

L'ACCOUCHEMENT EN CENTRE HOSPITALIER AVEC UNE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

By Monique Beauchemin, SF et Raymonde Gagnon, SF, BSc

ABSTRACT

L'accouchement en centre hospitalier avec une sage-femme au Québec est maintenant devenu une réalité depuis 2005, avec la réalisation d'ententes inter-établissements. Cet article présente l'historique de la pratique sage-femme en projets-pilotes en regard de l'accouchement en centre hospitalier (CH), les choix ayant mené au type d'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les raisons ayant conduit à l'établissement d'ententes inter-établissements pour l'accouchement en CH. Le modèle d'entente est décrit dans ses aspects législatifs et fonctionnels. Enfin, les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont présentés et commentés. Les inconvénients et les avantages de ce modèle ainsi que l'impact de ces ententes sur la pratique des sages-femmes sont décrits à la lumière de l'expérience vécue par des sages-femmes québécoises.

MOTS CLÉS

accouchement en centre hospitalier, entente inter-établissements, intégration, lieu de naissance, organisation des soins, sage-femme.

Cet article a été évalué par des pairs.

Introduction

Les sages-femmes et les femmes du Québec ont longtemps lutté pour que les femmes puissent avoir la possibilité de choisir le lieu où elles voulaient donner naissance, que ce soit le domicile, la maison de naissance ou le centre hospitalier (CH). Il leur importe également que la normalité du processus de la naissance soit préservée et que les femmes puissent donc bénéficier des mêmes services peu importe le lieu de naissance.^{1,2} La condition principale de réalisation de ces objectifs était d'assurer l'autonomie professionnelle des sages-femmes même en centre hospitalier. À la lumière de l'expérimentation en projets-pilotes, des objectifs visés par l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux et du contexte d'organisation des services de santé, différents constats ont amené le ministère de la

santé et des services sociaux (MSSS) à développer un modèle d'entente inter-établissements pour l'accouchement en centre hospitalier avec des sages-femmes.^{3,4,5,6,7,8} De plus, la résistance du milieu médical et son désir de contrôle sur la pratique des sages-femmes ne sont pas étrangers à ces choix. Ces différents aspects seront décrits dans cet article de même que l'opérationnalisation du modèle d'entente inter-établissements. Finalement, les inconvénients et les avantages vécus seront présentés ainsi que les impacts de ces ententes sur la pratique des sages-femmes et les possibilités de concertation avec les autres intervenants en obstétrique.

Historique

L'expérimentation en projets pilotes

La loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre

de projets pilotes permettait aux sages-femmes d'effectuer des accouchements en CH et en maison de naissance. Par conséquent, un projet pilote pouvait être élaboré par un CH ou un centre local de services communautaires (CLSC).⁹

Hors, aucun projet pilote en CH n'a pu être expérimenté faute de rencontrer les critères d'acceptation retenus par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes.¹⁰ Ainsi, les projets initialement présentés par quelques CH ne permettaient pas de mesurer la pratique professionnelle autonome des sages-femmes ou ne recevaient pas l'approbation des équipes médicales locales. De plus, malgré les démarches entreprises par certains projets-pilotes en vue d'ajouter un volet «accouchement en centre hospitalier» au cours de leur expérimentation, aucun CH n'a autorisé une sage-femme à effectuer un accouchement normal entre ses murs. On permettait tout au plus aux sages-femmes d'accompagner leurs clientes lorsqu'il y avait transfert pour des raisons médicales.¹¹

Recommandations ministérielles pour la légalisation de la pratique sage-femme

Suite à l'évaluation des projets-pilotes, les instances gouvernementales ont énoncé des objectifs généraux devant guider l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux.^{3,4,5,11} Il fallait répondre adéquatement d'une part aux attentes du réseau, notamment en regard de sa transformation et du renforcement des services de première ligne et d'autre part, aux demandes répétées des femmes et des familles.

Ces objectifs généraux étaient de :

- Préserver et promouvoir la continuité des soins et des services par la même sage-femme pendant toute la période périnatale (pré, per et postnatale);
- Consolider les services de première ligne, considérant que la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes physiologiques normaux et que la sage-femme est responsable du suivi des femmes ayant une grossesse et un accouchement normaux;
- Respecter l'autonomie de la pratique des sages-femmes;

- Planifier en fonction d'un réseau de soins et de services intégrés en périnatalité en misant sur la complémentarité entre les professionnels et les services;
- Maintenir la possibilité d'accoucher en maison de naissance et rendre possible l'accouchement en CH et à domicile par des sages-femmes;
- Assurer le financement public des services de sages-femmes et l'accès gratuit aux services;
- Confier aux régies régionales de la santé et des services sociaux la responsabilité d'intégrer les sages-femmes dans le domaine de la périnatalité à l'intérieur de la planification et de l'organisation des services sur leur territoire, de recevoir les budgets pour la rémunération des sages-femmes et d'offrir aux sages-femmes l'ensemble des conditions propices à l'exercice de leur profession dans un cadre sécuritaire, respectant leur autonomie et les conditions d'exercice émises par leur ordre professionnel;
- Confier aux CLSC le rattachement administratif des sages-femmes et l'établissement des contrats de service avec celles-ci.¹¹

« Le CLSC a été identifié comme le point d'accès pour l'obtention de services de sages-femmes par la population et c'est dans cette optique que le rattachement administratif des sages-femmes, et l'établissement de contrats de services avec celles-ci, a été confié aux CLSC ». ¹¹ Des services en périnatalité sont déjà offerts dans les CLSC où les services de première ligne sont intégrés.

