

LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Mémoire présenté à la Commission de la Santé et des Services sociaux

19 septembre 2011

ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC



LA PRATIQUE SAGE-FEMME

INTRODUCTION

L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) est très heureux d'avoir l'occasion de rencontrer les membres de la Commission à la suite au dépôt de la pétition par la Coalition pour la pratique sage-femme. Nous croyons important de collaborer à la vision que les décideurs pourront se faire de ce dossier complexe, mais ô combien passionnant. Nous espérons que les membres de la Commission comprennent la portée innovante de la nature et de l'organisation de la profession de sage-femme pour notre système de santé. Pour ce faire, nous présenterons brièvement l'Ordre, nous discuterons de l'évolution de la profession et des principaux obstacles qui retardent son développement. Nous nous pencherons ensuite sur l'organisation des services centrés sur les besoins des femmes et des familles du Québec. Nous terminerons avec des demandes précises à l'égard de la Commission.

L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

En 1994, à la suite d'un mouvement voulant démedicaliser la naissance et l'accouchement, le gouvernement du Québec a mis en place des projets pilotes en pratique sage-femme. Les résultats favorables obtenus avec ces projets pilotes¹ a conduit le Conseil d'évaluation des projets pilotes à recommander la reconnaissance de la pratique des sages-femmes.

La profession de sage-femme a été légalisée avec l'entrée en vigueur de la *Loi sur les sages-femmes du Québec*, adopté le 19 juin 1999. Constituée en ordre professionnel en septembre 1999, la pratique sage-femme au Québec est d'exercice exclusif. Ainsi, seules les membres de l'Ordre des sages-femmes du Québec peuvent porter le titre de sage-femme et poser les actes qui sont définis dans sa loi.

L'appartenance au système professionnel est une clé importante pour la pratique sage-femme au Québec et un atout important dans la réponse adéquate aux besoins de la population. Avoir le statut de professionnelle dans le système de santé n'est pas de tout repos, encore moins avec le nombre restreint de professionnelles sages-femmes. L'Ordre s'acquitte pourtant de tous ses devoirs avec diligence et cœur.

1. Équipe des évaluateurs. Université de Montréal, Université Laval. 1997. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique sage-femme au Québec. Rapport final. Présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes de la pratique sage-femme au Québec*. R97-08. 300p.

1. Le droit d'exercer

Le législateur s'est appuyé sur *l'article 26 du Code des professions (L.R.Q. c. C-26)* pour donner aux sages-femmes le droit exclusif d'exercer :

« (...) la nature des actes posés par ces personnes (les sages-femmes) et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être membre de cet ordre. »

En accordant aux sages-femmes non pas un titre professionnel réservé, mais l'exercice exclusif des activités reliées au suivi de la grossesse, de l'accouchement et du nourrisson, le législateur a reconnu l'importance des actes de la sage-femme, dans l'optique de la protection de la femme et du nouveau-né. Cette reconnaissance implique pour la profession des responsabilités accrues et de plus grands devoirs.

2. L'Ordre en chiffres

L'Ordre des sages-femmes du Québec compte à ce jour 140 membres inscrites à son Tableau, ce qui en fait l'un des plus petits du système professionnel québécois.

Si nous comparons le système professionnel du Québec avec les autres pays, nous constatons que cette structure est un outil inestimable pour encadrer les professions pour le mieux-être et la protection de la population. La structure du système professionnel permet également de garder l'autonomie indispensable à la mission des ordres professionnels. À titre d'exemple, l'obligation du maintien des compétences, la surveillance de l'exercice des professionnels et le mécanisme de plaintes pour la population permettent à la population un accès concret à des services professionnels de qualité et sécuritaire.

