



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec

Mars 2015

Le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* a été élaboré par la Direction générale des services de santé et médecine universitaire, sous la direction de : **Louis Couture**, sous-ministre adjoint et **Daniel Riverin**, directeur des Services mère-enfant.

COORDINATION DES TRAVAUX ET RÉDACTION

Isabelle Côté, Direction des services mère-enfant

SECRÉTARIAT

Claudine Dumont, Direction des services mère-enfant

RÉVISION LINGUISTIQUE

Madeleine Fex

COLLABORATION À LA RÉALISATION

Plusieurs personnes ont collaboré à la réalisation de ce cadre de référence et à la validation de son contenu. Nous tenons à leur exprimer notre reconnaissance. La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Note au lecteur : Au moment de la rédaction du présent document, toutes les personnes qui exerçaient la profession de sage-femme au Québec étaient des femmes; le genre féminin y est donc employé bien que cette profession puisse également être exercée par des hommes.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73057-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015



MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Faire appel aux services d'une sage-femme est un choix de plus en plus populaire au Québec. La naissance étant un événement unique et fort significatif, nous comprenons que des femmes souhaitent accoucher dans un contexte intime et personnalisé, tout en bénéficiant d'un encadrement rassurant. Il va de soi que lorsque la grossesse et, évidemment, l'accouchement, présentent peu de risques de complications, le recours aux services de sage-femme représente un choix tout à fait justifié.

Le cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec vise à faciliter les projets d'implantation de tels services. Conformément à la *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, le gouvernement du Québec vise à ce que, d'ici 2019, de nouvelles maisons de naissance s'ouvrent et que toutes les régions du Québec soient dotées de services de sage-femme afin que 10 % des femmes enceintes puissent y avoir accès, que ce soit pour accoucher en milieu hospitalier, dans une maison de naissance ou à domicile.

Je suis convaincu que l'ajout de sages-femmes et leur présence dans tout le Québec contribueront à améliorer la santé des mères et des jeunes enfants. La profession jouit d'une reconnaissance encore nouvelle au Québec. Le temps est maintenant venu de reconnaître la valeur ajoutée de ces intervenantes de première ligne au sein de notre réseau de santé et services sociaux et que l'on facilite leur pratique.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre de référence. Celui-ci s'inscrit dans nos différentes initiatives visant à rapprocher les services de la population et à ajuster l'offre de services à ses besoins.

Gaétan Barrette

Ministre de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
PREMIÈRE PARTIE — PRÉSENTATION DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES ET DU CONTEXTE DANS LEQUEL ELLE SE DÉVELOPPE	3
Le contexte entourant le développement des services de sage-femme.....	5
Bref historique de la pratique des sages-femmes au Québec.....	5
Les documents d'orientation devant guider le développement des services de sage-femme ...	9
La Politique de périnatalité du MSSS.....	9
Les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être et de la Commission de la santé et des services sociaux	10
Les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	11
La déclaration de principes de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	11
La demande et l'implication de la population	12
La description du modèle de pratique des sages-femmes.....	13
Le champ d'exercice	13
Les principes directeurs et la philosophie des sages-femmes	15
La description des services de sage-femme.....	16
Quelques données statistiques : données des années 2007-2011	19
La formation et l'encadrement de la pratique des sages-femmes.....	21
La formation	21
La formation initiale	21
Le programme de formation d'appoint des sages-femmes déjà formées à l'extérieur du Canada	22
Le perfectionnement professionnel	22
Le programme AMPRO.....	22
L'encadrement de la pratique	23
La Loi sur les sages-femmes	23
Le Code de déontologie des sages-femmes	23
Les règlements qui régissent la pratique des sages-femmes.....	23
La LSSSS.....	25
L'Ordre des sages-femmes du Québec	27
Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec.....	27
Les conditions de travail.....	28

Tableau récapitulatif des éléments d'encadrement associés à la pratique.....	30
Le suivi des services de sage-femme.....	33
Les données collectées à l'aide de l'application I-CLSC.....	33
DEUXIÈME PARTIE — LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME AU QUÉBEC D'ICI 2019	37
Le plan de déploiement des services de sage-femme dans les régions du Québec.....	39
Les priorités du MSSS relativement au déploiement des services de sage-femme	41
TROISIÈME PARTIE — GUIDE POUR L'ÉLABORATION DE PROJETS VISANT L'IMPLANTATION DE NOUVEAUX SERVICES	43
L'organisation des services de sage-femme.....	45
Le rattachement administratif des sages-femmes	45
L'équipe d'un service de sage-femme et les rôles de chacun de ses membres.....	45
La clientèle desservie.....	48
Les demandes de services et l'attribution des clientes	50
La maison de naissance.....	50
La mise en place de services de sage-femme sans maison de naissance	52
Les points de service.....	52
L'implication des parents et de la communauté.....	53
Règles encadrant l'élaboration d'un projet visant la mise en place de services de sage-femme et le dépôt d'un projet au MSSS.....	55
Le rôle et les responsabilités des diverses instances du réseau de la santé relativement aux services de sage-femme	55
Le ministère de la Santé et des Services sociaux	55
Les centres intégrés de santé et de services sociaux	55
La présentation du projet au MSSS aux fins d'adoption et de financement	57
Les critères de priorisation des projets	58

LISTE DES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS.....59

ANNEXES 61

Annexe 1 : Articles 6 à 8 de la Loi sur les sages-femmes définissant le champ d'exercice des sages-femmes..... 63

Annexe 2 : Liste des médicaments qu'une sage-femme peut prescrire et administrer..... 64

Annexe 3 : Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession 71

Annexe 4 : Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (chapitre S-0.1, r. 4)..... 77

Annexe 5 : Exemple d'entente encadrant les processus de consultation et de transfert de la responsabilité clinique à un médecin..... 84

Annexe 6 : Modèle d'entente relative aux transports préhospitaliers d'urgence..... 90
..... 104

Annexe 7 : Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile 106

Annexe 8 : Exemple d'entente CIUSSS (ou CISSS)-CH permettant les accouchements en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme 109

Annexe 9 : Liste des variables collectées par le MSSS, années-2007-2011..... 117

Annexe 10 : Principaux résultats de l'analyse des données relatives aux services de sage-femme, années 2007-2011 123

Annexe 11 : Les normes de pratique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec 125

Annexe 12 : Les principales modifications de l'entente 2014-2015 entre le ministre et le RSFQ 127

Annexe 13 : La situation des services de sage-femme implantés au Québec au printemps 2015..... 129

Annexe 14 : La situation des services de sage-femme en automne 2014, comparativement à la situation projetée (2019) 130

Annexe 15 : La définition d'une maison de naissance, adoptée par le RSFQ et l'OSFQ 131

Annexe 16 : Éléments de programmation relatifs à la conception d'un projet de maison de naissance..... 132

Annexe 17 : Exemple d'entente entre un CIUSSS (ou un CISSS) et un autre CIUSSS (ou CISSS) offrant déjà des services de sage-femme concernant la mise en place d'un point de service 138

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AMPRO	Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
AFEAS	Association féminine d'éducation et d'action sociale
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSN	Centrale des syndicats nationaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
Politique	Politique de périnatalité 2008-2018
RLRQ	Recueil des lois et règlements du Québec
RSFQ	Regroupement Les Sages-femmes du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SOGC	Société des obstétriciens-gynécologues du Canada
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

Dans sa [*Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*¹ \(Politique\)](#), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a confirmé sa volonté de développer les services de sage-femme au Québec. D'ici 2019, ces services doivent être offerts dans toutes les régions du Québec et permettre d'assurer le suivi périnatal de 10 % des femmes enceintes.

Le présent cadre de référence vise à soutenir le développement de nouveaux services de sage-femme. Il présente les règles suivant lesquelles un projet visant l'implantation de ces services peut être élaboré. Il constitue avant tout un outil pratique qui présente la profession de sage-femme et ses conditions d'exercice au Québec ainsi qu'un guide sur l'élaboration et le dépôt au MSSS d'un projet visant la mise en place de nouveaux services de sage-femme.

L'objectif qui a guidé la rédaction de ce cadre de référence a été de rassembler, dans un même document, toute l'information pertinente relative aux services de sage-femme et de la présenter de la façon la plus concise possible. Cependant, afin d'éviter d'alourdir le texte, plusieurs informations, par exemple des règlements et des modèles d'entente, sont présentés en annexe. Lorsque cela était possible, des hyperliens ont été intégrés au texte afin que le lecteur puisse avoir accès facilement aux documents officiels de référence.

Ce cadre de référence sur le déploiement des services de sage-femme s'adresse à toute personne ou organisation appelée à élaborer un projet visant l'implantation de services de sage-femme ou d'une maison de naissance. Il s'adresse notamment aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) qui souhaitent mettre en place des services de sage-femme sur leur territoire en fonction des besoins et des demandes de la population. Il s'adresse également aux organisations concernées, dont les groupes de citoyens qui se mobilisent en vue de demander l'accès à ces services.

Ce cadre de référence a également été conçu à l'intention des établissements qui offrent déjà des services de sage-femme. Dans la plupart des cas, les équipes en place devront être consolidées au cours des prochaines années. Selon l'étendue des bassins de desserte, certains CIUSSS ou CISSS pourraient devoir mettre en place des points de service afin d'atteindre l'objectif fixé et de répondre aux besoins de la population. Enfin, le document s'adresse à toute personne qui désire mieux connaître la profession de sage-femme et comprendre les défis qui sous-tendent le développement de sa pratique dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, Québec, 2008. pp. 26 et 29.

**PREMIÈRE PARTIE — PRÉSENTATION DE LA PRATIQUE DES
SAGES-FEMMES ET DU CONTEXTE DANS LEQUEL ELLE SE
DÉVELOPPE**

LE CONTEXTE ENTOURANT LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME

Bref historique de la pratique des sages-femmes au Québec

Dans la première moitié du XX^e siècle, il restait très peu de sages-femmes au Québec. Elles ont fait leur réapparition au cours des années '70, à la faveur d'une réforme du système de santé et de la montée du mouvement d'humanisation des soins de la naissance et de la maternité.

Vers une résurgence de la pratique des sages-femmes au Québec : les années '80

1980 : Les colloques « Accoucher ou se faire accoucher ».

Au début des années '80, le ministère des Affaires sociales a organisé, conjointement avec l'Association pour la santé publique du Québec, des colloques régionaux ainsi qu'un grand rassemblement national sous le thème « Accoucher ou se faire accoucher ». Ces colloques ont rassemblé 10 000 personnes, majoritairement des femmes, qui ont revendiqué :

- la possibilité de choisir, de façon éclairée, le professionnel qui suivra leur grossesse et leur accouchement ainsi que le lieu de naissance de leur enfant;
- une plus grande humanisation des soins;
- une meilleure continuité des soins et des services;
- la légalisation de la profession de sage-femme.

1980 : Fondation du Regroupement Naissance-Renaissance

Le Regroupement Naissance-Renaissance est créé en 1980; sa mission première est la reconnaissance des sages-femmes.

1988 : Création de la Coalition pour la pratique sage-femme

En 1988, des groupes de citoyens et des associations issus du mouvement communautaire et du mouvement des femmes créent la Coalition pour la pratique sage-femme. En 2014, en plus des groupes de citoyens, 14 grands regroupements sont membres de la Coalition².

Les projets pilotes (1990-1998)

1990 : Adoption de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes³

En juin 1990, à la suite de nombreuses études et négociations et d'une commission parlementaire sur le sujet, la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes a été sanctionnée afin d'autoriser, à titre expérimental, la pratique des sages-femmes. Cette expérimentation visait principalement à évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances prématurées ou de faible poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation aux clientèles cibles.

² Mentionnons, entre autres : la Centrale des syndicats nationaux (CSN), la Fédération des femmes du Québec, la Fédération du Québec pour le planning des naissances et l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS).

³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*, LRQ, c.P-16.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1990. (Loi abrogée en 1999)

1993-1994 : Mise en place des projets pilotes

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes sur la pratique des sages-femmes (ci-après, désigné « le Conseil ») a défini les critères d'admissibilité auxquels les projets devaient répondre.

Parmi ceux qui lui ont été soumis, huit projets ont été retenus, soit ceux de : Alma, Gatineau, Mont-Joli, Montréal, Pointe-Claire, Sherbrooke, Saint-Romuald et Puvirnituk.

À l'exception du projet de Puvirnituk, qui était déjà en place depuis 1986, les projets ont été implantés, de la fin de 1993 au début de 1995, dans des maisons de naissance relevant administrativement d'un centre local de services communautaires (CLSC). Les accouchements pouvaient se dérouler en centre hospitalier (CH) ou en maison de naissance, mais le domicile était exclu. Ces maisons de naissance continuent d'offrir des services, à l'exception de celle d'Alma, qui a fermé ses portes en 1996.

1995-1996 : Évaluation des projets pilotes

Afin de procéder à l'évaluation des projets, le Conseil a fait appel à un regroupement de chercheurs issus de diverses universités. La recherche évaluative consistait en un devis mixte comprenant une étude de cas multiples et une étude comparative à l'aide de groupes témoins appariés. L'étude de cas a porté sur chacun des projets pilotes alors que l'étude comparative a permis d'apprécier les services offerts par les sages-femmes en collectant un ensemble de données auprès de 1 000 femmes suivies par des sages-femmes et 1 000 femmes suivies par des médecins, appariées selon différentes variables sociodémographiques et présentant le même degré de risque obstétrical. La collecte des données s'est échelonnée sur 22 mois, soit du 1^{er} février 1995 au 31 décembre 1996.

1997 : Publication du rapport de l'équipe de recherche⁴ ainsi que du rapport final et des recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes sur la pratique des sages-femmes⁵

Le rapport de l'équipe de recherche a été publié en 1997. À la lumière des résultats obtenus, le Conseil confirmait la pertinence de reconnaître officiellement la pratique des sages-femmes au Québec. Il recommandait :

- que la profession de sage-femme soit à exercice exclusif;
- que les sages-femmes soient intégrées au système de santé à titre d'intervenantes de première ligne;
- la création d'un ordre professionnel spécifique.

1998 : Publication des [Recommandations ministérielles relatives à la pratique des sages-femmes](#)⁶

Conformément à la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes, le MSSS a pris en compte les recommandations du Conseil et a recommandé de légaliser, dès septembre 1999, la profession de sage-femme au Québec et d'intégrer les sages-femmes au système professionnel québécois.

⁴ Régis BLAIS et Pierre JOUBERT. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, Québec, Université de Montréal et Université Laval, 1997.

⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES. *Rapport final et recommandations. Projets-pilotes sages-femmes*, Québec, 1997.

⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Pratique des sages-femmes – Recommandations ministérielles*, Québec, 1998.

La légalisation de la profession de sage-femme et le démarrage de nouveaux services (1999-2009)

1999 : Adoption de la [Loi sur les sages-femmes](#)⁷

La Loi sur les sages-femmes a été sanctionnée le 19 juin 1999. Cette loi définit le champ d'exercice des sages-femmes et prévoit la constitution d'un ordre professionnel regroupant l'ensemble des sages-femmes habilitées à exercer leur profession au Québec. Au cours de cette même année, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) a été créé et le programme de « Baccalauréat en pratique sage-femme » a débuté à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

2003 : Ouverture de la maison de naissance de la Rivière

Des services de sage-femme rattachés au CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska sont maintenant offerts à la maison de naissance de la Rivière, située à Nicolet. Ces services desservent la population de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

2004 : Signature d'une première entente permettant aux sages-femmes de pratiquer en CH.

En février 2004, le CLSC du Lac-Saint-Louis signe avec l'Hôpital de LaSalle, la première entente permettant aux sages-femmes d'y pratiquer des accouchements. Par la suite, plusieurs ententes seront signées en prenant cette entente pour modèle.

Le 3 décembre 2004, une première entente encadrant les conditions de travail des sages-femmes est conclue entre le MSSS et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ).

2005 : Les sages-femmes peuvent dorénavant assister les accouchements à domicile

À partir du 1^{er} avril 2005, les accouchements à domicile avec l'assistance d'une sage-femme sont permis grâce à l'adoption, en mai 2004, du Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile⁸ et de la garantie de couverture en assurance responsabilité.

2007-2008 : Démarrage de services de sage-femme dans les régions des Laurentides et de la Capitale-Nationale

Des services de sage-femme, rattachés au CSSS de Saint-Jérôme, démarrent à Blainville dans la région des Laurentides alors que des services rattachés au CSSS de la Vieille-Capitale démarrent à Québec. Les deux maisons de naissance ouvrent leurs portes à la fin de l'année 2008.

2008 : Reconnaissance des sages-femmes inuites et démarrage de services à Kuujuaq

À la suite de l'adoption du Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des sages-femmes du Québec⁹, le conseil d'administration de l'OSFQ reconnaît la formation donnée dans leur communauté aux sages-femmes inuites, ce qui permet à ces sages-femmes d'obtenir un permis d'exercice de cet ordre professionnel. Peu après, des services de sage-femme démarrent au centre de santé Tulattavik de l'Ungava, à Kuujuaq.

2009 : Démarrage de services de sage-femme au CSSS Jeanne-Mance à Montréal

De nouveaux services de sage-femme sont offerts par le CSSS Jeanne-Mance à la population du centre-est de Montréal, mais sans maison de naissance¹⁰.

⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les sages-femmes*, LRQ, chapitre S-0.1, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1999.

⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*, RLRQ, chapitre S-0.1, r. 14, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2004.

⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des sages-femmes du Québec*, RLRQ, chapitre S-0.1, r. 13, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008.

¹⁰ Le projet de maison de naissance suivra; il a été adopté par le MSSS en décembre 2013.

La consolidation et le développement des services de sage-femme au Québec (2010-)

2010 : Publication des [Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012](#).

Dans son document intitulé *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012*¹¹, le MSSS précise les actions devant permettre de concrétiser les orientations de la Politique désignées prioritaires, notamment au regard du développement des services de sage-femme.

2011 : Annonce du financement à 100 % des services de sage-femme et consolidation des services existants.

En mai 2011, le ministre annonce que le MSSS financera à 100 % le développement des services de sage-femme. Le MSSS accorde aussi un budget additionnel aux services existants, afin de consolider les équipes en place et d'ainsi augmenter le nombre de femmes pouvant avoir accès à ces services.

2011-2012 : Démarrage de services en Montérégie

Des services de sage-femme rattachés au CSSS Haut-Richelieu–Rouville démarrent dans la région de la Montérégie. La maison de naissance de Richelieu ouvre ses portes en octobre 2012.

2013 : Démarrage des services de sage-femme dans les régions de Lanaudière et du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Des services de sage-femme démarrent dans la région de Lanaudière en septembre 2013; ils relèvent du CSSS du Sud de Lanaudière. Il s'agit de la phase 1 du projet sans maison de naissance. Des services de sage-femme démarrent dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean en novembre 2013; ils relèvent du CSSS de Chicoutimi. L'annonce de la maison de naissance a été faite en décembre 2013; elle devrait ouvrir ses portes en mars 2015.

¹¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012*, Québec, 2010.

Les documents d'orientation devant guider le développement des services de sage-femme

La Politique de périnatalité du MSSS

Le MSSS a diffusé, en 2008, sa Politique de périnatalité 2008-2018 – *Un projet porteur de vie* (Politique). Cette Politique est fondée sur les convictions suivantes :

- La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels.
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle.
- Les mères et les pères sont compétents.
- La qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental de son développement optimal.
- Chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective.

Dans sa Politique, le MSSS réaffirme notamment sa volonté de déployer des services de sage-femme au Québec. Les orientations ministérielles au regard de cet objectif sont les suivantes¹² :

- Développer les services offerts par les sages-femmes et adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnelles sur le territoire québécois afin que, d'ici dix ans, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes.

Assurer aux femmes qui le désirent l'accès aux services d'une sage-femme pour leur suivi de grossesse et leur permettre d'accoucher en milieu hospitalier, dans une maison de naissance ou à domicile. Pour ce faire :

- Mettre sur pied treize nouvelles maisons de naissance¹³ associées à autant d'établissements hospitaliers.
- Soutenir la conclusion d'ententes de collaboration formelle entre les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) auxquels sont rattachées des sages-femmes et les centres hospitaliers où se pratique l'obstétrique, que ceux-ci fassent partie ou non du CIUSSS ou du CISSS.
- Garantir aux femmes suivies par des sages-femmes la sécurité et la continuité des soins, ainsi qu'un accès rapide aux différents services et professionnels du réseau, à l'aide d'ententes avec les partenaires visés.
- Instaurer des mécanismes de collaboration avec les communautés et promouvoir les services de sage-femme auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité.

¹² Les orientations de la Politique ainsi que les stratégies de mise en œuvre sont reproduites ici intégralement, ce qui explique qu'il y est fait mention des CSSS, non des CIUSSS ou des CISSS.

¹³ Lors de la rédaction de la Politique, sept maisons de naissance étaient en service en plus de la maternité du Centre de santé de Inuulitsivik à Puvirnituk.

De plus, le développement de services de sage-femme peut contribuer à atteindre deux des principaux objectifs de la Politique de périnatalité, soit :

- le renforcement de l'utilisation des services de première ligne pour les suivis de grossesse et les accouchements;
- la diminution du recours aux interventions obstétricales et la promotion de l'approche physiologique de la grossesse et de la naissance.

En 2010, le MSSS a publié le document *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012* qui précise les actions devant permettre de concrétiser les orientations définies comme étant des priorités. Concernant le développement des services de sage-femme, il recommande notamment les actions suivantes :

- Élaborer un plan régional des effectifs médicaux (PREM) en tenant compte des besoins en obstétrique et dresser le portrait des effectifs requis (médecins et sages-femmes) en fonction des objectifs fixés.
- Promouvoir, par des moyens concrets, le suivi, par un omnipraticien ou une sage-femme, des femmes dont la grossesse se déroule normalement.
- Élaborer un plan de développement des effectifs de sages-femmes de façon à ajouter au réseau quinze équivalents temps complet (ETC) par année.
- Soutenir le développement et l'implantation de nouvelles maisons de naissance par les CIUSSS ou les CISSS, en privilégiant l'intégration de différents services de périnatalité.
- Développer et implanter des services de sage-femme dans les régions éloignées et dans les régions à faible densité de population, selon des modalités adaptées à la réalité de ces milieux.
- Favoriser le partenariat entre les sages-femmes, les intervenantes et les intervenants des CIUSSS ou des CISSS et les organismes communautaires concernés afin que les femmes aient davantage recours aux services de sage-femme.

Les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être et de la Commission de la santé et des services sociaux

En 2011, le Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que la Commission de la santé et des services sociaux ont diffusé des recommandations relatives au développement des services de sage-femme.

Dans son troisième mandat, le Commissaire a choisi d'évaluer la performance des services destinés à la périnatalité et à la petite enfance. Dans son [rapport](#)¹⁴, il recommande notamment de miser sur la première ligne pour accroître l'accès en temps opportun au suivi prénatal et en améliorer la qualité. En vue d'atteindre cet objectif, il recommande également d'augmenter la capacité d'accueil et de suivi des femmes enceintes par les sages-femmes ainsi que la capacité d'accueil des maisons de naissance, ce qui requiert :

- que le rythme de création des maisons de naissance soit adapté aux cibles fixées;
- qu'une intégration harmonieuse des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux soit privilégiée.

¹⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux – Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance – Enjeux et recommandations 2011, Québec, 2012.

En mai 2011, la Commission de la santé et des services sociaux a entrepris l'[étude](#) de deux pétitions relatives à la pratique des sages-femmes déposées à l'Assemblée nationale. Les membres de la Commission ont visité une maison de naissance, ont recueilli des témoignages, ont procédé à des auditions et ont analysé les commentaires transmis à l'Assemblée nationale. Cette analyse de la situation a amené la Commission à recommander¹⁵ :

- que les efforts visant la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018 se poursuivent de manière à ce que les objectifs favorisant l'accroissement de l'accessibilité aux services de sage-femme soient atteints;
- que des moyens soient mis en place afin de favoriser une meilleure coordination entre les différents intervenants en périnatalité, notamment pour améliorer l'arrimage entre la formation des sages-femmes et l'implantation de nouvelles maisons de naissance;
- que soit menée une campagne de sensibilisation visant à faire connaître le haut degré de sécurité de la pratique des sages-femmes et les avantages qu'elle comporte pour les femmes enceintes et leur nouveau-né.

Les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

En décembre 2010, en conformité avec les stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité, le MSSS a donné à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de proposer des mesures prometteuses afin de diminuer le recours aux interventions qui ne sont pas justifiées sur le plan médical. Le rapport de l'INESSS intitulé [Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque](#)¹⁶ a été diffusé en septembre 2012.

Au terme de son analyse, l'INESSS, à partir de preuves scientifiques et de l'avis d'experts et de partenaires en obstétrique, constate que l'accouchement vaginal physiologique est souhaitable et doit être encouragé. Il propose un ensemble de mesures générales ou particulières aux interventions ciblées, validées par un comité scientifique de praticiens, afin de tenir compte des différents groupes de professionnels et des milieux de pratique en obstétrique au Québec.

La déclaration de principes de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Dans sa [Déclaration de principes sur la profession de sage-femme](#)¹⁷, publiée en 2003, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) appuie le développement de services de sage-femme. Elle y reconnaît et souligne l'importance de donner aux femmes et à leur famille la possibilité de choisir le milieu dans lequel la naissance de leur enfant se déroulera.

¹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ASSEMBLÉE NATIONALE. *Étude de pétitions concernant la pratique de sage-femme*, Québec, 2011.

¹⁶ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, Québec, 2012.

¹⁷ SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Déclaration de principes sur la profession de sage-femme*, Ottawa, 2003.

La demande et l'implication de la population

La profession de sage-femme a été expérimentée, légalisée et développée afin de répondre aux demandes de femmes qui désiraient avoir accès à un environnement et à des services qui favorisent une grossesse et un accouchement naturels. Des femmes et des hommes se sont mobilisés et se sont impliqués dans les démarches ayant mené à la mise en place de tous les projets qui ont vu le jour depuis 1993, avec le soutien de la Coalition pour la pratique sage-femme. La mobilisation de la population se poursuit; présentement, une vingtaine de groupes de citoyens réclament l'accès à des services de sage-femme dans des régions qui ne sont pas encore desservies.

Les attentes des femmes : le sondage de 2005

En 2005, afin de mieux cerner les attentes des femmes au regard des services de périnatalité, notamment à l'égard des services de sage-femme, le MSSS a donné à la maison de sondages SOM Recherches et sondages le mandat de mener une étude¹⁸ auprès des femmes québécoises en âge de procréer.

Le sondage a été réalisé en juin 2005 auprès de 1 005 femmes de 18 à 45 ans, qui avaient un ou plusieurs enfants ou n'étaient pas fermées à l'idée d'en avoir. Parmi les répondantes, 40 % habitaient une région où il y avait une maison de naissance.

Les principaux résultats du sondage sont les suivants¹⁹ :

- Les femmes connaissent peu les services offerts par les sages-femmes. Parmi les services spontanément mentionnés, l'assistance lors de l'accouchement a été évoquée par 65 % des répondantes et le suivi pendant la grossesse, par 35 % des répondantes.
- Si les services de sage-femme étaient disponibles dans sa région, environ 1 femme sur 10 choisirait une sage-femme pour le suivi de sa grossesse (9 % des répondantes), pour son accouchement (12 %) ou pour le suivi postnatal (13 %).
- Environ le quart de ces femmes choisirait d'accoucher à l'extérieur du milieu hospitalier : 15 % choisiraient la maison de naissance et 9 %, le domicile.
- Si cela était possible, près de 1 femme sur 4 (39 %) choisirait d'accoucher à l'hôpital à l'aide d'une sage-femme qui l'aurait suivie.
- Les éléments relatifs à la grossesse et à l'accouchement auxquels les femmes accordent le plus d'importance sont, dans l'ordre :
 - la sécurité pour la mère et l'enfant;
 - la compétence du professionnel;
 - la possibilité d'être entourée de son conjoint et de sa famille;
 - être informée sur ce qui se passe, sur les choix possibles et participer aux décisions;
 - être suivie par le même professionnel tout au long de la grossesse;
 - être assistée à l'accouchement par le professionnel qui a effectué le suivi pendant la grossesse.

