.

[https://www.unfpa.org/sowmy?utm\\_source=STAT+Newsletters&utm\\_campaign=bcae402a7a-MR\\_COPY\\_02&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_8cab1d7961-bcae402a7a-132932689](https://www.unfpa.org/sowmy?utm_source=STAT+Newsletters&utm_campaign=bcae402a7a-MR_COPY_02&utm_medium=email&utm_term=0_8cab1d7961-bcae402a7a-132932689);

Harvard/Boston University, Midwifery: An Evidence-Based Solution for Disrespect, Racism, and Other Challenges in Maternity Care, <https://www.youtube.com/watch?v=10NAag7w5h4>

# Table des matières

Ordre des sages-femmes du Québec .....	2
Contexte .....	4
Formation des sages-femmes .....	4
La réalité autochtone .....	4
2021 - Crise en obstétrique .....	5
État de situation .....	6
Pratique en maison de naissance et services de sages-femmes – Mission CLSC .....	6
Loi professionnelle – champ restreint par clientèle et dans le temps .....	6
La collaboration interprofessionnelle et les embûches rencontrées .....	7
<i>Les règlements sur les médicaments, les analyses et examens</i> .....	8
<i>Consultation et transfert</i> .....	9
Assurance responsabilité - Contexte et rappel des démarches .....	10
<i>Sages-femmes du Canada</i> .....	11
<i>Limites de l'assurance fournie par la DARSS</i> .....	12
<i>Absence de couverture pour des services et soins en dehors du champ et de la clientèle -     L'exemple de la Covid</i> .....	12
<i>Absence de couverture pour des services et soins en dehors du cadre de l'entente convenue     entre le MSSS et le RSFQ</i> .....	12
L'expérience de la pandémie – Changement de paradigme .....	14
D'un modèle maison de naissance « urbaine » à un modèle de services multidisciplinaire .....	14
Le statuquo des dernières années qui nous a nui .....	15
Le besoin urgent de formation de plus de sages-femmes .....	15
Le besoin de modifier la loi professionnelle – Favoriser un plus grand accès aux soins et services de santé .....	16
<i>S'inspirer de la loi sur les infirmières et des pharmaciens : déontologie et jugement clinique</i> ..	16
<i>Pratique avancée</i> .....	16
Conclusion .....	18
Annexe 1 – Compétences supplémentaires des sages-femmes canadiennes .....	19

## Contexte

### Formation des sages-femmes

La voie privilégiée pour l'admission à la profession est l'obtention d'un baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). En vertu du [Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels](#), compléter ce baccalauréat donne accès à la profession de sage-femme sans condition supplémentaire.

Ce programme est d'une durée de 4 ans et demi. Il s'agit d'un baccalauréat de 132 crédits, répartis sur 9 trimestres. Ainsi, durant trois trimestres, des cours théoriques sont offerts sur le campus de l'Université, tandis que des stages et des cours théoriques à distance ou en intensif sont offerts sur six autres trimestres. Les stages se déroulent directement dans les milieux où pratique la sage-femme (domicile, maison de naissance ou centre hospitalier). Un stage à l'extérieur du Québec peut également être réalisé en 3<sup>e</sup> année. En tout, la durée des stages cliniques s'élève à 2 352 heures.

### La réalité autochtone

L'OSFQ est fier de compter des sages-femmes autochtones parmi ses membres. En effet, nous comptons 10 membres inuites. Des services de sages-femmes sont bien installés dans les communautés du Nord, et ce, depuis plus de 20 ans. Plus récemment, les sages-femmes offrent des services aux femmes de la communauté Cri de Chisasibi et des environs. Grâce à leur travail, qu'elles soient autochtones ou non, les femmes du Nunavik et des Terres Cries peuvent donner naissance dans leur communauté en toute sécurité, entourées de leurs proches. Ce service prévient le déplacement de centaines de femmes annuellement vers les grands centres pour donner naissance, ainsi que les impacts d'une séparation prolongée des familles. Des démarches sont en cours afin d'offrir des services de sages-femmes dans davantage de communautés, notamment en Gaspésie, en Mauricie et en Outaouais. D'ailleurs, la mesure 1.1.15 du *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits (PAGDSCPNI) 2017-2022* du Gouvernement du Québec consiste à développer l'accès aux services de sages-femmes dans les communautés autochtones non conventionnées.