Les choix quant au type d'intégration dans le réseau En ce qui concerne le lien avec le réseau de la santé et des services sociaux, l'hypothèse d'intégrer la sage-femme au milieu hospitalier, comme lieu d'exercice de la sage-femme, a été exclue dès le départ des orientations gouvernementales parce que :

- La sage-femme étant une intervenante de première ligne, il était logique que le rattachement administratif de cette dernière se fasse par l'entremise d'un établissement ayant pour mission la première ligne, en l'occurrence le CLSC;
- Les constats se dégageant de la littérature et des

expériences étrangères démontrent que les modèles de pratiques hospitalières conventionnelles en périnatalité, en raison du type d'approche et de leur organisation, ont souvent comme conséquence une diminution de l'autonomie de la pratique des sages-femmes, une rupture dans la continuité des soins, et une diminution de l'humanisation des soins. Or, l'autonomie de la pratique des sages-femmes, la continuité de l'approche et de la personne, et l'humanisation des soins et des services sont les principaux objectifs visés par l'intégration de la pratique des sages-femmes dans le système de services et de soins en périnatalité;

- Le rattachement administratif de la sage-femme à un CLSC, en plus de venir renforcer les orientations du réseau, comporte l'avantage d'offrir une porte d'entrée unique pour les femmes qui veulent obtenir les services d'une sage-femme et de mieux planifier et intégrer l'ensemble de leurs services en périnatalité.¹¹

«Une fois la question du lien et du statut avec le réseau clarifié, il restait à déterminer de quelle façon il était possible de rendre le centre hospitalier accessible en tant que lieu de naissance. Ici, il est important de bien faire la différence entre un lieu de naissance et un lieu d'exercice. Les orientations gouvernementales ont exclu le centre hospitalier comme lieu d'exercice de la sage-femme, mais l'avait identifié comme lieu de naissance à rendre accessible pour toutes les femmes suivies par des sages-femmes».¹¹

Durant les projets-pilotes, la pratique des sages-femmes a été expérimentée en maison de naissance uniquement mais un large consensus se dégagait sur la pertinence de la pratique des sages-femmes en CH. Des femmes québécoises continuaient à revendiquer la possibilité de choisir l'endroit où elles accoucheront.⁵

Le choix de l'entente de services inter-établissements

Au regard des orientations ministérielles, le mécanisme d'attribution de privilèges hospitaliers n'est pas apparu comme la réponse la plus adéquate pour permettre l'accessibilité de l'accouchement en CH pour les clientes des sages-femmes, et ce pour plusieurs raisons :

- Le fait que les sages-femmes soient des intervenantes de première ligne;
- Le fait que l'on confie aux CLSC le rattachement administratif des sages-femmes et l'établissement de contrats de services avec celles-ci, ce qui donne lieu à des obligations envers le CLSC (par la création d'un conseil des sages-femmes [CSF] ou l'inclusion des sages-femmes au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [CMDP] du CLSC);
- La nécessité de respecter la spécificité de la pratique des sages-femmes (humanisation et continuité des soins, utilisation judicieuse des interventions, approche globale et familiale) telle que prévue par les orientations ministérielles;
- La lourdeur du processus (chef de département clinique, directeur des services professionnels, conseil d'administration) compte tenu que le centre hospitalier est un lieu de naissance et non le lieu de rattachement de la sage-femme;
- Le fait qu'une grande partie de la pratique des sages-femmes se fait en dehors du CH; que les sages-femmes doivent assister des accouchements en maison de naissance, en CH et à domicile;
- Le fait que la sage-femme est responsable de l'ensemble du suivi périnatal (pré, per et postnatal);
- L'impact possible sur les plans d'effectifs médicaux dans l'attribution de privilèges hospitaliers aux sages-femmes;
- La nécessité de faire de nombreux amendements et les délais que ceci peut occasionner versus la volonté de rendre possible rapidement l'accouchement en CH;
- Le peu de représentativité qu'auraient les sages-femmes au sein d'un CMDP qui compte plusieurs membres et les responsabilités qui sont dévolues au CMDP en regard de la pratique (règles de soins, contrôle et appréciation de la qualité etc.);
- Le peu de sages-femmes disponible à court et moyen terme;
- Le fait que la révision par les pairs est une fonction inhérente à chaque profession.¹¹

Pour toutes ces considérations, le choix qui a semblé le plus adéquat a été de privilégier des ententes

inter-établissements.

La Loi sur les sages-femmes

Lors de l'adoption de la Loi sur les sages-femmes en juin 1999, des modifications ont été apportées à la Loi sur les services de santé et services sociaux afin de permettre aux sages-femmes de pouvoir pratiquer des accouchements en CH dans le cadre d'une entente inter-établissements. Ainsi, le CLSC ou le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) avec lequel la sage-femme a un contrat de services doit établir une entente avec un CH où des services d'obstétrique sont disponibles.^{6,7}

« Cette entente doit prévoir les droits et obligations des deux établissements quant à l'utilisation par les sages-femmes des locaux et de l'équipement de l'établissement qui exploite le centre hospitalier, les conditions de collaboration entre, d'une part, les sages-femmes et, d'autre part, les médecins et le personnel infirmier qui exercent leur profession dans le centre hospitalier, les modalités d'admission et de congé que doivent appliquer les sages-femmes à l'égard des femmes et des enfants qui sont sous leur responsabilité ainsi que toute autre modalité administrative nécessaire au bon fonctionnement de l'entente. Celle-ci doit également prévoir les conditions d'application de l'article 259⁷ à l'égard d'une sage-femme lorsqu'elle pose un acte dans le centre hospitalier ». ^{6,7} De plus, la Loi prévoit que cette entente lie tous les médecins visés par les conditions de collaboration prévues.

Sur le plan légal, les femmes demeurent sous la responsabilité de la sage-femme et du CSSS (CLSC) pour tout le suivi grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal. La femme n'a donc pas à être admise au CH lorsqu'elle choisit d'y accoucher. Elle est seulement admise au CH s'il y a transfert de soins et ce même en périnatal.

