

# Tout savoir sur les soins obstétricaux au Québec

*Everything about obstetrical care in Quebec*

S. Bouvet\*

**C**hrystelle est Française, enceinte de son deuxième enfant et vit au Québec depuis peu. En quoi mener une grossesse au Québec devrait-il la surprendre ?

## Démographie et statistiques

Il y a eu au Québec 87 700 naissances en 2014 pour une population de 8 215 000 habitants. Ce nombre de naissances, qui était en croissance depuis une quinzaine d'années, tend maintenant à redescendre. Il a connu son plus bas niveau en 2000, avec à peine 72 000 naissances.

Il s'agit d'un grand contraste quand on pense que, en 1960, il y a eu 141 224 naissances, et ce, pour une population d'à peine 5,2 millions d'habitants, soit 3 millions de moins qu'aujourd'hui. Le taux de fertilité (naissances par femme) est ainsi passé de 3,81 en 1960 à 1,61 au relevé de 2014 (1). Des taux intermédiaires sont de même tout aussi contrastant en 2000.

La France métropolitaine, quant à elle, est passée de 46 millions d'habitants en 1960 à 66 millions en 2016. On y recense aujourd'hui 800 000 accouchements par an. En comparaison sur une période semblable, le taux de fertilité en France est passé de 2,85 à 1,99 en 2014. La France demeure aujourd'hui le pays d'Europe qui a le plus haut taux de fertilité (comparable à celui de l'Irlande) [tableau 1] (2).

**Tableau 1.** Comparaison des taux de fertilité du Québec et de la France entre 1960 et 2014.

	Taux de fertilité		
	1960	2000	2014
Québec	3,81	1,49	1,61
France	2,85	1,89	1,99

\* Obstétricienne-gynécologue, présidente de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec.

## Suivi de grossesse

Au Québec, tous les professionnels en périnatalité (médecins, sages-femmes et infirmières), qu'ils soient de langue française ou anglaise, utilisent un dossier obstétrical unique (anténatal, intra-partum et post-natal) sur lequel sont colligées toutes les données cliniques, de laboratoire et d'imagerie en lien avec les différentes étapes de la grossesse et de l'accouchement. Ce dossier obstétrical a été élaboré et est mis à jour par un comité multidisciplinaire de tous les intervenants sous la supervision du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) [3]. Tous sont tenus d'exercer selon les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Pour les grossesses normales, les femmes ont en moyenne 12 à 13 visites anténatales, qui se tiennent majoritairement dans les cabinets des médecins (locataires ou propriétaires), et ce, en dehors des hôpitaux. Une copie du dossier obstétrical est envoyée au centre hospitalier (CH) vers 34 à 35 semaines de grossesse afin que toutes les informations y soient accessibles le moment venu. Il arrive aussi que le médecin travaille exclusivement en CH et y fasse tous ses suivis de grossesses. Cette organisation est généralement celle que l'on retrouve dans les régions éloignées.

Pour les grossesses à risque élevé (GARE), les médecins de tous les hôpitaux où se pratiquent des accouchements ont développé à plus ou moins grande échelle, en lien avec leur besoin populationnel, des "cliniques GARE". En partenariat avec les infirmières en périnatalité, il est possible dans ces cliniques de combiner la visite anténatale, la surveillance fœtale par monitoring, les suivis échographiques et de laboratoire de même que la consultation avec d'autres professionnels lorsque cela est nécessaire (médecin interniste ou autres, diététiste, psychologue ou travailleuse sociale).

# Points forts<sup>++</sup>

- » Un dossier obstétrical unique pour tous les professionnels.
- » L'échographie est accessible gratuitement en centre hospitalier seulement.
- » Au Canada, seuls les obstétriciens du Québec pratiquent l'échographie de dépistage, partout ailleurs, ce sont les radiologues !
- » Les accouchements pratiqués par les médecins se font essentiellement en centre hospitalier.
- » En 1999, la loi reconnaît officiellement les sages-femmes comme des professionnelles autonomes. Elles exercent quasi exclusivement hors des centres hospitaliers.