L'Ordre des sages-femmes du Québec est un modèle pour plusieurs pays où les sages-femmes travaillent pour obtenir une telle organisation professionnelle. Nous sommes à ce titre un des seuls pays à remplir tous les objectifs que la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) présente dans son document intitulé : *Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme (2011)*.² Dans ce document, ICM évoque, entre autres, qu'« en relevant le statut des sages-femmes par le biais de la réglementation, le niveau des soins de maternité et la santé des mères et des bébés s'en trouveront renforcés. ». L'ICM propose donc la création d'un ordre professionnel comme structure organisationnelle la plus apte à rendre les services en périnatalité de qualité et à soutenir l'autonomie des sages-femmes et leur champ de pratique.

2. Équipe ICM (www.internationalmidwives.org), 2011. *Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme* (2011), 30p. non paginées. document électronique : <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/ICMGlobalStandardsCompetenciesandTools/GlobalStandards-French/tabid/981/Default.aspx>

3. Historique d'un Ordre récemment créé

Comme prévu dans la *Loi sur les sages-femmes* et le *Code des professions*, le conseil d'administration de l'OSFQ est composé de 8 administratrices, dont deux nommées par l'Office des professions.

Depuis sa création, l'Ordre a finalisé sa réglementation et a mis en place tous les comités statutaires définis dans le *Code des professions*, et des comités liés à l'exercice de la profession. À ce titre, comprenant l'étendue de ses devoirs et les accomplissant avec sérieux, l'Ordre a choisi de mettre sur pied un Comité d'études et d'enquêtes sur la morbidité et mortalité périnatales (CEEMMP) dont le mandat est de faire des recommandations à la suite de l'étude des cas entraînant de la morbidité ou de la mortalité, afin d'améliorer la pratique. Travaillant au départ conjointement avec un comité de médecins du Collège des médecins du Québec, l'Ordre a demandé au CEEMMP de poursuivre son travail, malgré la dissolution du comité médical par le Collège des médecins, en raison de l'absence de subvention gouvernementale.

Avec un budget de fonctionnement précaire, tiré des fonds résiduels de l'enveloppe des projets pilotes, dans des conditions extrêmement difficiles, s'appuyant sur le bénévolat des sages-femmes, l'Ordre a tout mis en œuvre pour répondre adéquatement aux besoins des femmes et de leurs familles, aux demandes gouvernementales et aux obligations du système professionnel.

4. Un champ de pratique distinct

La législation détermine ce qu'est une sage-femme au Québec et décrit un champ de pratique distinct de celui des autres professions en santé. Sa plus grande particularité est de camper sa pratique dans la normalité.

« 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. »³

Deux règlements viennent circonscrire plus précisément le champ de pratique de la sage-femme : *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*⁴ et *Règlement sur les normes de pratiques et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*⁵. Ces deux règlements délimitent le cadre de la normalité du suivi de grossesse et le champ de pratique de la sage-femme au Québec, dans sa spécificité.

En consacrant la normalité de la grossesse et en travaillant avec le législateur pour permettre aux femmes de faire un choix en toute sécurité, reconnaissant la grossesse et la naissance comme des événements normaux, l'Ordre des sages-femmes du

3. *Loi sur les sages-femmes du Québec*, section III, art.6

4. Voir : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_o_1/So_1R4.HTM

5. Voir http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_o_1/So_1R14.HTM

Québec répondait, à l'intérieur de son champ de pratique, aux demandes récurrentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux de redonner aux patients et clients la prise en charge de leurs soins, appelé aussi autonomisation ou « empowerment ». À titre d'exemple, le retour rapide à la maison des patients ayant reçu des soins chirurgicaux ultraspécialisés, en néphrologie et en cardiologie, par des processus de prise en charge d'autosoins, ou la prise en charge des diabétiques de leurs soins, démontrent que la grossesse normale dans le cadre d'un suivi de sage-femme dans les maisons de naissance doit être acceptée comme des services dans la communauté. De ce fait, le suivi de grossesses relève des services de première ligne et de l'autonomisation.