¹⁸ SOM RECHERCHES ET SONDAGES. Études sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité, Montréal et Québec, 2005.

¹⁹ La marge d'erreur des résultats est de 3,7 % et le niveau de confiance est de 95 %.

LA DESCRIPTION DU MODÈLE DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Le champ d'exercice

Le champ d'exercice des sages-femmes est défini par les articles 6 à 8 de la Loi sur les sages-femmes (voir l'annexe 1). Il consiste, lorsque tout se déroule normalement, à donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et à donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. Ces soins et services professionnels comprennent ce qui suit :

- surveiller et évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant;
- pratiquer l'accouchement spontané;
- pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.
- prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste établie par le Règlement²⁰ (voir l'annexe 2);
- prescrire, effectuer ou interpréter une analyse ou un examen mentionné dans la liste établie par le Règlement²¹ (voir l'annexe 3).

Une sage-femme peut également :

- conseiller et informer les parents sur la préparation à leur rôle, sur la planification des naissances, sur la contraception, sur la préparation à l'accouchement et à l'allaitement, sur les soins usuels à donner à l'enfant jusqu'à l'âge de un an, notamment concernant l'alimentation, l'hygiène et la prévention des accidents, et sur les ressources offertes dans la communauté;
- conseiller et informer le public sur l'éducation sanitaire en périnatalité.

Les situations particulières

Les situations où une sage-femme doit consulter un médecin ou lui transférer la responsabilité des soins sont définies par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin²² (voir l'annexe 4). En vertu de l'article 259.11 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux²³ (LSSSS), l'établissement qui offre des services de sage-femme doit procéder à la signature d'un protocole ou d'une entente afin d'assurer aux sages-femmes, lorsque la situation l'exige, le soutien médical de même que les mesures nécessaires afin de procurer, à la femme ou à son enfant, les soins et les services requis par son état. On parle d'un protocole lorsque

²⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire dans l'exercice de sa profession*, RLRQ., c. S-0.1, a. 9, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008.

²¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession*, RLRQ, chapitre S-0.1, r. 11, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2012.

²² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, RLRQ, chapitre S-0.1, r. 4, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2012.

²³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1971.

l'établissement qui offre des services de sage-femme exploite aussi un CH; on parle plutôt d'une entente lorsque le CH fait partie d'un autre établissement. Un exemple d'entente est présenté dans l'annexe 5.

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

Les principes directeurs et la philosophie des sages-femmes

Le modèle de pratique des sages-femmes est fondé sur des principes directeurs, qui concordent avec les convictions qui sous-tendent la Politique de périnatalité 2008-2018 présentées dans la page 9. Ces principes sont les suivants :

- La confiance dans la compétence et l'autonomie des femmes
- Le respect et la confiance dans le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement
- L'importance de la continuité des soins et de la relation
- La relation personnelle et égalitaire avec la femme

De façon plus spécifique, la [philosophie de la pratique des sages-femmes](#), adoptée par le RSFQ et l'OSFQ, se définit comme suit :

« La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnelles de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir, en sécurité et dans la dignité.

Les sages-femmes respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté attribuent à la grossesse, à la naissance et à l'expérience de nouveau parent.

La pratique des sages-femmes s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Les sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnelles de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

Les sages-femmes respectent le droit des femmes de choisir leur professionnelle de la santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique de l'OSFQ. Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.

Les sages-femmes considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de la maternité. Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles. Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer leurs soins sur la mère.

Les sages-femmes encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyens privilégiés de faciliter l'adaptation des nouvelles familles. »

La description des services de sage-femme

Le suivi de grossesse

Les sages-femmes assurent les suivis de grossesse selon une approche personnalisée et une perspective de santé globale. Les rencontres de suivi sont mensuelles durant les premiers mois et plus fréquentes dans les dernières semaines. Selon la pratique actuelle, un suivi prénatal individuel compte en moyenne douze rencontres. Les sages-femmes recommandent que la cliente soit accompagnée de son conjoint ou d'une personne significative.

Les sages-femmes prescrivent les différents tests sanguins, urinaires, cervico-vaginaux requis durant une grossesse après avoir obtenu le consentement éclairé de la cliente. Les prélèvements sont effectués sur place par la sage-femme; les analyses sont faites au CH de référence et les résultats sont transmis à la sage-femme. Les échographies sont prescrites par les sages-femmes et les clientes peuvent s'adresser au centre de leur choix, généralement au CH de référence des services de sage-femme.

Les sages-femmes utilisent le même formulaire de suivi que les médecins.

Au troisième trimestre, le suivi comprend la préparation à l'accouchement axée sur l'accouchement physiologique et les méthodes de soulagement de la douleur sans médication ainsi que la préparation à la parentalité. Les conjoints sont encouragés à assister le plus souvent possible à ces rencontres.

En cas de besoin, les sages-femmes orientent la cliente vers un autre professionnel. Les cas nécessitant une consultation ou un transfert durant le suivi de grossesse sont précisés dans l'annexe II du Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (voir l'annexe 4)

L'accouchement

Les sages-femmes assistent les accouchements dans l'un des trois types de lieu suivants : maison de naissance, domicile de la cliente ou CH. Elles offrent aux femmes et aux couples de les accompagner dans le lieu de leur choix, dans la mesure où ces options sont offertes et où les critères d'admissibilité sont respectés. En l'absence d'une maison de naissance, les accouchements assistés par une sage-femme doivent pouvoir avoir lieu en CH et à domicile. Quel que soit le lieu, l'approche est la même ainsi que les conditions devant mener à une consultation ou à un transfert.

Les cas nécessitant une consultation ou un transfert durant le travail et l'accouchement sont précisés dans l'annexe III du Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (voir l'annexe 4). Dans le cas où la responsabilité clinique doit être transférée à un médecin, ce transfert se fera à l'équipe médicale du CH avec lequel une entente ou un protocole a été signé. Lorsque la situation l'exige, la femme est transportée par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) en vertu de l'entente qui aura été signée avec ces derniers (voir le modèle d'entente dans l'annexe 6). Ces ententes garantissent que les transports sont faits dans de courts délais d'intervention et dans les meilleures conditions possibles.

Les trois types de lieu de naissance

La maison de naissance

La maison de naissance est le premier choix de la majorité des couples lorsque cette option est offerte; selon les données des services de sage-femme concernant les années 2007-2011, 81 % des accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme ont lieu en maison de naissance.

Dans les cas où la situation nécessite un transfert, celui-ci se fera à l'équipe médicale du CH avec lequel un protocole ou une entente a été signé.

Le domicile

L'accouchement à domicile est encadré par un règlement de l'OSFQ²⁴ (voir l'annexe 7) adopté en 2005. Ce règlement impose l'obligation à la sage-femme de s'assurer que le domicile respecte les conditions d'accès et d'espaces nécessaires pour assurer la sécurité de la cliente, notamment si un transfert s'avérait nécessaire en cours d'accouchement. Lorsque l'accouchement en maison de naissance est possible, 17 % des accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme ont lieu à domicile. Lorsque l'accouchement en maison de naissance n'est pas possible, la proportion des femmes qui font le choix d'accoucher à domicile est beaucoup plus élevée. Par exemple, chez les clientes suivies par les services de sage-femme du CSSS Jeanne-Mance au cours des dernières années, 61 % des accouchements ont eu lieu à domicile.

Dans les cas où la responsabilité clinique doit être transférée à un médecin, ce transfert se fera à l'équipe médicale du CH avec lequel une entente a été signée ou de celui situé le plus près du domicile de la femme, selon la situation.

Le centre hospitalier

Selon les articles 259.10 et 530.78.1 de la LSSSS, l'établissement qui offre des services de sage-femme peut conclure une entente avec un centre hospitalier afin de permettre aux sages-femmes d'y pratiquer des accouchements et de poser tous les autres actes qui peuvent être requis dans les circonstances. Le MSSS souhaite que ce choix soit offert à toutes les femmes suivies par des sages-femmes et demande que, lors de l'implantation de tout nouveau service, le CISSS signe une telle entente avec au moins un centre hospitalier (un exemple d'entente est présenté dans l'annexe 8).

Dans les cas où la responsabilité clinique doit être transférée à un médecin, ce transfert se fera à l'équipe médicale du centre hospitalier avec lequel une entente a été signée, comme tout autre transfert dans les cas où l'accouchement en maison de naissance ou à domicile.

Lorsqu'elles accouchent en centre hospitalier sous la responsabilité d'une sage-femme, les femmes quittent généralement le centre peu après leur accouchement. Les femmes suivies par les sages-femmes font partie de la clientèle du CISSS; elles ne sont pas officiellement admises au centre hospitalier. Elles y sont inscrites seulement pour des raisons de sécurité advenant une situation de mesures d'urgence (feu, sinistre, etc.).

²⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*, RLRQ, c. S-0.1, r. 14, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2005.

Le suivi post-natal de la mère du nouveau-né jusqu'à six semaines

Le suivi par la sage-femme est effectué à domicile durant la première semaine après la naissance²⁵; ce suivi comprend normalement trois visites. Des visites additionnelles sont offertes au besoin et la cliente peut joindre une sage-femme en tout temps.

Les rencontres subséquentes de suivi pour la mère et le nouveau-né sont organisées à la maison de naissance. Le suivi se poursuit jusqu'à la sixième semaine après la naissance. Lors de ce suivi, la sage-femme s'assure du bien-être de la mère et du nouveau-né. Elle assure également un soutien à l'allaitement maternel.

Des renseignements sont également fournis aux nouveaux parents concernant divers sujets tels que la contraception et la vaccination. Des mécanismes de communication avec les services de périnatalité du CISSS doivent être mis en place afin d'éviter le double emploi des services aux femmes. Une fiche de continuité est envoyée au CLSC du territoire de résidence des parents.

Les cas nécessitant une consultation ou un transfert en période postnatale sont présentés dans les annexes IV et V du Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (voir l'annexe 4)

Autres services et activités

Les sages-femmes peuvent offrir d'autres services et participer à des activités du CISSS, par exemple :

- Rencontres d'information pour présenter les services de sage-femme
- Activités de promotion des services de sage-femme
- Activités relatives au comité de parents
- Rencontres prénatales de groupe pouvant s'adresser aussi à des femmes qui ne sont pas suivies par une sage-femme
- Soutien à l'allaitement maternel offert aux femmes qui ne sont pas clientes des services de sage-femme
- Rencontres thématiques
- Participation au suivi interdisciplinaire de la clientèle vivant dans un contexte de vulnérabilité
- Participation à des comités pluridisciplinaires en périnatalité du CISSS ou faisant partie du réseau local de service.

²⁵ Si l'accouchement a lieu à la maison de naissance, la première rencontre de suivi peut y être faite avant que la femme retourne à son domicile.

Quelques données statistiques : données des années 2007-2011

La collecte, le traitement et l'analyse des données permettent de tracer un portrait des services offerts par les sages-femmes et de la clientèle desservie. En 2010, le MSSS a créé un instrument de collecte de données uniformisé à partir du tableur Excel. Une fois validé par une maison de naissance, cet instrument a été utilisé par tous les services de sage-femme pour collecter leurs données. L'embauche d'une sage-femme contractuelle par le MSSS au début de la démarche a permis de s'assurer de la fiabilité de la démarche de collecte²⁶. La liste des variables qui ont fait l'objet de la collecte de données est présentée dans l'annexe 9).

Les données collectées sont celles de toutes les femmes ayant commencé un suivi avec une sage-femme du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011; les données couvrent ainsi la période du 1^{er} janvier 2007 à la fin du suivi postnatal des femmes ayant amorcé un suivi avant le 31 décembre 2011, soit jusqu'à l'automne 2012.

Au total, 11 195 inscriptions (femmes ayant commencé un suivi) ont été considérées comme valides. Les données ont été regroupées dans une base de données à l'aide du tableur Excel et sont traitées à l'aide du logiciel de traitement statistique SAS²⁷.

Principaux résultats

Les principaux résultats de l'analyse des données relatives aux services de sage-femme concernant les années 2007-2011 sont présentés dans le tableau ci-dessous (les résultats détaillés sont présentés dans l'annexe 10).

Les suivis	
Le nombre de femmes ayant commencé un suivi avec une sage-femme a augmenté d'année en année, passant de 1 790 en 2007 à 2 668 en 2011.	Il s'agit d'une augmentation de 49 %, conséquence de l'ajout de sages-femmes aux services existants et de la mise sur pied de nouveaux services.
13 % des femmes cessent leur suivi, le plus souvent avant 32 semaines de grossesse.	Principales raisons de l'arrêt : <ul style="list-style-type: none"> • fausse couche (37 %) • désistement (25 %) • transfert sans continuité du suivi (16 %)
En période prénatale, la responsabilité clinique est transférée à un médecin dans 10 % des cas. Dans la grande majorité de ces cas, le suivi par la sage-femme s'est poursuivi après le transfert.	Principales raisons du transfert : <ul style="list-style-type: none"> • présentation autre que céphalique après 37 semaines (14 %) • éclampsie ou la pré-éclampsie (10,5 %) • grossesse à 42 semaines (9,5 %)
Durée moyenne du suivi : 32,7 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de rencontres prénatales : 10 • Nombre moyen de rencontres de suivi postnatal : 4,5

²⁶ Une première collecte de données a été réalisée de juillet à décembre 2010 et une deuxième collecte a été réalisée à l'hiver 2013. La collecte a nécessité l'autorisation à l'accès aux dossiers administratifs de la clientèle des sages-femmes par le directeur des Services professionnels de chacun des CSSS. Chacune des bases de données a été validée avec la personne désignée dans chacun des services de sage-femme.

²⁷ Ce traitement a été réalisé par la Direction générale adjointe de la performance du MSSS.

Les accouchements	
92 % des femmes commencent leur travail avec l'assistance d'une sage-femme.	
En période périnatale, soit durant l'accouchement, la responsabilité clinique est transférée à un médecin dans 21,5 % des cas.	Principales raisons des transferts périnataux : <ul style="list-style-type: none"> • arrêt de progression du travail (34 %) • besoin de péridurale (19 %)
Lorsque les femmes ont le choix entre les trois types de lieu d'accouchement disponibles, elles choisissent : <ul style="list-style-type: none"> • à 80,7 %, la maison de naissance; • à 17,2 %, leur domicile; • à 2,1 %, le CH. 	Lorsqu'elles n'ont pas la possibilité d'accoucher dans une maison de naissance (CSSS Jeanne-Mance), 61 % des femmes choisissent d'accoucher à domicile et 39 %, au CH.
73,3 % de l'ensemble des femmes suivies ont accouché sous la responsabilité clinique d'une sage-femme.	

LA FORMATION ET L'ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

La formation

La formation initiale

La formation des sages-femmes est assurée, depuis 1999, par le programme de Baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Le programme s'échelonne sur une période de 4 ans et comporte 132 crédits répartis sur 9 trimestres, dont 3 trimestres se déroulent sur le campus de l'UQTR et les 6 autres, en milieu clinique. Les stages dans les milieux où pratiquent des sages-femmes suivent le principe du préceptorat.

Le plan de formation est caractérisé par l'acquisition progressive des connaissances, des habiletés et des attitudes requises pour exercer la profession de sage-femme. Il s'appuie sur un vaste éventail de disciplines appartenant aussi bien aux sciences de la santé qu'aux sciences humaines et sociales. Chaque trimestre, l'accent est mis sur un aspect déterminé de la période périnatale et sur des situations qui présentent des degrés de difficulté croissants.

La première année est consacrée à l'acquisition de connaissances de base en sciences biomédicales, sociales et humaines portant sur les différents aspects de la période périnatale. Les stages en milieu clinique débutent au trimestre d'été. Cette première année permet d'approfondir les méthodes et les moyens d'apprentissage spécifiques du programme et l'initiation à la pratique des sages-femmes, y compris l'intégration des connaissances et des habiletés au moyen de situations cliniques réelles ou simulées.

La deuxième année comporte deux autres trimestres de stage en milieu clinique où exercent des sages-femmes. Le dernier stage de cette séquence peut être réalisé au Québec ou à l'extérieur du Québec, dans un des sites agréés par l'UQTR.

Les cours du premier trimestre de la troisième année sont principalement axés sur les aspects social, épistémologique et éthique de la pratique des sages-femmes. Le deuxième trimestre aborde les pathologies obstétricale et néonatale; il est suivi d'un stage en CH et d'un stage en milieu communautaire. De plus, trois cours portant sur la collaboration interprofessionnelle sont dispensés en première et en troisième en collaboration avec les autres professions universitaires de la santé.

La quatrième année, y compris l'internat, se déroule à nouveau en milieu clinique et est consacrée à l'approfondissement et à la maîtrise des compétences spécifiques de la pratique des sages-femmes.

La durée totale des stages cliniques est de 2 352 heures. Au début de chaque trimestre de stage, les étudiants participent à une semaine intensive de formation théorique et d'activités de laboratoire sur le campus.

L'ensemble du programme de formation fait appel aux technologies de l'information et des communications qui s'appliquent dans divers contextes d'apprentissage, notamment lors des cours de maïeutique, lesquels sont donnés en concomitance avec les stages en milieu clinique.

Le programme est contingenté à 24 places par année.

Le programme de formation d'appoint des sages-femmes déjà formées à l'extérieur du Canada

À l'invitation du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec (MICC) et de l'OSFQ, l'UQTR offre une formation d'appoint en « pratique sage-femme » destinée aux sages-femmes déjà formées à l'extérieur du Canada qui demandent la reconnaissance de leur diplôme ou de leur formation en vue d'obtenir un permis d'exercice au Québec.

Cette démarche s'inscrit dans la foulée des actions du MICC visant à faciliter l'accès à la profession de sage-femme aux personnes formées à l'étranger.

La formation d'appoint pour les sages-femmes déjà formées à l'extérieur du Canada est offerte à l'UQTR; il s'agit du Certificat personnalisé en pratique sage-femme au Québec. Ce programme est réservé aux sages-femmes qui ont obtenu une recommandation de l'OSFQ.

La formation d'appoint comporte un volet théorique et un stage supervisé. Chacun de ces volets mène à l'obtention de 15 crédits. La réussite des cours du volet théorique est une condition préalable à l'inscription au stage d'intégration des compétences en « pratique sage-femme » au Québec. Ce stage est supervisé par l'université, selon un modèle de préceptorat auprès de sages-femmes pratiquant au Québec.

Au terme de la formation, les candidats qui satisfont à toutes les exigences du programme obtiennent un diplôme de certificat. Ils peuvent alors demander un permis d'exercice de l'OSFQ.

Le perfectionnement professionnel

Les exigences de l'OSFQ

L'OSFQ exige de chaque membre 80 heures de perfectionnement professionnel sur une période de 3 ans. Les formations et les activités sont divisées en trois catégories : obligatoire, officielle et non officielle.

Les formations suivantes sont obligatoires :

- Réanimation néonatale avancée (avec intubation), tous les deux ans;
- Urgences obstétricales de type AMPRO, Also, Gesta ou FUO, tous les trois ans.

Le programme AMPRO

AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux) est un programme de formation, d'une durée de trois ans, qui s'adresse aux médecins, aux infirmiers et infirmières et aux sages-femmes qui travaillent en obstétrique. Le programme a été dispensé, de 2008 à 2012, dans tous les centres hospitaliers qui ont une unité d'obstétrique. Toutes les sages-femmes qui avaient alors signé un contrat de services avec un CSSS ont participé à ce programme.

La suite du programme AMPRO, le programme AMPRO Plus, a été créé afin de permettre aux établissements d'implanter des pratiques de sécurité dans leur structure de travail et de maintenir la compétence de leurs équipes. Il vise également à accroître leur capacité à reconnaître les risques relatifs à la sécurité des patientes et à trouver des solutions axées sur les processus. AMPRO Plus a également une durée de trois ans. Il sera offert à tous les établissements qui dispensent des services d'obstétrique. Le déploiement a démarré en novembre 2013 et se terminera en mars 2019. Toutes les sages-femmes participeront à ce programme, y compris celles des nouveaux services implantés depuis 2012.

L'encadrement de la pratique

La pratique des sages-femmes est encadrée par les mesures législatives et règlementaires suivantes :

- la Loi sur les sages-femmes;
- un ensemble de règlements prévus par la Loi sur les sages-femmes ou le Code des professions²⁸;
- le Code de déontologie des sages-femmes²⁹;
- certains articles de la LSSSS, qui définissent notamment :
 - le rôle des responsables des services de sage-femme,
 - le rôle du conseil des sages-femmes,
 - le rattachement administratif des sages-femmes;
- l'OSFQ, lequel :
 - a défini les normes de pratique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec;
 - doit notamment veiller à la qualité de l'exercice de la profession et s'assurer de la protection du public.

La Loi sur les sages-femmes

La Loi sur les sages-femmes, adoptée en 1999, édicte que la profession de sage-femme est à exercice exclusif et à titre réservé en instaurant l'Ordre des sages-femmes du Québec. Elle précise que l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions.

La Loi sur les sages-femmes détermine notamment :

- les règlements qui doivent être adoptés par le Bureau de l'Ordre en plus de ceux prévus au Code des professions (article 5);
- le champ d'exercice des sages-femmes (articles 6 à 8);
- ce qui constitue l'exercice illégal de la profession (articles 12 et 13).

Le Code de déontologie des sages-femmes

Le [Code de déontologie des sages-femmes](#), adopté en vertu de l'application de l'article 87 du Code des professions, détermine les devoirs et les obligations dont doivent s'acquitter les membres de l'OSFQ.

Les règlements qui régissent la pratique des sages-femmes

La pratique des sages-femmes est régie par un ensemble de règlements qui ont été progressivement adoptés depuis la légalisation de la profession en 1999. Voici la liste des règlements en vigueur présentement.

²⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1974.

²⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code de déontologie des sages-femmes*, RLRQ, chapitre S-0.1, r. 5, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1999.

Ils sont accessibles en ligne sur le [site de l'OSFQ](#) :

- Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 9)
- Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 11)
- Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire dans l'exercice de sa profession (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 12)
- Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par une sage-femme (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 15)
- Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 14)
- Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 4)
- Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par des personnes autres que des sages-femmes (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 1)
- Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des sages-femmes (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 16)
- Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels (RLRQ, chapitre C-26, r. 2)
- Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des sages-femmes du Québec (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 13)
- Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession de sage-femme hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des sages-femmes du Québec (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 3)
- Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement des sages-femmes (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 17)
- Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des sages-femmes du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 8)
- Règlement sur les élections du Conseil d'administration de l'Ordre des sages-femmes du Québec (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 10)
- Règlement sur les affaires du Conseil d'administration et les assemblées générales de l'Ordre des sages-femmes du Québec (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 2)
- Règlement sur le comité de la formation des sages-femmes (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 7)
- Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec (RLRQ, chapitre S-0.1, r. 6)

La LSSSS

La responsable des services de sage-femme

Selon les articles 208.1 à 208.3 de la LSSSS, une responsable des services de sage-femme doit être nommée par tout établissement où exercent des sages-femmes. Cette personne doit être une sage-femme et relève du président-directeur général ou de la présidente-directrice générale de l'établissement. Ses responsabilités concernent tant l'aspect clinique que la coordination des services.

Volet « clinique » (article 208.2) :

La responsable des services de sage-femme doit :

1. surveiller et contrôler la qualité des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
2. élaborer des règles de soins que doivent appliquer les sages-femmes et qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

Volet « coordination » (article 208.3) :

La responsable des services de sage-femme doit :

1. s'assurer de la distribution appropriée des services de sage-femme dispensés pour l'établissement;
2. coordonner les services de sage-femme en fonction des besoins de l'établissement.

Selon les articles 225,3 et 225,4, la responsable des services de sage-femme peut aussi être appelée à exercer les fonctions du conseil des sages-femmes en l'absence de ce dernier.

Le conseil des sages-femmes

Selon l'article 225.1 de la LSSSS, « un conseil des sages-femmes doit être institué pour chaque établissement public qui exploite un centre local de services communautaires et qui a conclu, avec au moins cinq sages-femmes, un contrat de services en vertu des dispositions de l'article 259.2. Ce conseil est composé de toutes les sages-femmes qui ont conclu un tel contrat avec l'établissement »³⁰.

Responsabilités du conseil des sages-femmes :

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration (article 225.3) :

1. de contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
2. de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres;
3. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;
4. de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure un contrat de services avec l'établissement;

³⁰ Selon l'article 225.2, « l'établissement peut, sur recommandation conjointe des sages-femmes et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de cet établissement, désigner ce conseil pour exercer les fonctions du conseil des sages-femmes prévues à l'article 225.3. Dans un tel cas, les sages-femmes qui ont conclu un tel contrat font partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et trois d'entre elles, nommées par ces dernières, siègent au comité exécutif de ce conseil si un tel comité est formé. Elles prennent part aux délibérations de ce conseil et du comité exécutif, le cas échéant, mais n'y ont droit de vote que pour les questions relatives à ces fonctions ».

5. de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément aux contrats de services.

Le conseil des sages-femmes doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le président-directeur général ou la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes (article 225.4) :

1. l'organisation scientifique et technique du CIUSSS et du CISSS;
2. les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des sages-femmes.

Le conseil des sages-femmes peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration (article 225.5).

Les responsabilités du conseil des sages-femmes sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois sages-femmes désignées par le conseil et du président-directeur général ou de la présidente-directrice générale. Le comité exécutif exerce tous les pouvoirs de ce conseil (article 225.6).

Le rattachement administratif des sages-femmes

Les services de sage-femme sont des services de première ligne rattachés administrativement aux CIUSSS et aux CISSS³¹. Légalement, les sages-femmes pourraient offrir leurs services professionnels en pratique privée et n'être rattachées à aucun établissement, mais cette option n'est pas permise présentement, faute d'une couverture d'assurance appropriée. La possibilité de services de sage-femme en pratique privée n'est donc pas abordée dans le présent cadre de référence.

La LSSSS contient plusieurs articles encadrant ce rattachement. Selon les articles 259.2 et 236 de la LSSSS :

- les sages-femmes doivent signer un contrat de services avec un établissement exploitant un CLSC;
- seuls les établissements exploitant un CLSC peuvent signer des contrats de services avec des sages-femmes;
- les sages-femmes (comme les médecins et les dentistes) sont réputées ne pas faire partie du personnel de l'établissement.

Les conditions relatives à la signature et à l'application de ces contrats de services sont définies par les articles 259.2 à 259.9 de la LSSSS. Ces articles stipulent notamment que :

- les sages-femmes doivent adresser leur demande au conseil d'administration de l'établissement (article 259.2);
- le conseil d'administration doit obtenir l'avis du conseil des sages-femmes (article 259.2);
- le conseil d'administration accepte ou refuse la demande en tenant compte, entre autres, du plan d'organisation de l'établissement et des ressources disponibles (article 259.3);
- le contrat de services doit prévoir les droits et les obligations de la sage-femme rattachés à l'exercice de sa profession pour l'établissement (article 259.5);
- le contrat de services est d'une durée maximale de trois ans et peut être renouvelé à son échéance (article 259.5);

³¹ Présentement, le règlement sur les assurances professionnelles n'ayant pas encore été adopté, les sages-femmes ne peuvent être couvertes par une police d'assurance responsabilité à moins d'avoir signé un contrat avec un CIUSSS ou un CISSS.

- le conseil d'administration peut, après consultation du conseil des sages-femmes, prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'une sage-femme (article 259.6);
- en cas d'urgence, la responsable des services de sage-femme ou la présidente du conseil des sages-femmes peut suspendre le droit d'une sage-femme d'exercer sa profession en vertu de son contrat de services (article 259.7);
- les sages-femmes doivent détenir, pour elles et leur succession, une assurance responsabilité valide (article 259.9).