Les sages-femmes reconnaissent l'importance de l'histoire et de la culture pour la santé et le bien-être des femmes et de leurs familles, et particulièrement l'impact de la colonisation sur la vie des peuples et des femmes inuites, Métis et des Premières Nations. La pratique sage-femme reconnaît ainsi la sécurité culturelle en tant que droit fondamental pour toutes les femmes, laquelle soutient un modèle de pratique décolonisateur basé sur le dialogue, la communication, le partage des pouvoirs et la reconnaissance du privilège des blancs.

Les sages-femmes reconnaissent également les blessures transgénérationnelles occasionnées par la séparation des familles, et travaillent avec les communautés dans un objectif de guérison. À cette fin, elles se positionnent comme des alliées naturelles en vue du retour et de la protection des naissances dans la communauté.

## 2021 - Crise en obstétrique

L'augmentation croissante des besoins de soins et services, conjuguée à une pénurie de personnel en obstétrique, commande le déploiement de mécanismes de collaboration, autant avec les médecins et les infirmières, qu'avec l'ensemble des professionnels de la santé qui offrent des services à la population, que ce soit au sein du réseau public, du milieu communautaire ou dans le secteur privé.

La circonscription du champ professionnel des sages-femmes est malheureusement un obstacle sérieux au travail multidisciplinaire. Comme vous pourrez le lire plus loin, la sage-femme peut donner des soins et services aux femmes seulement durant la grossesse et l'accouchement, et à la femme et son enfant durant les six premières semaines postnatales.

Besoin de donner aux sages-femmes les moyens de contribuer pleinement au réseau

**L'objectif de ce mémoire est de démontrer que la compétence  
des sages-femmes va bien au-delà du champ de pratique établi en 1999.**

**Il nous apparaît donc nécessaire de revoir le cadre législatif  
entourant la pratique des sages-femmes.**

## État de situation

### Pratique en maison de naissance et services de sages-femmes – Mission CLSC

À la suite des projets-pilotes, et conformément à la demande de la population à l'époque, le législateur a installé la pratique sage-femme au sein du réseau de la santé, répondant ainsi à la demande de services « gratuits ». La pratique sage-femme s'inscrit alors au Québec dans une pratique communautaire de proximité et de première ligne, et devient la pierre d'assise de la profession.

Malheureusement, en raison des différentes fusions des dernières années, certains établissements tendent à déplacer les services de sages-femmes sous les directions de soins infirmiers ou d'obstétrique. Bien que, d'un certain point de vue, l'objectif peut sembler logique, l'OSFQ tient à répéter que le cœur de la profession se situe dans la communauté. Ceci dit, le cadre législatif pourrait être revu à la faveur de déploiement des services vers différents lieux de pratique. En étendant le champ de pratique, les sages-femmes pourraient, par exemple :

- participer aux cliniques d'allaitement au-delà des 6 premières semaines postnatales;
- participer aux suivis pédiatriques (abécédaires);
- collaborer avec les médecins aux suivis de femmes avec conditions de grossesse à risque, particulièrement en région éloignée.

### Loi professionnelle – Champ restreint par clientèle et dans le temps

La *Loi sur les sages-femmes*, adoptée en 1999, définit le champ d'exercice comme suit :

*Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, **lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale.** Ces soins et services professionnels consistent:*

*1° à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant;*

*2° à pratiquer l'accouchement spontané;*

*3° à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Art.6, *Loi sur les sages-femmes*

*Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né.*

*Agit dans l'exercice de sa profession, la sage-femme qui:*

*1° conseille et informe les parents sur la préparation à leur rôle, sur la planification des naissances, sur la contraception, sur la préparation à l'accouchement et à l'allaitement, sur les soins usuels à donner à l'enfant jusqu'à l'âge d'un an, notamment concernant l'alimentation, l'hygiène et la prévention des accidents, et sur les ressources offertes dans la communauté;*

*2° conseille et informe le public sur l'éducation sanitaire en périnatalité.<sup>3</sup>*

Rappelons que cette loi a été adoptée en 1999, à l'issue d'un processus rigoureux de projets-pilotes. Les sages-femmes venaient répondre à un besoin non comblé à cette époque de pouvoir avoir accès à des services périnataux/obstétricaux sécuritaires, en dehors du centre hospitalier.

Il est intéressant de noter que parmi les 46 ordres professionnels du système québécois, seules les sages-femmes voient leur champ d'exercice restreint à un type de clientèle, et ce, dans une fenêtre de temps déterminée.