## Mots-clés

Soins périnataux  
au Québec

Obstétrique  
au Québec

## Échographie obstétricale

Les échographies obstétricales du réseau public sont pratiquées à parts égales par les obstétriciens-gynécologues et les radiologues. Cela semble surprenant mais, de fait, au Canada, seuls les obstétriciens québécois pratiquent les échographies de dépistage. Partout ailleurs, dans le "rest of Canada" (ROC), les échographies de routine sont faites par les radiologues et seuls les obstétriciens spécialisés en médecine maternelle et fœtale (MMF) pratiquent des échographies de deuxième et de troisième ligne.

L'échographie est accessible gratuitement en CH seulement. Le gouvernement du Québec ne prend pas en charge les frais encourus lorsque l'examen est réalisé hors CH. Il est donc peu fréquent, lors d'une visite anténatale dans un cabinet hors CH, d'avoir aussi une échographie.

En moyenne, 2 échographies sont pratiquées au cours d'une grossesse normale. Certains centres favorisent les échographies du premier et du deuxième trimestre; tandis que d'autres optent pour les échographies du deuxième et du troisième trimestre. Pour les grossesses à risque, le nombre d'échographies est ajusté en fonction des besoins maternel et fœtal pour une surveillance optimale.

L'échographie, pratiquée au privé par les gynécologues, s'est développée principalement lors de l'implantation du dépistage prénatal du premier trimestre au début des années 2000.

Tableaux II. Niveaux de soins dans les centres hospitaliers.

Niveau	Semaines de grossesse	Professionnels <sup>(1)</sup>		Salles d'opération
		Mères	Nouveaux-nés	
Ia	36	4	4	Non
Ib	36	3	3	Oui
IIa	34	2-3	2-3	Oui
IIb	32	2-3	2-3	Oui
III	> 24	1-2-3	1-2-3	Oui

(1) professionnels en charge :

1. MD sous-spécialiste (médecine fœtale et maternelle ou néonatalogiste).

2. MD spécialiste (obstétricien et chirurgien ou pédiatre).

3. MD de famille ou omnipraticien en périnatalité.

4. Sage-femme.

## Établissements d'accouchement

Au Québec, il n'y a aucune clinique privée qui pratique des accouchements, et on compte sur les doigts d'une main les cliniques privées où se pratiquent des soins nécessitant une hospitalisation. Le système de santé hospitalier québécois est presque exclusivement public. Il y existe, comme ailleurs, une hiérarchisation des établissements de santé pour les soins maternels et néonataux (tableau II) [4].

### Centres de niveau I (Ia et Ib)

Les centres de niveau I prennent en charge des accouchements à 36 semaines et plus pour les grossesses normales et sans complication maternelle sévère ou fœtale anticipée. Ils offrent des soins néonataux et obstétricaux de base.

Les maisons de naissance, lieu de travail exclusif des sages-femmes et toujours établies hors CH, correspondent à des établissements de niveau Ia puisqu'il n'y a pas de bloc opératoire sur place.

Les hôpitaux de niveau Ib sont situés dans les régions très éloignées et desservent la même clientèle. Ils peuvent offrir sur place l'accessibilité à une césarienne itérative ou d'urgence. Les suivis de grossesse normale et les accouchements sont pris en charge par les médecins de famille et/ou les médecins omnipraticiens en périnatalité, et ce sont souvent les chirurgiens (et non exclusivement les gynécologues) qui pratiquent les césariennes. L'indication du geste chirurgical dans ces cas est "posée" par le médecin de famille et/ou médecin omnipraticien en périnatalité... situation bien différente de celle de la France !

### Centres de niveau II (IIa et IIb)

Ces établissements jouissent d'une structure organisationnelle où les médecins de famille et/ou les médecins omnipraticiens en périnatalité et les spécialistes en obstétrique-gynécologie se partagent la pratique obstétricale. La prise en charge néonatale est assurée par les médecins de famille et/ou les médecins omnipraticiens en périnatalité en colla-

## Highlights

» One universal obstetrical form for all professionals.

» Ultrasound are covered only when performed in hospitals.

» Across Canada, radiologists perform screening obstetrical ultrasounds in all trimesters. In Québec obstetricians and radiologists share this responsibility.

» All deliveries performed by physicians happened in public hospital.

» In 1999, Quebec legislation recognize officially midwives as autonomous professionals. They deliver almost exclusively out of hospital.

