



ÉNONCÉ DE PRINCIPE

LE MODÈLE CANADIEN DE PRATIQUE SAGE-FEMME : ÉNONCÉ DE PRINCIPE

Objectif

La présente déclaration vise à articuler les principes essentiels inhérents au modèle canadien de pratique sage-femme, qui a acquis une reconnaissance et un prestige sur la scène internationale. Cette déclaration se veut une référence pour le public, les sages-femmes, les décideurs, le gouvernement, les professionnels de la santé, les formateurs et les individus, dans des buts de recherche, de formation, de réglementation, de collaboration et de perfectionnement professionnel.

Généralités

D'un point de vue historique, les sages-femmes autochtones ont joué un rôle traditionnel distinct au sein des communautés indigènes, des Premières Nations, Inuites et Métis qui englobait tous les aspects de la santé des femmes et de leur famille durant les différentes étapes de leur vie. Un mouvement communautaire issu de l'activisme social et de la lutte pour les droits de la femme est à l'origine d'une pratique parallèle des sages-femmes au Canada. Ensemble, ces deux fondations, en plus de la recherche, des lignes directrices fondées sur des données probantes et de la pratique clinique ont contribué à perfectionner et à renforcer le modèle canadien actuel de pratique sage-femme.

Contexte

L'Association canadienne des sages-femmes reconnaît qu'une personne enceinte, les personnes la soutenant et les coparents, de même que les sages-femmes qui fournissent les soins, peuvent s'identifier en tant que femme, homme, bispirituel, transgenre ou autre. Dans cette déclaration, les termes utilisés pour décrire la clientèle des sages-femmes ont été choisis avec soin afin de reconnaître et de souligner à la fois les racines de la pratique des sages-femmes qui se sont développées dans le mouvement de défense des droits de la femme et la diversité des sages-femmes ainsi que de leur clientèle.

SEPT PRINCIPES FONDAMENTAUX DU MODÈLE CANADIEN DE PRATIQUE SAGE-FEMME

Les services des sages-femmes sont flexibles et visent à répondre aux besoins diversifiés des familles et des collectivités du Canada. Ce cadre flexible est fondé sur les sept principes fondamentaux suivants qui sont au cœur de la pratique sage-femme au Canada.

Autonomie professionnelle

Les sages-femmes canadiennes sont des professionnelles de la santé autonome qui offrent des soins primaires en maternité, qui prodiguent des soins complets aux personnes en santé pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale ainsi qu'à leur nouveau-né. Au Canada, la profession de sage-femme est une profession à entrée directe et autoréglementée. Les services fournis par les sages-femmes sont intégrés dans le système de soins de santé canadien et financés par le régime public d'assurance-maladie. Les sages-femmes offrent des soins à domicile, en milieux hospitaliers et dans la communauté, y compris en centres de maternité et en maisons de naissance. Elles peuvent recourir aux services d'urgence en cas de besoin. Dans les milieux où elles y sont autorisées, les sages-femmes détiennent des privilèges hospitaliers pour l'admission de leur clientèle et des nouveau-nés.

Partenariat

Les sages-femmes travaillent dans le cadre d'un partenariat soutenant et non autoritaire avec les individus durant la durée de leur suivi. Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme reconnaît que la relation étroite qu'elle entretient en tant que fournisseur de soins fait partie intégrante d'une prestation de soins qui doit être adaptée aux valeurs culturelles, aux croyances, aux besoins et à l'expérience de vie propres à chaque personne. Selon les

recherches, la nature de la relation entre le professionnel de la santé et la personne qui reçoit les soins constitue l'un des facteurs déterminants les plus étroitement associés à des résultats favorables. Pour les communautés autochtones, l'inclusion de la famille élargie et l'intégration de soins culturellement sécuritaires augmentent les résultats positifs en matière de santé. La pratique sage-femme a pris son essor et continue d'évoluer avec l'apport des femmes et de toutes les personnes qui ont bénéficié des services de sage-femme.

Continuité relationnelle et des soins

La continuité relationnelle et des soins font référence à des dispositions selon lesquelles, au début des services, une sage-femme attirée ou un petit groupe de sages-femmes fournissent les soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. À l'occasion des visites de routine, la sage-femme prend le temps nécessaire pour établir un dialogue ouvert et un suivi continu en matière de santé. Cette approche permet d'établir une relation personnelle et de confiance et ainsi faciliter les échanges pour des choix informés. Pendant l'accouchement, la présence d'un professionnel ou d'une professionnelle connue en qui l'on a confiance rehausse la sécurité et la satisfaction de la clientèle; il s'agit d'un aspect des services sage-femme qui revêt une grande importance pour la clientèle. La continuité relationnelle et des soins contribuent à d'excellents résultats en matière de santé, augmentent la satisfaction de la clientèle et la rentabilité des soins.