Les travaux pour l'établissement d'une première entente

Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a rédigé en mars 2000, un document de travail intitulé : L'accouchement en centre hospitalier pour des femmes suivies par des sages-femmes afin de présenter l'option retenue, soit celle de recourir à des ententes de services entre

établissements.¹¹ Ce document a servi de point de départ pour les travaux entourant la mise en place des ententes. Il présentait les objectifs énoncés par les orientations gouvernementales sur la pratique des sages-femmes et les choix généraux qui ont été faits en cohérence avec ces orientations. Une analyse de l'expérience ontarienne pour explorer les solutions quant à l'accessibilité des sages-femmes au CH et les motifs ayant amené à l'exclusion de l'octroi de privilèges hospitaliers y était également présentée, au regard du contexte de l'expérimentation de la pratique des sages-femmes au Québec et des orientations ministérielles qui y ont donné suite.

Afin de favoriser l'établissement d'ententes de services entre les CLSC et les CH, des échanges ont d'abord eu lieu entre les associations provinciales d'établissements, soient l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et l'Association des CLSC-CHSLD du Québec (ACCQ). D'un commun accord, les associations d'établissements ont décidé de mettre en place un comité de travail provincial composé de représentants des CH (directeur des services professionnels, directrice des soins infirmiers, médecin et infirmière) et des CLSC (représentant de l'administration, responsable des services de sage-femme et sage-femme).

Dès l'automne 2000, le comité de travail provincial a entrepris des travaux afin d'établir les modalités devant faire partie des projets d'ententes de services à conclure entre les établissements. Un projet d'entente cadre a ainsi été élaboré et soumis aux conseillers juridiques de l'ACCQ, de l'AHQ et du MSSS au printemps 2001.

En juin 2002, le MSSS rendait disponible aux établissements un protocole d'entente cadre CLSC-CH.⁸ L'entente CLSC-CH réaffirme que la sage-femme qui exerce dans le cadre de cette entente peut prodiguer tous les soins et les services professionnels prévus dans la Loi sur les sages-femmes incluant la prescription des médicaments, des examens et des analyses.⁶ Le CH s'engage à rendre disponible à la sage-femme les locaux et les aménagements requis de même que le matériel et les équipements nécessaires pour les accouchements

qu'elle y pratique. Le CH assure l'entretien des locaux et des équipements, l'hébergement, les repas, les services de laboratoire, de pharmacie, de stérilisation et la gestion des déchets bio-médicaux, de même que le personnel requis pour dispenser ces services. Les modalités de collaboration entre la sage-femme et le médecin sont régies par le règlement relatif aux cas présentant un risque ou nécessitant une consultation ou un transfert.¹² Dans des circonstances qu'elle juge exceptionnelle, une sage-femme peut demander la collaboration des infirmières et infirmiers qui travaillent dans le CH. En ce qui concerne les modalités d'inscription, d'accueil et de congé, l'entente cadre précise qu'une femme suivie par une sage-femme demeure inscrite au CLSC malgré le fait que son accouchement ait lieu au CH. La sage-femme accueille la femme au CH, complète et signe les documents et formulaires requis. Dès que la sage-femme est d'avis que l'état de santé de la mère et de son enfant n'exige plus qu'ils séjournent dans le CH, elle signe le formulaire de congé de soins du CSSS. Le dossier de suivi de maternité de la femme de même que le dossier de l'enfant sont tenus par la sage-femme et le CSSS.

C'est dans ce cadre que quelques établissements ont commencé des discussions afin de conclure une entente. Le CLSC Lac St-Louis et le Centre hospitalier de LaSalle ont été les premiers à conclure leur entente. Des discussions ont d'abord eu lieu entre des représentants (médecins, sages-femmes, infirmières et direction) de ces deux établissements. Ces travaux ont permis de mieux comprendre le champ d'exercice de chacune des professions et leur complémentarité. Un projet de partenariat sages-femmes et unité familiale des naissances est né du fruit de ces échanges. Ce document visait à clarifier le fonctionnement au quotidien lors des accouchements en CH avec une sage-femme.¹³ Dans un premier temps, on y présente les fondements du partenariat sages-femmes et autres professionnels de la santé. Le modèle proposé pour le partenariat comprend un code d'éthique mutuel entre les professionnels, la logistique de communication, le cheminement clinique de la parturiente, les règles régissant les demandes de consultations ou de transferts. Il propose une démarche de résolution de conflits et décrit les

mécanismes d'évaluation de l'entente.

Parallèlement, des discussions ont eu lieu entre l'Ordre des sages-femmes et le Collège des médecins du Québec. Le ministre de la santé Philippe Couillard, médecin de formation et très au fait du dossier a réaffirmé l'importance d'établir des ententes conforme à la Loi et est intervenu pour dénouer les impasses retardant l'aboutissement des travaux.

La première entente légale a donc été conclue en février 2004 par le CLSC Lac St-Louis et le Centre hospitalier de LaSalle.¹⁴ Depuis, les autres établissements où exercent des sages-femmes ont travaillé à conclure des ententes locales sur la base de cette première entente. À ce jour, six des huit CSSS où exercent des sages-femmes en ont conclu une.

Déroulement d'un accouchement en ch avec une sage-femme

La sage-femme ou la responsable des services de sage-femme avise le CH des accouchements prévus (nom de la femme et date prévue de l'accouchement). Certains CH demandent à la femme de compléter un formulaire de pré-inscription pour avoir les renseignements nécessaires à son inscription lors de son accouchement en CH.