En effet, l'entièreté des compétences des sages-femmes est circonscrite dans le suivi de grossesse et le postnatal jusqu'à 6 semaines. Les activités de conseil prévu à l'article 7 ne permettent pas à la sage-femme d'avoir la responsabilité clinique d'un suivi, ou de prescrire des traitements ou des examens en dehors de ce cadre.

**La limitation du champ d'exercice, bien que cohérente et pertinente en 1999, constitue en 2021 un frein à l'apport des sages-femmes à un réseau en crise, ainsi qu'aux besoins actuels des femmes et des familles.**

## La collaboration interprofessionnelle et les embûches rencontrées

Dans la *Loi sur les sages-femmes*, des articles spécifiques forcent ainsi la création d'autant de règlements qui viendront encadrer la profession. Bien que ces derniers aient grandement contribué à construire la profession durant les 20 dernières années, il faut admettre, aujourd'hui, que ces articles de loi deviennent des embûches majeures à l'actualisation de la

---

<sup>3</sup> Art.7, *Loi sur les sages-femmes*

profession, voire des obstacles à la sécurité des familles, sans parler des contraintes qu'ils occasionnent dans les volontés de collaboration interprofessionnelle.

### *Les règlements sur les médicaments, les analyses et examens*

L'article 9 de la *Loi sur les sages-femmes* stipule :

*L'Office des professions du Québec dresse, par règlement, après consultation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, de l'Ordre des sages-femmes du Québec, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, une liste de médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer conformément au premier alinéa de l'article 8 et détermine, s'il y a lieu, suivant quelles conditions une sage-femme peut les prescrire ou les administrer.*

*Il dresse également, par règlement, après consultation de l'Ordre des sages-femmes du Québec et du Collège des médecins du Québec, une liste des examens et des analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter conformément au deuxième alinéa de l'article 8 et détermine, s'il y a lieu, suivant quelles conditions une sage-femme peut les prescrire, les effectuer ou les interpréter.*

Le *Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer* est finalement entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2021. Avant cette date, les sages-femmes prescrivait en vertu d'un règlement qui datait de 2008. Or, les connaissances pharmaceutiques sont en constante évolution. Bien que le nouveau règlement permette un meilleur arrimage avec les meilleures pratiques, il a tout de même fallu plus de 5 ans de consultations auprès de l'OPQ pour que celui-ci soit enfin adopté. D'ailleurs, ce plus récent règlement nécessite déjà une modification. Nous travaillons à y trouver une solution, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec.

En ce qui concerne le *Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer et interpréter*, l'Office vient à peine d'en commencer les travaux (février 2021), et ce, après que nous ayons exercé une certaine pression. En effet, nous avons été mises au fait de situations problématiques sur le terrain qui sont directement liées à la cristallisation d'examen et d'analyses dans une liste. Nous souhaitons, à l'instar des infirmières et des pharmaciens, adopter un règlement basé sur la déontologie et le respect du champ de pratique. Or, comme le terme « liste » est enchâssé à la loi, l'Office nous demande de proposer une liste exhaustive. Nous nous exposons donc à nous retrouver, à court terme, avec les mêmes enjeux où un nouvel examen deviendrait la meilleure pratique, mais n'apparaîtrait pas sur la liste.

## Consultation et transfert

La Loi sur les sages-femmes prévoit que :

*En outre des règlements qu'il est tenu d'adopter conformément au Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration doit par règlement [...] déterminer 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, et nécessitant en conséquence une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin, ainsi que les conditions dans lesquelles cette consultation ou ce transfert doit être effectué.<sup>4</sup>*

Ce règlement liste plus de 156 conditions qui nécessitent une consultation ou un transfert vers un médecin. Cette liste a contribué durant plus de 20 ans à définir la mention « lorsque tout se déroule normalement » de la loi. Ce fut un outil fort utile pendant plusieurs années.

Cependant, l'évolution des connaissances et de la pratique obstétricale des dernières années rend désormais obsolète la présence de plusieurs conditions présentes sur cette liste.

Exemple 1 : La sage-femme se voit dans l'obligation de consulter un médecin quand une femme présente une ITSS, telle que la chlamydia.