Selon l'article 129 de la LSSSS, une sage-femme faisait partie du conseil d'administration du CSSS ayant signé des contrats avec des sages-femmes. Les articles 9 et 10 de la [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux](#)³² notamment par l'abolition des agences régionales, adoptée en février 2015, ont apporté des changements à la composition du conseil d'administration des CIUSSS et des CISSS. Selon le paragraphe 5° de ces articles, une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement fait partie du conseil d'administration du CIUSSS et du CISSS. Pour son application, selon le deuxième alinéa de l'article 11, les sages-femmes qui ont signé un contrat de services avec l'établissement sont réputées faire partie du conseil multidisciplinaire de cet établissement.

L'Ordre des sages-femmes du Québec

En vertu de l'article 32 du [Code des professions](#), puisque la pratique des sages-femmes est une profession à exercice exclusif et à titre réservé, les sages-femmes doivent être titulaires d'un permis valide et être inscrites au tableau de l'OSFQ.

L'OSFQ doit s'acquitter des obligations qui lui sont confiées en vertu du Code des professions. Il doit notamment veiller à la qualité de l'exercice de la profession et s'assurer de la protection du public. À cette fin, l'OSFQ :

- établit la compétence requise par les sages-femmes lors de leur admission dans la profession;
- s'assure du maintien de la compétence des sages-femmes par le perfectionnement professionnel et l'information aux membres;
- effectue régulièrement une inspection professionnelle de ses membres;
- a adopté un code de déontologie et des règlements et voit au respect des obligations qui y sont prévues;
- traite équitablement les plaintes formulées contre les sages-femmes et s'assure du déroulement adéquat de la procédure disciplinaire;
- contrôle l'exercice illégal de la profession et l'usurpation du titre de sage-femme;
- rend compte à l'Office des professions et à l'Assemblée nationale de ses activités par son rapport annuel.

L'OSFQ veille également au respect :

- de la philosophie (page 15);
- des normes de pratique professionnelle (voir l'annexe 11).

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) travaille au développement de la profession et au respect de sa spécificité à l'intérieur du système de santé québécois. Il défend le libre choix des lieux

³² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services du réseau de la santé et des services*, L. R.Q., ch. 1, à jour au 9 février 2015 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

d'accouchement pour les femmes (domicile, maison de naissance ou centre hospitalier), en conformité avec les normes de pratique de la profession ainsi que de sa philosophie de pratique.

Les conditions de travail

Le RSFQ a été désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux comme étant l'organisme représentatif des sages-femmes, et ce, conformément à l'article 432.1 de la LSSSS. Le 3 décembre 2004, une première entente officielle a été conclue entre le ministre et le RSFQ. Cette entente détermine les conditions de travail des sages-femmes à la suite de la conclusion d'un contrat de services avec un établissement du réseau offrant des services de sage-femme.

Dans le cadre de cette première entente, il a notamment été convenu de ce qui suit :

- la charge de travail d'une sage-femme à temps complet est de 40 suivis;
- l'échelle de rémunération des sages-femmes comprend quinze échelons. La durée de séjour aux quatre premiers échelons est de six mois et de une année à partir du cinquième échelon;
- la rémunération de la responsable des services de sage-femme est majorée de 5 %;
- une période hebdomadaire d'activités professionnelles correspond à 35 heures;
- une compensation est accordée pour la garde en disponibilité et les horaires défavorables, soit le « forfait modèle sage-femme »;
- un ensemble d'avantages sociaux est accordé aux sages-femmes : congés annuels, congés fériés, congés sociaux, régime d'assurance vie, congés de maladie, régime de retraite, régime de droits parentaux et primes de disparités régionales.

Cette première entente devait prendre fin le 30 juin 2005, mais elle a été reconduite jusqu'au 31 mars 2010.

Une nouvelle [Entente entre le MSSS et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec](#) a été signée le 1^{er} avril 2014 et est en application depuis cette date. Les éléments convenus lors de la première entente continuent de s'appliquer, mais quelques changements et ajouts y ont été apportés. Les principaux changements de la nouvelle entente concernent les éléments suivants (voir les détails dans l'annexe 12).

1. Bonification du « forfait modèle sage-femme »
2. Fonctions et conditions de travail de la responsable des services de sage-femme (RSSF)
3. Mise en place de mesures incitatives temporaires afin d'augmenter le nombre de suivis complets réalisés et favoriser la prise en charge de la clientèle qui vit en contexte de vulnérabilité
4. Introduction de la notion de reddition de comptes
5. Introduction de dispositions sur le maintien des compétences
6. Progression accélérée dans les échelles de rémunération
7. Attribution de conditions additionnelles : retraite progressive, frais de déplacement, reconnaissance du service continu, congés sans rémunération ou congés partiels sans rémunération, assignation temporaire
8. Modèles de contrat de services distincts selon le statut et la fonction : sage-femme à temps complet régulier, sage-femme à temps partiel régulier, sage-femme à temps partiel occasionnel, sage-femme de soutien et RSSF.

Des lettres d'entente prévoient la mise en place de trois comités, dont les travaux devront se terminer le 31 mars 2015 :

- Comité sur la collaboration interprofessionnelle dont le mandat est d'identifier les zones d'activités professionnelles qui bénéficieraient d'une plus grande collaboration interprofessionnelle et d'émettre ses recommandations pour favoriser l'atteinte de cet objectif.

- Comité consultatif pour la réalisation de projets d'organisation du travail en pratique sage-femme dont le mandat est d'expérimenter diverses solutions en matière d'organisation du travail et de s'assurer de l'atteinte des objectifs en matière de suivis complets réalisés. Les résultats de ces travaux seront diffusés aux instances concernées, notamment aux CIUSSS et aux CISSS.
- Comité sur les conditions de travail des sages-femmes œuvrant en régions nordiques dont le mandat est de faire des recommandations sur les mesures à mettre en place pour résoudre les problèmes particuliers liés à la pratique sage-femme en régions nordiques et ceux qui concernent l'attraction et la rétention de la main d'œuvre.

Selon l'article 432.1 de la LSSSS, les dispositions du Code du travail³³ (RLRQ, chapitre C-27) et de la Loi sur les normes du travail³⁴ (RLRQ, chapitre N-1.1) ne s'appliquent pas à une sage-femme visée par une entente conclue en vertu de cet article et qui rend des services en application d'un contrat de services conclu avec un établissement en vertu de l'article 259.2.

³³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code du travail du Québec*, LRQ, chapitre C-27, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1964.

³⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les normes du travail*, LRQ, chapitre N-1.1, à jour au 1^{er} décembre 2014 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1980.

Tableau récapitulatif des éléments d'encadrement associés à la pratique

Thème	Précisions	Article de loi ou de l'entente MSSS-RSFQ
Champ d'exercice de la profession de sage-femme	Suivi prénatal, pernatal (accouchement) et postnatal (jusqu'à six semaines) lorsque tout se déroule normalement	Articles 6 à 8 de la Loi sur les sages-femmes
Suivi complet	Services comprenant le suivi prénatal, le suivi pernatal et le suivi postnatal et pour lesquels la sage-femme est la première responsable clinique. Le suivi séquentiel de plus d'une cliente couvrant l'ensemble de ces services est considéré comme un suivi complet. En cas de transfert après 32 semaines complétées, le suivi est considéré comme complet si la sage-femme assure le suivi postnatal.	Paragraphe 1.04 de l'entente MSSS-RSFQ
Sage-femme à temps complet régulier	Sage-femme qui a conclu un contrat selon lequel elle est responsable de 40 suivis complets par année, représentant une période régulière d'activités professionnelles de 35 heures par semaine ou 1 826,3 heures par année.	Paragraphe 1.16 de l'entente MSSS-RSFQ
Sage-femme à temps partiel (régulier ou occasionnel)	Sage-femme qui a conclu un contrat selon lequel elle est responsable de moins de 40 suivis complets par année, représentant une période régulière d'activités professionnelles inférieure à 35 heures par semaine.	Paragraphe 1.16 de l'entente MSSS-RSFQ
Charge de travail d'une sage-femme	40 suivis dans le cas d'une sage-femme à temps complet.	Paragraphe 1.16 de l'entente MSSS-RSFQ
Médicaments qu'une sage-femme peut prescrire et administrer	La liste est définie par le Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire dans l'exercice de sa profession.	Règlement adopté par l'Office des professions en vertu de l'article 9 de la Loi sur les sages-femmes
Examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer et interpréter	La liste est définie par le Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession.	Règlement adopté par l'Office des professions en vertu de l'article 9 de la Loi sur les sages-femmes

Consultations et transferts obligatoires de la responsabilité à un médecin	Les cas exigeant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité à un médecin sont précisés par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.	Règlement adopté en vertu de l'article 5 de la Loi sur les sages-femmes
Accouchements à domicile	Les conditions permettant qu'une sage-femme pratique un accouchement à domicile sont précisées par le Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile.	Règlement adopté en vertu de l'article 5 de la Loi sur les sages-femmes
Statut des sages-femmes	Les sages-femmes sont réputées ne pas faire partie du personnel de l'établissement. Les dispositions du Code du travail et de la Loi sur les normes du travail ne s'appliquent pas aux sages-femmes.	Articles 236 et 432.1 de la LSSSS
Contrat de services	Pour exercer sa profession dans un établissement, les sages-femmes doivent signer un contrat de services. Elles doivent adresser leur demande au conseil d'administration de l'établissement. La durée maximale du contrat est de trois ans, renouvelable à l'échéance.	Articles 259.2 à 259.5 de la LSSSS
Établissement pouvant offrir des services de sage-femme et signer des contrats de services	Établissement qui exploite un CLSC. Les sages-femmes ne peuvent pas signer un contrat avec un CH non intégré à un CIUSSS ou un CISSS.	Article 259.2 de la LSSSS
Composition du conseil d'administration de l'établissement	Une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement fait partie du conseil d'administration du CIUSSS ou du CISSS. Les sages-femmes qui ont signé un contrat de services avec l'établissement sont réputées faire partie du conseil multidisciplinaire de cet établissement.	Articles 9, 10 et 11 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
Droits et obligations de la sage-femme	Les droits et les obligations de la sage-femme rattachés à l'exercice de sa profession pour l'établissement sont prévus dans les contrats.	Article 259.5 de la LSSSS
Assurance responsabilité	La sage-femme ayant conclu un contrat avec un établissement bénéficie du programme d'assurance responsabilité civile et professionnelle de l'établissement. L'assurance n'est applicable que pour l'exercice de la profession de sage-femme auprès d'usagères dûment inscrites dans un CIUSSS ou un CISSS.	Article 259.9 de la LSSSS et article 12 de l'entente MSSS-RSFQ
Mesures disciplinaires à l'égard d'une sage-femme	Après consultation du conseil des sages-femmes, le conseil d'administration de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'une sage-femme.	Articles 259.6 et 506.2 de la LSSSS

Soutien médical à une sage-femme	L'établissement doit conclure une entente assurant, lorsque la situation l'exige, le soutien médical à une sage-femme.	Article 259.11 de la LSSSS
Accouchements en CH	L'établissement peut conclure une entente avec un centre hospitalier afin de permettre aux sages-femmes d'y pratiquer des accouchements et de poser tous les autres actes qui peuvent être requis dans ces circonstances. Le MSSS demande que de telles ententes soient signées; il ne s'agit pas d'une obligation légale.	Articles 259.10 et 530.78.1 de la LSSSS
Plainte à l'égard d'une sage-femme	Toute plainte à l'égard d'une sage-femme doit être adressée au commissaire local aux plaintes. En cas de plainte grave, la plainte doit être transmise à l'OSFQ.	Articles 29 à 40 de la LSSSS
Responsable des services de sage-femme	Tout établissement où exercent des sages-femmes (deux ou plus) doit nommer une responsable des services de sage-femme. Ses rôles et ses responsabilités sont précisés dans la LSSSS; ils concernent tant l'aspect clinique que la coordination des services.	Article 208.1 à 208.3 de la LSSSS
Conseil des sages-femmes	Tout établissement qui a conclu un contrat de services avec au moins cinq sages-femmes doit instituer un conseil des sages-femmes. Les responsabilités de ce conseil sont précisées dans la LSSSS.	Article 225.1 à 225.6 de la LSSSS
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et sages-femmes	Sur recommandation conjointe des sages-femmes et du CMDP, les sages-femmes peuvent désigner le CMDP pour assumer les fonctions du conseil des sages-femmes. Les sages-femmes font alors partie du CMDP.	Article 225.2 de la LSSSS
Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ)	Le RSFQ a été désigné par le MSSS comme étant l'organisme représentatif des sages-femmes avec lequel une entente peut être signée.	Article 3 de l'entente MSSS-RSFQ
Conditions de travail	Les conditions de travail des sages-femmes sont prévues dans l'entente conclue entre le ministre et le RSFQ. L'entente présentement en vigueur est celle qui a été signée le 1 ^{er} avril 2014. Cette entente lie les établissements et toutes les sages-femmes.	Article 432.1 de la LSSSS

LE SUIVI DES SERVICES DE SAGE-FEMME

Les données collectées à l'aide de l'application I-CLSC³⁵

1. Les données sur les demandes de services

Toutes les demandes de services de sage-femme provenant de femmes répondant aux critères d'admissibilité sont enregistrées. Ces demandes de services permettent de créer une liste d'attente. Pour chacune de ces demandes, l'information concernant la date de fin de services ainsi que la raison de la demande est collectée.

Si le CIUSSS ou le CISSS peut répondre à la demande, la femme est assignée à une sage-femme. Dans le cas d'un suivi complet, la date de fin de services correspond à la date de la fin du suivi.

Si le CIUSSS ou le CISSS ne peut répondre à la demande ou s'il y a cessation en cours de suivi, la raison doit être indiquée; les raisons possibles sont les suivantes :

- Refus de participer (arrêt pour des raisons personnelles)
- Transfert vers un autre CIUSSS ou CISSS (mission CLSC), y compris : déménagement, transfert vers une autre constituante (ancien CLSC) du CIUSSS ou du CISSS où elle reçoit le service
- Ne répond plus aux critères (*médicaux lorsque décelés au plus tard lors de la rencontre d'évaluation*)
- *Transfert de responsabilité clinique*
- *Interruptions volontaires de grossesse*
- *Fausse couche*
- *Manque de ressources (sages-femmes)*

2. Les données sur les femmes (et les nouveau-nés) ayant un suivi par une sage-femme

- Renseignements personnels
 - Nom et prénom de la femme
 - Nom et prénom du conjoint (ou de la conjointe)
 - Adresse et numéro de téléphone
 - Territoire de CIUSSS ou de CISSS
 - Langue, état civil, nationalité, occupation, numéro d'assurance sociale, etc.
- Données relatives à la période prénatale
 - Date des dernières menstruations (DDM)
 - Date probable d'accouchement (DPA)
 - Gravida, Para, Aborta
 - Situation et habitudes de vie
 - Clientèle répondant aux critères OLO ou SIPPE
 - *Transferts : date et raison*
 - *Examens : dépistage de la trisomie 21, échographies (date et prescripteur)*

³⁵ Les données présentées en italique sont celles qui ont été ajoutées au système afin de répondre à notre demande des données relatives à la pratique des sages-femmes; les données présentées en romain sont celles qui étaient déjà collectées par le système I-CLSC.

- Données relatives à la période perinatale

Il s'agit d'une nouvelle fenêtre spécifique de la pratique des sages-femmes. Les données collectées sont les suivantes :

- *Nom de la sage-femme responsable*
 - *Nom de la personne qui assiste*
 - *Mode d'entrée en travail, y compris rupture artificielle des membranes (avec dilatation en cm)*
 - *Travail détaillé : durée des périodes de latence, des stades 1, 2 et 3 et de la poussée*
 - *Position de la mère*
 - *Position du fœtus*
 - *Volume de perte sanguine*
 - *Déchirures, épisiotomie, sutures*
 - *Utilisation de ventouse*
 - *Accouchement dans l'eau*
 - *Lieu de la naissance : maison de naissance, domicile, CH (sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un médecin)*
 - *Type d'accouchement : vaginal (AVAC ou non) ou césarienne*
 - *Transfert : date, raison, urgence, lieu d'origine*
- Données relatives à la période postnatale
 - *Date d'accouchement*
 - *Âge gestationnel au moment de l'accouchement*
 - *Transfert : date et raison, urgence, lieu d'origine*
 - Données relatives au nouveau-né
 - *Poids et taille de l'enfant à la naissance*
 - *Score d'APGAR*
 - *Complications et particularités : réanimation lors de la naissance, médicament, vitamine K, prophylaxie ophtalmique*
 - *Transfert du nouveau-né : date, raison, urgence, lieu d'origine*
 - *Alimentation (allaitement)*

3. Les données sur les interventions des sages-femmes

Toutes les données relatives aux interventions significatives des sages-femmes sont collectées.

Les rapports à produire

La collecte des données permet de produire des rapports qui dressent un portrait de la pratique des sages-femmes sous divers angles. Voici quelques exemples de rapports qui peuvent être produits (par sage-femme, par maison de naissance ou pour le Québec).

Suivis par des sages-femmes :

- *Nombre de femmes qui commencent un suivi par une sage-femme*
- *Nombre de femmes qui ont fait une demande, mais n'ont pas reçu de services*
- *Nombre de suivis de femmes « clientèle spécifique »*
- *Nombre de suivis par sage-femme*
- *Nombre d'arrêts de suivi pour une raison personnelle*
- *Nombre d'arrêts de suivi pour une raison médicale*
- *Nombre de transferts en période prénatale, selon la raison*
- *Nombre de transferts en période perinatale, selon la raison*
- *Nombre de transferts de la mère en période postnatale, selon la raison*
- *Nombre de transferts (perinataux et postnataux) urgents, selon la raison*

- Durée des suivis prénataux (de la date de la première rencontre à la date d'accouchement ou à la date de l'arrêt)
- Durée totale des suivis (de la date de la première rencontre à la date de la dernière rencontre postnatale)
- Nombre de femmes ayant obtenu un suivi « complet » par une sage-femme
- Nombre de rencontres avec une sage-femme
- Nombre d'échographies, selon l'âge gestationnel
- Nombre d'échographies, selon le prescripteur

Accouchements :

- Nombre d'accouchements selon le lieu de naissance : maison de naissance, domicile, CH (sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un médecin)
- Nombre d'accouchements par une sage-femme (à titre de responsable ou d'assistante)
- Nombre d'accouchements selon le type d'accouchement : vaginal ou par césarienne
- Nombre de transferts urgents, selon le lieu d'origine
- Taux d'utilisation de ventouse
- Nombre d'accouchements dans l'eau
- Statistiques relatives aux données cliniques
 - Mode d'entrée en travail, y compris la rupture artificielle des membranes
 - Travail détaillé : durée des stades
 - Position de la mère
 - Position du fœtus
 - Volume de perte sanguine
 - Déchirures, épisiotomie, sutures

Nouveau-nés :

- Poids du nouveau-né corrélé avec l'âge gestationnel
- Nombre de nouveau-nés transférés, selon la raison
- Nombre de prématurés
- Nombre de nouveau-nés ayant nécessité une réanimation
- Nombre de nouveau-nés allaités

**DEUXIÈME PARTIE — LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE
SAGE-FEMME AU QUÉBEC D'ICI 2019**

LE PLAN DE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME DANS LES RÉGIONS DU QUÉBEC

L'objectif est que des services de sage-femme soient offerts dans toutes les régions du Québec³⁶ et que 10 % des femmes puissent profiter de ces services. Le tableau de la page suivante présente une répartition des sages-femmes et des maisons de naissance dans les différentes régions sociosanitaires du Québec, en 2019³⁷, qui permettrait l'atteinte de ces objectifs.

Cette répartition est une estimation basée sur le nombre de naissances, en 2012³⁸, dans chacune des régions. Le nombre de sages-femmes requis est estimé à partir de la norme établie par les ententes signées entre le MSSS et le RSFQ et selon laquelle une sage-femme à temps plein assure le suivi de 40 femmes par année.

Le nombre de sages-femmes déterminé pour chaque région ne constitue pas une cible fixe à atteindre. Selon la situation relative, notamment, à l'accessibilité des services d'obstétrique ou à la demande de la population, le nombre de sages-femmes à terme pourrait être inférieur ou supérieur.

L'objectif pour 2019 est que l'on compte 220 ETC sages-femmes au Québec. Ainsi, de 2015 à 2019, 115 ETC devraient être ajoutés au réseau³⁹, soit de 15 à 20 ETC par année, ce qui correspond approximativement au nombre de nouvelles sages-femmes qui seront disponibles sur le marché du travail, soit les sages-femmes qui auront obtenu un baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR et les sages-femmes qui auront obtenu leur diplôme de certificat du programme d'appoint.

Les maisons de naissance

Le plan de déploiement prévoit que, d'ici 2019, un total de 20 maisons de naissance soient mises en place au Québec. Ce plan prévoit la répartition de ces maisons de la façon suivante⁴⁰ :

- 1 maison dans chacune des régions: 01, 02, 03, 04, 05, 07, 12, 13, 14 et 15;
- 4 maisons dans la région de la Montérégie (16);
- 6 maisons dans la région de Montréal (06).

Au moment de rédiger le présent cadre de référence, dix maisons sont déjà en place et deux maisons sont en voie d'implantation dans les régions 02 et 06; elles devraient ouvrir leurs portes au cours de l'année 2015. L'objectif est donc d'implanter, durant les années 2015 à 2019, huit nouvelles maisons dans les régions de Montréal (trois maisons), de Laval (une maison), de Lanaudière (une maison) et de la Montérégie (trois maisons).

L'utilisation des maisons pourrait être maximisée en augmentant le nombre de sages-femmes qui y sont rattachées.

Les régions 08, 09 et 11 n'ont pas un volume d'accouchements suffisant pour justifier l'établissement d'une maison de naissance. Dans ces régions ainsi que dans les territoires à faible densité de population,

³⁶ À l'exclusion des régions Nord-du-Québec (10), Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). La réalité de ces régions commande qu'elles soient considérées à part.

³⁷ La situation à l'automne 2014 est présentée dans l'annexe 13 et un tableau montrant l'écart à combler d'ici 2019 est présenté dans l'annexe 14.

³⁸ Selon les prévisions de l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de naissances a atteint un plateau en 2009 et devait rester stable au cours des dix années suivantes.

³⁹ Voir la situation à l'automne 2014 (annexe 13) et l'écart à combler d'ici 2019 (annexe 14).

⁴⁰ Selon les limites territoriales qui prévalaient en 2014. Voir les notes 40 et 41.

les services doivent être développés selon des modèles adaptés à la réalité de ces milieux (voir la section *La mise en place de services de sage-femme sans maison de naissance*, aux pages 52 et 53.

Déploiement des services de sage-femme dans les régions sociosanitaires du Québec, d'ici 2019

Région sociosanitaire	Nombre de naissances (2012)	Nombre de femmes visées	Nombre de sages-femmes (ETC)	Nombre de maisons de naissance
Bas-Saint-Laurent (01)	1 891	189	4,7	1
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	2 725	272	6,8	1
Capitale-Nationale (03)	7 519	752	18,8	1
Mauricie-et-Centre-du-Québec (04)	4 983	498	12,5	1
Estrie (05) ⁴¹	3 285	329	8,2	1
Montréal (06)	23 536	2 354	58,9	6
Outaouais (07)	4 209	421	10,5	1
Abitibi-Témiscamingue (08)	1 708	171	4,3	0
Côte-Nord (09)	1 006	101	2,5	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	719	72	1,8	0
Chaudière-Appalaches (12)	4 513	451	11,3	1
Laval (13)	4 399	440	11,0	1
Lanaudière (14)	5 363	536	13,4	1
Laurentides (15)	5 915	592	14,8	1
Montérégie (16) ⁴²	16 081	1 608	40,2	4
TOTAL Québec	87 853	8 785	219,6	20

⁴¹ Selon le deuxième alinéa de l'article 168 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région de l'Estrie s'est vue ajouter des territoires qui faisaient partie de la Montérégie. Cette modification n'est pas prise en compte ici. Selon la nouvelle limite territoriale de la région, le nombre de sages-femmes sera plus élevé.

⁴² Selon le premier alinéa de l'article 168 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région de la Montérégie s'est vue retirer des territoires qui font maintenant partie de l'Estrie. Cette modification n'est pas prise en compte ici. Selon la nouvelle limite territoriale de la région, le nombre de sages-femmes sera moins élevé.

Les priorités du MSSS relativement au déploiement des services de sage-femme

Conformément aux orientations de la Politique de périnatalité 2008-2018 (présentées à la page 9), les priorités du MSSS relativement au déploiement des services de sage-femme sont les suivantes :

1. Rendre accessibles les trois types de lieu d'accouchement : maison de naissance (si prévu au plan de déploiement), CH et domicile.
2. Favoriser l'adhésion des clientèles qui vivent en contexte de vulnérabilité.
3. Optimiser l'utilisation des maisons de naissance.
4. Favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Ces priorités doivent être prises en compte dans le cadre de l'élaboration des projets.

**TROISIÈME PARTIE — GUIDE POUR L'ÉLABORATION DE
PROJETS VISANT L'IMPLANTATION DE NOUVEAUX
SERVICES**

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SAGE-FEMME

Le rattachement administratif des sages-femmes

Les services de sage-femme font partie de l'ensemble des services dispensés par le CIUSSS ou le CISSS. Les sages-femmes profitent du soutien clinique et administratif de l'établissement et de l'accès au plateau technique du CH, du CIUSSS ou du CISSS ou du CH de référence, selon la situation.

L'organisation des services peut varier d'un établissement à un autre, en fonction de plusieurs paramètres, notamment :

- le nombre et le type de contrat des sages-femmes;
- le territoire desservi et les distances à parcourir;
- la présence ou non d'une maison de naissance;
- les lieux de naissance possibles;
- la présence de points de service;
- la réalité du réseau local de services;
- les besoins exprimés par la population;
- les caractéristiques de la clientèle et la présence de facteurs de vulnérabilité;
- le nombre de demandes en regard de l'offre de service.

Les éléments incontournables ainsi que quelques règles pouvant guider le mode d'organisation des services de sage-femme sont présentés ci-dessous.

L'équipe d'un service de sage-femme et les rôles de chacun de ses membres

L'équipe d'un service de sage-femme est constituée d'une RSSF, des sages-femmes, des aides natales⁴³ et du personnel assurant le soutien administratif.

La responsable des services de sage-femme

Chaque CIUSSS ou CISSS offrant des services de sage-femme doit nécessairement nommer une RSSF. Les responsabilités que lui assigne la LSSSS ont déjà été présentées à la page 25.

De façon plus spécifique, les fonctions de la RSSF sont les suivantes :

Concernant l'aspect clinique

1. S'assurer de la mise en place et de l'application des mécanismes de soutien clinico-administratif permettant de répondre à toute urgence clinique, jour et nuit.
2. Assurer la rédaction, la mise à jour et l'application des politiques et des procédures du service de sage-femme (ex. : politique d'administration des médicaments, territoire à desservir pour les accouchements et les visites à domicile).

⁴³ Le terme « aide natale » n'est pas reconnu en français, mais nous avons choisi de le conserver ici puisque c'est le terme qui est couramment utilisé dans les services de sage-femme au Québec. On parle également d'« assistantes natales ».