La femme avise sa sage-femme de son entrée en travail et elles conviennent ensemble du moment pour se rendre au CH. À son arrivée au CH, elle est accueillie par sa sage-femme. La sage-femme est la seule intervenante auprès de la femme au moment du travail et de l'accouchement. C'est une collègue sage-femme qui viendra l'assister lors de l'accouchement. La femme ou son bébé ne seront admis au CH que si leur situation requière un transfert de soins.

Le congé est prévu environ trois heures après la naissance. La femme et son enfant quittent alors les installations du CH au même moment que la sage-femme. Dans certaines circonstances la sage-femme peut décider de rester au CH avec la femme quelques heures supplémentaires (exemple : terminer une perfusion intraveineuse, vider la

vessie,...). Par la suite, le suivi sage-femme se poursuit au domicile de la femme, à la fréquence habituelle.

Dans une situation où la mère ou son enfant nécessite des soins requérant une prolongation du séjour en CH, la sage-femme effectue alors un transfert de soins à l'équipe médico-nursing du CH. La sage-femme redevient responsable des soins lorsque le congé médical est signé.

Expérience vécue jusqu'à maintenant

Statistiques et commentaires

La première naissance en centre hospitalier sous la responsabilité d'une sage-femme a eu lieu au Centre hospitalier de LaSalle en mai 2005. Du début des ententes à mai 2007, 60 femmes ont débuté leur accouchement en CH; 42 d'entre-elles ont accouché sous la responsabilité de la sage-femme et 18 ont été transférées à un médecin. Il est à noter que pour les cinq autres établissements, les ententes ont été signées à des moments différents entre 2005 et 2007.

À la surprise de plusieurs, dont les partenaires, à ce jour peu de femmes choisissent le CH comme lieu d'accouchement. L'expérience est encore trop récente et trop limitée pour pouvoir en tirer des conclusions.

Des sages-femmes mentionnent que le séjour hospitalier de trois heures peut sembler rébarbatif à première vue, comparativement à celui en maison de naissance pouvant aller jusqu'à vingt-quatre heures. Une autre hypothèse est à l'effet qu'au cours du suivi, les femmes développeraient un sentiment de confiance en leurs propres capacités. Avec le temps, elles n'auraient plus besoin des murs du CH pour se sentir en sécurité. Elles opteraient alors pour un environnement où elles pourraient aller et venir à leur rythme et s'exprimer avec aisance.

Dans la culture québécoise comme la pratique sage-femme s'est installée au départ, hors centre hospitalier et ce depuis plus de dix ans maintenant, nous croyons que les femmes qui désirent accoucher en centre hospitalier ne pensent pas d'emblée à

avoir un suivi avec une sage-femme. Par contre, de plus en plus de femmes informées s'inscrivent pour des services de sages-femmes.

Inconvénients des ententes inter-établissements

Les principaux inconvénients reliés à ce modèle sont :

- La longueur des négociations pour établir des ententes; cela est variable selon les dynamiques de chacune des régions et devrait se simplifier avec le temps;
- La femme n'étant pas admise à l'hôpital, elle doit quitter environ trois heures après l'accouchement, c'est-à-dire dès le départ de la sage-femme;
- La femme qui ne peut ou ne désire pas quitter, doit être admise et devient sous la responsabilité du médecin;
- Certaines sages-femmes ont l'impression de perdre un certain statut compte tenu que le terme «privilège» peut avoir une connotation honorifique dans la langue française.
- Avantages des ententes entre établissements
- Plusieurs avantages découlent de ce modèle. En voici les principaux :
- Les sages-femmes conservent leur autonomie de pratique, puisqu'elles ne travaillent pas sous l'autorité du médecin chef du département d'obstétrique et ne sont pas assujetties aux règles de soins et aux protocoles du service d'obstétrique;
- Le champ de pratique sage-femme et les actes qui en découlent ne changent pas selon le lieu. Les ententes inter-établissements permettent que la pratique sage-femme demeure une pratique à bas risque avec un minimum d'intervention pour les femmes et leurs nouveau-nés même en centre hospitalier;
- La sage-femme n'est redevable de ses actes qu'à un établissement. Elle travaille sous la responsabilité clinique de la responsable des services de sage-femme de son établissement. Elle est assujettie aux règles de soins du conseil des sages-femmes de son établissement et n'a pas à changer de règles selon le lieu d'accouchement;
- La femme n'est inscrite et admise que dans un établissement, c.-à-d. le CSSS où elle est suivie (les maisons de naissances sont des points de

services des CSSS). La femme n'a qu'un dossier pour tout le continuum de services;

- L'entente inclus toutes les sages-femmes pratiquant pour l'établissement, elles n'ont donc pas à négocier individuellement. Ainsi, chaque femme peut choisir son lieu d'accouchement peu importe la sage-femme.

Impact des ententes sur la pratique sage-femme et possibilités de concertation

Les discussions préalables à l'établissement d'ententes ont forcé les professionnels à se parler, à se connaître et à s'ouvrir aux pratiques professionnelles de l'autre. Elles ont également permis de clarifier les zones de collaboration en fonction des besoins de la clientèle et du respect du champ de pratique de chacun.

Certains diront que le fait d'être intégré aux équipes médicales en place permettrait davantage de collaboration et aurait un effet de «contamination» bénéfique sur les pratiques hospitalières. Permettez-nous d'en douter... L'expérience de d'autres pays nous montre plutôt une médicalisation de la pratique des sages-femmes.¹¹ De plus, les réunions, les discussions de cas cliniques et les formations communes sont à notre avis indépendantes des ententes. Elles se réalisent plutôt selon les pratiques locales et le bon vouloir des intervenants. Ainsi, ces activités sont quasi absentes dans certains milieux au sein même des équipes médicales, alors qu'ailleurs les sages-femmes peuvent y participer activement même si elles n'ont pas de privilèges hospitaliers.