## Keywords

Perinatal care in Quebec

Obstetrical care in Quebec

boration avec une équipe de pédiatres. Ce niveau se subdivise en lien avec l'offre de soins néonataux. Les centres de niveau IIa prennent en charge des accouchements à 34 semaines et plus pour les grossesses normales et celles avec possible complication maternelle anticipée de modérée à sévère, et ce, pour un fœtus sans autre pathologie que celle liée à la prématurité.

Les centres de niveau IIb, quant à eux, font de même en offrant les soins à partir de 32 semaines et plus.

### Centres de niveau III

Les centres de niveau III prennent en charge des accouchements à partir de 24 semaines et plus pour les grossesses normales et celles avec possible complication maternelle anticipée sévère à très sévère et pour un fœtus prématuré ou non pouvant être atteint d'autres pathologies nécessitant une prise en charge pour des soins ultraspécialisés.

Il y a 4 centres universitaires dans les régions de Montréal, Québec et Sherbrooke. Dans les CH de niveau III, la proportion de médecins de famille et/ou de médecins omnipraticiens en périnatalité qui y pratiquent des accouchements est moindre. Les obstétriciens-gynécologues s'associent aux sous-spécialistes en médecine maternelle et fœtale (MMF) pour la grande majorité des besoins de leur population. Parallèlement, les pédiatres et les néonatalogistes travaillent de concert pour les nouveau-nés à terme et prématurés.

### Professionnels en périnatalité

Il y a 4 professionnels au Québec qui se partagent le travail obstétrical (suivis de grossesses/accouchements) : les obstétriciens-gynécologues (60 %), les médecins omnipraticiens en périnatalité (37 %), les sages-femmes (3 %) et quelques infirmières cliniciennes ou praticiennes travaillant en partenariat avec des médecins de famille et/ou des médecins omnipraticiens en périnatalité ou occasionnellement dans des dispensaires dans les régions très éloignées. Bien que plusieurs professionnels soient impliqués dans les soins en périnatalité, nous recherchons maintenant à mieux définir les pratiques pour exercer une meilleure complémentarité afin que "la bonne patiente se retrouve avec le bon professionnel, et ce, au bon endroit". Pour atteindre cet objectif, les partenariats sont essentiels et le travail en "silo" n'a aucun avantage pour les soins des femmes.

### Les obstétriciens-gynécologues

Les médecins spécialistes accouchent les femmes en CH seulement. Ils travaillent majoritairement dans des centres de niveaux II et III. Comme les médecins omnipraticiens en périnatalité, ils sont en étroite collaboration avec les infirmières qui sont leurs partenaires auprès des femmes enceintes et des parturientes. Les obstétriciens-gynécologues partagent habituellement la garde (l'astreinte) pour leur groupe. L'obstétricien-gynécologue d'astreinte est aussi le consultant pour les médecins de famille et/ou les médecins omnipraticiens en périnatalité ainsi que pour les sages-femmes au besoin ! Parmi les spécialistes, un groupe de sous-spécialistes en MMF travaille exclusivement dans les centres tertiaires.

Au Québec, les médecins en CH ne travaillent pas en partenariat avec les sages-femmes comme c'est le cas en France. Ailleurs au Canada, il existe quelques hôpitaux où le tandem médecins-sages-femmes est fonctionnel, mais cela demeure des exceptions. Encore une chose qui nous distingue du ROC (*rest of Canada*) !

Du point de vue organisationnel, les obstétriciens-gynécologues sont représentés par un syndicat professionnel, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), qui est un sous-groupe de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Leur adhésion associative est obligatoire dès que le médecin facture au régime public. L'AOGQ comprend 500 membres réguliers sur plus de 10 000 médecins spécialistes représentés par la FMSQ. Quant à la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC), cette dernière est la société savante qui régit les règles de bonnes pratiques dans tout le pays et pour tous les professionnels en périnatalité. L'adhésion en tant que membre est facultative bien qu'il soit possible d'accéder à ses directives cliniques moyennant une rétribution.

### Les médecins de famille et/ou les médecins omnipraticiens en périnatalité

Comme les spécialistes, les médecins omnipraticiens en périnatalité accouchent presque exclusivement en CH. Ils pratiquent dans les centres de niveaux I, II et parfois III. Leur champ d'expertise est essentiellement pour la grossesse normale bien qu'ils participent conjointement aux soins de deuxième ligne.