3. Participer à l'élaboration et à l'application des politiques et des procédures de l'établissement qui concernent les services de sage-femme et la périnatalité (politiques de conservation des dossiers, de prévention des infections, de déplacements).
4. Offrir un soutien clinique direct aux sages-femmes de l'équipe et contribuer, lorsque la situation le requiert, à la dispensation de services à la clientèle.
5. Participer à l'élaboration et au suivi des protocoles d'entente de services et de partenariat intra-établissement et interétablissements ainsi qu'avec les autres partenaires, notamment le CH et les SPU.
6. Participer à la sélection des sages-femmes et assurer le suivi relatif à la signature et au renouvellement des contrats des sages-femmes, selon les recommandations du conseil des sages-femmes.
7. Assurer l'orientation et l'intégration des sages-femmes dans l'équipe.
8. S'assurer de la qualité des services de sage-femme par la surveillance du respect des normes de pratique et des critères de compétences associés à la formation continue.
9. Assurer le lien avec les établissements d'enseignement concernant l'organisation de stages dans le service de sage-femme, notamment avec l'UQTR concernant l'organisation du préceptorat.
10. Collaborer avec les autres directions de l'établissement, entre autres le service de la paye, le service santé, les ressources humaines, la gestion des risques ainsi que la ou le commissaire aux plaintes.
11. Représenter les services de sage-femme auprès des ressources professionnelles du milieu et des partenaires ainsi qu'auprès des médias, en collaboration avec le service des communications du CIUSSS ou du CISSS.

Concernant la coordination des services

1. S'assurer du bon fonctionnement quotidien des services de sage-femme (de la maison de naissance), notamment en ce qui concerne l'aménagement des locaux, l'entretien et la réparation du mobilier et des équipements, le choix des fournitures, du matériel et des équipements, la gestion des inventaires et la sécurité des lieux.
2. Assurer la coordination des activités du personnel des services de sage-femme (de la maison de naissance) : adjointe à la coordination, personnel assurant le soutien administratif, agente administrative, aides natales et personnel d'entretien.
3. Collaborer au suivi du budget des services de sage-femme (de la maison de naissance) avec l'équipe de direction et le service des finances.
4. Participer aux rencontres de coordination en périnatalité à l'échelle locale, régionale ou suprarégionale.

Le contrat d'une RSSF qui assure l'ensemble de ces tâches est de 35 heures par semaine. Si elle le souhaite et après avoir conclu une entente avec l'établissement, une RSSF peut déléguer une partie des tâches du volet « coordination » à une adjointe à la coordination, mais elle doit assumer la totalité de ses responsabilités concernant le volet « clinique ». Selon la situation, la RSSF peut choisir d'assumer un certain nombre de suivis complets. Le contrat de la RSSF ne peut pas être inférieur à quatre jours par semaine.

La RSSF offre un soutien clinique direct aux sages-femmes de l'équipe et contribue de façon ponctuelle, lorsque la situation le requiert, à la dispensation de services à la clientèle. Elle peut partager une partie de ses tâches administratives avec une autre personne et choisir d'assumer le suivi d'un petit nombre de femmes.

Les sages-femmes

Une équipe de sages-femmes comprend les sages-femmes, à temps complet ou partiel, ayant signé un contrat avec le CIUSSS et le CISSS. Le nombre d'ETC peut varier selon le nombre de naissances dans la région ou le territoire desservi. Généralement, les équipes sont constituées d'une dizaine de sages-femmes pour un nombre d'ETC moindre, étant donné qu'un nombre significatif de sages-femmes signent des contrats à temps partiel.

On considère qu'une équipe devrait être constituée d'au moins quatre sages-femmes, sauf en régions éloignées où le nombre de naissances est faible. En fonction des besoins et des recommandations du conseil des sages-femmes, une sage-femme de soutien peut compléter l'équipe.

Chaque sage-femme a la responsabilité d'un certain nombre de suivis, selon son contrat. Habituellement, les sages-femmes travaillent en équipe de deux. Afin de pouvoir assurer une garde jour et nuit à la clientèle, chaque équipe se partage la garde de sorte qu'il y ait toujours au moins une sage-femme disponible pour répondre aux appels.

Lorsque vient le moment de l'accouchement, la femme contacte sa sage-femme (ou sa coéquipière) qui se rendra au lieu convenu (maison de naissance, domicile ou CH). Durant la première phase du travail, la sage-femme sera normalement seule à suivre le déroulement du travail. Selon le lieu et les conditions d'organisation dont l'équipe a convenu, elle peut, au besoin, demander le soutien d'une aide natale, voir la section suivante). À partir du second stade du travail, elle sera assistée par une deuxième sage-femme.

Les aides natales⁴⁴

Les aides natales apportent un soutien à l'équipe des sages-femmes et travaillent auprès de la clientèle, sous l'autorité de la responsable des services de sage-femme. Le nombre d'ETC aides natales devrait correspondre au nombre d'ETC sages-femmes selon le ratio de 1 pour 3. Le nombre de personnes assurant ce rôle peut varier selon le modèle d'organisation choisi par l'établissement. Quel que soit le modèle, il doit permettre d'assurer une disponibilité des aides natales jour et nuit.

Les aides natales travaillent essentiellement en maison de naissance, mais elles peuvent aussi être appelées à se rendre à domicile et même au CH dans le cas d'accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme.

Les principales tâches des aides natales sont les suivantes :

- préparer et entretenir le matériel, y compris la stérilisation des instruments;
- apporter le soutien nécessaire aux sages-femmes (matériel, téléphone, copie de dossiers, classement, etc.);
- porter assistance aux sages-femmes lors d'un accouchement (matériel, nourriture, incubateur, etc.);
- soutenir les sages-femmes en cas de consultation ou de transfert périnatal;
- accompagner la mère et la famille dans le processus d'intégration postnatale, y compris l'aide à l'allaitement et le soutien pour remplir les formulaires (ex. : déclaration de naissance);
- assurer la gestion des repas de la cliente et de son conjoint durant le séjour à la maison de naissance, lors de l'accouchement et au cours de la période postnatale;
- assumer les tâches de buanderie et de nettoyage des chambres après le départ de la mère et du nouveau-né;
- participer au soutien postnatal à domicile des femmes qui vivent en contexte de vulnérabilité durant les premiers jours suivant la naissance.

⁴⁴ Le titre « aide natale » n'est pas un titre d'emploi reconnu; il ne fait pas partie de la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. Ce terme fait référence aux fonctions qui lui sont attribuées.

Les aides natales peuvent être appelées à soutenir les sages-femmes lors des accouchements à domicile; elles pourraient notamment s'occuper du nettoyage et du retour du matériel à la maison de naissance. L'avantage de l'apport des aides natales lors des accouchements à domicile doit être évalué en considérant l'organisation des services de l'équipe de sages-femmes.

Dans les cas d'accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme en milieu hospitalier, le soutien d'une aide natale peut être envisagé si le CH fait partie du CIUSSS ou du CISSS de qui relèvent les sages-femmes. La présence d'une aide natale peut permettre à la cliente de prolonger son séjour de quelques heures. Dans les cas où l'accouchement a lieu dans un autre établissement, la présence d'une aide natale est possible si l'établissement y consent et selon les conditions qui seront définies dans l'entente entre cet établissement et le CIUSSS ou CISSS.

Le titre d'emploi aide natale n'étant pas reconnu, nous recommandons que les aides natales soient embauchées à titre d'auxiliaires aux services de santé et sociaux, ce qui est le cas présentement dans la plupart des CIUSSS ou CISSS qui offrent des services de sage-femme. Une formation de 900 heures constitue normalement un critère d'embauche pour cet emploi; une entente locale doit alors être signée avec le syndicat afin de leur reconnaître une équivalence pour la formation requise.

Les aides natales doivent avoir suivi et réussi une formation en stérilisation, en soutien à l'allaitement maternel et avoir une certification à jour en RCR (adulte et bébé). Selon la formation ou l'expérience qu'elles possèdent à l'embauche, elles compléteront leur formation lors d'une période d'orientation offerte dans le service ou au CIUSSS ou au CISSS.

Le soutien administratif

Une équipe de sages-femmes est appuyée par une agente administrative à temps complet (1 ETC). Un ajout de personnel, par exemple un commis de bureau, ponctuel ou continu, peut être nécessaire selon le nombre de sages-femmes et la quantité de demandes de services.

L'agente administrative travaille en étroite collaboration avec la RSSF. Ses fonctions sont les suivantes :

- accueillir la clientèle;
- répondre aux demandes d'information générale de la part du public;
- inscrire les demandes des femmes qui désirent un suivi par une sage-femme;
- participer à l'attribution des clientes aux sages-femmes;
- assurer la gestion des rendez-vous avec les sages-femmes;
- apporter un soutien aux sages-femmes relativement aux demandes d'analyse en laboratoire : inscription des tests, impression des étiquettes, gestion des résultats;
- assurer la réception, la distribution et le classement de documents (version papier ou électronique), en collaboration avec le service des archives;
- assurer la gestion de la correspondance;
- assurer le suivi relatif aux commandes de matériel et à la facturation associée;
- assurer un lien avec différents services administratifs du CIUSSS ou du CISSS;
- participer à la saisie de données statistiques relatives aux services;
- effectuer toute autre tâche qui relève de ses compétences, requise par la RSSF ou par l'équipe de sages-femmes (par exemple : télécopie, copie de dossier).

La clientèle desservie

Selon l'article 6 de la LSSSS, toute personne a le droit de choisir le professionnel et l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé et des services sociaux. Ainsi, toute femme peut faire une demande à un CIUSSS ou un CISSS offrant des services de sage-femme et le CIUSSS ou le CISSS ne peut refuser d'y répondre en invoquant son territoire de résidence.

Cependant, si les demandes dépassent la capacité de réponse du service, chaque CIUSSS ou CISSS peut déterminer ses propres critères de priorisation de la clientèle selon les recommandations du conseil des sages-femmes.

Les principes relatifs à la priorisation de la clientèle sont les suivants :

1. Viser la meilleure accessibilité possible aux services de sage-femme.

Dans la mesure où la femme répond aux critères d'admissibilité (définis par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin), aucune demande ne devrait être refusée pour une raison autre que la capacité d'accueil de l'équipe.

2. Lorsque le plan de déploiement ne prévoit qu'une seule équipe de sages-femmes ou une seule maison de naissance dans une région, les services devraient desservir la clientèle de toute la région, sans égard au territoire de CIUSSS ou de CISSS de provenance de la femme.

C'est le cas présentement de la plupart des régions où sont offerts des services de sage-femme. Bien qu'ils soient rattachés à un CIUSSS ou un CISSS, ces services acceptent la clientèle de toute la région. Afin de faciliter l'accès des services aux femmes des autres territoires, des points de service peuvent être mis sur pied (voir les pages 52 et 53).

3. À Montréal et en Montérégie, comme le plan de déploiement prévoit plus de une maison de naissance, chaque CIUSSS ou CISSS offrant des services de sage-femme doit définir son bassin de desserte.

Ce bassin de desserte peut être défini selon le territoire de CIUSSS ou de CISSS, la distance ou la zone géographique. Au terme du déploiement, l'accès aux services de sage-femme devrait être équitable pour toutes les femmes.

4. La clientèle vivant dans un contexte de vulnérabilité doit être priorisée.

Les règles régissant la priorisation des clientes doivent favoriser l'admission des femmes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité, et ce jusqu'à la 32^e semaine de leur grossesse; le processus d'attribution des clientes doit pouvoir être adapté à cette réalité.

5. Accepter une cliente ne signifie pas nécessairement que la sage-femme a l'obligation de se rendre au domicile de cette cliente.

Dans le cas d'une cliente qui demeure loin du lieu de dispensation des services ou de la maison de naissance, il se peut que ce soit la cliente qui doive se déplacer pour l'ensemble de son suivi ainsi que pour l'accouchement, et non la sage-femme, à l'exception de l'une des visites post-natales de la première semaine. Des règles encadrant ces déplacements doivent être définies.

6. Si les demandes dépassent l'offre de service, des règles de priorisation doivent être définies afin de fournir au CIUSSS ou au CISSS des critères concernant l'acceptation ou le refus des demandes.

Chaque CIUSSS ou CISSS peut définir ses propres règles de priorisation, en fonction de critères comme : la date de la demande (principe du « premier arrivé, premier servi »), le fait d'avoir déjà été, ou non, suivie par un service de sage-femme, le CIUSSS ou le CISSS ou la région de résidence, la distance ou la zone géographique, etc.

Ces règles de priorisation peuvent aussi être définies en tenant compte de la réalité du milieu (un CIUSSS ou un CISSS pourrait par exemple prioriser les femmes en provenance d'un territoire où l'accès à un suivi médical est particulièrement restreint) ou de la présence ou non de services de sage-femme dans le territoire de provenance de la demande. La définition de ces règles doit tenir compte de l'avis du conseil des sages-femmes qui a, entre autres responsabilités, celle de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres.

Les demandes de services et l'attribution des clientes

Les femmes enceintes qui désirent un suivi par une sage-femme en font la demande en s'adressant directement au service ou à la maison de naissance. Après avoir vérifié sommairement que la femme répond aux critères d'admission, l'agente administrative inscrit sa demande.

Toutes les femmes et tous les couples qui demandent un suivi par une sage-femme pour la première fois sont invités à assister à une rencontre d'information sur les services de sage-femme. Cette rencontre permet de s'assurer que la femme ou le couple comprend le modèle de pratique et le fonctionnement d'un suivi par une sage-femme. Ces rencontres ont lieu de une à deux fois par mois, en fonction du volume de demandes. Selon la situation, ces rencontres peuvent n'être offertes qu'aux femmes ayant déjà une place assurée, ou au contraire, être ouvertes à toute la population, par exemple dans le cas de l'implantation d'un nouveau service.

L'attribution des clientes est assurée par la RSSF. Comme le mode d'attribution des places présentement en application comporte des désavantages, il est recommandé de le réviser afin d'éviter, notamment, que des femmes inscrites sur une liste d'attente commencent un suivi avec un médecin et soient rappelées en cours de grossesse si une place se libère.

Selon les données des années 2007-2011, environ 10 % des femmes cessent leur suivi avant 32 semaines de grossesse (la principale raison de l'arrêt est la fausse couche) et sont remplacées par des femmes au même stade de grossesse.

La maison de naissance

La maison de naissance constitue généralement le cœur de la pratique des sages-femmes. Elle est rattachée administrativement à un CIUSSS ou un CISSS et réservée aux services de périnatalité de première ligne. Elle doit être conçue de manière à ce que les femmes et les familles puissent y trouver un contexte familial pendant toute la durée de leur grossesse et de leur accouchement (voir la définition de la maison de naissance adoptée par l'OSFQ et le RSFQ dans l'annexe 15).

La maison de naissance est le lieu où la plupart des femmes enceintes suivies par une sage-femme auront leurs consultations prénatales ainsi que leur accouchement et leurs consultations postnatales.

La maison de naissance doit également offrir aux femmes et à leur famille un lieu d'échanges, de rencontre et de ressourcement. La maison de naissance doit présenter les caractéristiques suivantes :

1. Offrir les conditions sécuritaires pour les accouchements.

La maison de naissance doit offrir un environnement sécuritaire pour les accouchements. Les équipements adéquats et fonctionnels doivent être facilement accessibles. La maison doit être installée à une distance d'un CH qui permette qu'un transfert puisse y être fait dans un délai raisonnable (environ 30 minutes). L'accessibilité jour et nuit aux services ambulanciers est obligatoire.

2. Favoriser l'intégration des services de sage-femme aux autres services de périnatalité.

La maison de naissance peut regrouper un ensemble de services s'adressant aux femmes et à leur famille durant la grossesse et les quelques semaines suivant la naissance, offerts par le CIUSSS ou le CISSS ou les organismes communautaires en périnatalité.

3. Répondre aux besoins de la communauté.

Une maison de naissance est un lieu ancré dans la communauté. Comme son nom l'indique, elle doit ressembler davantage à une maison qu'à un établissement et être aménagée de façon conviviale et

accueillante. Elle doit aussi permettre aux femmes et aux familles de se regrouper, notamment par l'intermédiaire des activités organisées par le comité de parents.

4. Favoriser une pratique axée sur la continuité et le respect du caractère naturel de la grossesse.

La maison de naissance doit favoriser la continuité des soins prénataux, périnataux et postnataux. Elle est un milieu consacré à la grossesse normale et à l'accouchement physiologique, c'est-à-dire qui se déroule normalement. Les espaces prévus pour les accouchements sont situés en retrait afin de favoriser l'intimité des femmes en travail. Les chambres doivent être aménagées de manière à respecter le caractère naturel de l'accouchement. La durée du séjour après la naissance est de trois à 24 heures.

5. Favoriser l'accueil des femmes qui vivent en contexte de vulnérabilité.

Les femmes vivant en contexte de vulnérabilité constituent une clientèle qui bénéficierait de l'approche personnalisée de la pratique des sages-femmes. Mais inciter ces femmes à y avoir recours représente un défi. Par son aménagement convivial et accueillant ainsi que par la présence d'autres services de périnatalité, la maison de naissance peut certes contribuer à atteindre cet objectif.

6. Favoriser une organisation efficiente du travail des sages-femmes.

La maison de naissance permet aux sages-femmes de centraliser leurs activités et d'exécuter diverses fonctions dans une même période de temps, par exemple continuer les consultations tout en assurant la disponibilité requise auprès d'une femme en début de travail. De plus, lorsqu'une femme accouche à la maison de naissance, la visite postnatale qui doit être effectuée dans les 24 premières heures peut se faire sur place, au lieu de se faire au domicile de la mère.

7. Permettre l'accueil des stagiaires.

La maison de naissance est un milieu de stage et d'enseignement pour les étudiantes en « pratique sage-femme » qui y effectuent cinq stages de quatorze semaines. L'accueil d'étudiants en médecine (médecine de famille ou spécialité), en soins infirmiers ou d'autres disciplines pouvant être pertinentes doit aussi être favorisé. Les stages en maison de naissance permettront une meilleure connaissance de la pratique des sages-femmes et favoriseront la collaboration interprofessionnelle.

Description des lieux physiques

Une maison de naissance peut être aménagée dans divers types de locaux, selon des modèles différents, en fonction de la réalité du milieu. Elle est installée dans des locaux distincts du milieu hospitalier, dans un lieu central, facilement accessible.

La maison de naissance comprend des espaces prévus pour l'accueil des clientes, les consultations prénatales et postnatales, les réunions et les rencontres de groupe ainsi que des chambres aménagées pour les accouchements.

Chaque maison de naissance doit être conçue en fonction de la clientèle qu'elle doit desservir. Selon les régions, des facteurs tels que l'étendue du territoire ou la présence de points de service doivent être considérés. En règle générale, une maison de naissance doit pouvoir accueillir environ 400 familles par année. Par ailleurs, le nombre de chambres de naissance doit tenir compte du fait qu'environ 25 % des femmes ayant bénéficié d'un suivi par une sage-femme accoucheront en milieu hospitalier, à la suite d'un transfert prénatal, ou à domicile.

Une maison de naissance pourrait comprendre ce qui suit :

Aires de consultation

- Aire d'accueil
- Bureaux de consultation : le nombre de bureaux dépend du nombre de sages-femmes de l'équipe; on estime qu'une maison de naissance devrait contenir 1 bureau pour 2 ETC sages-femmes.
- Bureau de la RSSF
- Au moins 1 bureau pour d'autres professionnels ou en cas de débordement
- Bureau additionnel contenant une table d'examen gynécologique
- Salle de jeu pour les enfants et la famille
- Salle de documentation et de rencontre
- Salle communautaire
- Local des stagiaires

Aires d'accouchement

- Chambres de naissance (trois ou quatre, selon le volume d'accouchements prévu à la maison de naissance)
- Cuisine et salon des parents
- Dépôt de matériel propre
- Dépôt de matériel souillé
- Local d'entreposage général
- Local des sages-femmes et du personnel (avec une cuisinette)
- Local des aides natales

L'annexe 16 décrit les éléments de programmation dont il faut tenir compte dans la conception d'un projet de maison de naissance.

La mise en place de services de sage-femme sans maison de naissance

Dans les régions 08, 09 et 11 n'ayant pas un volume d'accouchements suffisant pour justifier la mise en place d'une maison de naissance comme celle qui a été décrite précédemment ainsi que dans les territoires à faible densité de population, les services doivent être développés selon des modèles adaptés à la réalité de ces milieux.

Les projets qui y seront élaborés, en concertation avec les acteurs concernés, doivent innover dans l'utilisation des ressources professionnelles et matérielles du milieu. L'intégration des sages-femmes doit notamment miser sur une collaboration interprofessionnelle élargie avec les médecins de famille et les infirmières.

Au regard des ressources matérielles, des bureaux de consultation pour les sages-femmes et une chambre aménagée de manière à ce que les femmes puissent y accoucher pourraient être intégrés à des espaces existants dans la communauté, par exemple dans une maison de la famille.

Dans les régions où les femmes doivent se déplacer à l'avance en vue de leur accouchement, il serait intéressant d'explorer la possibilité d'offrir un volet « hébergement prénatal », ce qui permettrait aux femmes de profiter de différents services en fin de grossesse.

Les points de service

Afin de rendre ses services accessibles à un plus grand nombre de femmes et de couples, un CIUSSS ou un CISSS offrant des services de sage-femme (le CIUSSS ou le CISSS responsable) peut convenir d'une

entente avec un ou plusieurs autres CIUSSS et CISSS (les CIUSSS et CISSS receveurs). Cette entente peut notamment permettre au CIUSSS ou au CISSS responsable d'offrir des consultations prénatales et postnatales dans les locaux du CIUSSS ou du CISSS receveur.

La collaboration d'un CIUSSS ou d'un CISSS receveur permet ainsi que la clientèle puisse recevoir des services de sage-femme à proximité du lieu de résidence. L'annexe 17 fournit un exemple d'entente de prêt de services entre un CIUSSS et un CISSS offrant déjà des services de sage-femme dans une maison de naissance et un autre CIUSSS ou CISSS.

Des points de service ont été mis sur pied dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale-Nationale et de la Mauricie-et-Centre-du-Québec.

L'implication des parents et de la communauté

Considérant l'historique des maisons de naissance et l'approche de leurs services, les CIUSSS et les CISSS doivent privilégier l'établissement d'un lien étroit avec la communauté. L'implication des parents doit être favorisée; ils doivent être invités à participer à la vie de la maison de naissance (ou des services de sage-femme) dans la perspective du développement d'un réseau communautaire autour de la maison.

L'implication des parents peut prendre différentes formes, en fonction de la réalité du milieu. Un regard critique des expériences ayant connu du succès permet de faire ressortir des pratiques probantes. En voici quelques-unes :

- L'implication des parents nécessite un soutien de la part du CIUSSS et du CISSS. La présence d'une personne assurant le rôle d'agent de liaison entre les parents et la maison de naissance peut s'avérer déterminante pour en assurer la viabilité. Ce rôle consiste notamment à mobiliser les parents et à diffuser de l'information. Il peut être assumé par une ressource de la maison de naissance (sage-femme, aide natale, agente administrative, agente de programmation, etc.) ou du CIUSSS ou du CISSS (organisatrice communautaire).
- Divers moyens peuvent favoriser l'implication des parents. Sans qu'il s'agisse d'une structure officielle rattachée légalement au CIUSSS et au CISSS, un comité ou un réseau peut être mis en place : sous-comité du conseil des sages-femmes, participation au comité des usagers de l'établissement, rencontres d'échanges avec l'équipe des sages-femmes, etc.
- Les parents sont reconnus dans leur capacité à déterminer leurs besoins et les moyens d'y répondre. Ils doivent pouvoir être autonomes dans la planification, l'organisation et le choix de leurs activités, dans le respect de la vision sociale de la naissance. Il peut s'agir d'activités d'information sur divers sujets, de rassemblements (rassemblement annuel par exemple) ou d'activités de promotion de la maison de naissance.
- La disponibilité d'un budget provenant d'activités d'autofinancement ou de contributions (fondation, comité des usagers, etc.) apporte un soutien aux parents dans l'organisation de leurs activités.
- Lors de la mise en place d'un nouveau projet ou d'une maison de naissance, l'implication des parents qui se sont mobilisés en vue de la réalisation de ce projet devrait être encouragée. Leur implication favorise l'ancrage du projet dans la communauté et sert de levier à la participation des autres parents.

Le groupe, le réseau ou le comité mis en place ne peut avoir de rôle décisionnel dans l'organisation et la dispensation des services, ni dans les décisions d'ordre administratif, mais il doit être reconnu à titre consultatif. Sa contribution peut être bénéfique au processus d'amélioration continue des services ainsi que dans l'actualisation de la mission communautaire de la maison de naissance. L'implication des

parents permet un rapprochement entre les services, les équipes et la communauté; elle permet aussi de faire connaître l'expérience des usagers.

RÈGLES ENCADRANT L'ÉLABORATION D'UN PROJET VISANT LA MISE EN PLACE DE SERVICES DE SAGE-FEMME ET LE DÉPÔT D'UN PROJET AU MSSS

Le rôle et les responsabilités des diverses instances du réseau de la santé relativement aux services de sage-femme

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le rôle du MSSS, relativement aux services de sage-femme, est le suivant :

- Préciser les objectifs à atteindre relativement au déploiement des services de sage-femme dans les différentes régions du Québec.
- Produire et diffuser les lignes directrices relatives à l'élaboration de projets visant la mise en place de services de sage-femme et de maisons de naissance.
- Élaborer un plan de déploiement des services en fonction de la main d'œuvre (sages-femmes) disponible.
- Susciter l'élaboration de projets auprès des CIUSSS et CISSS.
- Soutenir l'élaboration des projets dans les différentes régions du Québec et faire, éventuellement, des commentaires ou des suggestions.
- Analyser les projets en se basant sur les critères de priorisation qui ont été définis (voir la section suivante page 58).
- Adopter les projets et allouer le budget requis pour en assurer l'implantation et le fonctionnement.
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population.
- Suivre périodiquement les résultats et évaluer l'atteinte des objectifs à l'échelle provinciale.

Les centres intégrés de santé et de services sociaux

Les services de sage-femme doivent nécessairement être rattachés administrativement à un CIUSSS et un CISSS. Il revient donc aux CIUSSS et aux CISSS d'élaborer les projets visant l'implantation de ces services ou d'une maison de naissance sur leur territoire. Selon les territoires desservis, il peut y avoir une ou plusieurs équipes de sages-femmes rattachées à un CIUSSS et un CISSS.

Le processus de planification

Au regard de la planification des services, les fonctions du CIUSSS et du CISSS sont les suivantes :

- Déterminer les besoins au regard des services de périnatalité.
- Prévoir des modalités et développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction au regard des résultats obtenus.

- Élaborer un plan d'organisation afin qu'environ 10 % des femmes puissent recevoir des services de sage-femme selon le plan de déploiement ministériel et en fonction des besoins déterminés et des demandes de la population.

Le processus d'élaboration du projet

Au regard du processus d'élaboration du projet, les fonctions du CIUSSS et du CISSS sont les suivantes :

1. Documenter l'état de la situation :
 - Les caractéristiques de chacun des territoires et de la région
 - Le nombre de naissances sur chacun des territoires, l'évolution en fonction du temps
 - L'offre de service actuelle en obstétrique sur chacun des territoires
 - La mobilisation du milieu, les demandes de la population
 - Les besoins de la clientèle
2. Instaurer un mécanisme de coordination avec les partenaires concernés relativement à la réflexion sur le développement de services de sage-femme sur le territoire desservi par le CIUSSS et le CISSS.
3. Prévoir la participation des clientes et des familles, souvent représentées par des groupes de citoyens mobilisés, à l'ensemble du processus afin de s'assurer que le projet répondra à leurs besoins.
4. Préciser les services ainsi que les conditions et les modes de prestation des services qui pourraient être offerts par les sages-femmes, les lieux de pratique, les corridors de service, la complémentarité et l'arrimage avec les autres services et les autres professionnels en place.
5. Prévoir les ressources humaines et le matériel requis.
6. Déterminer les partenaires concernés et les ententes de collaboration à conclure.
7. Planifier le processus d'implantation.
8. Déterminer les indicateurs et les modes d'évaluation.
9. Présenter le projet aux divers partenaires ou instances concernés par le projet et obtenir leur adhésion.
10. Veiller à ce que les projets soient en conformité avec le présent cadre de référence.
11. Soumettre le projet au MSSS aux fins d'approbation et de financement.
12. Soutenir l'implantation du projet à la suite de l'annonce de son financement par le MSSS.
13. Suivre les résultats et évaluer l'atteinte des objectifs.