Conclusion

Malgré la lenteur du début pour établir ces ententes, nous considérons que cette façon de faire s'est avérée positive. Les principales difficultés provenaient soit d'une résistance médicale envers l'autonomie professionnelle des sages-femmes et du défi à établir de façon formelle et légale ce type d'entente entre les établissements. Peu de modèle de ce type existait à l'époque dans le réseau de la santé et des services sociaux. La nouvelle configuration du réseau allait pourtant forcer par la suite les établissements à établir ce type d'entente entre eux afin de donner les différents services à la

population. Actuellement, on retrouve même des ententes de ce type dans plusieurs domaines entre les services privés et publics (ex : chirurgie de fin de semaine...).

Le grand avantage de ces ententes est que l'autonomie professionnelle des sages-femmes a ainsi pu être conservée et les femmes peuvent bénéficier de la même approche peu importe le lieu de naissance.

RÉFÉRENCES

1. Ordre des sages-femmes du Québec. Philosophie de la pratique sage-femme. [En ligne] 2002 [cité le 27 août 2007] ; Disponible : URL : <http://www.osfq.org/rubrique/lstq/philosophie.php>
2. Ordre des sages-femmes du Québec. Les normes de pratique professionnelles des sages-femmes au Québec. Dans: auteur. Cahier des membres. Montréal : Auteur; 2003.
3. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Rapport final et recommandations. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux; 1997. p. 1-85.
4. Université de Montréal, Université Laval, Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, rapport final présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes; 1997.
5. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Pratique des sages-femmes, recommandations ministérielles. Québec : Gouvernement du Québec; 1998. p. 10-17.
6. Loi sur les sages-femmes. L.R.Q., c. S-0.1.
7. Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., c. S-4.2.
8. Ministère de la santé et des services sociaux. Entente cadre CLSC-CH. Pratique sage-femme en centre hospitalier. Québec : Ministère la santé et des services sociaux; 2002. p. 1-7.
9. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. L.R.Q., c. P-19.1.
10. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Guide pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes à la pratique des sages-femmes. Québec : Gouvernement du Québec; 1993. p. 3-27.
11. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la recherche et de l'évaluation et Unité de coordination des projets-pilotes sage-femme. L'accouchement en centre hospitalier pour des femmes suivies par des sages-femmes. Québec : 2000; p.1-17.
12. Gouvernement du Québec. Décret 455-2004 : Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.

Gazette officielle du Québec, 136^{ième} année, no 21, p.2399-2404.

13. CLSC Lac St-Louis, Centre hospitalier de LaSalle. Entente de partenariat sages-femmes et Unité familiale des naissances (ESF-UFN) Volet Clinique. Montréal : Auteur; 2004.
14. CLSC Lac St-Louis, Centre hospitalier de LaSalle. Entente de partenariat sages-femmes et Unité familiale des naissances (ESF-UFN) Volet Administratif. Montréal : Auteur; 2004.
15. Ordre des sages-femmes du Québec. Accouchements en centre hospitalier : statistiques. À venir 2007.

Adresser toute correspondance à :

Raymonde Gagnon, SF,
Baccalauréat en pratique sage-femme
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500,
Trois-Rivières; Québec
G9A 5H7.
Téléphone : 819-376-5011 poste 4067
Télécopie : 819-376-5231
courriel : *Raymonde.Gagnon@uqtr.ca*

CHILDBIRTH IN A HOSPITAL CENTRE WITH A MIDWIFE IN QUEBEC

By Monique Beauchemin, RM and Raymonde Gagnon, RM, BSc

ABSTRACT

Since 2005, giving birth in a hospital centre with a midwife has become a reality in Quebec with the advent of inter-institutional agreements. This article presents the background of the midwifery pilot projects surrounding childbirth in hospitals, the choices that led to the integration of midwives within the health and social services network, as well as the reasons behind the establishment of inter-institutional agreements for birth in a hospital centre. The legislative and functional aspects of the sample agreement are described. Finally, the results obtained up until now are presented and commentary is provided. The disadvantages and advantages of this model as well as the impact of these agreements on midwifery are described in light of the experiences of Quebec midwives.

KEY WORDS

Hospital birth, inter-institutional agreement, midwifery integration, birth setting, continuity of care, midwife

This article has been peer reviewed.

EDITOR'S NOTE: *This article was submitted by the authors in French, and has been translated into English. All errors or awkwardness in translation should be attributed to the CJMRP, not to the authors.*

Introduction

Quebec midwives and women have long fought for choice of birthplace, whether it be the home, a birthing centre or a hospital. Women should be able to enjoy the same services regardless of birth setting. In addition, midwives wish to ensure the preservation of childbirth as a normal process.^{1,2} The main consideration in realizing these objectives was to ensure the professional autonomy and integration of midwives within social and healthcare services; more specifically the development of a model for inter-institutional agreements governing midwife-attended birth in a hospital centre.

In the light of the pilot project experimentation, and

of the objectives aimed at by the integration of midwives in the health services network, different lessons were learned that led the Minister of Health and Social Services to develop a model for inter-institutional agreements for childbirth in a hospital centre with a midwife.^{3,4,5,6,7,8}

The development of the inter-institutional agreement model will be described in this article as well as obstacles during the process, such as resistance from the medical sector. Finally, the overall effects, including the disadvantages and advantages experienced, will be presented as well as possibilities for future dialogue with other obstetrical care providers.