De plus, ces deux règlements démarquent la pratique sage-femme au Québec de tous les autres pays d'Amérique, d'Europe, d'Afrique et d'Asie, et nous pourrions aussi dire, dans une moindre mesure, des autres provinces du Canada. L'accouchement à domicile au Québec est sécuritaire parce qu'encadré par un règlement spécifique, par un ordre professionnel et par un système professionnel rigoureux. Nous voudrions donc souligner qu'on ne peut comparer que très prudemment et de manière contextuelle les résultats de la pratique sage-femme des autres pays avec ceux du Québec.

En soi, le fait d'avoir une profession de la santé dédiée aux aspects normaux de la période périnatale est porteur d'un message fort pour notre société et un modèle envié et exportable internationalement. Le Ministère devrait s'en réjouir et donner en exemple la pratique sage-femme, parce qu'elle répond à ses critères, dans une vision de mieux-être de la santé de la population.

Dans un monde où la médecine est axée sur les aspects curatifs des soins, où la maternité est souvent perçue, à tort, comme une activité à risque, où la maternité reste collée à l'image de la femme qui meurt en couche en raison de connaissances médicales limitées d'une époque révolue, la sage-femme d'aujourd'hui apporte une expertise nécessaire, dans un champ jusque là laissé pour compte, tout comme le médecin d'aujourd'hui, libéré de l'image de l'homme qui saigne ses patients pour les guérir, apporte son expertise aux patients.

La sage-femme ramène la périnatalité dans la communauté, réduit les coûts de santé, et permet la médicalisation des soins de la période périnatale, seulement si nécessaire, dans le respect de la réglementation.

5. Une philosophie unique

La philosophie de pratique des sages-femmes⁶ souligne et renforce l'importance de respecter la grossesse, l'accouchement et la naissance, comme des moments significatifs de la vie des femmes et de leur famille. La philosophie apporte un éclairage marquant à la *Loi sur les sages-femmes*.

6. Philosophie de la sage-femme : <http://osfq.org/philosophie.php>.

La philosophie de la sage-femme est à elle seule un processus qui décline la réduction des coûts du système par prise en charge active de la femme et de sa famille à ses soins durant cette période de la vie. Les femmes participent elles-mêmes aux soins qu'elles reçoivent avec la sage-femme. Ce sont là des éléments fondamentaux de la philosophie des sages-femmes.

ÉVOLUTION DE LA PROFESSION

1. Le nombre de membres

Si nous regardons l'évolution du nombre d'inscriptions au Tableau depuis la légalisation de la profession en 1999, nous passons de 76 membres en 1999 à 140 membres en 2011. Ces chiffres incluent les autorisations spéciales qui sont de courtes durées. L'Ordre ne peut donc compter que sur un accroissement moyen de cinq inscriptions par année.

Bien que le nombre de permis émis annuellement dépasse le nombre de 5, les congés de maladie, de maternité et les départs à la retraite réduisent sensiblement le nombre de sages-femmes en exercice durant une année. Ainsi, le rythme prévu par l'Ordre au début de sa création et par les exercices de planification ministérielle ne s'est pas concrétisé pour cette raison.

Parmi les mesures prises par l'Ordre pour maximiser le nombre de sages-femmes en exercice dans les maisons de naissance, il y a l'étalement du paiement de la cotisation, qui est la 2^e plus élevée du système professionnel, et les cotisations par trimestre pour permettre aux membres d'accepter des contrats de remplacement de courte durée, même sans assurance de contrat à plus long terme.

2. Les obstacles à la croissance du nombre de membres

Le développement de maisons de naissance a longtemps été retardé malgré l'évaluation positive des projets pilotes⁷. Cela a grandement nui à la formation de nouvelles sages-femmes, en raison du manque de préceptrices et par conséquent des difficultés de placement en stage. Ajoutons à cela, l'absence de planification et de coordination de la main d'œuvre et les projets qui ne voient pas le jour en dépit de l'énergie que les usagères et usagers mettent dans leur développement. Cela laisse croire que la profession et les services de sages-femmes accessibles à l'ensemble de la population ne sont pas tout à fait dans les priorités du Ministère.