Il est fortement recommandé que l'élaboration soit confiée à une ou un chargé(e) de projet. Cette personne devrait être une sage-femme ou, à défaut, une personne possédant une bonne connaissance de la profession de sage-femme; dans ce dernier cas, une sage-femme doit être impliquée dans le processus.

La présentation du projet au MSSS aux fins d'adoption et de financement

Tout au long du processus d'élaboration, toute demande doit être adressée à la Direction des services mère-enfant de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire.

Les projets doivent être acheminés à la Direction générale des services de santé et médecine universitaire.

Les projets déposés au MSSS doivent comprendre ce qui suit :

1. La description de la situation

Le projet doit d'abord présenter la situation actuelle sur le territoire (ou dans la région) où l'on souhaite ajouter ou implanter de nouveaux services de sage-femme. Cette description doit inclure toutes les informations démontrant la pertinence du projet, notamment :

- les caractéristiques du territoire ou de la région :
 - les territoires de CIUSSS et de CISSS,
 - l'étendue du territoire,
 - les données socioéconomiques, la présence de facteurs de vulnérabilité;
- le nombre de naissances sur le territoire, l'évolution en fonction du temps;
- l'offre de service en obstétrique :
 - l'accessibilité au suivi de grossesse,
 - l'accessibilité à des services de première ligne,
 - les lieux d'accouchement,
 - l'accès actuel aux services de sage-femme;
- la mobilisation du milieu, les demandes de la population;
- l'ouverture du milieu à l'implantation de services de sage-femme, les appuis.

2. La description du projet

- Les services ainsi que les conditions et les modes de dispensation des services qui seraient offerts par les sages-femmes : les lieux de pratique (y compris les lieux d'accouchement), les corridors de service, la complémentarité et l'arrimage avec les autres services et professionnels en place
- La description de la maison de naissance, le cas échéant
- Le nombre de suivis visé et la contribution attendue des services de sage-femme à l'offre de service en périnatalité sur le territoire (ou dans la région)
- Les ressources humaines : RSSF, sages-femmes, aides natales, agente administrative
- Le budget requis :
 - le budget de fonctionnement récurrent
 - le budget d'implantation (non récurrent), y compris les équipements et les coûts d'aménagement des locaux
- L'échéancier

Les critères de priorisation des projets

Les critères qui pourraient guider l'acceptation et le financement de projets par le MSSS sont⁴⁵ les suivants :

1. Le nombre de naissances sur le territoire et le nombre de sages-femmes visé par le plan de déploiement
2. L'offre de service en obstétrique :
 - l'accessibilité au suivi de grossesse
 - l'accessibilité des services de première ligne
 - la capacité d'accueil des unités d'obstétrique
3. La réponse aux priorités du MSSS, à savoir :
 - rendre accessibles les trois types de lieu d'accouchement : maison de naissance (si la situation le permet), CH et domicile.
 - favoriser l'adhésion de la clientèle qui vit en contexte de vulnérabilité.
 - optimiser l'utilisation des maisons de naissance.
 - favoriser la collaboration interprofessionnelle.
4. L'accès actuel aux services de sage-femme dans les régions et les territoires limitrophes
5. L'adhésion du milieu à l'implantation de services de sage-femme.
6. Les demandes de la population
7. L'adaptation à la réalité du milieu

⁴⁵ L'ordre de présentation ne correspond pas nécessairement à l'ordre d'importance.

LISTE DES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

Les membres du Comité consultatif sur le développement de la pratique sage-femme au Québec :

Claudia Faille, présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec

Lorraine Fontaine, représentante de la Coalition pour la pratique des sages-femmes

Andrée Gagnon, médecin de famille, présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Raymonde Gagnon, directrice du programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR

Hugo Lemay, directeur, Direction famille et communauté, CSSS de Gatineau

Christine Mimeault, coordonnatrice des services spécialisés en santé physique et du service Performance, information, liaison, Agence de la santé et des services sociaux (Agence) du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Marie-Ève St-Laurent, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Dominique Tremblay, obstétricien-gynécologue, représentant de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec

Du MSSS :

Yves Lapointe et Joëlle St-Pierre, Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement, Direction générale du personnel réseau et ministériel

France Laverdière, Direction de l'éthique et de la qualité, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité

Lise-Anne Piette, Direction de l'expertise et de la normalisation, Direction générale du financement, des immobilisations et du budget

Des agences et des établissements :

Julie Desjardins, directrice, Direction régionale de la coordination des programmes et des services, Agence de Laval

Anne Goubayon, responsable des services de sage-femme, CSSS du Sud-de-Lanaudière

Rébecca St-Onge, responsable des services de sage-femme, CSSS de la Vielle-Capitale

ANNEXES

Annexe 1 : Articles 6 à 8 de la Loi sur les sages-femmes définissant le champ d'exercice des sages-femmes

Article 6

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

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

2° à pratiquer l'accouchement spontané;

3° à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée;

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

Article 7

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

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

2° conseille et informe le public sur l'éducation sanitaire en périnatalité ».

Article 8

« Aux fins de donner les soins et les services professionnels visés à l'article 6, une sage-femme peut prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste établie par règlement en vertu du premier alinéa de l'article 9, suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement.

Aux mêmes fins, une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter une analyse ou un examen mentionné dans la liste établie par règlement en vertu du deuxième alinéa de l'article 9, suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement ».

Annexe 2 : Liste des médicaments qu'une sage-femme peut prescrire et administrer

MÉDICAMENTS QU'UNE SAGE-FEMME PEUT PRESCRIRE OU ADMINISTRER À LA MÈRE (Annexe 1 du Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire dans l'exercice de sa profession)

Substances	Spécifications et conditions
Acétaminophène	Pour usage au cours des périodes prénatale et postnatale
Acétaminophène, caféine et codéine (en association)	Forme pharmaceutique contenant 300 mg et moins d'acétaminophène, 15 mg et moins de caféine et 8 mg et moins de codéine par comprimé Quantité limitée pour une période de 2 jours
Acétaminophène et codéine (en association)	Forme pharmaceutique contenant 325 mg et moins d'acétaminophène et 30 mg et moins de codéine par comprimé Quantité limitée pour une période de 2 jours
Acide alginique	
Acide folique	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours de la période prénatale
Ampicilline	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie lors de la rupture prolongé des membranes chez une femme asymptomatique ou en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta- hémolytique
Béthaméthasone, clotrimazole et mupirocine (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration de béthaméthasone est de 0,1 %, la concentration de clotrimazole est de 10 % et la concentration de mupirocine est de 2 % pour le traitement des mycoses au niveau des mamelons chez la femme qui allaite
Béthaméthasone, miconazole et mupirocine (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration de béthaméthasone est de 0,1 %, la concentration de miconazole est de 2 % et la concentration de mupirocine est de 2 % pour le traitement des mycoses au niveau des mamelons chez la femme qui allaite.

Carbonate de calcium

Carboprost trométhamine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 0,25 mg en prophylaxie si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate et inefficacité d'ocytocine synthétique

Chlorure de sodium Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 0,9 % pour le remplacement des liquides si pertes sanguines postnatales abondantes, si hémorragie ou pour dilution

Citrate de sodium / laurylsulfate de sodium Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale

Clindamycine Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta-hémolytique, si allergie à la pénicilline G

Clotrimazole Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale dont la concentration est de 1 %

Dextrose Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 5 %
ou
Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale en vue de procéder à un test de tolérance au glucose

Dextrose et chlorure de sodium (en association) Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration de dextrose est de 5 % et la concentration de chlorure de sodium est de 0,45 %

Diazépam Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale pour le traitement des convulsions, si inefficacité de sulfate de magnésium

Diphenhydramine, chlorhydrate de Forme pharmaceutique destinée à une administration par parentérale pour le traitement de réactions allergiques, avec ou sans réaction anaphylactique, sans élévation de la température ou atteinte systémique

Docusate de calcium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale
Docusate de sodium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale
Épinéphrine	Présentation sous forme d'auto-injecteur ou d'ampoule dont la concentration est de 1 mg/ml pour le traitement d'urgence de réactions anaphylactiques
Érythromycine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta-hémolytique, si allergie à pénicilline G et résistance à clindamycine
Fumarate ferreux	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale, si intolérance à sulfate ferreux
Gluconate de calcium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 10 % comme antidote à sulfate de magnésium dans l'attente du transfert de responsabilité clinique à un médecin
Gluconate ferreux	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale, si intolérance à sulfate ferreux et à fumarate ferreux
Glycérine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale
Hamamélis et glycérine (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration d'hamamélis est de 50 %
Hydrocortisone et sulfate de zinc (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie rectale dont la concentration d'hydrocortisone est de 0,5 % et la concentration de sulfate de zinc est de 0,5 %
Hydroxyde d'aluminium et de magnésium	
Ibuprofène	Pour usage au cours de la période postnatale
Immunoglobuline humaine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale au cours des périodes prénatale et

postnatale

Lactate Ringer	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion pour le remplacement des liquides si pertes sanguines postnatales abondantes ou si hémorragie
Lidocaïne	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique dont la concentration est de 4 % pour action sur les muqueuses vaginales lors de réparation de lacérations mineures Ou Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de 1 %
Lorazéпам	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies orale et sublinguale en vue de procéder à l'extraction manuel du placenta, si hémorragie
Magnésium, sulfate de	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale pour le traitement des convulsions
Maléate d'ergonovine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie ou si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate et inefficacité d'ocytocine synthétique
Miconazole	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale au cours de la période prénatale dont la concentration est de 2 %
Misoprostol	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies orale et rectale si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate ou inefficacité ou indisponibilité d'ocytocine synthétique
Morphine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale au cours de la période perinatale lors de latence prolongée chez la primipare et au cours de la période postnatale
Multivitamines et minéraux	
Nitroglycérine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie sublinguale en pulvérisation si activité utérine excessive accompagnée d'une fréquence cardiaque foetale

	inquiétante ou d'une procidence du cordon
Ocytocine synthétique	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie ou si hémorragie au cours de la période postnatale immédiate
Pénicilline G	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en prophylaxie à l'égard du streptocoque du groupe bêta-hémolytique
Psyllium (mucilage)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale au cours des périodes prénatale et postnatale
Succinate de doxylamine et chlorhydrate de pyridoxine (en association)	Forme pharmaceutique contenant 10 mg de succinate de doxylamine et 10 mg de chlorhydrate de pyridoxine par comprimé
Sulfate ferreux	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale
Terconazole	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies topique et vaginale au cours de la période prénatale dont la concentration est de 0,4 %, si inefficacité de clotrimazole et de miconazole
Vaccin R.R.O.	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale au cours de la période postnatale
Vitamine B6	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale pour le traitement de nausées au cours de la période prénatale
Vitamine B12	Pour usage au cours de la période prénatale
Vitamine D et calcium (en association)	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale en prophylaxie

MÉDICAMENTS QU'UNE SAGE-FEMME PEUT PRESCRIRE OU ADMINISTRER À L'ENFANT
(Annexe II du Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire dans l'exercice de sa profession)

Substances	Spécificités et conditions
Ampicilline	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence et à la suite d'une consultation médicale
Chlorure de sodium	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale en perfusion dont la concentration est de 0,9 % chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence ou pour dilution
Épinéphrine	Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies parentérale et endotrachéale dont la concentration est de 0,1 mg/ml lors de manoeuvres de réanimation néonatale
Érythromycine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie ophtalmique dont la concentration est de 0,5 % en prophylaxie chez le nouveau-né
Gentamicine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence et à la suite d'une consultation médicale
Immunoglobuline antihépatite B	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale
Naloxone, chlorhydrate de	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale dont la concentration est de concentration est de 0,4 mg/ml chez le nouveau-né présentant une condition d'urgence
Nystatine	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale, dans une présentation en suspension pour le traitement des mycoses buccales non récidivantes et non résistantes
Pénicilline G	Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale chez le nouveau-né présentant une

condition d'urgence et à la suite d'une consultation médicale

Vaccin de l'hépatite B

Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie parentérale

Violet de gentiane

Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie topique, dans une solution aqueuse dont la concentration est de 1 % ou moins

Vitamine D

Forme pharmaceutique destinée à une administration par voie orale chez l'enfant allaité

Vitamine K1

Formes pharmaceutiques destinées à une administration par voies parentérale et orale

Annexe 3 : Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession

1. Les examens et les analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter sont les suivants :

1° les examens et les analyses destinés à la mère inscrits à l'annexe I aux conditions, s'il y a lieu, qui y sont déterminées;

2° les examens et les analyses destinés à l'enfant inscrits à l'annexe II;

3° les examens et les analyses destinés au père inscrits à l'annexe III aux conditions qui y sont déterminées.

Aux fins du présent règlement, une sage-femme ne peut effectuer un examen ou une analyse en laboratoire.

ANNEXE I (Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À LA MÈRE

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Acide folique	X	X	X	
Amniocentèse	X			
Analyse d'urine (examen sommaire)	X	X	X	
Anatomo-pathologie du placenta et du cordon	X			
Bilan hépatique (LDH, ALT, AST, GGT, bilirubine directe et indirecte)	X	X	X	
Bilan rénal (BUN, créatinine, protéine, albumine, acide urique, urée)	X	X	X	
Coombs indirect	X	X	X	
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X	
Dépistage pour les ITS	X	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X	
Dosage de la TSH	X	X	X	
Échographie obstétricale	X			

Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X		Pour la mère à risque présentant une hémoglobino-pathie
Épreuve d'hyperglycémie provoquée	X	X	X	
Examens sérologiques	X	X	X	
Fer sérique + fixation du complément (TIBC)	X	X	X	
Ferritine	X	X	X	
Formule sanguine complète	X	X	X	
Glycémie	X	X	X	
Groupe sanguin et Rhésus	X	X	X	
Marqueurs sériques	X	X		
Monitoring foetal	X	X	X	
Profil biophysique	X			
Protéinurie des 24 heures	X	X	X	Après 20 Semaines de gestation
Recherche d'anticorps irréguliers	X	X	X	
Recherche de cellules Fœtales (kleihauer)	X	X	X	Pour la mère RH négatif chez qui une intervention est pratiquée ou présentant

				un traumatisme augmentant le risque de transfusion foeto-maternelle et où il n'y a pas eu une prophylaxie avec les immuno-globulines
Test de grossesse (urine HCG)	X	X	X	
Test de grossesse (sang bêta-HCG)	X	X	X	
Test de réactivité foetale	X	X	X	
Test papanicolaou (cytologie endo-col, exo-col et vagin)	X	X		
Dosage de Vitamine B12	X	X	X	

ANNEXE II (Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À L'ENFANT

	Prescrire	Effectuer	Interpréter
Bilirubine directe et indirecte	X	X	X
Coombs direct	X	X	X
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X
Dépistage des maladies génétiques (PKU)	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X
Évaluation non invasive par saturomètre	X	X	X
Formule sanguine complète	X	X	X
Glycémie	X	X	X
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X

ANNEXE III (Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS AU PÈRE

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X	x	Test réservé au père biologique du fœtus d'une mère porteuse de traits falciformes ou présentant une autre hémoglobi-nopathie pour évaluer le risque foetal
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X	Test réservé au père biologique du fœtus d'une mère Rh négatif

Annexe 4 : Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (chapitre S-0.1, r. 4)

Loi sur les sages-femmes

(L.R.Q., c. S-0.1, a. 5, 1^{er} al., par. 3)

SECTION I CONSULTATION

- 1.** La sage-femme initie une consultation d'un médecin dans les cas de consultation obligatoire prévus par l'une des annexes du présent règlement et s'assure qu'une consultation soit tenue dans un délai raisonnable, compte tenu de la gravité de la condition de la femme ou de l'enfant et du préjudice qui pourrait en découler.
- 2.** La sage-femme informe la femme des motifs d'une consultation.
- 3.** La sage-femme fournit au médecin consulté tous les renseignements et les documents pertinents à la consultation, en précisant le cas de consultation visé à l'une des annexes du présent règlement.
- 4.** À la suite de cette consultation, la sage-femme informe la femme des résultats de celle-ci et, en tenant compte des recommandations médicales:
 - 1° elle poursuit son suivi;
 - 2° elle poursuit son suivi pendant l'épisode de soins simultanés;
 - 3° elle transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin conformément aux articles 6 à 10.

SECTION II TRANSFERT

- 5.** La sage-femme transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin dans les cas de transfert obligatoire de cette responsabilité prévus par l'une des annexes du présent règlement.

- 6.** La sage-femme informe la femme des motifs du transfert.
- 7.** La sage-femme prend les mesures appropriées pour faciliter le transfert en fonction de la nature du cas de transfert obligatoire.

- 8.** La sage-femme qui se trouve avec la femme ou l'enfant au moment du transfert l'accompagne jusqu'à la prise en charge médicale lorsque les circonstances le requièrent.

- 9.** La sage-femme fournit au médecin tous les renseignements et les documents pertinents à la prise en charge de la femme ou de l'enfant, en précisant le cas de transfert visé à l'une des annexes du présent règlement.

- 10.** Dans les cas où le transfert est obligatoire et où l'urgence, la distance à parcourir ou les conditions climatiques le rendent impossible, la sage-femme doit obtenir d'un médecin un avis par téléphone ou par un autre moyen de communication approprié.

Annexes I et II : Cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin durant le suivi de grossesse (Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin)

Les cas de consultation obligatoire sont :

Présence des antécédents suivants :

1. maladie génétique, héréditaire, congénitale pouvant affecter la vie du bébé
2. avortements spontanés répétés jusqu'à la 16^e semaine sans accouchement à terme
3. conisation du col
4. myomectomie
5. plus d'un accouchement prématuré
6. plus d'un bébé de faible poids
7. mortalité périnatale pouvant présenter un risque potentiel

Présence des conditions suivantes :

1. femme âgée de moins de 14 ans
2. thrombocytopénie
3. maladie de Crohn
4. colite ulcéreuse
5. prolapsus de la valve mitrale
6. risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale
7. prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né
8. cancer actif
9. vomissements gravidiques sévères
10. suspicion de grossesse extra-utérine
11. malformation utérine
12. présence de fibrome
13. test de cytologie cervicale anormal
14. maladies transmises sexuellement : gonorrhée, syphilis, chlamydia
15. séroconversion en cours de grossesse pour l'herpès
16. contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle
17. anémie : Hb moins de 100g./litre ne répondant pas au traitement
18. menace de travail prématuré
19. saignement d'origine inconnue à plus de 20 semaines
20. polyhydramnios ou oligohydramnios
21. toute anomalie fœtale diagnostiquée
22. présentation autre que céphalique après 37 semaines
23. grossesse à 42 semaines

Les cas de transfert obligatoire sont :

Présence des antécédents suivants :

1. amputation du col
2. béance du col sans antécédents d'accouchement à terme
3. avortements spontanés répétés après la 16^e semaine sans accouchement à terme

4. hémorragie sous-arachnoïde
5. maladie thromboembolique
6. iso-immunisation

Présence des conditions suivantes :

1. diabète insulino-dépendant
2. maladie d'Addison et de Cushing
3. collagénose
4. hyperthyroïdie
5. sclérose en plaque
6. hypertension artérielle
7. tuberculose active
8. séro-positivité au VIH et SIDA
9. séro conversion en cours de grossesse pour les maladies infectieuses suivantes :
toxoplasmosse, rubéole, cytomégalovirus, VIH et tuberculose
10. maladie cardiaque, rénale ou pulmonaire avec insuffisance
11. présence d'anticorps irréguliers significatifs
12. thrombocytopénie, si sévère
13. anomalie de la coagulation
14. béance du col
15. grossesse extra-utérine
16. grossesse multiple
17. décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
18. placenta praevia
19. retard de croissance intra-utérine
20. hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée
21. pré-éclampsie ou éclampsie
22. syndrome de HELLP
23. mort in utéro

Annexe III Cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin durant le travail et l'accouchement (Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin)

Les cas de consultation obligatoire durant le travail et l'accouchement sont :

1. rupture prolongée des membranes
2. arrêt de progression en travail actif
3. rétention placentaire
4. déchirure périnéale du 3^e ou 4^e degré
5. l'accouchement aura lieu entre 34 et 36 6/7 semaines
6. travail débute après 42 semaines
7. liquide amniotique méconial épais ou particulière
8. pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
9. suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
10. suspicion de chorio-amnionite

Les cas de transfert obligatoire durant le travail et l'accouchement sont :

1. travail débutant avant 34 semaines
2. toute présentation autre que vertex
3. grossesse multiple
4. mort in utéro
5. herpès génital actif
6. hypertension avec diastolique supérieure à 90 mm Hg sur plus de 2 heures
7. signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie
8. perception d'un vaisseau au toucher vaginal
9. procidence du cordon
10. placenta praevia
11. souffrance foetale
12. arrêt de la descente du foetus à l'expulsion
13. choc obstétrical
14. hémorragie qui ne répond pas au traitement
15. suspicion de rupture utérine
16. inversion utérine

Annexes IV et V Cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin en période postnatale (Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin)

Pour la mère :

Les cas de consultation obligatoire de la mère en période postnatale sont :

1. sub-involution utérine ne répondant pas au traitement
2. saignements persistants qui ne répondent pas au traitement
3. suspicion de rétention placentaire partielle
4. hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles
5. infection de la plaie périnéale
6. prolapsus utérin
7. problème psychologique sévère
8. suspicion de pré-éclampsie

Les cas de transfert obligatoire de la mère en période postnatale sont :

1. infection sévère
2. psychose puerpérale
3. phlébite et risques thromboemboliques
4. suspicion de rupture utérine
5. éclampsie
6. hypertension persistante

Pour le nouveau-né :

Les cas de consultation obligatoire du nouveau-né sont :

1. pigmentation anormale
2. traumatisme obstétrical
3. fontanelles élargies selon les critères en vigueur
4. thyroïde palpable
5. une malformation majeure ou 2 malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance
6. suspicion de spina-bifida
7. pleurs ou cris anormaux
8. absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle
9. signes neurologiques anormaux
10. souffle cardiaque
11. hépatomégalie > 3 cm sous le rebord costal
12. rate palpable
13. artère ombilicale unique
14. masse inguinale
15. masse testiculaire à la naissance
16. testicules non descendus ou non palpables
17. âge gestationnel entre 36-36 6/7 semaines
18. examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines

19. tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute
20. poids inférieur au 3^e percentile
21. non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement
22. prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race
23. croissance inappropriée inférieure au 3^e percentile ou supérieure au 97^e percentile selon la courbe du périmètre crânien
24. crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours
25. irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures
26. anurie au-delà de 24 heures de vie
27. absence de passage de méconium après 24 heures de vie
28. résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques
29. ictère nécessitant photothérapie
30. persistance d'ictère après 14 jours de vie
31. infections suspectées chez le bébé ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez son bébé
32. érythème périombilical compatible avec un omphalite
33. éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches
34. écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive
35. rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min
36. pouls fémoraux non palpables ou asymétriques
37. reflet rouge oculaire absent
38. masse abdominale
39. instabilité des hanches ou hanches luxables
40. fontanelle antérieure bombée

Les cas de transfert obligatoire sont :

1. hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
2. détresse respiratoire ou apnée
3. ictère dans les premières 24 heures
4. moins de 36 semaines d'âge gestationnel
5. Apgar inférieur à 7, à 5 minutes; inférieur à 9, à 10 minutes
6. cyanose centrale
7. nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie
8. toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats
9. pâleur persistante au-delà d'une heure de vie
10. atrésie unie ou bilatérale des choanes
11. trémulations répétées ou convulsions
12. léthargie ou hypotonie
13. ecchymose ou pétéchies généralisées
14. syndrome de sevrage
15. distension abdominale avec intolérance à l'alimentation
16. hémorragie digestive haute ou basse
17. vomissements bilieux ou diarrhée

Annexe 5 : Exemple d'entente encadrant les processus de consultation et de transfert de la responsabilité clinique à un médecin

ENTENTE DE PARTENARIAT RELATIVE À LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

INTERVENUE ENTRE :

D'UNE PART :

CENTRE HOSPITALIER
(Ci-après, désigné « le centre hospitalier »)

ET D'AUTRE PART :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX (OU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX) DE

(Ci-après, désigné le « CIUSSS » (ou « le CISSS »)

Les deux parties sont désignées collectivement comme étant « les parties ».

ATTENDU QUE LE CIUSSS (ou le CISSS) a conclu un contrat de services avec au moins une sage-femme, le tout conformément à l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);

ATTENDU QUE LE CIUSSS (ou le CISSS) doit conclure, en vertu de l'article 259.11 de la LSSSS, une entente avec un centre hospitalier assurant, lorsque la situation l'exige, le soutien médical à une sage-femme de même que les mesures nécessaires afin de procurer à la femme ou à son enfant, en cas de consultation et de transfert, les soins et les services requis par leur état.

LES PARTIES CONVIENNENT

1. PRÉAMBULE

Le préambule fait partie intégrante de la présente entente.

2. OBJET

Cette portion de la présente entente vise à encadrer les relations entre le CIUSSS ou le CISSS et le centre hospitalier au regard de la pratique des sages-femmes ayant conclu un contrat de service avec le CIUSSS ou le CISSS lorsqu'elles doivent demander une consultation ou recourir à un transfert d'une cliente ou de son nouveau-né vers l'équipe médicale du centre hospitalier.

Cette entente est conclue dans un esprit de collaboration et de complémentarité entre les établissements et les professionnelles et professionnels concernés.

Les objectifs sont les suivants :

Déterminer les façons de procéder lorsqu'une consultation est requise pour une cliente suivie par une sage-femme ou son enfant, qu'il s'agisse de la période prénatale, perinatale ou postnatale, à l'exception des situations où l'accouchement se déroule en milieu hospitalier, lesquelles font l'objet d'une entente distincte.

Déterminer les façons de procéder lorsque le transfert d'une cliente suivie par une sage-femme ou de son enfant est nécessaire, qu'il s'agisse de la période prénatale, perinatale ou postnatale, à l'exception des situations où l'accouchement se déroule en milieu hospitalier, lesquelles font l'objet d'une entente distincte.

3. DEMANDE DE CONSULTATION

Les obligations de consultation sont définies par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. (à mettre en annexe).

- ◆ La sage-femme demande une consultation avec un médecin dans les cas de consultation obligatoire prévus par l'une ou l'autre des dispositions mentionnées dans la réglementation ou lorsqu'elle le juge nécessaire.
- ◆ La sage-femme informe la cliente et son conjoint des motifs d'une consultation.
- ◆ La sage-femme s'assure que la consultation soit tenue dans un délai raisonnable sur le plan médical, compte tenu de la gravité de l'état de la femme ou de l'enfant et du préjudice qui pourrait en découler.
- ◆ Si la situation n'est pas urgente, la sage-femme remet une feuille de consultation dûment remplie et tous les autres documents jugés nécessaires à la cliente, qui consultera le

médecin de son choix ou celui que la sage-femme lui aura suggéré. La cliente pourra également prendre rendez-vous à la clinique en raison d'une grossesse à risque (le cas échéant) ainsi que pour une échographie obstétricale.