Ces médecins accoucheurs font habituellement aussi la garde pour un groupe. De plus, ils font les suivis de leurs nouveau-nés et assurent les soins de la petite enfance jusqu'à 5 ans.

Il existe des médecins de famille qui ne pratiquent pas d'accouchements, mais qui suivent des grossesses jusqu'à 32 à 34 semaines. À ce stade de la grossesse, la femme est alors transférée pour le suivi de fin de grossesse et l'accouchement à un omnipraticien ou à un spécialiste au choix de celle-ci.

Tout comme les médecins spécialistes, ils sont regroupés dans une association provinciale, l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ), qui est un sous-groupe de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Sur les 10 000 médecins de ce groupe, seuls 5 % font de l'obstétrique.

### Les sages-femmes

Contrairement au mode de fonctionnement français, la profession de sage-femme s'est "ré"installée à la fin des années 1990 dans un modèle compétitif et non collaboratif. Les sages-femmes du Québec se comparent en France à celles dites "en pratique libérale". Elles pratiquent essentiellement des accouchements à domicile ou en maison de naissance et très exceptionnellement à l'hôpital. Les maisons de naissance sont des lieux physiques aménagés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, et ce, en dehors des hôpitaux. À Montréal en 2004, une première entente est signée entre un CH et une maison de naissance, permettant ainsi aux femmes d'accoucher à l'hôpital avec leur sage-femme.

Pour comprendre la situation au Québec, il faut faire un peu d'histoire. Faute de formation scientifique supervisée, les sages-femmes ont presque disparu du paysage québécois à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. En 1970, s'amorce au Québec un mouvement critique envers la pratique obstétricale et la surmédicalisation. Du fait de l'usage de l'anesthésie générale, les accouchements se déroulent alors de façon passive et instrumentée pour 37 à 89 % des femmes, selon les régions. De ce fait, des femmes se rebellent et décident d'accoucher à la maison, souvent seules, mais parfois guidées par des femmes aptes à les aider. De façon autodidacte ou empirique, certaines de ces praticiennes sont devenues celles que nous nommons aujourd'hui "sages-femmes".

En 1999, la loi sur les sages-femmes est adoptée (5). On reconnaît officiellement les sages-femmes comme des professionnelles autonomes au Québec. C'est cette même année que débute la formation universitaire pour les sages-femmes à l'université du Québec à Trois-Rivières. L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) reçoit alors officiellement son mandat.

Leur champ d'expertise se limite à la grossesse normale où aucune complication n'est anticipée. La loi sur les sages-femmes encadre leur pratique et leurs obligations consultatives. Concernant l'AVAC (accouchement vaginal après césarienne) à domicile ou en maison de naissance, les points de vue divergent grandement entre les sages-femmes et les médecins qui eux estiment cette pratique non sûre pour la mère et l'enfant à naître.

Les sages-femmes demandent des consultations médicales anténatales pour leurs "clientèles" dans près de 50 % des suivis de grossesses. Le taux de transfert des parturientes (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> stade du travail) vers un CH oscille entre 20 à 25 %. L'arrêt de progression et le soulagement de la douleur par la péridurale demeurent les 2 raisons principales de transfert en CH (statistiques hospitalières).

### Durées de séjour

Les durées de séjour varient selon le lieu de l'accouchement (*tableau III*).

À l'hôpital, les femmes n'ont pas le temps de se reposer ! Au fil des ans depuis les années 1980, les durées de séjour dans les maternités se sont considérablement raccourcies. Une femme qui accouche par voie basse sans complication sera hospitalisée après la naissance entre 36 et 48 heures le plus souvent (4 ou 5 jours en 1985 !). Pour les accouchées par césarienne sans complication majeure, le séjour hospitalier tourne autour de 72 à 96 heures, incluant la journée de la césarienne. Afin de pouvoir diminuer les temps de séjour à l'hôpital, différents mécanismes se sont mis en place pour s'adapter aux besoins d'assistance post-natale. On compte dans

**Tableau III.** Durée de séjour selon le lieu et le type d'accouchement.

Lieu et type d'accouchement	Durée globale du séjour
Centre hospitalier : voie basse	36 à 48 h
Centre hospitalier : césarienne	72 - 96 h
Maison de naissance	3 - 24 h