Or, depuis mars 2021, la sage-femme peut prescrire le traitement pour la gonorrhée et la chlamydia. Nous nous retrouvons donc devant une situation où la sage-femme peut effectuer les dépistages, interpréter les résultats et prescrire les traitements adéquats, mais où elle est tout de même tenue de consulter un médecin relativement à ses recommandations. Cette situation témoigne d'une utilisation très peu judicieuse de notre système de santé dans laquelle on multiplie inutilement les intervenants et les coûts.

Exemple 2 : La sage-femme qui effectue le suivi d'une femme qui développera une hyperglycémie non contrôlée se verra dans l'obligation de transférer les soins vers un médecin.

Dans le contexte où les femmes accèdent à la maternité à un âge plus avancé qu'en 1999, mais surtout parce que les sages-femmes sont les professionnelles désignées pour les suivis de clientèle autochtone, chez qui les taux de diabète sont plus élevés, cette obligation de transfert exclut en elle-même une grande quantité de femmes. Or, une avancée marquante des dernières années est l'intégration des services de sages-femmes dans les CISSS/CIUSSS, ce qui facilite les collaborations interprofessionnelles. Cette organisation soutient la possibilité d'effectuer des suivis conjoints avec les intervenants des cliniques de diabète. Cette collaboration permettrait ainsi à la femme d'avoir accès au suivi et au lieu de naissance

---

<sup>4</sup> Art. 5 par.3 Loi sur les SF

de son choix. Or, à l'heure actuelle, malheureusement, cette option est exclue. Cela occasionne également des situations complexes dans les communautés autochtones : la sage-femme est la plus compétente pour le suivi de ces situations, mais elle n'y est pas autorisée; les infirmières et médecins sur place ont l'autorisation, mais n'ont pas toujours l'expertise en périnatalité et s'en remettent alors à la sage-femme.

La reconnaissance de ses limites professionnelles constitue une obligation déontologique<sup>5</sup>. Certaines sages-femmes consultent pour des situations qui ne figurent pas au règlement, mais se voient aussi contraintes de consulter ou transférer les soins pour des conditions pour lesquelles elles ont les compétences de gérer ou de cogérer.

**Le Québec est la seule province canadienne qui liste par règlement les conditions nécessitant une consultation ou un transfert pour les sages-femmes. D'avoir cristallisé des conditions dans un règlement ne permet pas de suivre l'évolution des connaissances et des pratiques. Cet état de fait nous semble contraire à une réglementation juste, proportionnelle au besoin, et ciblée sur le risque<sup>6</sup>.**

### Assurance responsabilité - Contexte et rappel des démarches

Depuis les projets-pilotes, les sages-femmes sont assurées pour leur responsabilité professionnelle par la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS).

Le fait de ne pas avoir une assurance responsabilité propre à notre profession oblige les sages-femmes devant faire la preuve d'une assurance pour s'inscrire au Tableau de l'Ordre, à exercer uniquement dans le cadre d'un contrat avec les établissements publics. De fait, elles ne pourraient donc pas, par exemple, intégrer l'équipe d'un GMF ou exercer en milieu communautaire.

Selon l'article 12 de l'entente convenue entre le RSFQ et le MSSS :

*12.01 La sage-femme ayant conclu un contrat de service avec un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c.5-4.2), bénéficie du programme d'assurance responsabilité civile et professionnelle de l'établissement ou, le cas échéant, bénéficie d'une couverture d'assurance convenue avec un assureur privé.*

**12.02 L'assurance n'est applicable que pour l'exercice de la profession de sage-femme auprès d'usagères dûment inscrites dans un établissement.**

<sup>5</sup> Code de déontologie des sages-femmes. Art. 7 Dans le cadre de ses actes professionnels, la sage-femme doit tenir compte des limites de ses connaissances, de ses aptitudes et des moyens dont elle dispose.

<sup>6</sup> Professional standards authority, *Right-touch regulation*. UK. Octobre 2015.

Au *Code des professions*, il est écrit que, pour s'inscrire au Tableau d'un Ordre et ainsi avoir son droit de pratique, il faut faire la preuve que l'on détient une assurance responsabilité dont les conditions sont déterminées par règlement.