- ◆ La sage-femme envoie les documents pertinents au médecin par le moyen convenu (mettre en annexe, le cas échéant) ou les remet à la femme ou à son conjoint, qui les apportera lors de la consultation.
- ◆ La sage-femme fournit au médecin consulté tous les renseignements et les documents relatifs aux soins ou tout autre document pertinent au regard de la consultation, documentant et tenant compte du moment de la consultation (dossier obstétrical, résultats d'examen de laboratoire, résultats d'échographie et feuille d'examen du nouveau-né au besoin, etc.).
- ◆ La sage-femme remplit la demande de consultation standard en précisant la nature de la consultation.
- ◆ La sage-femme inscrit, sur la demande de consultation, son nom, son numéro de prescripteur et un numéro de téléphone ou de téléavertisseur permettant de la contacter.
- ◆ Le médecin consultant remet la copie de la consultation à la cliente. Si une décision doit être prise rapidement, le médecin consultant communiquera avec la sage-femme au numéro inscrit sur la demande de consultation.
- ◆ Le médecin consultant peut, en tout temps, communiquer directement avec la sage-femme au numéro inscrit sur le formulaire de consultation.
- ◆ À la suite de la consultation, la sage-femme informe la cliente des résultats qui concernent celle-ci et, en tenant compte des recommandations médicales, des limites de sa pratique conformément à la Loi sur les sages-femmes et de la décision de la cliente :
 - ◆ elle poursuit son suivi;
 - ◆ elle poursuit son suivi pendant la période de soins;
 - ◆ elle transfère la responsabilité clinique de la cliente ou de l'enfant à un médecin, conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur.
- ◆ En cas d'urgence, la sage-femme fait une demande de consultation à l'obstétricien, au spécialiste en périnatalogie ou au pédiatre de garde en le contactant avec l'aide de la téléphoniste du centre hospitalier. Elle informe elle-même le médecin des motifs de la consultation et de l'urgence de son intervention. Le cas échéant, elle indiquera dans le dossier la nature des recommandations que le médecin consulté aura pu faire en attendant l'arrivée de la cliente au centre hospitalier. La sage-femme qui accompagne la mère ou l'enfant en est responsable jusqu'à l'arrivée du médecin.

4. DEMANDE DE TRANSFERT

Les obligations de transfert sont définies par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (à mettre en annexe).

4.1 Procédure

- ◆ La sage-femme informe la cliente et son conjoint des motifs de transfert.
- ◆ La sage-femme prend les mesures appropriées pour faciliter le transfert selon son jugement et la situation.
- ◆ La sage-femme remplit la demande de transfert standard en précisant la nature de la demande.
- ◆ La sage-femme informe la cliente et son conjoint des politiques du centre hospitalier.
- ◆ La sage-femme entreprend la démarche de transfert et contacte l'obstétricien, le spécialiste en périnatalogie ou le pédiatre de garde en le contactant avec l'aide de la téléphoniste du centre hospitalier.
- ◆ La sage-femme explique la nature du transfert et le délai probable avant l'arrivée de la cliente et/ou du nouveau-né.
- ◆ La sage-femme fournit au médecin tous les renseignements et les documents pertinents au regard de la prise en charge de la cliente et/ou de l'enfant, en tenant compte du moment du transfert (dossier obstétrical complet, résultats d'examen de laboratoire, résultats d'échographie et feuille d'examen du nouveau-né).
- ◆ La sage-femme, la cliente, le conjoint ou les ambulanciers apportent les documents pertinents lors du transfert. Un résumé est envoyé par télécopieur, si possible, à l'équipe soignante.
- ◆ La sage-femme qui se trouve avec la cliente ou l'enfant, au moment du transfert, doit demeurer présente jusqu'à la prise en charge médicale lorsque les circonstances le requièrent.
- ◆ Dans les cas où le transfert est obligatoire ou urgent et que la distance à parcourir ou les conditions climatiques le rendent impossible, la sage-femme doit obtenir, par téléphone ou par tout autre moyen de communication approprié, un avis d'un médecin. Elle note au dossier médical du CIUSSS ou du CISSS l'heure et le contenu de sa discussion avec le médecin. Le cas échéant, elle notera au dossier la nature des recommandations que le médecin consulté aura pu faire jusqu'à ce que le transfert au centre hospitalier soit envisageable.
- ◆ En situation d'urgence, l'équipe multidisciplinaire d'obstétrique et de pédiatrie prendra conjointement en charge la mère et l'enfant jusqu'à l'arrivée du médecin consulté. À l'arrivée du médecin, le transfert de responsabilité sera jugé terminé. Dans ces cas, la mère et l'enfant ne passeront donc pas par le service des urgences, mais seront plutôt dirigés vers les services responsables de la prise en charge de ces situations.
- ◆ En cas de transfert d'une femme enceinte avant la naissance du bébé, l'enfant, à la naissance, sera confié aux soins du pédiatre ou du néonatalogiste, jusqu'à ce que celui-ci juge que le nouveau-né peut recevoir son congé du centre hospitalier (vers la maison ou transfert sous la responsabilité de la sage-femme au CIUSSS ou au CISSS).

4.2 Admission au centre hospitalier

- ◆ Lors du transfert de la mère, celle-ci sera toujours admise au centre hospitalier sous les soins de l'obstétricien de garde. Dans cette éventualité, il est nécessaire de prévoir, dans la mesure du possible, des conditions qui permettent la cohabitation avec le nouveau-né, même si ce dernier n'est pas admis.
- ◆ Lors du transfert du nouveau-né, celui-ci sera toujours admis au centre hospitalier sous les soins du pédiatre de garde. Quant à la mère, si le nouveau-né a moins de six (6) heures de vie, celle-ci pourra être admise à l'hôpital si les espaces disponibles le permettent, afin de recevoir les soins requis dans les premières heures suivant la naissance. Si le nouveau-né a plus de six (6) heures et qu'il est hospitalisé à l'unité néonatale ou à l'unité de pédiatrie, le centre hospitalier fournira à la mère, si les espaces disponibles le permettent, des facilités qui permettront à la mère de demeurer près de son enfant et de l'allaiter si elle le désire et que l'état de santé du nouveau-né le permet.

4.3 Procédures relatives au départ

- ◆ Après un transfert à l'équipe soignante, si l'état de santé de la mère ou du nouveau-né le permet et que le congé médical est signé, la sage-femme est de nouveau responsable de donner les soins à ceux-ci, et ce, jusqu'à six semaines après la naissance.
- ◆ La feuille de continuité de soins est envoyée par télécopieur à la maison de naissance afin de fournir l'information pertinente concernant le retour de la mère ou de l'enfant. Au besoin, l'infirmière pourra contacter la sage-femme, responsable du suivi de la mère ou du nouveau-né, par téléphone ou par téléavertisseur, afin que celle-ci prenne connaissance d'un aspect particulier du suivi.
- ◆ Les feuilles sommaires du dossier médical ainsi qu'une copie du rapport de l'accouchement (feuille 7 du dossier obstétrical), partie du dossier obstétrical et de l'examen complet du nouveau-né, seront remises à la mère, ou au conjoint, à son départ. Ceux-ci auront la responsabilité de les remettre à la sage-femme à leur prochaine visite.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____
ce _____^e jour du mois de _____ de l'année _____.

Pour le centre hospitalier

Président(e)-directeur général (ou directrice générale)

Chef du département d'obstétrique et de gynécologie

Chef du département de pédiatrie

Pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou le Centre intégré de santé et de services sociaux

Président(e)-Directeur général (ou directrice générale)

Gestionnaire responsable

Annexe 6 : Modèle d'entente relative aux transports préhospitaliers d'urgence⁴⁶

Modalités de fonctionnement relatives aux transports préhospitaliers d'urgence des clientes du service de sage-femme du CIUSSS ou du CISSS de

[]

Cette entente vise à préciser les modalités de transport par ambulance entre le service de sage-femme du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ou du Centre intégré de santé et de services sociaux) de [] et les différents hôpitaux de la région de [].

L'objectif des parties impliquées est de créer les conditions les plus favorables et les plus sécuritaires lors du transport dans le contexte où une femme en travail ou bien en postpartum immédiat (la mère) ou son nouveau-né requerrait un transport préhospitalier d'urgence. Cette entente vise seulement les mères qui ont un suivi avec une sage-femme du CIUSSS ou du CISSS de [].

La liste des compagnies ambulancières de la région [] avec le secteur d'opération devrait être annexée à cette entente.

L'annexe 1 présente la profession de sage-femme à l'intention des techniciens ambulanciers.

Rôles et responsabilités :

Lors de l'appel, la sage-femme doit toujours être sur les lieux. La sage-femme ou son représentant doit s'identifier clairement (nom, et comme faisant partie du CIUSSS ou du CISSS de ...) aux intervenants du centre de communication santé (CCS) et/ou ceux des services ambulanciers impliqués. La sage-femme doit suivre la « *Procédure d'appel par sage-femme aux services préhospitaliers d'urgence* » présentée à l'annexe 2.

La sage-femme accompagne la mère et/ou le nouveau-né dans l'ambulance lors du transport vers l'hôpital. Comme le prévoit la Loi sur les sages-femmes, la responsabilité des soins de la mère ou des soins du nouveau-né lui incombe jusqu'au transfert au médecin. Les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) doivent alors agir en réponse aux demandes de la sage-femme. Dans l'éventualité d'un arrêt cardiorespiratoire de la mère, la sage-femme demandera aux TAP d'appliquer leur protocole C-MDSA (Combitube – Moniteur – Défibrillateur – Semi-automatique). Ce protocole est présenté à l'annexe 3.

Lorsque les TAP sont appelés à transporter une mère ou son nouveau-né **sans** la présence de la sage-femme dans le véhicule ambulancier, ceux-ci ont l'entière responsabilité des personnes transportées et agiront en fonction de leurs protocoles. (Protocoles d'intervention clinique des TAP, PICTAP).

⁴⁶ Ce modèle d'entente a été produit en 2010 par la Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, de la Direction générale de santé et médecine universitaire du MSSS. Il a été révisé par la Direction des services mère-enfant afin qu'il soit en conformité avec la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux référence. Il devra être mis à jour afin tenir compte des changements dans l'organisation des services.

Procédure d'appel :

La sage-femme (ou son représentant = l'aide natale, conjoint ou toute autre personne désignée par la sage-femme) compose le 9-1-1. Lorsque la sage-femme ou son représentant s'identifie au répondant médical d'urgence (RMU), ce dernier ne sera pas tenu de donner les soins immédiats téléphoniques (SIT) compte tenu de la présence de la sage-femme sur place.

Le RMU appliquera la procédure de prise d'appels (Système médicalisé de prise d'appels urgents, SAMP AU) adaptée afin de déterminer le niveau de priorité selon les protocoles en vigueur au moment dudit appel à la centrale (voir à l'annexe 2 la *Procédure d'appel par sage-femme aux services préhospitaliers d'urgence*). L'équipe des sages-femmes devra se familiariser avec cette fiche et les questions afin de se préparer à y répondre.

La destination prévue vers laquelle la mère et/ou le nouveau-né seront envoyés devra être précisée à ce moment (nom de l'hôpital ou maison des naissances-MDN) et reconfirmée aux TAP lors de leur arrivée sur les lieux de l'appel. Selon l'évolution de l'état de la mère ou de l'enfant, la destination pourrait être modifiée.

Un organigramme de réponse à un appel de la sage-femme pour une demande de transport ambulancier d'urgence est présenté à l'annexe 4.

Annulation du transport ambulancier :

À la suite d'un appel, il se pourrait que la situation évolue et que le transport ambulancier ne soit plus nécessaire (ex. naissance du bébé). Lorsque la situation le permet, la sage-femme contactera le CCS en composant le 9-1-1 afin d'annuler la demande d'ambulance. Cependant, il pourrait arriver que le transport ne soit annulé qu'une fois les TAP rendus sur place. Si la situation change à nouveau après le départ des TAP, la sage-femme ou sa représentante devra logger un nouvel appel.

Par contre, une fois le transport ambulancier initié (l'ambulance a quitté le lieu de prise en charge de la mère et/ou du nouveau-né pour se diriger vers le centre receveur ou la MDN), le retour au domicile ou à la maison des naissances ne sera pas permis.

Délais :

Le délai d'intervention varie en fonction du niveau de priorité déterminé par le système SAMP AU et la fiche adaptée et la disponibilité de la flotte ambulancière. Il existe quatre niveaux de priorité.

À titre indicatif, au 14 octobre 2010, les priorités d'affectation sont définies comme suit :

- Priorité-1 : Affectation immédiate avec utilisation de feux d'urgence et de la sirène.
- Priorité-3 : Affectation immédiate avec utilisation de feux d'urgence et de la sirène seulement en cas de bouchon de circulation significatif.
- Priorité-4 : Le délai d'affectation visé est de moins de 60 minutes dans 90 %.
- Priorité-7 : Le délai d'affectation visé est de moins de 180 minutes dans 90 %.

Toutefois, nous vous rappelons que les raisons d'appels ciblés par la présente entente commandent des priorités 1 ou 3.

Accès à la maison de naissance ou au service de sage-femme :

Pour la maison de naissance ou le service de sage-femme, les TAP utilisent la porte avec une rampe d'accès. La sage-femme s'assurera qu'une personne ira à la rencontre des TAP afin de les guider. L'accès à la rampe extérieure doit être facile et sécuritaire, et ce, en tout temps.

Lorsque l'ambulance devra se rendre au domicile de la mère, les particularités d'accès seront précisées au moment de la demande à la centrale.

Destination :

La sage-femme est responsable du choix de la destination de la mère et/ou du nouveau-né (centre hospitalier (CH), maison de naissance ou service de sage-femme).

Dans la majorité des cas, le transport se fera de la maison de naissance ou du service de sage-femme vers l'hôpital, au []^e étage, au [] pour la mère et pour le nouveau-né vers l'hôpital [], au []^e étage, au [].

Dans le cas d'un accouchement précipité et sans la présence de la sage-femme au domicile de la mère, le transport sera initié immédiatement par les TAP et l'intervention sera faite en fonction des PICTAP en vigueur.

Dans le cas d'un accouchement précipité sans complication et sans la présence de la sage-femme au domicile de la mère, le transport pourrait avoir lieu du domicile vers la maison de naissance. La sage-femme doit communiquer avec les TAP sur les lieux de prise en charge, afin de confirmer son arrivée à la maison de Naissance sans quoi le transport de la mère se fera vers le centre hospitalier.

Lors d'un accouchement à domicile et dans un contexte d'urgence, la sage-femme assurera la responsabilité du choix du CH où seront transportés la mère et/ou le nouveau-né (le plus proche et le plus approprié). Il se peut donc qu'un autre CH de la région que le CIUSSS ou le CISSS de [] soit choisi comme destination.

Un algorithme décisionnel régional de transfert doit être entendu entre le groupe de sages-femmes, le service d'obstétrique du CIUSSS ou du CISSS d'appartenance du service de sage-femme, les responsables des services préhospitaliers du CIUSSS ou du CISSS et des CH impliqués pour soutenir la décision de la sage-femme dans des cas de complications de la mère ou de l'enfant, incluant l'arrêt cardiorespiratoire.

Documents requis :

Dans la mesure du possible, la sage-femme devra avoir en main la carte d'assurance maladie de la mère et celle du CH si disponible. La sage-femme est responsable selon le *Règlement sur le cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* d'avoir les documents pertinents et/ou une copie du dossier obstétrical. Ces documents accompagneront la mère et/ou le nouveau-né.

Pour un accouchement prévu à domicile, la mère garde une copie de dossier à la maison lorsqu'elle a 36 semaines ou plus de gestation. Ces documents devront être remis et apportés par les TAP au CH s'ils effectuent le transport sans la présence de la sage-femme.

Matériel :

La sage-femme a la responsabilité clinique de la mère et/ou du nouveau-né. Il lui incombe la responsabilité d'emporter avec elle tout le matériel requis pour un accouchement précipité ou pour des urgences obstétricales et néonatales (voir la liste de matériel à l'annexe 5). Le matériel peut varier selon s'il s'agit d'un accouchement planifié à domicile, ou non.

Le matériel doit respecter les normes d'arrimage (contenu dans un seul sac pour faciliter son attache dans le véhicule). Il est à noter que la sage-femme peut utiliser le matériel disponible à bord du véhicule ambulancier.

Transport de la mère :

- La mère doit être transportée sur une civière.

Transport du nouveau-né :

- Incubateur : le nouveau-né doit être transporté dans l'incubateur de transport de la maison de naissance ou du service de sage-femme lorsque disponible. Il est de la responsabilité de la sage-femme de voir à ce que le nouveau-né soit attaché de façon sécuritaire dans l'incubateur et à transférer l'incubateur sur la civière de l'ambulance. Une fois à bord du véhicule ambulancier, l'incubateur pourra utiliser le système électrique et d'oxygénothérapie du véhicule. Il est de la responsabilité des sages-femmes de mettre sur pied une procédure de retour de leur matériel vers la maison de naissance.
- Sans incubateur : lorsque le nouveau-né est transporté avec la mère et qu'un incubateur n'est pas disponible et que les deux ne requièrent point de soins actifs, le nouveau-né sera transporté peau à peau sur le ventre de la mère. Dans les cas où le nouveau-né requiert des soins actifs, il sera transporté dans l'équipement pédiatrique prévu pour le transport ambulancier d'urgence (Pedi-Mate).

Position de la mère sur la civière :

La mère sera transportée de façon sécuritaire à l'aide de la civière, de la civière-chaise ou du matelas-immobilisateur. La responsabilité clinique de la mère appartient à la sage-femme.

Présence de la sage-femme et accompagnateurs :

Comme le prévoit le *Règlement sur le cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, la sage-femme doit accompagner la mère ou le nouveau-né jusqu'à la prise en charge médicale. Si les circonstances le permettent, une autre personne significative pourra accompagner la mère ou le nouveau-né et sera installée à l'avant du véhicule.

Dans l'éventualité d'une double urgence (mère et nouveau-né) la possibilité du transport de la mère en même temps que le nouveau-né dans le même véhicule sera évaluée sur place en fonction de la disponibilité des ambulances et de l'état clinique de la mère et du nouveau-né. Le transport dans deux véhicules différents sera privilégié.

Si le transport concerne la mère uniquement, le nouveau-né restera, en général, sur le lieu de la naissance avec une personne responsable. Si le transport concerne le nouveau-né, un des parents pourra accompagner son enfant selon les circonstances.

Aucun effet personnel ne sera transporté dans l'ambulance.

Par mesure de sécurité, la sage-femme doit s'attacher dans l'ambulance, à moins d'urgence nécessitant des manœuvres de la part de celle-ci.

Dans le cas où il serait jugé approprié que les deux patients soient transportés séparément et que deux équipes soient disponibles, la sage-femme accompagnera le patient dont elle jugera l'état le plus instable et qui requiert ainsi son expertise. Le transport de l'autre patient(e) sera effectué par les TAP qui appliqueront leurs protocoles d'intervention clinique.

Dans certaines régions du Québec, selon le type de véhicule ambulancier utilisé, il est possible que l'équipe préhospitalière, pour des raisons de sécurité lors de la conduite d'urgence doive restreindre le nombre d'accompagnateurs à deux (incluant la sage-femme).

Présentement, certains véhicules ne peuvent se déplacer en urgence si le poids total (charge utile) est excédentaire.

Accouchement au domicile des parents :

Il est de la responsabilité de la sage-femme de voir à l'accessibilité et l'organisation physique du domicile comme le prévoit le *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*.

Elle peut demander l'aide du service ambulancier de la région pour évaluer l'accès avant de statuer sur la faisabilité et sécurité de planifier l'accouchement à domicile (à décider regionalement si ce service peut être offert par les services ambulanciers).

Si un transport à partir du domicile est nécessaire, le choix de l'hôpital est de la responsabilité de la sage-femme. Dans le cas d'un transport du nouveau-né, aucun incubateur ne sera disponible.

Si l'accouchement est imminent et sans complication et que la sage-femme présente sur les lieux décide de ne pas déplacer la femme pour des raisons de sécurité et de commodité, l'équipe de TAP ne doit pas être retenue indûment au domicile en attente d'un éventuel transport.

Refus de transport :

Dans le cas où la mère refuserait le transport, pour elle-même et/ou pour son enfant, elle devra alors signer le formulaire de refus de transport. Le père est aussi autorisé à signer pour l'enfant. Dans tous les cas, la sage-femme devra signer le formulaire à titre de témoin.

Coût et facturation :

La facturation des frais de transport sera faite au nom du CIUSSS ou du CISSS pour le service de sage-femme. Si le transport est initié par la mère, il lui sera facturé.

Les tarifs en vigueur peuvent être trouvés à l'adresse internet suivante : www.msss. (à inscrire lorsque disponible).

Demandes spéciales et règlement de différends :

Toute demande spéciale à application ponctuelle peut être acheminée vers le CCS lors de la demande de transport. Toutefois, le CCS du [] n'offre aucune garantie de satisfaction aux dites demandes.

Toutes difficultés d'application de la présente entente, toute situation particulière qui amènerait à la modification ou à des ajouts à cette entente ou toute situation de différends doivent être présentées à la responsable des services de sage-femme du CIUSSS ou du CISSS de [], au []/titre du responsable à Urgences-santé et au directeur du CCS [] dans des délais raisonnables.

Entente :

La présente entente sur la procédure de transports pré-hospitaliers d'urgence est mise en application le à , en accord avec les parties impliquées.

Nom

Responsable des services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS (ou du CISSS)
/Urgences-santé de

Nom

Responsable du service de sage-femme du CIUSSS ou du CISSS de

ANNEXE 1 du Modèle d'entente relative aux transports préhospitaliers d'urgence

PRÉSENTATION DE LA PROFESSION SAGE-FEMME À L'INTENTION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS DE LA RÉGION DE [REDACTED].

Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé de première ligne gérées par un ordre professionnel depuis 1999 après sept ans de fonctionnement dans le cadre des projets-pilotes. Elles sont encadrées par la Loi sur les sages-femmes. Elles obtiennent leur diplôme à la suite d'une formation universitaire de quatre ans et demi à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Leurs services sont disponibles dans plusieurs régions du Québec et participent activement à l'événement heureux qui est la naissance.

Les paragraphes en italique en dessous doivent être adaptés selon les couleurs locales.

Les objectifs de ce service sont :

- 1. Offrir de nouveaux services de première ligne en périnatalité pour la population des Laurentides, complémentaires de ceux déjà existants;*
- 2. Assurer le suivi de maternité complet aux femmes et aux nouveau-nés durant la grossesse, l'accouchement et les six premières semaines postnatales;*
- 3. Accompagner les femmes dans différents lieux pour l'accouchement et la naissance selon leur choix;*
- 4. Permettre de nouveaux lieux de stages pour les étudiantes en pratique sage-femme.*

L'organisation de la maison de naissance du CIUSSS ou du CISSS de [REDACTED] centre névralgique de la pratique des sages-femmes et des familles qui y sont reliées, est présentement en planification (sa situation et son organisation restent à être déterminées). Les sages-femmes sont donc temporairement hébergées dans les locaux du CIUSSS ou du CISSS de [REDACTED].

Le champ de pratique de la sage-femme concerne le processus normal de la grossesse. Elles accompagnent les femmes qui désirent vivre un accouchement physiologique et naturel et leur permettent de s'approprier ces événements uniques. Au besoin, elles consultent et transfèrent la responsabilité à des médecins pour certaines situations spécifiques.

La spécificité de la pratique sage-femme permet une approche globale et complète, centrée sur la famille et sur un accompagnement continu et individualisé. La sage-femme reconnaît la normalité de la grossesse et de l'accouchement ainsi que son caractère individuel et respectueux, assure le suivi médical de la grossesse, prescrit les tests nécessaires, supporte la femme durant son travail et son accouchement et assiste le nouveau-né à la naissance et durant ses six premières semaines de vie.

Le champ de pratique des sages-femmes est défini dans la Loi sur les sages-femmes (1999). En plus des caractéristiques mentionnées ci-dessus, il inclut les éléments suivants :

- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation.
- En cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise et en l'absence de celle-ci, répondre à toute urgence obstétricale, appliquer la ventouse, pratiquer l'accouchement en présentation du siège, pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né (ANLS).

Les sages-femmes travaillent en équipe de deux, offrant une disponibilité et une présence très soutenues. Des aides natales interviennent auprès des parents pour les aider dans le postnatal.

Les femmes peuvent accoucher accompagnées d'une sage-femme dans différents lieux de naissance, soit :

- La maison de naissance.
- Le domicile.
- L'hôpital.

Le centre hospitalier est l'hôpital de référence pour les sages-femmes de la région.

La pratique des sages-femmes est étroitement liée à un partenariat entre elles et les autres professionnels de la santé (gynécologues obstétriciens, médecins de famille, pédiatres, néonatalogistes, infirmier(e)s, TAP, etc.). Certains principes régissent ce partenariat :

- Respect et reconnaissance de l'autonomie professionnelle de la sage-femme;
- Respect et reconnaissance de l'autonomie professionnelle des médecins, infirmières et paramédicaux;
- Approche complémentaire et collégiale.

« L'accès à un transport ambulancier {...} se doit d'être facile pour la clientèle d'une sage-femme et surtout dénué d'obstacles organisationnels ou professionnels afin d'éviter des délais pouvant causer préjudices ».

Jeannine Auger, directrice des services généraux et préhospitaliers et Daniel Lefrançois, md, CSPQ, pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2005.

Riches de ce partenariat, sages-femmes et TAP peuvent assurer les services les plus adéquats et satisfaisants aux familles de la région de .

ANNEXE 2 du Modèle d’entente relative aux transports préhospitaliers d’urgence

PROCÉDURE D’APPEL PAR SAGE-FEMME AUX SERVICES PRÉHOSPITALIERS D’URGENCE

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Cette procédure permet à la sage-femme dans le cadre d’un accouchement, d’interrompre brièvement ses activités de stabilisation auprès de la mère ou du nouveau-né tout en assurant une prise en charge téléphonique rapide. Cette procédure permet aussi, à l’aide de l’outil de triage des appels d’urgence SAMPAU, le ProQA, l’identification du niveau d’intervention de l’équipe paramédicale selon la raison d’appel.

RÔLE ET RESPONSABILITÉS

Préalable :

1. La sage-femme doit être sur les lieux.
2. Seules les situations d’accouchement ou de complications avec la mère ou le nouveau-né lors de l’accouchement sont traitées à l’aide de cette procédure.

Définition :

Représentant de la sage-femme: aide natale, conjoint ou toute personne désignée par la sage-femme responsable de l’intervention.

Préalable :

Afin d’assurer un traitement rapide, la sage-femme doit avoir en sa possession les informations suivantes avant de composer le 9-1-1 :

1. Les coordonnées de l’intervention.
2. Le numéro de téléphone sur les lieux.
3. La raison d’appel.
4. L’âge approximatif de la mère.
5. L’état de conscience.
6. L’état de la respiration.
7. Lieu de destination.

	PERSONNE RESPONSABLE	DESCRIPTION
1	Sage-femme ou sa représentante	Compose le 9-1-1.
2	Sage-femme ou sa représentante	Valide l'adresse de l'intervention et le numéro de rappel et identifie sa demande comme une urgence médicale au préposé du 9-1-1.* (Préposé du 9-1-1 transfère l'appel au CCS).
3	Sage-femme ou sa représentante	S'identifie au RMU, lors du transfert au CCS, comme étant une sage-femme ou son représentant.
4	Sage-femme ou sa représentante	Donne les coordonnées de l'intervention: l'adresse, l'étage, le numéro de chambre ou d'appartement où les paramédics doivent se diriger (si non transféré par le 9-1-1).
5	Sage-femme ou sa représentante	Donne le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle.
6	RMU	Pose la question « <i>Ok, dites-moi exactement ce qui s'est passé</i> ».
7	Sage-femme ou sa représentante	Donne la raison d'appel sans le déterminant (voir liste ci-dessous) et les informations requises en lien avec les points 8,9,10,11.
8	RMU	Inscrit l'âge de la mère.
9	RMU	Inscrit l'état de conscience.
10	RMU	Inscrit l'état de la respiration.
11	RMU	Choisit le protocole approprié: 24 ou 9.
12	RMU	Procède à l'interrogation à l'aide du ProQA avec l'utilisation des protocoles 24 (Grossesse/accouchement/Fausse couche ou 9) (Arrêt cardiaque ou respiratoire/décès) selon la situation.
13	RMU	Inscrit par défaut l'âge gestationnel (> 25 semaines).
14	RMU	Obtient le déterminant selon la raison d'appel (voir liste ci-dessus).
15	RMU	Termine l'interrogation à l'aide du ProQA dès l'obtention d'un déterminant.
16	Sage-femme ou sa représentante	Informe, <i>au besoin</i> , d'une deuxième équipe de paramédics en soutien technique (poids, accès).
17	Sage-femme ou sa représentante	Informe, <i>au besoin</i> , d'une deuxième équipe de paramédics pour un deuxième bénéficiaire (mère ou nouveau-né).
18	RMU	Aviser les techniciens ambulanciers paramédics qu'il s'agit d'un appel d'une sage-femme sur les lieux.
19	RMU	Ne donne aucune directive préarrivée ou postenvoi.
20	Sage-femme ou sa représentante	Informe du lieu de destination de la mère et du nouveau-né.