Background

The Midwifery Pilot Projects

The Quebec Act regarding midwifery practice within the framework of pilot projects permitted midwives to perform deliveries in both hospitals and birthing centres. Consequently, a pilot project could be created by a hospital or a local community service centre (CLSC).⁹ However, no pilot project in a hospital was ever undertaken because of failure to meet the eligibility requirements established by the pilot project Review Council.¹⁰ Thus, the projects initially presented by a few hospitals did not permit autonomous midwifery and they were unable to secure medical support. Furthermore, despite the steps taken by some pilot projects to add a "hospital birth" option, no hospital ever authorized a midwife to perform a normal delivery within their facilities. At most, midwives were permitted to accompany their clients when there was a transfer of care for medical reasons.¹¹

Ministerial Recommendations for the Legislation of Midwifery

Following the evaluation of the Quebec pilot projects, the Ministry indicated that general objectives should guide the integration of midwives into the health and social services network.^{3,4,5,11} The approach was considered necessary to adequately meet the network's expectations, specifically regarding its transformation and strengthening of primary care services, yet there was also an expectation to meet the demands coming from women and families for midwifery care.

The general objectives were to:

- Preserve and promote continuity of care by the same midwife throughout the entire perinatal period (pre, intrapartum, postpartum);
- Consolidate primary midwifery care services where pregnancy and childbirth are viewed as normal physiological processes;
- Respect the autonomy of midwifery practice;
- Plan for an integrated perinatal care and services network, to rely on complementary professionals and services;
- Maintain the possibility of giving birth in a birthing centre as well as making it possible to give birth with a midwife in a hospital centre and at home;

- Ensure public funding of midwifery services and related services;
- Entrust regional health and social services boards with the responsibility to integrate midwives into the health care system, including planning and organization of services, the receipt of midwifery funding and ensure favourable conditions for the practice of midwifery with respect to autonomy and scope of practice as put forth by their professional college; and
- Entrust the CLSCs to promote access to midwifery services and establish service contracts with midwives.¹¹

The CLSC was chosen as the point for the public to access midwifery services. Perinatal services are already available in CLSCs where primary care services are integrated.

Integration into the Network

Initially, midwives were excluded from integration into hospitals because:

- Midwives are primary care providers, and thus, their administrative affiliation should be with an institution with a primary care mission, in this instance the CLSC;
- International studies of hospital based midwifery practice show decreased autonomy for midwives, decreased continuity of care for childbearing women and a less patient-centred approach to care. And yet, the autonomy of midwifery practice, the continuity of care and the humanization of care and services are the main objectives aimed at by the integration of midwifery practice within the perinatal services and care network;
- There are several advantages associated with midwives falling under the administrative umbrella of CLSC, e.g. better access to midwifery care and other perinatal services for childbearing women.¹¹

Once the issue of the affiliation and status with the network was clarified, the manner in which hospitals became accessible as a birth setting for midwives still needed to be determined. It is important to distinguish between a birth setting and a practice setting. The Ministry direction excluded hospitals as

a place of practice for the midwife, but had identified the hospital as a birth setting that should be accessible to all women under the care of a midwife.¹¹

During the pilot projects, midwifery was practiced only in birth centres, but consensus emerged on the importance of hospital based midwifery practice, especially from women in Quebec who demanded choice of birthplace.⁵

Choice of Inter-institutional Agreement

Granting midwives hospital privileges was not the solution to giving midwifery clients access to hospital birth, because;

- The administrative affiliation of midwives as well as the establishment of service contracts is given to the CLSC. This in turn, obliges the CLSC (by the creation of a midwifery council (CSF) to include midwives on the CLSC's Council of Physicians, Dentists and Pharmacists (CMDP);
- The need to respect the specific principles of midwifery practice (continuity of care, appropriate use of interventions, global and family approach) as stipulated by the ministerial directions;
- The administrative bureaucracy of the process (head of clinical department, chief of staff, Board) considering that the hospital is a birth setting and not a place of administration for midwives;
- A large part of midwifery practice takes place outside of a hospital centre; recognizing that midwives must attend births in birth centres, in hospitals and at home;
- The midwife is responsible for the entirety of perinatal care (prenatal, intrapartum and postpartum);
- The possible impact on medical staff having authority to grant midwives hospital privileges;
- The need to make several amendments and the delays that this could cause, versus the will to quickly make midwifery-attended childbirth in a hospital possible;
- The lack of representation that midwives would have in a CMDP, which has many members and the responsibilities in terms of practice (rules of care, quality control and assessment of quality etc.);
- The small number of midwives available in the

short and medium term;

- The fact that peer review is an inherent function of each health profession.¹¹

For all of these reasons, the choice that seemed the most appropriate was to favour inter-institutional agreements.

The Midwives Act

When the Midwives Act was adopted in June 1999, modifications were made to the Act to permit midwives to attend births in hospitals within the framework of an inter-institutional agreement. So, the CLSC or the Health and Social Services Centre (CSSS), with which a midwife has a service contract, must establish an agreement with a hospital in which obstetrical services are available.^{6,7} The Act states:

“The agreement must determine the rights and obligations of the two institutions regarding the use by midwives of the premises and equipment of the institution operating the hospital centre. It must provide for cooperative arrangements between midwives and the physicians and nursing personnel practising in the hospital, and specify the admission and discharge procedures to be observed by midwives with respect to the women and infants under their responsibility. It must also specify any other administrative procedure necessary for the proper functioning of the agreement. The agreement must also establish the rules governing the application of section 259,⁷ with respect to a midwife performing an act in the hospital centre.”^{6,7}

Furthermore, the Act establishes that all physicians to whom the cooperative arrangements refer are also bound by the agreement.

From a legal stand point, the woman remains under the responsibility of the midwife and the CSSS (CLSC) for the entire pregnancy, the birth and the postpartum period. Therefore, a woman doesn't need to be admitted to the hospital even when this is her preferred choice of birthplace. She is admitted to the hospital only when there is a referral, even in the intrapartum period.