La *Loi sur les sages-femmes* stipule que « jusqu'à l'entrée en vigueur du règlement du Bureau pris en application du paragraphe *d* de l'article 93 du *Code des professions* (chapitre C-26), la garantie fournie conformément au paragraphe 3° de l'article 46 du *Code des professions* doit être au moins équivalente à celle applicable dans le cadre des projets-pilotes. »<sup>7</sup>

L'OSFQ est le seul Ordre qui n'a pas encore de règlement à cet effet. À plusieurs reprises, l'Ordre a rédigé et révisé ce règlement. L'Ordre en a également souvent discuté avec les juristes de l'Office des professions du Québec (OPQ), mais il y a toujours eu discordes sur certains articles dudit règlement proposé, notamment en ce qui concerne le montant de couverture minimale.

L'assurance que nous avons avec la DARSSS offre une couverture de 20 000 000 \$/40 000 000 \$ pour l'ensemble des assurées. Toutefois, le montant exact dédié à une sage-femme n'est ni clairement établi, ni même vraiment déterminé.

Le dernier règlement que nous avons proposé en 2009 exigeait une couverture minimale de 1 000 000 \$ par année pour un sinistre et 3 000 000\$ pour l'ensemble des sinistres, ce qui équivaut à la plupart des couvertures des autres professionnels, hormis les médecins dont le règlement exige une couverture minimale de 5 000 000 \$. Dans le règlement, nous pourrions aussi penser à la possibilité de couvertures minimales différentes, avec ou sans accouchements.

L'Office des professions du Québec soutient que, si nous demandons une couverture moins élevée que celle offerte par la DARSSS, le public sera alors perdant. De plus, comme l'article 63 de la *Loi sur les sages-femmes* demande que la couverture soit équivalente à celle des projets-pilotes. Nous sommes donc dans une impasse.

Sans règlement, il nous est également impossible de contacter un assureur afin d'entreprendre des démarches, puisque nous n'avons pas de montant de couverture déterminée.

### *Sages-femmes du Canada*

Dans les autres provinces canadiennes, la majorité des sages-femmes sont couvertes par *Hiroc*. Cette compagnie détient un programme de gestion de risques et offre de la formation ainsi que beaucoup d'autres services aux sages-femmes, et ce, afin d'améliorer la sécurité de leur pratique. Cette même compagnie détient également des données indiquant que les réclamations visant les sages-femmes n'ont pas de commune mesure avec celles effectuées par les médecins en obstétrique. Pour des raisons qui demeurent à ce jour très obscures, il s'avère néanmoins que *Hiroc* n'est pas un assureur reconnu au Québec.

---

<sup>7</sup> Art.63, Loi sur les sages-femmes

Au niveau du montant requis pour la couverture, il n'y a qu'au Manitoba que celui-ci est déterminé dans la loi ou dans le règlement. Dans les autres provinces, les règlements requièrent que le montant de la couverture soit fixé par l'Ordre ou le Ministère.

### *Limites de l'assurance fournie par la DARSS*

#### 1- Fautes lourdes et grossières

En 2014, l'Office émettait un avis aux ordres professionnels de vérifier si leur assurance possédait une clause pour les fautes lourdes et grossières. Après vérification auprès de la DARSSS, il s'est avéré que notre assurance ne disposait pas de cette clause. Nous avons donc sollicité du soutien auprès de l'Office afin que notre assurance inclue ces clauses. À ce jour, notre demande d'aide est restée sans réponse. Or, cette question serait résolue par l'obtention d'une assurance à la suite de l'adoption du règlement.

#### 2- Absence de couverture des stagiaires lors de stages prescrits par l'Ordre

L'Ordre a la possibilité et le devoir de prescrire des stages à des membres, que ce soit pour des retours à la pratique, des demandes d'équivalence de formation, à la suite d'une décision du CA ou du conseil de discipline. Durant plusieurs années, les établissements ont offert une couverture d'assurance pour les stagiaires de ce type en établissement. Vers 2014, on nous a signifié que ces stagiaires ne bénéficieraient plus de la couverture d'assurances. En absence de règlement d'assurance-responsabilité, nous ne disposons plus de moyens pour assurer les stagiaires. Nous avons donc conclu une entente avec l'UQTR, afin que les sages-femmes qui font l'objet d'une prescription de stage s'inscrivent en tant qu'étudiantes, et puissent ainsi être couvertes. Or, ce mécanisme est loin d'être optimal. En effet, cela engorge l'offre de préceptorat pour les étudiantes au programme régulier, en plus de représenter des délais supplémentaires et des frais élevés pour une stagiaire.