Toutefois, l'Ordre croit encore possible que les sages-femmes puissent assurer 10 % des suivis de grossesse et des accouchements, comme mentionné dans la *Politique de périnatalité*⁸, si le Ministère met en oeuvre dès aujourd'hui sa *Politique*.

7. Équipe des évaluateurs. Université de Montréal, Université Laval. 1997. Évaluation des projets-pilotes [...]. 300p.

8. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des Services sociaux. 2008. *La politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. 164p.

L'Ordre a une vue à long terme sur le sujet. Ainsi, nous vous rappelons que :

👉 L'Ordre a été proactif dans le dossier de la mobilité. Il a été le premier ordre à agir dans le dossier des professionnelles formées à l'étranger en mettant en place un programme de formation d'appoint pour leur permettre de s'adapter au contexte québécois et à la pratique sage-femme au Québec, unique en son genre.

👉 L'Ordre a été parmi les premiers ordres à signer l'accord sur les arrangements de reconnaissance mutuelle des compétences (ARM). Il a servi de modèle à d'autres ordres et certains d'entre eux ont demandé à l'OSFQ son point de vue.

La documentation de la pratique est un problème majeur pour établir le profil de la pratique, ses impacts et les bénéfices sociaux quantifiables sur les coûts systémiques de la santé. Non seulement la pratique sage-femme au Québec doit être documentée en la situant à l'intérieur du système de santé québécois, mais elle doit également être documentée en la comparant avec d'autres pratiques sages-femmes dans le monde, y inclus avec la pratique au Canada. Actuellement, nous n'avons que l'enquête de l'Agence de la santé publique du Canada⁹ pour appuyer nos résultats.

Dans cette enquête, l'Agence de la santé publique du Canada rappelle que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) appuie l'intégration des soins dispensés par des sages-femmes, financés à même les fonds publics, dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada.¹⁰

En outre, dans sa déclaration de principes sur la profession de sage-femme, la SOGC reconnaît l'importance de donner aux femmes et à leur famille la possibilité de choisir le milieu dans lequel la naissance se déroulera, tout en précisant que les femmes doivent être informées des risques et des avantages liés au choix du lieu de l'accouchement, et « être conscientes des limites que leur choix impose en matière de soins de santé »¹¹

Rappelons ici encore que la pratique au Québec intègre ces recommandations de la SOGC dans son *Règlement sur les normes de pratiques et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*¹², rendant ainsi la pratique sage-femme au Québec unique et modélisable pour l'ensemble du Canada et des autres pays dans le monde.

Pour cette raison, il importe de développer des statistiques québécoises sur la pratique sage-femme et les lieux de naissance, pour faire du Québec un leader dans ce champ de pratique. Il s'agit d'un défi auquel le MSSS doit s'atteler le plus rapidement possible.

9. L'Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Ce que disent les mères: l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, 246p.

10. L'Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Ce que disent les mères [...]*, p. 120. L'Agence renvoie au Comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *La profession de sage-femme. Déclaration de principe de la SOGC*, no 126. J Obstet Gynaecol Can. 2003;25(3):239.

11. L'Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Ce que disent les mères [...]*, p. 120. L'Agence renvoie au Comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *La profession de sage-femme. Déclaration de principe de la SOGC*, no 126. J Obstet Gynaecol Can. 2003;25(3):239.

12. Voir http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_o_1/So_1R14.HTM

Voici quelques bénéfices qu'il serait intéressant de quantifier en coûts-bénéfices du système.