The Establishment of an Initial Agreement

In March of 2000, the Minister of Health and Social

Services drafted a discussion paper entitled "*L'accouchement en centre hospitalier pour des femmes suivies par des sages-femmes (Childbirth in a hospital centre for women under the care of a midwife)*" in order to present the option of having recourse to inter-institutional agreements.¹¹ This document served as a starting point for the work surrounding the establishment of the agreements. It presented the objectives stated by the government directions on midwifery and its implications. An analysis of the Ontario experience to explore solutions regarding midwives' access to hospitals was presented as well as discussion of the motives that led to the exclusion of the granting of hospital privileges from the point of view of the midwifery pilot projects in Quebec and of the ministerial orientations that followed.

In order to further the establishment of agreements between the CLSC and the hospitals, discussion first took place between the provincial associations and institutions: the Quebec Association of Hospitals and the Association of CLSC-CHSLD of Quebec. By mutual agreement, the associations of institutions decided to establish a provincial working group comprised of hospital representatives (chief of staff, nursing director, physicians and nurses) and CLSC representatives (administration representative, midwifery services coordinator and midwives).

By autumn 2000, the provincial working group started work to establish the terms and conditions for the service agreement projects between institutions. A global agreement project was created and submitted to legal consultants for the Association of CLSC-CHSLD of Quebec, the Quebec Association of Hospitals and the Minister of Health and Social Services in the spring of 2001.

In June of 2002, the Minister of Health and Social Services made available to institutions a CLSC-HC Memorandum of Understanding.⁸ The CLSC-HC Agreement reaffirmed that a midwife practicing within the framework of this agreement could provide the professional care and services established in the Midwives Act, including prescribing and administering drugs, conducting or interpreting examinations and analysis.⁶ The hospital must make available to the midwife the

facilities required, as well as the materials and equipment necessary for the deliveries she performs there. The hospital provides the maintenance of the premises and the equipment, accommodations, meals, laboratory, pharmacy, sterilization and biomedical waste management services, as well as the personnel required to provide these services. Collaboration between midwives and physicians is governed by regulations about clinical consults and transfer of clinical responsibility.¹²

In circumstances that a midwife judges to be exceptional, she can ask for the collaboration of nursing staff working in the hospital. As for the admissions and discharge procedures, the Memorandum of Understanding specifies that a woman under the care of a midwife remains registered with the CLSC despite the fact that her delivery is taking place in a hospital. The midwife welcomes the woman in the hospital, completes and signs the required documents and forms. Once the midwife is of the opinion that the state of health of the mother and child no longer warrants a stay in the hospital, she signs the discharge forms. The woman's maternity medical records, as well as the infant's records are kept by the midwife and the CSSS.

It is within this framework that a few institutions began discussions in order to achieve an agreement. The Lac St-Lois CLSC and the LaSalle Hospital Centre were the first to complete an agreement. Discussions first took place between representatives of both institutions (physicians, midwives, nurses and management). This work enabled a better understanding of each profession's scope of practice and their complementarity. A partnership project with midwives and the family birth unit was born as the result of these talks. The document aimed to clarify the daily functioning during births in a hospital when a midwife attends.¹³ First, the foundations of the partnership between midwives and other health care professionals were presented. The proposed model of partnership includes a code of ethics, the logistics for communication, the clinical care path of parturient women, and the regulations regarding consultation or transfer requests. It proposes steps for conflict resolution and describes the evaluation mechanisms of the

agreement.

Parallel to this, talks were held between the Ordre des sages-femmes (College of Midwives) and the Collège des médecins du Québec (College of Physicians). The Health Minister, Philippe Couillard, a physician by training and very aware of this dossier, reaffirmed the importance of establishing agreements in accordance with the law and he intervened to untangle the deadlocks that were encountered in the process.

The first legal agreement was concluded in February 2004 by the CLSC Lac St-Louis and the LaSalle Hospital Centre.¹⁴ Since then, other institutions where midwives practice have worked toward drafting legal agreements on the basis of this initial agreement. At present, six of the eight CSSS where midwives practice have approved an agreement.

Sequence Of Events For A Midwife-attended Hospital Birth

The midwife or the midwifery services coordinator informs the hospital of upcoming births (name of the woman and the due date). Some hospitals ask the woman to complete a pre-registration form in order to have all the necessary information for her registration during her birth at the hospital.

The woman informs her midwife at the onset of labour and together they decide when to go to the hospital. Upon her arrival at the hospital, the woman is received by her midwife who is the only health professional with her during labour and birth, other than a second midwife colleague who will come to assist her during the birth. The woman or her baby will only be admitted to the hospital if a transfer of care is required.

Discharge from the hospital is expected around three hours after the birth. The woman and her baby leave the hospital at the same time as the midwife. In certain circumstances, the midwife can decide to stay a few additional hours in the hospital with the woman (for example: to finish an intravenous infusion, empty the bladder, etc.). Afterwards, midwifery care continues at the woman's home.

If the mother or baby requires a prolonged hospital

stay, the midwife will organize a transfer of clinical responsibility to the medical-nursing team of the hospital. Once medical discharge papers are signed, the midwife will once again become responsible for the woman's care.

Experiences Up Until Now

Statistics and Comments

The first birth in a hospital under the care of a midwife took place at the LaSalle Hospital Centre in May of 2005. From the beginning of the agreements up to May 2007, 60 women began their labours in a hospital; 42 of them gave birth under the care of the midwife and 18 were transferred to a physician. It should be noted that for the five other institutions, the agreements were signed at different times between 2005 and 2007.

To the surprise of many, including the partners, up to now few women have chosen the hospital to give birth. The experience is still too recent and too limited to be able to draw conclusions.

Midwives mention that a three hour hospital stay might seem off-putting at first glance when compared to a stay in a birthing centre which can last up to twenty-four hours. Another possibility is that during their course of care, women develop a sense of confidence in their own abilities. With time, they would no longer need the walls of the hospital to feel safe. They may then choose an environment where they could come and go at their own pace and where they could express themselves with ease.