### *Absence de couverture pour des services et soins en dehors du champ et de la clientèle - L'exemple de la Covid*

Afin de pouvoir participer à l'effort collectif durant la pandémie, les sages-femmes ont dû attendre que des arrêtés ministériels leur permettent de dépister et de vacciner la population entière, et de ne plus être limitées à leur seule clientèle. Il est également important de préciser qu'elles ont été en mesure de le faire parce que la couverture d'assurance est fournie par la PRASE-COVID.

### *Absence de couverture pour des services et soins en dehors du cadre de l'entente convenue entre le MSSS et le RSFQ*

Dans l'exercice même de ses fonctions de sage-femme, la sage-femme qui a un contrat de service avec un établissement n'est assurée que pour les services rendus à la clientèle inscrite répondant aux critères de son champ de pratique.

La sage-femme a un statut similaire aux médecins et pharmaciens d'établissement. Elle ne devrait donc pas se retrouver dans le bassin d'employés pour leur assurance. La question des assurances en est aussi une d'autonomie professionnelle et d'obtention d'un réel statut de professionnelle autonome avec des choix de types et de lieux de travail.

**L'inscription à notre loi professionnelle de l'article 63 constitue une embûche majeure à l'obtention d'un règlement sur l'assurance responsabilité équitable et cohérent avec les autres professionnels du Québec, ainsi qu'avec les sages-femmes canadiennes. En effet, il est impossible de penser que des sages-femmes pourraient contracter une assurance professionnelle avec des garanties de 20 millions/40 millions.**

## L'expérience de la pandémie – Changement de paradigme

Depuis plus d'un an déjà, l'OSFQ travaille sans relâche pour que les sages-femmes fassent partie de la solution. Nous en dégageons trois constats :

1. Les sages-femmes, par leur niveau de compétence et de polyvalence élevée, sont une valeur ajoutée au système de santé;
2. En raison de leur cadre législatif restreint, le gouvernement a dû leur permettre d'agir en santé publique par arrêté ministériel;
3. L'importance pour les femmes et familles d'avoir le choix d'accoucher hors CH a été davantage mise en lumière et a exposé la problématique du manque de ressources sages-femmes pouvant répondre aux demandes toujours grandissantes.

### D'un modèle maison de naissance « urbaine » à un modèle de services multidisciplinaire

Lors de son exercice de planification stratégique 2021-2024, le conseil d'administration de l'OSFQ a réitéré l'avantage concurrentiel unique à la profession de sage-femme :

La profession est unique par son autonomie et sa capacité à guider les femmes et les familles au fil du processus de périnatalité en offrant le choix du lieu de naissance et le respect du choix des femmes.

L'OSFQ soutient que les services de sages-femmes doivent prioritairement être orientés vers les suivis de grossesse et les accouchements. En effet, la sage-femme est l'un des deux professionnels habilités à être entièrement responsables et autonomes pour les suivis de grossesse et d'accouchement. De plus, la formation initiale est d'une telle qualité qu'il est logique que la majorité des sages-femmes appliquent leur compétence à cet exercice.

Dans les dernières années, nous avons vu apparaître de nouveaux services de sages-femmes en région. Ces derniers diffèrent des grands centres, en ce sens où le volume de naissances n'est pas comparable. L'enjeu d'installer un service avec une équipe suffisante pour répondre aux besoins de garde est alors plus difficile, parce que le volume d'accouchements ne justifie pas l'attribution de contrats suffisants à une couverture 24/7.

Or, à l'instar des médecins et des infirmières qui partagent leur temps entre les consultations, l'urgence et le CHSLD, les sages-femmes, avec les compétences acquises durant la formation initiale, pourraient tout à fait accomplir les suivis de grossesses en continuité, et compléter avec du travail en santé des femmes, périnatalité, contraception, voire en clinique ITSS. En raison du champ de pratique limité, ceci n'est pas possible pour l'instant. Cette situation est regrettable, car elle empêche l'adéquation entre les compétences d'une professionnelle déjà sur le terrain, et les besoins de la communauté.

## Le statu quo des dernières années qui nous a nui

Bien que la *Politique périnatalité 2008-2018* prévoyait qu'à son terme, 10 % des suivis de grossesses et naissances seraient sous les soins d'une sage-femme, nous sommes forcées de constater qu'en 2020, nous n'avons atteint qu'une cible de 4,3 %<sup>8</sup>. La raison majeure derrière cette situation est la lenteur avec laquelle des sages-femmes sont formées.