Choix informé

Les sages-femmes appuient la personne en tant que décideuse principale qui a le droit de participer pleinement aux décisions concernant les soins qu'elle reçoit et les soins qui sont prodigués à son nouveau-né. Le choix informé repose sur un dialogue consensuel et encourage le partage des responsabilités entre la personne et sa sage-femme (ou ses sages-femmes). Les sages-femmes font part de leurs connaissances et de leur expérience, présentent de l'information sur les normes en cours et proposent des recommandations fondées sur les données probantes. Elles encouragent la personne à se renseigner et à poser des questions tout au long du processus décisionnel. Elles reconnaissent et respectent le fait que la personne peut parfois faire des choix pour elle-même et pour sa famille qui diffèrent de leurs recommandations ou des normes. Dans de telles circonstances, les sages-femmes continueront de fournir l'accès aux meilleurs soins possible.

Choix du lieu de l'accouchement

Chaque personne a le droit de faire un choix informé quant au lieu d'accouchement, et les sages-femmes sont tenues de fournir les soins en conformité avec leur champ de pratique, dans le milieu choisi. Parmi les lieux où la clientèle peut décider d'accoucher de façon sécuritaire en présence d'une sage-femme, notons le domicile, les milieux hospitaliers, les maisons de naissance et les cliniques. Les sages-femmes font partie intégrante de la prestation des soins de maternité de qualité qui reconnaît le droit de toutes personnes d'accoucher le plus près possible de son domicile, dans le milieu de son choix, que ce soit dans les régions urbaines, rurales ou éloignées.

Pratique fondée sur des données probantes

Les sages-femmes soutiennent l'accouchement physiologique. La pratique sage-femme est fondée sur la recherche, les lignes directrices basées sur les données probantes, l'expérience clinique ainsi que les valeurs et les besoins uniques des personnes qui bénéficient de leurs services. Les communautés autochtones valorisent le savoir traditionnel qui a été transmis par voie orale et par l'expérience de générations de sages-femmes et utilisent ce savoir dans leur pratique pour des résultats optimaux.

Soins en collaboration

Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé autonomes qui travaillent de façon indépendante et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé selon le besoin. Afin de répondre aux besoins spécifiques du contexte particulier d'une collectivité, d'une population ou d'une région géographique précise, les sages-femmes peuvent être appelées à travailler en collaboration dans le cadre de modèles de pratique interdisciplinaires innovateurs. L'Association canadienne des sages-femmes soutient les collaborations innovatrices et dirigées par les sages-femmes. Dans le cadre d'une pratique collaborative, les principes de continuité, de choix informé, de partenariat et du choix du lieu de naissance sont essentiels au cœur des services de sage-femme.

Conclusion

D'excellentes données de recherche démontrent que la profession de sage-femme au Canada offre des résultats cliniques optimaux ainsi qu'une plus grande satisfaction de la clientèle par rapport aux autres modèles de prestation de soins de santé reproductive. Le modèle canadien de pratique sage-femme est un modèle hautement apprécié parmi les différents paradigmes de la profession au niveau international. L'Association canadienne des sages-femmes estime que les principes qui sous-tendent le modèle canadien de pratique sage-femme doivent être sauvegardés au fur et à mesure que la profession se développera et évoluera pour répondre aux besoins diversifiés des familles, des collectivités et des sages-femmes. Au Canada, les services de sage-femme doivent être universellement accessibles dans toutes les régions géographiques et des supports adéquats doivent être mis en place pour garantir la viabilité et le développement du modèle canadien de pratique des sages-femmes. L'ACSF soutient la pérennité et le développement de la pratique sage-femme autochtone au Canada ainsi que son accès pour toutes les communautés autochtones. La profession de sages-femmes, bien intégrée et soutenue dans les services de santé actuels, est indispensable à l'amélioration des résultats de la santé reproductive et infantile au pays.

Références

1. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. National Aboriginal Health Organization, Journal of Aboriginal Health 2009; November.
2. Chalmers B, Dzakpasu S, Heaman M, Kaczorowski J. for the Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. The Canadian Maternity Experiences Survey: An overview of findings. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008; 30(3): 217-228.
3. Hutton E, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. Birth 2009; 36(3):180-89.
4. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home births with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. Canadian Medical Association Journal 2009; 181(6):377-83.
5. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L, Declercq E. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet 2014; 384 (9948): 1129-1145.
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 8: CD004667.
7. Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, Kingston D, Helewa ME, Aktar-Danesh N, Hutton E. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012; 12 (29).