In Quebec culture right from the start, midwifery established itself outside of hospitals. For this reason, we believe that women who wish to give birth in a hospital may not consider midwifery care. However, the numbers of women registering for midwifery services are increasing.

Disadvantages of Inter-institutional Agreements

The main disadvantages of this model are:

- The length of the negotiations to establish agreements; this varies depending on the existing dynamics in each region and should become simpler over time;
- The woman is not admitted to the hospital and

- must leave the hospital within three hours after having given birth, or when the midwife leaves;
- The woman who cannot leave or who does not wish to leave must be admitted under the care of a physician;
- Some midwives have the impression that they have less status in a hospital, considering that the term "privilege" could be interpreted as only having "honourary" status in the French language..

Advantages of Agreements Between Institutions

Despite the challenges, many advantages ensue from this model. The principal ones include:

- Midwives maintain autonomy regarding their scope of practice because they do not work under the chief of the obstetrics department and are not subject to the rules regarding care and the protocols of the obstetrics service providers;
- The midwifery scope of practice and does not change according to birth setting. The inter-institutional agreements permit that midwifery remains a low risk practice with a minimum of interventions for women and their newborns even in a hospital;
- The midwife is accountable for her acts to only one institution. She works under the clinical responsibility of the midwifery services coordinator of her institution. She is subject to the rules of care of the council of midwives of her institution and does not need to change rules of care according to the place of birth.
- The woman is registered and admitted to one institution; that is the CSSS where she is cared for (the birthing centres are points of service of the CSSS). The woman has only one medical record for the continuum of services.
- The agreement includes all midwives practicing for the institution; therefore they do not need to negotiate individually. In this way, each woman can choose her birth setting regardless of the midwife.

Impact of the Agreements on Midwifery and Possibilities for Dialogue

The preliminary discussions to establish agreements forced various health professionals to speak to each other, to get to know each other as well as to open up to the other's professional practices. They also

helped to clarify the zones of collaboration according to the needs of the client and their respective scopes of practice.

Some would say that the process of integration into established medical teams would enable collaboration and would have a beneficial effect on hospital practices. However, there is evidence from other countries that show a tendency towards medicalization of midwifery.¹¹ Furthermore, meetings, discussions of clinical cases and common training are, in our opinion, independent of the agreements. For the most part these happen according to local practices and the good will of the service providers. In certain settings, these activities are nearly absent even within medical teams, while elsewhere midwives can actively participate in these activities even though they do not have hospital privileges.

Conclusion

Despite the slow start in establishing these agreements, we believe the overall results to be positive. The primary difficulties arose from medical resistance toward autonomous midwifery practice and the challenge of establishing a formal and legal agreement between institutions. Few models of this type existed at that time in the health and social services network. Nevertheless, the new configuration of the network forced institutions to establish agreements among themselves in order to provide the range of services to the population.

The key advantage of the agreements is that the professional autonomy of midwives was respected and maintained, which means that women can benefit from the same model of practice regardless of birth setting.

REFERENCES

1. Ordre des sages-femmes du Québec. Philosophie de la pratique sage-femme. [En ligne] 2002 [cité le 27 août 2007]; Disponible : URL : <http://www.osfq.org/rubrique/lfsq/philosophie.php>
2. Ordre des sages-femmes du Québec. Les normes de pratique professionnelles des sages-femmes au Québec. Dans: auteur. Cahier des membres. Montréal : Auteur; 2003.
3. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Rapport final et

- recommandations. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux; 1997. p. 1-85.
4. Université de Montréal, Université Laval, Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, rapport final présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes; 1997.
 5. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Pratique des sages-femmes, recommandations ministérielles. Québec : Gouvernement du Québec; 1998. p. 10-17.
 6. Midwives Act. R.S.Q., chapter S-0.1. Loi sur les sages-femmes. L.R.Q., c. S-0.1.7. An Act respecting health services and social services R.S.Q., chapter S-4.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., c. S-4.2.
 8. Ministère de la santé et des services sociaux. Entente cadre CLSC-CH. Pratique sage-femme en centre hospitalier. Québec : Ministère la santé et des services sociaux; 2002. p. 1-7.
 9. Act respecting the Practice of midwifery within the framework of pilot projects. R.S.Q. P-19.1. Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. L.R.Q., c. P-19.1.
 10. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Guide pour la sélection et l'évaluation des projets-pilotes à la pratique des sages-femmes. Québec : Gouvernement du Québec; 1993. p. 3-27.
 11. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la recherche et de l'évaluation et Unité de coordination des projets-pilotes sage-femme. L'accouchement en centre hospitalier pour des femmes suivies par des sages-femmes. Québec : 2000; p.1-17.
 12. Gouvernement du Québec. Décret 455-2004 : Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. Gazette officielle du Québec, 136ième année, no 21, p.2399-2404. (Regulation respecting cases requiring consultation with a physician or transfer of clinical responsibility to a physician).
 13. CLSC Lac St-Louis, Centre hospitalier de LaSalle. Entente de partenariat sages-femmes et Unité familiale des naissances (ESF-UFN) Volet Clinique. Montréal : Auteur; 2004.
 14. CLSC Lac St-Louis, Centre hospitalier de LaSalle. Entente de partenariat sages-femmes et Unité familiale des naissances (ESF-UFN) Volet Administratif. Montréal : Auteur; 2004.
 15. Ordre des sages-femmes du Québec. Accouchements en centre hospitalier : statistiques. À venir 2007.

Address correspondence to:

Raymonde Gagnon, SF,
Baccalauréat en pratique sage-femme
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500,
Trois-Rivières, Québec
G9A 5H7.
Telephone : 819-376-5011 ext. 4067
Facsimile: 819-376-5231
Email : Raymonde.Gagnon@uqtr.ca