L'augmentation des membres à l'OSFQ se fait très lentement. Ce n'est cependant pas surprenant : en moyenne, une quinzaine de diplômées de l'UQTR seulement rejoignent nos rangs chaque année.

Il est désolant de voir que, malgré les demandes et représentations faites dans les dernières années pour augmenter la formation, aucune mesure concrète n'a été prise. Ce n'est qu'en 2021, en pleine crise obstétrique, que l'UQTR a enfin reçu du financement pour envisager d'augmenter le contingentement.

## Le besoin urgent de formation de plus de sages-femmes

Dans sa planification stratégique 2021-2024, le conseil d'administration de l'OSFQ a établi comme priorité l'augmentation substantielle des membres.

Nous croyons fermement que des actions sur plusieurs fronts, et de façon concertée, seront nécessaires afin de pouvoir enfin atteindre des cibles allant au-delà du 10 % de la précédente politique périnatalité, et ainsi pouvoir davantage diminuer le fardeau hospitalo-médical.

Augmenter significativement les admissions au programme de formation à la pratique sage-femme à l'UQTR est un pas dans la bonne direction. Par ailleurs, en accord avec les recommandations du rapport de la commission Viens, nous souhaitons accompagner les communautés autochtones afin de former des sages-femmes directement dans leur milieu. À cet effet, nous sommes d'avis qu'il est temps d'envisager un programme bilingue adapté à la formation de sages-femmes autochtones.

Pour former des sages-femmes, nous aurons besoin de toute la main-d'œuvre sage-femme disponible. Il deviendra donc important de collaborer avec l'association professionnelle afin de motiver les sages-femmes à faire du préceptorat. En effet, la dispersion des effectifs dans les nouveaux services en développement a pour conséquence majeure la diminution du nombre de sages-femmes disponibles pour le préceptorat. Ironiquement, l'ouverture de plusieurs nouveaux services de sages-femmes dans la dernière année a eu comme effet la diminution du nombre de suivis faits par les sages-femmes au Québec. L'OSFQ considère que la consolidation des services en place est primordiale à la formation des étudiantes et à la bonification de l'offre de services.

Nous aurons aussi besoin du soutien des partenaires afin de bonifier l'offre de milieux de stage en centre hospitalier pour nos stagiaires sages-femmes. Bien que nous comprenions que plusieurs stagiaires de différents domaines occupent les places de stages, il faudra

---

<sup>8</sup> Regroupement les sages-femmes du Québec, reddition de compte 2019-2020.

réfléchir à une solution afin qu'il y ait aussi des places de stages réservées aux étudiantes sages-femmes.

## Le besoin de modifier la loi professionnelle – Favoriser un plus grand accès aux soins et services de santé

### *S'inspirer de la loi sur les infirmières et des pharmaciens : déontologie et jugement clinique*

Ayant comme mission principale d'assurer la protection du public, l'OSFQ compte utiliser tous les mécanismes dont il dispose pour assurer des soins et services sécuritaires, prodigués avec compétence et intégrité. Parmi ceux-ci, le [Code de déontologie des sages-femmes](#), les [Normes professionnelles](#), l'inspection professionnelle et la formation continue obligatoire.

Les exemples de la *Loi médicale*, de la *Loi sur les infirmières* et de la *Loi sur les pharmaciens* sont très inspirants pour nous. En effet, ces ordres et le législateur ont misé sur la déontologie des professionnel.le.s, et ont donc aboli certains règlements qui ne permettaient pas de suivre l'évolution des pratiques. Nous souhaitons vivement suivre cet exemple.

Voici quelques propositions de modifications à la *Loi sur les sages-femmes* en guise d'amorce de réflexion :

- Ouverture du champ professionnel à la santé des femmes en général, et à la population dans des contextes spécifiques (dépistage infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et soin aux partenaires par exemple);
- Abrogation du délai de suivi postnatal mère-enfant;
- Intégration du pouvoir de prescription à la loi, à l'instar des infirmières et pharmaciens, et abolition des règlements;
- À l'instar des autres ordres de sages-femmes canadiens, abrogation du règlement sur les consultations et transferts, au bénéfice d'une norme gérée par l'OSFQ;
- Abrogation de l'article qui prévoit les clauses de l'assurance responsabilité.