* Prendre note que dans certaines régions, la prise d'appels pour les services ambulanciers est assurée par le centre d'urgence primaire 9-1-1 et qu'en conséquence, il n'y aura pas de transfert de l'appelante à un CCS.

RAISON D'APPEL	DÉTERMINANT	PRIORITÉ
Siège ou cordon	24D1	1
Césarienne d'urgence	24D5	1
Saignement grave après accouchement	24D7	1
Réanimation bébé	9E1 OU 2	1
Bébé né (avec complication bébé)	24D6	1
Réanimation mère	9E1 OU 2	1
Bébé né (avec complication mère)	24D7	1
Rétention placentaire	24D7	1
Soulagement de la douleur/arrêt de travail	24B1	3 ou 2 **

** La priorité 2 présentement utilisée par Urgences-santé est équivalente à la priorité 3 utilisée par l'ensemble des autres services ambulanciers du Québec. En conséquence, les modes d'affectation et de déplacement des véhicules sont les mêmes pour tous les services d'ambulances québécois.

PARTICULARITÉS

Autres situations que celles visées par la présente procédure

Pour toutes autres situations d'urgence non visées par la présente procédure, celles-ci seront évaluées conformément aux procédures internes du CCS à l'aide de l'outil de triage SAMPAU.

ANNEXE 3 du Modèle d'entente relative aux transports préhospitaliers d'urgence

RÉA. 1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE

Critère d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (sans traumatisme à haute vitesse ou traumatisme pénétrant).

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.

- a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) au contact visuel du patient;
- b) Confirmer l'ACR et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.

2. Dès les électrodes installées, procéder à l'analyse :

- a) Si « Choc non conseillé », vérifier le pouls :
 - o En l'absence de pouls, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes);
 - o En présence de pouls, retour au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
- b) Si « Choc conseillé », assurer la sécurité des intervenants, charger, donner le choc et débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes).

3. Répéter l'étape 2 jusqu'à ce que 3 analyses soient complétées ou retour de pouls.

4. Si « Choc conseillé » lors de la troisième analyse, répéter l'étape 2 jusqu'à un maximum de 3 chocs additionnels (pour un total de 6 analyses complétées) ou jusqu'à « Choc non conseillé ».

5. Procéder à l'évacuation du patient.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE (SUITE)

6. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, répéter l'étape 2 jusqu'à un maximum de 3 chocs additionnels ou jusqu'à « Choc non conseillé.
7. Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

Dès que le Combitube[®] est prêt, après une analyse, procéder à l'intubation après 2 ventilations. Pendant la technique, à moins que celle-ci n'interfère avec l'intubation, effectuer la RCR. Après confirmation de la ventilation, procéder à la RCR 30:2 pour 3 cycles.

Remarques :

En cas de délai avant l'analyse initiale, procéder à la RCR 30:2.

Le technicien ambulancier paramédic doit être CERTAIN qu'il perçoit un pouls avant de décider de ne pas entrer ou de sortir du protocole de réanimation. Dans le doute, il doit procéder ou continuer la réanimation.

Dès que le Combitube[®] est inséré, à chaque analyse, considérer un changement du technicien ambulancier paramédic au massage.

Si un pouls est présent, sortir du protocole de réanimation et considérer l'intubation avec Combitube[®], si non installé; si les critères d'inclusion sont présents et les critères d'exclusion absents.

Si le patient est réanimé et qu'il redevient en ACR, recommencer le protocole.

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré après la troisième analyse.

Ne **JAMAIS** faire d'analyse, ni de choc en déplacement (ex. lorsque la civière ou le véhicule ambulancier est en mouvement).

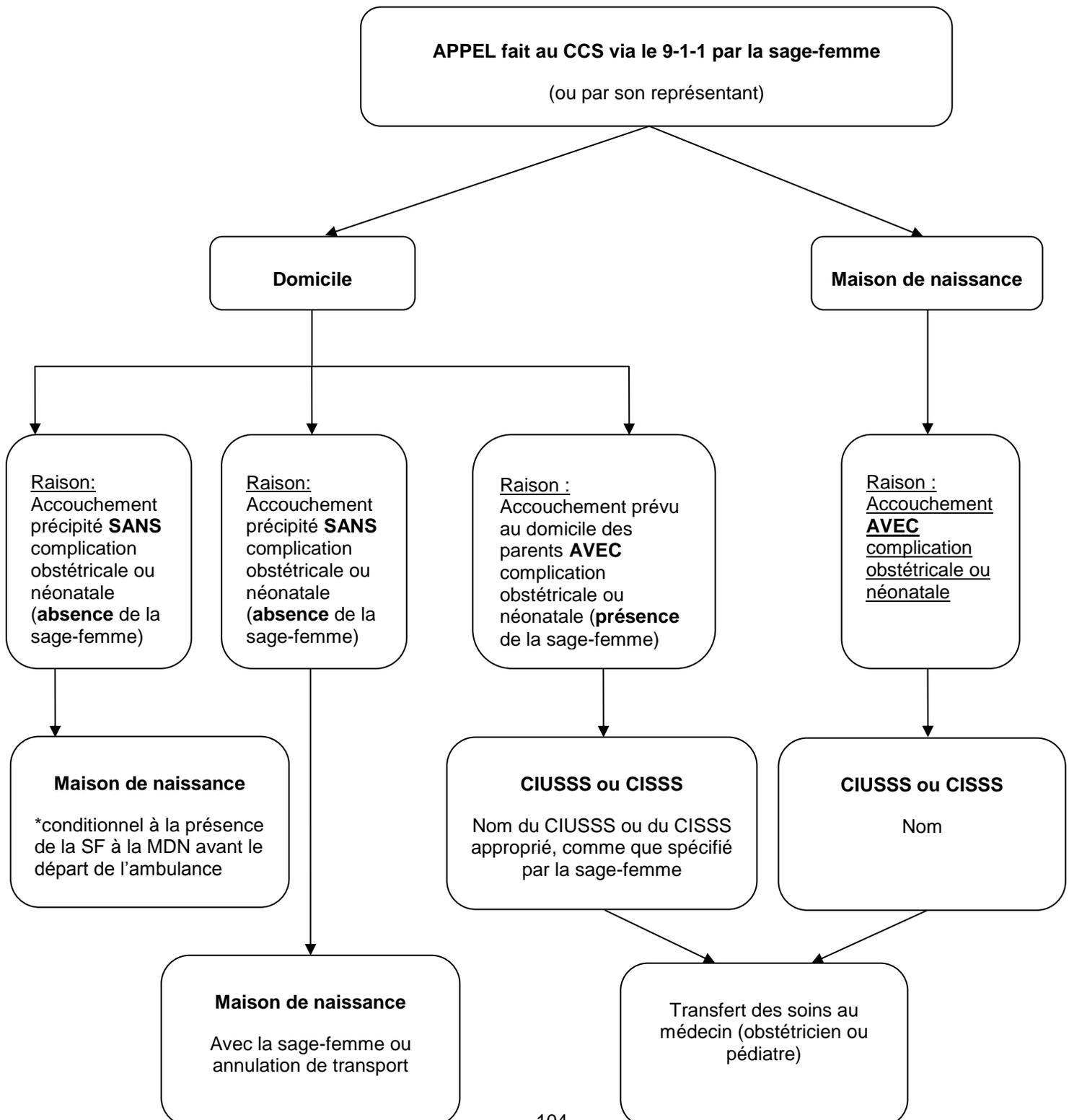
En transport, si le MDSA avise qu'un rythme défibrillable est présent et que ceci ne semble pas être des artéfacts de mouvement et/ou de massage, après arrêt du véhicule ambulancier, une autre analyse doit être effectuée. Si « Choc conseillé », un choc doit être administré. Sinon, la RCR est poursuivie. Ceci peut être répété aux 5 minutes.

Renseignements requis:

- ❑ Circonstances de l'événement.
- ❑ Temps depuis l'arrêt.
- ❑ Présence de témoin de l'ACR (vu ou entendu tomber).
- ❑ Dernière fois vu ou entendu vivant.
- ❑ RCR débutée ou non avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics ou des premiers répondants.
- ❑ Si premier intervenant-DEA sur place, nombre de chocs donnés.
- ❑ Combitube[®] réfère au Combitube[®] standard ou Combitube[®] SA. Il faut spécifier lequel des deux a été utilisé.

ANNEXE 4 du Modèle d'entente relative aux transports préhospitaliers d'urgence

ORGANIGRAMME DE RÉPONSE À UN APPEL DE LA SAGE-FEMME POUR UNE DEMANDE DE TRANSPORT AMBULANCIER D'URGENCE



ANNEXE 5 du Modèle d’entente relative aux transports préhospitaliers d’urgence

**LISTE DU MATÉRIEL MÉDICAL EMPORTÉ PAR LA SAGE-FEMME DANS L’AMBULANCE
(À ADAPTER RÉGIONALEMENT)**

Pour la femme	Pour le nouveau-né
Doppler et gel Médicaments (myoconstricteur, etc.) Kit d’accouchement (pinces hémostatiques, ciseaux et compresses 4x4 stériles) Gants stériles Oreillers supplémentaires au besoin Dossier obstétrical et d’accouchement ou document pertinents	Couvertures, bonnet Poire à aspiration Pince à cordon Ambubag et masque à O ² pour nouveau-né (avec tubulure) Nécessaire pour intubation endotrachéale (laryngoscope et tubulures) Incubateur lorsque disponible Dossiers ou documents pertinents

2010-10-21

Annexe 7 : Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile

SECTION I

CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent règlement s'applique aux sages-femmes qui pratiquent des accouchements dans un lieu de naissance autre qu'une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier, tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, et désigné sous l'appellation de « domicile ».

SECTION II

NORMES DE PRATIQUE

2. La sage-femme fournit à la femme les renseignements mentionnés sur le formulaire de consentement prévu à l'annexe I afin de lui permettre de faire un choix éclairé du lieu de naissance.

Le cas échéant, la sage-femme fait signer le formulaire par la femme qui choisit d'accoucher à domicile.

3. Dans les cas où le choix d'accoucher à domicile est fait pendant ou après la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit remplir les obligations prévues aux articles 4 et 5 lors de la première rencontre qui suit ce choix et qui se déroule dans le cadre du suivi de la grossesse.

SECTION III

CONDITIONS D'EXERCICE

4. Avant la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit visiter le domicile choisi pour la naissance.

La sage-femme doit alors s'assurer qu'à la date prévue pour l'accouchement, les services fournis le soient dans un environnement sécuritaire.

À cette fin, la sage-femme tient compte :

1. de l'accessibilité au domicile pour elle-même et pour les services ambulanciers ;
2. de l'organisation physique du domicile ;
3. de l'accès immédiat à un moyen de communication adéquat en cas de situations nécessitant une consultation médicale ou un transfert urgent vers une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
4. du caractère raisonnable de la distance à parcourir entre le domicile et cette installation.
5. La sage-femme évalue tous les éléments susceptibles d'influencer le choix du lieu de naissance ou le déroulement de l'accouchement et en discute avec la femme.

Le cas échéant, la sage-femme fait les recommandations appropriées pour favoriser le bon déroulement de l'accouchement.

6. Lors de l'accouchement, la sage-femme doit avoir en sa possession une copie du dossier qu'elle a constitué au nom de la femme.
7. Lors de l'accouchement, la sage-femme doit avoir en sa possession l'équipement, le matériel et les médicaments énumérés à l'annexe II.
8. Lors de l'accouchement, la sage-femme qui constate la nécessité d'un transfert de la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin, conformément au Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à

un médecin (D. 455-2004), doit accompagner la femme ou l'enfant jusqu'à la prise en charge médicale.

9. La sage-femme doit procéder à la disposition des déchets biomédicaux conformément au Règlement sur les déchets biomédicaux (D. 583-92).
10. La sage-femme qui n'a pu satisfaire aux exigences prévues aux articles 2 à 6 peut néanmoins procéder à un accouchement imminent à domicile.

ANNEXE I (Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile)

CONSENTEMENT AUX SERVICES D'UNE SAGE-FEMME POUR UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Je soussignée _____ ai décidé d'accoucher à domicile, soit au _____ et d'être accompagnée par une sage-femme.

Je reconnais avoir été informée des éléments suivants :

- des particularités des différents lieux de naissance, des avantages et des risques qui y sont afférents ;
- des mesures liées à l'accouchement à domicile ;
- des cas où la consultation d'un médecin ou le transfert de la responsabilité clinique à un médecin est nécessaire ;
- des mesures d'urgence à prendre lors d'une complication ;
- des critères de transport du domicile au centre hospitalier lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance.

Je comprends que la planification d'un accouchement à domicile ne me le garantit pas pour autant.

Je comprends que je peux modifier en tout temps le choix du lieu de naissance.

En foi de quoi j'ai signé : à (municipalité) _____

ce (date) _____

Signature : _____

Nom de la sage-femme : _____

Numéro de permis : _____

ANNEXE II (Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile)

LISTE D'ÉQUIPEMENT, DE MATÉRIEL ET DE MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES POUR UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- Le nécessaire à la surveillance maternelle et fœtale ;
- Le nécessaire à l'accouchement, incluant les instruments stériles ;
- Le nécessaire à la réanimation néonatale, incluant l'intubation ;
- Le nécessaire à suture, incluant les instruments stériles ;
- Le nécessaire aux prélèvements sanguins, aux injections et aux perfusions intraveineuses ;
- Le nécessaire à cathétérisme vésical ;
- Un contenant pour disposer des déchets biomédicaux ;
- Les médicaments suivants : les ocytociques, l'anesthésique local, les solutions de remplacement pour perfusion intraveineuse, l'oxygène, la prophylaxie ophtalmique, la vitamine K, l'épinéphrine.

Annexe 8 : Exemple d'entente CIUSSS (ou CISSS)-CH permettant les accouchements en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme

ENTENTE DE PARTENARIAT RELATIVE À LA PRATIQUE SAGE-FEMME

INTERVENUE ENTRE :

D'UNE PART :

CENTRE HOSPITALIER
(ci-après désigné le centre hospitalier)

ET D'AUTRE PART :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (OU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX) DE

(ci-après, désigné le CIUSSS (ou le CISSS))

Les deux parties sont désignées collectivement comme étant « les parties »

ATTENDU QUE LE CIUSSS ou le CISSS a conclu un contrat de service avec au moins une sage-femme, le tout conformément à l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);

ATTENDU QUE LE CIUSSS ou le CISSS peut conclure une entente avec un centre hospitalier, conformément à l'article 259.10 de la LSSSS, afin de permettre aux sages-femmes qui ont un contrat de service avec le CIUSSS ou le CISSS, d'y pratiquer des accouchements et de poser tous les autres actes qui peuvent être requis dans ces circonstances.

LES PARTIES CONVIENNENT

1. PRÉAMBULE

Le préambule fait partie intégrante de la présente entente.

2. OBJET

Cette entente vise, d'une part, à assurer au CIUSSS ou au CISSS, pour le bénéfice de la clientèle désirant les services de sage-femme avec lesquelles le CIUSSS ou le CISSS a conclu un contrat de service, la possibilité de travailler en collaboration avec les professionnels du CH et, d'autre part, l'accès à ses installations ainsi qu'aux équipements et services déterminés ci-après.

Cette entente est initiée dans un esprit de collaboration et de complémentarité entre les établissements et les professionnels et les professionnelles concernés.

3. RECONNAISSANCE

Les parties reconnaissent que la femme qui accouche avec une sage-femme au centre hospitalier et en fonction du cadre de pratique défini par la Loi sur les sages-femmes, dans le cadre de l'application de la présente entente, ainsi que l'enfant qui naît lors de cet accouchement demeurent sous la responsabilité du CIUSSS ou du CISSS tant qu'il n'y a pas de transfert de l'un et/ou de l'autre à l'équipe médico-nursing du centre hospitalier. Dans le cadre légal de pratique, les sages-femmes sont entièrement autonomes et ne sont aucunement sous la juridiction médicale.

4. ENGAGEMENTS DU CENTRE HOSPITALIER

4.1 Installations usuelles pour les accouchements

Le centre hospitalier s'engage à mettre à la disposition de la clientèle des sages-femmes ayant un contrat de service avec le CIUSSS ou le CISSS, les locaux et les installations utilisés habituellement par les professionnels lors des accouchements normaux au centre hospitalier et ce, en fonction de la disponibilité de telles installations.

4.2 Accès aux locaux pour les services de sage-femme

En fonction de ses disponibilités, le centre hospitalier s'engage à permettre aux sages-femmes l'utilisation de locaux qui sont à usage multifonctionnel de tous les professionnels et médecins œuvrant en périnatalogie⁴⁷.

Le centre hospitalier s'engage à fournir aux sages-femmes un espace pour fins de rangement de matériel et des équipements qui sont la propriété du CIUSSS ou du CISSS. Les parties conviennent que le centre hospitalier assume les obligations d'un dépositaire à titre gratuit, prévues au code civil, à l'égard des biens qui sont placés dans ce local.

⁴⁷ À titre d'exemple, l'accès à un casier et, le cas échéant, à une chambre de garde.

4.3 Équipement et matériel du centre hospitalier

Le centre hospitalier s'engage à mettre à la disposition d'une sage-femme visée par la présente entente l'équipement et le matériel habituellement utilisés par les médecins accoucheurs pour les accouchements eutociques. Dans l'éventualité où la sage-femme aurait besoin d'autre matériel ou médicament peu utilisé par les médecins (par exemple, l'ergonovine), cette dernière devra en faire la demande ou l'apporter du CIUSSS ou du CISSS.

4.4 Services offerts par le centre hospitalier

- ◆ L'entretien ménager des locaux utilisés ou occupés par le CIUSSS ou le CISSS.
- ◆ L'entretien des équipements et du matériel dont le centre hospitalier est propriétaire.
- ◆ L'hébergement, les repas et autres services d'hôtellerie, incluant les services usuels de buanderie-lingerie, aux femmes et/ou leur enfant qui reçoivent, dans les installations du centre hospitalier, des soins et des services visés par la présente entente.
- ◆ La stérilisation du matériel fourni par le centre hospitalier.
- ◆ Les services de pharmacie et les médicaments prescrits par une sage-femme visée par la présente entente.
- ◆ Les services de laboratoire et d'examen diagnostique disponibles et selon les priorités régies par le centre hospitalier pour les femmes et leur enfant qui reçoivent des soins et des services visés par la présente entente dans les installations du centre hospitalier.
- ◆ La gestion des déchets biomédicaux suivant la procédure en vigueur au centre hospitalier.
- ◆ Le personnel requis selon disponibilité et priorité régis par le centre hospitalier pour dispenser les services décrits au point 7.4.

5. ENGAGEMENT DU CIUSSS ou du CISSS

Le CIUSSS ou le CISSS s'engage à transmettre au centre hospitalier la liste des sages-femmes avec lesquelles il a conclu un contrat de service.

6. EXERCICE DE LA PROFESSION SAGE-FEMME

6.1 Soins et services relevant normalement de la sage-femme

Les PARTIES reconnaissent que les sages-femmes, qui exercent leur profession dans le cadre de la présente entente, peuvent prodiguer tous les soins et les services professionnels prévus à la Loi sur les sages-femmes, (LRQ., chapitre S-0.1) et ses règlements d'application (mettre en annexe les dispositions pertinentes de cette loi). Elles reconnaissent également qu'un médecin est disponible pour les cas d'urgence ou les cas qui sortent de la normale.

6.2 Prescription de médicaments

Une sage-femme visée par la présente entente peut, afin de donner les soins et les services professionnels décrits au point 6.1, prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste

dressée par le règlement de l'Office des professions, conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi sur les sages-femmes (mettre la liste en annexe) suivant les conditions fixées dans ce règlement.

6.3 Examen ou analyse

Une sage-femme visée par la présente entente peut, afin de donner les soins et les services professionnels décrits au point 6.1, prescrire, effectuer ou interpréter un examen ou une analyse mentionnée dans la liste dressée par le règlement de l'Office des professions, conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi sur les sages-femmes (mettre la liste en annexe) suivant les conditions fixées dans ce règlement.

7. MODALITÉS DE COLLABORATION ENTRE LES SAGES-FEMMES, LES MÉDECINS ET LE PERSONNEL INFIRMIER DU CENTRE HOPITALIER

7.1 Prise en charge

L'équipe des sages-femmes assume la responsabilité personnelle des soins et des services professionnels qu'elle rend ou doit rendre à sa cliente ainsi qu'à son enfant. Cette clientèle se compose de femmes préalablement inscrites au CIUSSS ou au CISSS pour un suivi de grossesse eutocique avec une sage-femme.

7.2 Modalités de collaboration avec les médecins qui exercent au centre hospitalier

Les modalités de collaboration entre une sage-femme et les médecins qui exercent leur profession au centre hospitalier sont soumises au « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. » (mettre en annexe), pris en application du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 5 de la Loi sur les sages-femmes ou à toute autre disposition applicable en vertu de l'article 58 de cette loi.

7.3 Modalités de collaboration avec les infirmières et les infirmiers du centre hospitalier

Le personnel infirmier sera impliqué lors d'un transfert de la patiente ou de son enfant à l'équipe médicale ou en situation d'urgence.

8. DEMANDE DE CONSULTATION OU DE TRANSFERT EN MILIEU HOSPITALIER

Les obligations de consultation et de transfert sont définies par le « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » (en annexe). Pour toutes demandes régulières, nous vous invitons à vous reporter aux articles de l'entente d'entente encadrant les processus de consultation et de transfert de la responsabilité clinique à un médecin. En effet, lors d'un accouchement en milieu hospitalier et en dehors d'un contexte d'urgence, les procédures décrites à cette entente s'appliquent.

Le présent article de l'entente tente de baliser les demandes de consultation ou de transfert lorsqu'elles sont réalisées en période périnatale en milieu hospitalier et qu'elles ont un caractère d'urgence. Si ces deux sujets sont traités simultanément, c'est qu'en situation d'urgence une consultation doit rapidement devenir un transfert.

- ◆ Si la situation le permet, la sage-femme informe la femme et son conjoint des motifs de la consultation ou du transfert.
- ◆ En cas d'urgence, la sage-femme fait une demande de consultation ou de transfert à l'obstétricien, au périnatalogiste ou au pédiatre de garde en le faisant prévenir par le personnel habilité du service

concerné du centre hospitalier. Dans toute la mesure du possible, elle informe, elle-même, le médecin des motifs de la consultation ou du transfert et de l'urgence de son intervention. Le cas échéant, elle consignera au dossier la nature des recommandations que le médecin consulté aura pu faire en attendant son arrivée. La sage-femme demeure responsable de la mère et/ou de l'enfant jusqu'à l'arrivée du médecin et de la prise en charge effective de la mère et/ou de l'enfant. Si la situation le nécessite, l'équipe multidisciplinaire d'obstétrique et/ou de pédiatrie prendra conjointement en charge la mère et/ou l'enfant jusqu'à l'arrivée du médecin consulté. À l'arrivée du médecin, le transfert de responsabilité sera jugé complété.

- ◆ Dans le cas d'un nouveau-né nécessitant une réanimation en salle d'accouchement, la sage-femme peut lancer le code rose nouveau-né. Dans ce cas, l'équipe multidisciplinaire de réanimation assistera la sage-femme. Elle demeurera conjointement responsable de l'enfant jusqu'à l'arrivée du pédiatre de garde. Le pédiatre prendra en charge l'enfant à son arrivée et le patient sera considéré transféré sous la responsabilité du centre hospitalier jusqu'à ce que le médecin considère qu'il peut avoir son congé du centre hospitalier (congé à la maison ou transfert sous la responsabilité de la sage-femme du CIUSSS ou du CISSS).
- ◆ La sage-femme fournit au médecin consulté ou auquel le transfert est demandé tous les renseignements et les documents de soins ou autres pertinents à la consultation ou au transfert.

9. MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'INSCRIPTION

9.1 Accueil par le centre hospitalier

La sage-femme qui prévoit que l'accouchement d'une femme se déroulera dans les installations du centre hospitalier, doit le plus tôt possible et si possible dès le diagnostic de grossesse, en informer le centre hospitalier via une préinscription au service de l'admission et indiquer, au meilleur de sa connaissance professionnelle, la date prévue de l'accouchement.

9.2 Inscription

Une femme qui accouche avec une sage-femme, dans le cadre de l'application de la présente entente, est inscrite au CIUSSS ou au CISSS et non admise au centre hospitalier, ainsi que l'enfant né à la suite de l'accouchement. La sage-femme est responsable de l'enregistrement de sa patiente au centre hospitalier selon les procédures convenues. La préinscription pourra être envoyée en tout temps et idéalement, dès que la mère aura décidé d'accoucher en milieu hospitalier. Cette préinscription est normalement faite dès le diagnostic de grossesse.

9.3 Congé

Sauf s'il y a transfert conformément aux articles sur les mesures en cas de consultation ou de transfert, la sage-femme, dès qu'elle est d'avis que l'état de santé de la femme et de son enfant n'exige plus qu'ils séjournent au centre hospitalier, signe le formulaire de congé de soins. La famille doit quitter les installations du centre hospitalier dans les six (6) heures qui suivent l'accouchement et la sage-femme demeure présente et responsable du suivi jusqu'à son départ.

9.4 Dossier de suivi de maternité

Le CIUSSS ou le CISSS détient un dossier obstétrical de suivi de grossesse de la femme et en remet une copie à cette dernière. Pour l'épisode de soins du travail et de l'accouchement, la sage-femme utilise le dossier obstétrical et le dossier du nouveau-né usuels du CIUSSS ou du CISSS. Lors d'une consultation ou d'un transfert intramuros, ces dossiers, avec l'autorisation de la femme, devront être rendus disponibles au centre hospitalier et à ses professionnels leur fournissant l'information permettant d'assurer le suivi ou la continuité des soins.

Si la patiente refusait de consentir à ce que le personnel soignant du centre hospitalier ait accès au dossier obstétrical et au dossier du nouveau-né usuels du CIUSSS ou du CISSS, cela équivaldrait à un refus de traitement de la patiente et auquel cas, cette dernière devrait signer une déclaration de refus de traitement. Dans le cas où cette dernière refuserait de signer ladite déclaration de refus de traitement, une note faisant état de ce refus devrait être consignée au dossier de la patiente par le professionnel. De plus, les parties conviennent que dans un tel cas de refus de transmission d'information, il est entendu qu'aucune responsabilité, et ce, de quelque nature que ce soit, ne pourra être imputée au centre hospitalier, à ses médecins, professionnel et autres membres du personnel en son sein.

10. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ARTICLE 259.7 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Lorsque survient au centre hospitalier un événement qui, s'il était survenu au CIUSSS ou au CISSS, aurait permis l'application de l'article 259.7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴⁸, l'une ou l'autre des personnes désignées au premier alinéa de l'article 251 de cette loi⁴⁹ doit en informer l'une ou l'autre des autorités du CIUSSS ou du CISSS⁵⁰ désignée à l'article 259.7 et demander qu'elles évaluent immédiatement la nécessité de suspendre le droit d'une sage-femme d'exercer sa profession en vertu de son contrat de service.

En outre, le centre hospitalier peut prendre toute mesure destinée à assurer la sécurité et le bien-être des personnes qui se trouvent dans ses installations.