- 👉 Diminution des interventions
- 👉 Augmentation des accouchements normaux
- 👉 Diminution de la prématurité et des bébés de petits poids
- 👉 Diminution des hospitalisations durant la grossesse
- 👉 Diminution des recours à l'urgence durant la grossesse
- 👉 Séjours hospitaliers plus courts (mère et nouveau-né)
- 👉 Élimination des coûts d'hospitalisation reliés à l'accouchement en centre hospitalier (CH)
- 👉 Efficience de l'organisation des soins complémentaires entre les lignes de services
- 👉 Renforcement de la première ligne
- 👉 Réduction des coûts de transfert et soutien à domicile
- 👉 Réduction du stress ou de la dépression pré ou postpartum avec un suivi sage-femme

3. Intégration au Réseau

Les sages-femmes offrent des services de maternité complets, dans un continuum de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal pour la mère et le nouveau-né jusqu'à 6 semaines après la naissance. En outre, les services de sages-femmes sont conformes aux recommandations des différentes commissions d'experts au Québec et aux demandes du ministère d'offrir des services généraux optimaux accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ainsi, l'organisation des services de sages-femmes, par petites équipes, répond à ces recommandations.

Depuis 1999, les sages-femmes ont travaillé de concert avec les autres professionnels. L'Ordre a participé à différentes tables sectorielles sur la périnatalité. Mais force est de constater que trop souvent, les autres professionnels ou décideurs omettent de demander la participation des sages-femmes. L'Ordre doit sans cesse être aux aguets.

Or, l'Ordre n'a pas toutes les ressources humaines et financières requises pour assurer une veille convenable dans ce domaine. L'Ordre considère que sa présence et sa collaboration avec les professionnels et acteurs du réseau de la santé est incontournable et qu'il démontre que depuis 12 ans sa contribution. Les gestionnaires du réseau et du ministère devraient en tenir compte pour les appels à siéger à des tables ou comités.

Si la SOGC a pu élaborer « une Initiative pancanadienne reliée à la naissance, qui appelle à l'élaboration et au déploiement de modèles interprofessionnels pour la prestation de soins de maternité dans toutes les régions du pays, afin de faire face à la pénurie de professionnels de la santé pour les soins de maternité », initiative qui appuie « l'intégration des soins dispensés par des sages-femmes réglementées »¹³, nous croyons que le Ministère et ses représentants et tous les présidents des commissions liées à la périnatalité et à la santé devraient être en mesure de faire participer concrètement les sages-femmes sans qu'elles soient obligées de perdre un temps considérable à faire valoir leur présence par des appels téléphoniques longs et coûteux.

4. Servir les femmes et les familles du Québec

La profession s'est développée et a demandé sa reconnaissance en se basant sur les besoins des femmes et de leur famille.

Les maisons de naissance sont bien plus qu'un lieu d'accouchement. Une maison de naissance est un espace dédié aux femmes enceintes et à leur famille. C'est le seul endroit où les femmes et leur famille se retrouvent en toute sécurité pour leurs suivis de grossesse, les rencontres prénatales et le suivi postnatal. Les maisons de naissance sont la démonstration que la période périnatale s'inscrit dans un *continuum normal* de la vie d'une famille.

Implantée au sein même de la communauté, la maison de naissance est en soi un message à la société et au Ministère sur la normalité de la grossesse. Ce message est totalement en accord avec les objectifs de la politique de périnatalité qui veut faire la promotion du côté naturel de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale et contribuer ainsi à la réduction des interventions.

Dédiée à la normalité, inscrite dans la communauté, elle propose une vision globale de services de première ligne, sans exclusion des autres professionnels poursuivant les mêmes objectifs. Les services de première ligne ont pour objectif de maintenir les personnes dans leur milieu de vie. C'est dans cette optique que les sages-femmes ont développé leur pratique et ont accepté que le gouvernement ouvre des maisons de naissance pour évaluer leur pratique.

Mais, que sont des services de première ligne ? Ce sont des services qui « se traduisent par une large gamme de services de santé et de services sociaux répondant à des besoins généraux ou particuliers »¹⁴.