## Références bibliographiques

1. Institut de la statistique du Québec, *démographie*.
2. France-Taux de fertilité (naissances par femme)/Statistiques. Disponible sur le site: [perspective.usherbrooke.ca](http://perspective.usherbrooke.ca)
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Formulaires du réseau, AH-266 à AH-272*.
4. Comité ministériel de la Table sectorielle mère-enfant. *Organisation des services d'obstétrique au Québec 2016-2015*. Août 2016.
5. *Projet de loi no28 (1999, chapitre 24) : Loi sur les sages-femmes*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 1999.
6. *Institut national en santé publique du Québec. Avis sur les meilleures pratiques en matière de suivi post-natal à la suite du congé hospitalier*. Avril 2016.

<sup>1</sup> Remerciements pour ces informations à Mme Marie-Ève Saint-Laurent, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

S. Bouvet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

toutes les régions du Québec sur une organisation de services ambulatoires avec une visite à domicile d'une infirmière 24 à 72 heures après la sortie de la mère et de l'enfant (6). Les femmes sont ensuite revues par leur médecin entre 6 et 10 semaines après l'accouchement.

Parallèlement, une réorganisation familiale et sociale s'est installée pour permettre de mieux soutenir le couple (implantation de congés de maternité et de paternité avec octroi de journées de "périnatalité" en grossesse pour les conjoints). Finalement, pour les familles dont le revenu familial est en dessous du seuil de pauvreté et dont la mère n'a pas terminé des études secondaires ou professionnelles, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) proposent un programme de suivi intensif à domicile, de la période prénatale dès la douzième semaine de grossesse, avec accès au programme OLO (œuf, lait, orange), jusqu'à 5 ans (6).

En maison de naissance, c'est une tout autre histoire. Trois heures après la naissance, la sage-femme quitte le lieu de naissance. Avant qu'elle parte, l'examen du nouveau-né a été fait, la femme s'est levée et a uriné, son état est stable, le bébé a été mis au sein.

Les femmes peuvent donc rentrer à leur domicile, mais un séjour en maison de naissance jusqu'à 24 heures post-accouchement est possible. La sage-femme fait ensuite des visites à domicile à 24 heures de vie, 3 jours et entre le cinquième et le sixième jour. Des visites peuvent s'ajouter s'il y a des problèmes d'allaitement, d'adaptation de la mère ou de prise de poids du bébé. Une sage-femme est disponible sur appel pour la famille 24 heures sur 24. Finalement, il y a 2 autres visites de routine vers la deuxième semaine de vie du bébé et à 6 semaines, ou plus au besoin<sup>1</sup>.

## Rémunération des professionnels

Que le médecin travaille en cabinet privé ou en CH, sa rémunération est assurée par le régime public de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'équivalent de la Sécurité sociale française. La femme ne paie donc pas ses visites pour ensuite devoir faire une demande de remboursement, c'est plutôt le professionnel qui envoie un relevé de facturation à la RAMQ en utilisant directement les coordonnées de sa "carte soleil", ou carte d'assurance maladie. Il en est de même pour l'acte de l'accouchement. C'est un modèle de rémunération où chaque acte est payé proportionnellement à sa complexité globale. Le médecin qui pratique exclusivement en CH n'a pas de frais de bureau ou de charges de cabinet à défrayer, mais il n'est pas salarié du CH. Il est considéré comme un travailleur autonome et il procède de la même façon pour ses honoraires. En revanche, la tarification de ce médecin pour le même acte est légèrement diminuée pour compenser les frais d'exploitation encourus par le médecin en cabinet.

Les sages-femmes et les infirmières, quant à elles, sont des salariées de l'État québécois. Pour accéder à l'équivalent d'un travail à temps complet, les sages-femmes du Québec doivent suivre au moins 40 femmes ayant complété au minimum leur trente-deuxième semaine de grossesse.

## Conclusion

Malgré des différences évidentes dans l'organisation des soins de santé en périnatalité au Québec, Chrystelle recevra des soins de qualité dans l'environnement qu'elle voudra bien choisir. ■

Toute l'équipe **Edimark Santé**  
vous souhaite **de très belles fêtes de fin d'année**  
et vous donne rendez-vous en 2017