### *Pratique avancée*

Il existe un nombre de compétences supplémentaires que les sages-femmes au Canada peuvent mettre en pratique dans certaines provinces ou certains territoires, ou dans certaines circonstances, lorsque cela est permis par les règlements et les normes. Certaines compétences qui sont jugées « supplémentaires » dans une province ou un territoire peuvent être considérées comme étant des compétences « de base » ou « qui sortent du cadre des fonctions » ailleurs.<sup>9</sup> L'Association canadienne des ordres de sages-femmes (ACOSF) en dénombre 13 (voir annexe 1), dont 5 sont autorisées au Québec.

---

<sup>9</sup> Compétences canadiennes pour les sages-femmes, Consortium canadien des ordres de sages-femmes, 2019.  
<https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC-Competencies-FR.pdf>

Certaines sages-femmes au Québec ont obtenu leur permis via le processus d'équivalence de diplôme ou de formation. Dans leur pays d'origine, celles-ci étaient habilitées, par exemple, à effectuer les sutures du 3<sup>e</sup> degré. Or, au Québec, elles sont obligées de transférer les soins à un obstétricien qui sera responsable de la suture. D'autres ont été admises à l'OSFQ selon l'entente de mobilité. Le rôle de première assistante à la césarienne peut être joué par une sage-femme en Alberta, ce qui permet le maintien des services dans des régions où le personnel infirmier ou médical manque.

**Nous sommes d'avis que l'OSFQ pourrait délivrer des attestations de pratique avancée lorsqu'une sage-femme démontre qu'elle a la formation et les compétences nécessaires. Ces sages-femmes pourraient alors pleinement contribuer à diminuer le fardeau hospitalier et à prévenir les ruptures de services.**

## Conclusion

Ce document se veut la première étape d'un processus de modifications législatives. Nous sommes conscientes que ces changements sont tributaires d'une volonté politique en ce sens; c'est pourquoi nous sollicitons votre soutien dans cette démarche. Nous sommes convaincues que l'issue contribuera à optimiser l'offre de services en périnatalité et en santé mère-enfant au Québec.

Nous demandons ainsi l'engagement d'une volonté politique du MSSS de soutenir et de porter un projet de loi modifiant la *Loi sur les sages-femmes*.

## Annexe 1

### Compétences supplémentaires des sages-femmes canadiennes

Compétences supplémentaires	Autorisée au Québec	Notes
1. Surveillance de l'anesthésie épidurale	Non	La prescription de l'anesthésie n'est pas prévue par règlement pour les sages-femmes. De plus, il persiste une ambiguïté sur la responsabilité professionnelle de la sage-femme dans une situation d'hospitalisation.
2. Application d'électrodes au cuir chevelu fœtal	Non	
3. Stimulation pharmacologique du travail	Non	Jusqu'à récemment, les sages-femmes pouvaient seulement prescrire et administrer les agents utérotoniques en postnatal, pour la prévention ou le traitement de l'hémorragie. Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2021, cette restriction est levée. Cependant, le concept de « situation normale » dans la loi peut soulever la question de la légitimité pour une sage-femme d'utiliser ces agents dans le cadre d'un accouchement.
4. Déclenchement artificiel du travail pour une grossesse prolongée	Oui	Déclenchement non pharmacologique par des méthodes naturelles ou mécaniques (amniotomie).
5. Application de la ventouse	Oui	En situation d'urgence seulement.
6. Rôle de première assistante chirurgicale lors d'une césarienne	Non	
7. Suture des déchirures du 3e degré	Non	Selon l'article 6 de la <i>Loi sur les sages-femmes</i> , elles sont autorisées à effectuer les sutures des déchirures du 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> degré.
8. Extraction manuelle du placenta, suivi de la révision utérine	Oui	En situation d'urgence seulement.
9. Ajustement de contraceptifs non pharmacologiques locaux	Non	Les sages-femmes peuvent prescrire le stérilet seulement.
10. Prescription des contraceptifs	Oui	Initiation seulement, donc 1 seule plaquette de 28 jours (une seule dose de Depo-Provera, par exemple).
11. Suivi des bébés en santé après les six semaines postnatales	Non	
12. Suivi des clientes en santé après six semaines postpartum	Non	
13. Prise en charge des infections transmissibles sexuellement	Oui	Avec consultation médicale obligatoire.

Compétences canadiennes pour les sages-femmes, Consortium canadien des ordres de sages-femmes, 2019. <https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC-Competencies-FR.pdf>