13. L'Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Ce que disent les mères [...]*, p. 43. L'Agence renvoie à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance. Un cadre pancanadien inclusif, intégré et exhaustif visant l'offre durable de soins à la mère et à l'enfant, axés sur la famille*. Janvier 2008 [cité le 3 mars 2008]. (<http://www.sogc.org/projects/pdf/BirthingStrategyVersioncJan2008F.pdf>)

14. Direction générale des services sociaux. Direction des services généraux. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *Services généraux offerts par les Centres de Santé et de Services sociaux*, p. 5

Ces services :

- 👉 ont pour objet de maintenir les personnes dans leur milieu de vie;
- 👉 répondent à des problèmes de santé ou sociaux usuels et diversifiés;
- 👉 s'adressent à toute la population et à certaines clientèles vulnérables ou particulières;
- 👉 sont orientés vers la communauté;
- 👉 **sont offerts à domicile, près du lieu de résidence et dans les milieux de vie des citoyens;**
- 👉 font appel à des compétences professionnelles générales et diversifiées;
- 👉 adoptent une approche interdisciplinaire de travail;
- 👉 optent pour une approche globale de la personne qui tient compte de l'ensemble de ses besoins;
- 👉 exigent des outils et des techniques d'intervention courantes;
- 👉 nécessitent une infrastructure et une technologie légère.

On peut ajouter, qu'ils sont :

- 👉 accessibles à toute la population sans exclusion des clientèles.
- 👉 la principale porte d'entrée dans le système de santé et des services sociaux

Ajoutons que les sages-femmes ont leur bureau clinique à la maison de naissance même et qu'elles y reçoivent les femmes et leur famille pour les visites prénatales et postnatales. Enfin, c'est un lieu de naissance pour les femmes qui en ont fait le choix.

Il existe actuellement 9 maisons de naissance et 2 services de sages-femmes. Le Nunavik compte 2 centres de maternité. Nous attendons toujours depuis 3 ans la concrétisation de la politique de périnatalité en ce qui concerne l'ouverture des 13 nouvelles maisons de naissance.

Les maisons de naissance sont un avantage pour notre système de santé d'une perspective de santé publique, car elles gardent les femmes et les nouveau-nés en santé en dehors de l'hôpital.

Enfin, on ne peut parler des maisons de naissances sans souligner qu'elles sont uniques au Canada et servent de modèle pour de nombreuses sages-femmes ailleurs dans le monde. À cet égard, le Québec est un chef de file pour avoir favorisé dans son système public de telles installations pour les soins de maternité.

Constat non négligeable, actuellement, lorsque les trois choix sont possibles, la maison de naissance est le choix le plus fréquent de la clientèle des sages-femmes.

5. Conclusion

Étant donné la précarité financière de l'Ordre, son petit nombre de membres, nous souhaitons que le MSSS poursuive son aide financière jusqu'à ce que le développement normal de l'Ordre soit assuré par un nombre de membres conséquent.

Nous tenons à remercier le MSSS pour le soutien financier qu'il nous a accordé. Cette aide nous permet de répondre à nos obligations légales et de poursuivre nos activités de consolidation. L'Ordre veille à augmenter le nombre de membres, mais pour cela, plusieurs mesures doivent être mises en place.

À cet effet, l'Ordre demande :

👉 De mettre en œuvre les objectifs de la politique de périnatalité, dont notamment de

- mettre sur pied 13 nouvelles maisons de naissance associées à autant d'établissements hospitaliers ;
- soutenir la conclusion d'ententes de collaboration formelles entre les CSSS auxquels sont rattachées des sages-femmes et les centres hospitaliers où se pratique l'obstétrique, que ceux-ci fassent partie ou non du CSSS.

👉 De créer une structure de planification concertée du développement de la profession.

👉 D'être systématiquement intégré aux différentes tables, commissions et études sur la périnatalité.

👉 De mettre en place un mécanisme de collecte de données aux fins de recherche sur les coûts-bénéfices et coûts-avantages sociaux de la pratique sage-femme et des maisons de naissance.

👉 D'apporter un soutien financier récurrent à l'Ordre jusqu'à ce que le développement de la pratique soit réalisé.

Merci