11. PORTÉE DE L'ENTENTE À L'ÉGARD DES MÉDECINS DU CENTRE HOSPITALIER

Conformément au troisième alinéa de l'article 259.10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la présente entente lie tous les médecins membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier qui sont visés par les modalités de collaboration énoncées à l'article 10.

12. DURÉE DE L'ENTENTE

La présente entente est conclue pour une durée d'un an à partir de la date de signature. Elle est renouvelée pour un même terme à moins que l'une des parties ne fasse parvenir à l'autre un avis écrit, au plus tard trois (3) mois avant la date d'échéance, indiquant sa décision motivée que l'entente ne soit plus renouvelée.

13. MODIFICATION À L'ENTENTE

Toute modification à la présente entente doit être consignée par écrit et être signée par les responsables de l'application de l'entente des deux parties.

⁴⁸ Cet article concerne le processus de suspension, en cas d'urgence, du droit d'une sage-femme d'exercer sa profession.

⁴⁹ Les personnes désignées sont : en cas d'urgence, le directeur des services professionnels, le président du CMDP, le chef du département clinique concerné ou, en son absence ou à défaut d'agir de ces personnes, le président-directeur général.

⁵⁰ Les autorités concernées sont : la responsable des services de sage-femme (RSSF), la présidente du conseil sage-femme ou, en cas d'absence ou à défaut d'agir de ces personnes, le président-directeur général.

14. DISPOSITIONS FINALES

14.1 Résiliation

Les parties peuvent convenir de résilier la présente entente. Telle résiliation prend effet trente (30) jours après que l'écrit qui la constate est signé par l'une des parties.

14.2 Forme des avis

Tout avis en vertu de la présente entente, pour être valide et lier les parties, doit être donné par écrit et être remis en mains propres ou transmis par télégramme, télécopieur, messagerie ou poste recommandée avec accusé de réception, à l'adresse de la partie concernée telle qu'il est indiqué à l'entente.

14.3 Annexes

Les annexes font partie de la présente entente comme si elles y étaient intégrées.

14.4 Interprétation

La présente entente est la seule qui existe entre les parties concernant son objet et annule et a préséance sur toute autre entente, promesse verbale ou écrite qui a pu avoir lieu entre les parties concernant le même objet.

Le défaut pour l'une ou l'autre des parties d'exiger l'exécution d'une clause de la présente entente ne constitue pas une renonciation d'en exiger plus tard l'exécution ni l'application des autres obligations prévues à la présente entente.

La nullité d'une disposition de cette entente ne peut entraîner la nullité de toute l'entente à moins que l'application de celle-ci ne soit impossible de ce fait.

15. MODALITÉS ADMINISTRATIVES

15.1 Représentants des parties

Pour les fins d'application de la présente entente, les personnes représentant les parties sont :
Pour le CIUSSS ou le CISSS :

Pour le centre hospitalier :

15.2 Les mécanismes de suivi et d'évaluation de l'entente de partenariat

Afin d'assurer le suivi de l'entente de partenariat pour une période initiale de mise en place, les parties conviennent de se doter d'un mécanisme de suivi. Les parties se réuniront au besoin afin d'assurer le suivi de la mise en place de l'entente. Ce mécanisme pourra être aboli après entente entre les parties.

Aux fins d'assurer l'évaluation de l'entente, les parties conviennent de se réunir au moins une fois l'an pour établir un bilan de la présente entente dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services. Il se traduit par un rapport d'évaluation de la qualité, élaboré par la responsable des services de sage-femme, le responsable médical et le responsable administratif du centre hospitalier. Il est adressé par la suite aux représentants de l'entente cadre.

Si la situation l'exige, les parties peuvent exiger l'inclusion, dans le rapport d'évaluation, de certains éléments liés notamment à la mortalité et à la morbidité périnatale, aux accidents ou aux événements

imprévus et/ou indésirables, ainsi qu'aux actes thérapeutiques nécessités conséquemment à ces évènements.

16. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente entente entre en vigueur après réception, par le centre hospitalier, de la liste des sages-femmes ayant conclu un contrat de service avec le CIUSSS ou le CISSS.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ à ce _____^e jour du mois de _____ de l'année _____.

Pour le Centre hospitalier

Président(e)-directeur/directrice général(e)

Chef du département d'obstétrique
et de gynécologie

Chef du département de pédiatrie

Pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et le Centre intégré de santé et de services sociaux

Président(e)-directeur/directrice général(e)

Gestionnaire responsable

Annexe 9 : Liste des variables collectées par le MSSS, années-2007-2011

Variable	Description	Indicateur
Numéro et nom de la MDN	2 MDN Colette-Julien 3 MDN Côte-des-Neiges 4 MDN Mimosa 5 MDN CSSS de l'Ouest-de-l'Île 6 Centre de maternité de l'Estrie 7 MDN de l'Outaouais 8 MDN de la Rivière 9 MDN du CSSS de la Vieille-Capitale 10 MDN du Boisé 11 SSF du CSSS Jeanne-Mance	Tous les indicateurs sont ventilés par MDN et par année
Numéro de dossier	Numéro unique donné à une cliente par la MDN	Nombre de femmes ayant commencé un suivi
Date de naissance de la mère	Date de naissance de la mère	Âge moyen de la mère
Parité au début du suivi	1 Nullipare (aucun accouchement) 2 Primipare (un accouchement) 3 Multipare (deux accouchements et plus)	Parité au début du suivi
Date du début de suivi	Entrer la date inscrite à la 1 ^{re} note au dossier	Nombre de clientes sages-femmes
Date probable d'accouchement (D.P.A.)	Date probable d'accouchement	
Date de l'arrêt de suivi en période prénatale	Un arrêt de suivi = fermeture du dossier de la femme	Nombre de femmes ayant cessé le suivi en période prénatale
Raison de l'arrêt de suivi	1 Désistement 2 Changement de service de sage-femme 3 Déménagement 4 Fausse couche 5 Interruption volontaire de grossesse 6 Non admissible pour raison médicale en début de suivi 9 Non disponible	Nombre de femmes ayant cessé le suivi en période prénatale selon la raison de l'arrêt de suivi
Date du transfert prénatal	Entrer la date du transfert prénatal	Durée moyenne du suivi prénatal avant le transfert prénatal

Annexe 9 (suite)
Liste des variables collectées par le MSSS, années 2007-2011

Variable	Description	Indicateur
Principale raison du transfert prénatal	1 Anomalie fœtale diagnostiquée	
	2 Béance du col	
	3 Césarienne électorive	
	4 Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré	
	5 Diabète insulino dépendant	
	6 Disproportion fœto-maternelle suspectée	
	7 Grossesse à 42 semaines	
	8 Grossesse extra-utérine	
	9 Grossesse multiple	
	10 Hypertension artérielle	
	11 Iso-immunisation	
	12 Menace de travail prématuré	
	13 Mort in utéro	
	14 Oligohydramnios	
	15 Pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale	
	16 Placenta prævia	
	17 Prééclampsie ou éclampsie	
	18 Présence d'anticorps irréguliers significatifs	
	19 Présentation autre que céphalique après 37 semaines	
	20 Prise de médicaments, de drogues ou d'alcool pendant la grossesse ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et le nouveau-né	
	21 Retard de croissance intra-utérine	
	22 Saignement à plus de 20 sem. de gestation	
	23 Séroconversion en cours de grossesse pour : herpès, toxoplasmose, rubéole, cytomégalo virus, VIH et tuberculose	
	24 Vomissements gravidiques sévères	
	25 Autre raison	
Autre raison de transfert prénatal	À spécifier	
Nombre de rencontres de suivi prénatal avec une sage-femme		Nombre moyen de rencontres avec une sage-femme en période prénatale
Date de la naissance du bébé		

Annexe 9 (suite)
Liste des variables collectées par le MSSS, années 2007-2011

Variable	Description	Indicateur
Lieu de la naissance du bébé	1 MDN 2 Domicile 3 CH (responsabilité clinique de la sage-femme) 4 CH (responsabilité clinique d'un médecin) 5 Autre lieu et intervenant	Répartition des naissances selon le lieu de naissance
Autre lieu de naissance	Spécifiez le lieu et la personne qui a assisté la femme	Autre lieu de naissance
Date du transfert pernatal	Date du transfert pernatal	
Principales raisons de transfert pernatal	1 Arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion 2 Arrêt de progression en travail actif 3 Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) 4 Déchirure périnéale de 3 ^e ou 4 ^e degré 5 Fièvre maternelle 6 Hémorragie qui ne répond pas au traitement 7 Herpès génital actif 8 Hypertension artérielle 9 Liquide amniotique méconial épais ou particulière 10 Mort in utero 11 Perception d'un vaisseau au toucher vaginal 12 Péridurale 13 Pertes sanguines inhabituelles au cours du travail 14 Phase de latence prolongée 15 Présentation autre que vertex 16 Procidence du cordon 17 Rétention placentaire 18 Rupture prolongée des membranes 19 Signes ou symptômes de prééclampsie ou d'éclampsie 20 Souffrance fœtale 21 Suspicion de chorio-amnionite 22 Travail débutant après 42 semaines 23 Travail débutant avant 37 semaines 24 Autre raison	Répartition des femmes selon la principale raison de transfert
Autres raisons de transfert pernatal	À spécifier	Autres raisons de transfert pernatal

Annexe 9 (suite)
Liste des variables collectées par le MSSS, années 2007-2011

Variable		Description	Indicateur
Lieu d'origine du transfert pernatal	1	MDN	Nombre de transferts pernatals selon le lieu avec ou sans continuité du suivi
	2	Domicile	
	3	Centre hospitalier	
	4	Autre	
	9	Non disponible	
Type d'accouchement	1	Accouchement vaginal non AVAC	N et % de naissances selon le type d'accouchement
	2	Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)	
	3	Césarienne en raison d'un transfert prénatal	
	4	Césarienne en raison d'un transfert pernatal	
	9	Non disponible	
Continuité du suivi SF en raison du transfert prénatal	1	Arrêt définitif du suivi en raison d'un transfert de la responsabilité clinique	Nombre de suivis jusqu'à l'accouchement
	2	Reprise du suivi en raison d'un transfert de la responsabilité clinique	
Continuité du suivi SF en raison du transfert pernatal	1	Arrêt définitif du suivi en raison d'un transfert de la responsabilité clinique	Nombre de suivis complets
	2	Reprise du suivi en raison du transfert de la responsabilité clinique	
Raison de transfert postnatal de la mère	1	Hématomes vulvaires entraînant une difficulté mictionnelle	Raisons de transfert postnatal de la mère
	2	Hypertension persistante	
	3	Infection de la plaie périnéale	
	4	Infection sévère	
	5	Psychose puerpérale, problème psychologique sévère	
	6	Saignements persistants qui ne répondent pas au traitement	
	7	Suspicion de prééclampsie ou éclampsie	
	8	Suspicion de rétention placentaire partielle	
	9	Autre raison	
Autres raisons de transfert postnatal de la mère		À spécifier	Autres raisons de transfert de la mère

Annexe 9 (suite)
Liste des variables collectées par le MSSS, années 2007-2011

Variable	Description	Indicateur
Raisons de transfert postnatal du bébé	1 Absence de passage de méconium après 24 heures	Raisons de transfert postnatal du bébé
	2 Absence ou anomalie relative aux réflexes primitifs	
	3 Anomalie majeure nécessitant des soins immédiats	
	4 Anurie au-delà de 24 heures	
	5 APGAR inférieur à 7, 5 ou à 9, 10 minutes	
	6 Artère ombilicale unique	
	7 Atrésie unie ou bilatérale des choanes	
	8 Croissance inappropriée < 3 ^e percentile ou > 97 ^e percentile	
	9 Cyanose centrale	
	10 Détresse respiratoire ou apnée	
	11 Distension abdominale avec intolérance à l'alimentation	
	12 Ecchymose ou pétéchies généralisées	
	13 Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal	
	14 Fontanelle antérieure bombée	
	15 Hémorragie digestive haute ou basse	
	16 Hépatomégalie > 3 cm sous le rebord costal	
	17 Hypothermie ou hyperthermie persistante	
	18 Hypotonie ou hypertonie	
	19 Ictère dans les premières 24 heures	
	20 Ictère nécessitant une photothérapie	
	21 Instabilité des hanches ou hanches luxables	
	22 Masse inguinale	
	23 Masse abdominale	
	24 Non-reprise de poids de naissance après 14 jours	
	25 Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire	
	26 Pâleur persistante au-delà d'une heure de vie	
	27 Perte de poids supérieure à 10 %	
	28 Pleurs ou cris anormaux	
	29 Poids inférieur au 3 ^e percentile	
	30 Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques	
	31 Reflet rouge oculaire anormal	

Annexe 9 (suite)
Liste des variables collectées par le MSSS, années 2007-2011

Variable	Description	Indicateur
	32 Rein palpable	
	33 Résultats de laboratoire anormaux	
	34 Rythme cardiaque anormal	
	35 Souffle cardiaque	
	36 Syndrome de sevrage	
	37 Testicule non descendu	
	38 Torsion ou masse testiculaire	
	39 Traumatisme obstétrical	
	40 Trémulations répétées ou convulsions	
	41 Vomissements bilieux ou diarrhée	
	42 Autre raison	
Autres raisons de transfert postnatal du bébé	À spécifier	Autres raisons de transfert postnatal du bébé
Poids du bébé à la naissance (en grammes)	Indiquer le poids à la naissance en grammes	Poids moyen des bébés des femmes suivis jusqu'à l'accouchement
Allaitement maternel à la naissance	1 Oui 0 Non 9 Non disponible	N et % de bébés allaités à la naissance (sous la responsabilité d'une sage-femme)
Nombre de rencontres postnatales avec une sage-femme (mère ou bébé)	Indiquer le nombre de rencontres postnatales avec une sage-femme (mère ou bébé). Elles peuvent avoir lieu à la MDN, au CSSS ou à domicile	Nombre moyen de rencontres postnatales par femme ayant eu un suivi complet
Date de fin de suivi postnatal	Entrer la date inscrite à la dernière note au dossier	Nombre et durée moyenne des suivis complets

Annexe 10 : Principaux résultats de l'analyse des données relatives aux services de sage-femme, années 2007-2011

Les principaux résultats de l'analyse des données relatives aux services de sage-femme concernant les années 2007-2011 sont les suivants :

Nombre de suivis :

11 195 femmes ont commencé un suivi sage-femme. Le nombre de suivis a augmenté d'année en année, passant de 1790 en 2007 à 2668 en 2011. Cette augmentation est la conséquence de l'ajout de sages-femmes aux services existants et de la mise sur pied de nouveaux services.

Âge et parité des clientes :

Moyenne d'âge des femmes ayant commencé un suivi avec une sage-femme : 30 ans

Parité au début du suivi : 40 % des femmes n'avaient jamais accouché, 35 % avaient déjà accouché une fois et 25 % avaient déjà accouché plus d'une fois.

Arrêts de suivi :

1 462 femmes ont arrêté définitivement leur suivi, soit 13 % de l'ensemble des clientes.

La plupart de ces arrêts ont eu lieu avant 32 semaines de gestation.

Principales raisons de l'arrêt :

- Fausse couche (37 %),
- Désistement (25 %),
- Transferts sans continuité du suivi (16 %).

Parmi l'ensemble des femmes ayant commencé un suivi avec une sage-femme, 9 733 femmes (87 %) ont eu un suivi sage-femme jusqu'à l'accouchement incluant des femmes dont la responsabilité clinique a été transférée à un médecin au cours de la grossesse.

Transferts prénataux :

962 femmes ont été transférées durant la période prénatale.

Principales raisons du transfert :

- Présentation autre que céphalique après 37 sem. (14%),
- Éclampsie et pré-éclampsie (10,5%),
- Grossesse à 42 semaines (9,5%).

Parmi ces transferts, 723 ont eu lieu après 32 sem. 90,5 % des femmes ont continué à avoir un suivi sage-femme après le transfert.

Accouchements :

8 986 femmes (92 % des 9 733 femmes ayant eu un suivi jusqu'à l'accouchement) ont amorcé leur travail avec une sage-femme.

1 930 femmes (21,5 %) ont été transférées en période prénatale.

Principales raisons des transferts prénataux :

- Arrêt de progression du travail (34 %),
- Besoin de péridurale (19 %).

Dans la presque totalité des cas de transfert (97 %), les femmes et leur nouveau-né ont eu un suivi postnatal avec leur sage-femme.

7 135 femmes ont accouché sous la responsabilité clinique d'une sage-femme (79,4 % des femmes ayant commencé leur travail avec une sage-femme ou 73,3 % des femmes ayant eu un suivi jusqu'à l'accouchement), incluant 79 transferts perinataux immédiatement après la naissance.

Lieu des accouchements sous la responsabilité clinique d'une sage-femme :

- 75,4 % en maison de naissance
- 20,2 % à domicile
- 4,4 % en centre hospitalier

Si on ne retient que les services où les femmes ont le choix des 3 lieux :

- 80,7 % en maison de naissance
- 17,2 % à domicile
- 2,1 % en centre hospitalier

Par ailleurs, lorsqu'elles n'ont pas la possibilité d'accoucher en maison de naissance (les femmes suivies au CSSS Jeanne-Mance), 61 % des femmes choisissent d'accoucher à domicile et 39 %, en centre hospitalier.

Durée d'un suivi sage-femme :

9 932 femmes ont eu un suivi sage-femme au moins jusqu'à 32 semaines de gestation. Parmi ces femmes :

- Durée moyenne du suivi : 32,7 semaines
- Nombre moyen de rencontres prénatales : 10
- Nombre moyen de rencontres de suivi postnatal : 4,5

Annexe 11 : Les normes de pratique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec

Les normes de pratique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec sont appuyées sur la définition de l'exercice de la profession inscrite dans la Loi sur les sages-femmes et sont présentées comme une suite logique au Code de déontologie de l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec ainsi qu'à la Philosophie de la pratique des sages-femmes adoptée par les membres de l'Ordre en mars 2002. Elles reposent sur les prémisses qu'une équipe se compose idéalement d'au moins trois sages-femmes pour un même lieu de pratique et que deux sages-femmes sont normalement présentes au moment de l'accouchement.

Au nombre de 24, les normes de pratique professionnelle des sages-femmes au Québec sont les suivantes :

- La sage-femme accorde le temps nécessaire pour établir une relation de confiance avec la femme dès la première rencontre et s'assure de maintenir cette relation tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme favorise l'implication de toute personne significative pour la femme (père, enfants, etc.) selon le souhait de celle-ci.
- La sage-femme échange avec la femme en vue de connaître son vécu et de cerner ses besoins tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme aborde certains sujets de discussion au moment opportun dans le souci du respect du rythme et de la réalité de la femme et invite celle-ci à s'exprimer et à partager avec elle ses interrogations, ses inquiétudes, ses souhaits, etc., tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme pose les gestes cliniques appropriés à la situation et fait une utilisation judicieuse de la technologie, en conformité avec le champ de la pratique professionnelle des sages-femmes et les directives de l'OSFQ à ce sujet.
- La sage-femme, lorsque nécessaire, guide la femme vers les ressources communautaires du milieu et les autres ressources professionnelles de la santé.
- La sage-femme a le devoir de donner à la femme l'information disponible en ce qui concerne les enjeux liés aux différents choix à faire à l'occasion d'une grossesse, elle y accorde le temps nécessaire, et elle échange avec la femme de manière à lui permettre de prendre ses décisions tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme respecte les décisions de la femme et, en même temps, doit lui rappeler les limites qu'elle est tenue de respecter en lien avec son champ de pratique professionnelle et ses compétences tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme s'engage à assister la femme dans le lieu de naissance de son choix (domicile, maison de naissance ou autre) et s'assure d'être en mesure de le faire en conformité avec le champ de pratique professionnelle des sages-femmes et la Loi sur les sages-femmes.

- La sage-femme fait la promotion de l'allaitement maternel et elle encourage et supporte la femme dans son désir d'allaiter.
- La sage-femme renforce la femme dans ses compétences et dans son autonomie et elle l'invite à se faire confiance tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme communique avec la femme et avec toute autre personne significative pour celle-ci (père, enfants, etc.) dans un langage approprié, et elle s'assure d'être bien comprise tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme favorise les liens d'attachement entre les parents, y compris les autres enfants, et le nouveau-né.
- La sage-femme travaille idéalement en équipe de deux à trois sages-femmes au maximum pour un même suivi de grossesse, et ce, en vue d'assurer la continuité de la relation et des soins tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- La sage-femme applique les règles liées à la confidentialité et à la préservation des renseignements sur la vie privée en vigueur au Québec, à l'OSFQ et dans son milieu de travail.
- La sage-femme fait signer à la femme tout document approprié en conformité avec les normes établies à ce sujet à l'OSFQ et dans son milieu de travail.
- La sage-femme s'assure que la tenue de ses dossiers est conforme au Règlement sur la tenue de dossier de l'OSFQ, et elle écrit tous les renseignements utiles de manière lisible et de façon concise.
- La sage-femme, dans le cas où une femme refuserait un transfert d'urgence, doit assurer à celle-ci une présence compétente, aviser les services d'urgence et documenter le refus de la femme de suivre ses recommandations ou son avis.
- La sage-femme participe à des activités de formation en conformité avec les règles établies à l'Ordre au sujet de la formation continue.
- La sage-femme s'assure d'être au fait de l'évolution des connaissances liées à sa pratique professionnelle.
- La sage-femme participe à des activités de partage de connaissances, d'échange de vues et de revues par les pairs à propos de sa pratique professionnelle.
- La sage-femme recueille, de façon continue, toutes les données pertinentes à l'évaluation de sa pratique professionnelle en conformité avec les directives établies à ce sujet à l'OSFQ.
- La sage-femme participe à l'évaluation et à l'amélioration continue de la qualité de la pratique professionnelle des sages-femmes dans son milieu de travail.
- La sage-femme contribue à la formation des sages-femmes, à la promotion de la pratique professionnelle des sages-femmes et à l'évolution du savoir des sages-femmes.

Annexe 12 : Les principales modifications de l'entente 2014-2015 entre le ministre et le RSFQ

Les principaux changements apportés à la nouvelle entente signée le 1^{er} avril 2014 sont les suivants :

1. Bonification du contrat à forfait modèle pour une sage-femme

Le montant de base augmente progressivement; il sera de 6 500 \$ par année à partir du 1^{er} avril 2012 pour une sage-femme à temps complet. À ce montant s'ajoute un montant additionnel en fonction du nombre de suivis complets réalisés.

2. Fonctions et conditions de travail de la responsable des services de sage-femme (RSSF) :

- La RSSF profite maintenant d'une échelle de rémunération distincte de celle de la sage-femme; la prime de responsabilité de 5 % est intégrée à son échelle de rémunération.
- Une mesure temporaire, qui prend fin le 30 mars 2015, prévoit le versement d'une prime de consolidation et d'attraction de 5 %.
- La définition de la RSSF a été revue afin de préciser son rôle.
- L'entente propose un nouveau contrat type pour la RSSF.

3. Mise en place de mesures incitatives temporaires (prend fin le 30 mars 2015)

- Afin d'augmenter le nombre de suivis complets réalisés : montant fixe versé à chaque sage-femme à temps complet pour chaque suivi en sus du nombre inscrit dans son contrat
- Afin de favoriser la prise en charge de la clientèle qui vit en contexte de vulnérabilité : montant fixe versé à compter du 4^e suivi réalisé auprès de cette clientèle.

4. Introduction de la notion de reddition de comptes

Deux rencontres sont prévues entre la sage-femme et la RSSF en cours et en fin d'année financière afin de faire le point sur les activités professionnelles et le nombre de suivis complets réalisés par rapport à ceux qui sont prévus dans le contrat.

5. Introduction des dispositions suivantes sur le maintien des compétences :

- 4 jours par équivalent-temps complet (ETC), gestion de la répartition par service de sage-femme;
- frais d'inscription, frais de déplacement et de séjour remboursés.

6. Progression accélérée dans les échelles de rémunération :

La durée de séjour est de six mois concernant les six premiers échelons (au lieu de quatre).

7. Avantages additionnels accordés : retraite progressive, frais de déplacement, reconnaissance du service continu, congés sans rémunération ou partiels sans rémunération, assignation temporaire.

Des lettres d'entente prévoient la mise en place des trois comités suivants, dont les travaux devront se terminer le 31 mars 2015 :

- Comité sur la collaboration interprofessionnelle, dont le mandat est de déterminer les secteurs d'activités professionnelles qui profiteraient d'une plus grande collaboration interprofessionnelle et de faire ses recommandations en vue de favoriser l'atteinte de cet objectif.

- Comité consultatif sur la réalisation de projets d'organisation du travail des sages-femmes, dont le mandat est d'expérimenter diverses solutions en matière d'organisation du travail et d'assurer l'atteinte des objectifs en matière de suivis complets réalisés.
- Comité sur les conditions de travail des sages-femmes qui travaillent dans les régions 10, 17 et 18, dont le mandat est de faire des recommandations sur les mesures à mettre en place pour résoudre les problèmes particuliers relatifs à la pratique des sages-femmes dans ces régions et ceux qui concernent l'attraction et la rétention de la main d'œuvre.

Annexe 13 : La situation des services de sage-femme implantés au Québec au printemps 2015

Des services de sage-femme sont offerts dans douze régions sociosanitaires du Québec par treize CIUSSS ou CISSS et par les deux centres de santé du Nunavik. On compte dix maisons de naissance dans les régions du sud de la province; deux maisons de naissance sont en voie d'implantation, soit une à Montréal et une autre à Chicoutimi (en date d'avril 2015).

Bas-Saint-Laurent (01)	Maison de naissance Colette-Julien du CISSS du Bas-Saint-Laurent, à (depuis 1994)
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	Services de sage-femme du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (depuis novembre 2013) ⁵¹
Capitale-Nationale (03)	Maison de naissance de la Capitale-Nationale du CIUSSS de la Capitale-Nationale, à Québec (depuis 2007)
Mauricie-et-Centre-du-Québec (04)	Maison de naissance de la Rivière du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, à Nicolet, (depuis 2003)
Estrie (05)	Maison de naissance de l'Estrie du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, à Sherbrooke (depuis 1994)
Montréal (06)	Maison de naissance Côte-des-Neiges et la Maison Bleue du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, à Montréal (depuis 1994) Maison de naissance Lac St-Louis du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, à Pointe-Claire (depuis 1994) Services de sage-femme du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, à Montréal (depuis 2009) ⁵²
Outaouais (07)	Maison de naissance de l'Outaouais du CISSS de l'Outaouais, à Gatineau (depuis 1993)
Chaudière-Appalaches (12)	Maison de naissance Mimosa du CISSS de Chaudière-Appalaches, à Lévis (depuis 1994)
Lanaudière (14)	Service de sage-femme du CISSS de Lanaudière (depuis septembre 2013)
Laurentides (15)	Maison de naissance du Boisé du CISSS des Laurentides, à Blainville (depuis 2007)
Montérégie (16)	Maison de naissance Haut-Richelieu-Rouville du CISSS de la Montérégie-Centre, à Richelieu (depuis 2011)
Nunavik (17)	Centre de santé Inuulitsivik (depuis 1986) : maternités à Puvirnituk, Inukjuak et Salluit Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujuaq (depuis 2009)

⁵¹ L'annonce d'une maison de naissance a été faite le 2 décembre 2013; son ouverture est prévue en mars 2015.

⁵² Le financement de la maison de naissance a été confirmé par le MSSS en juin 2013. Le projet est en voie de réalisation; la maison de naissance devrait ouvrir ses portes au cours de l'année 2016.

Annexe 14 : La situation des services de sage-femme en automne 2014, comparativement à la situation projetée (2019)

RÉGION SOCIOSANITAIRE	Situation actuelle (2014)		Situation projetée (2019)		Écart à combler	
	Nb de SF (ETC)	Nb de MDN	Nb de SF (ETC)	Nb de MDN	Nb de SF (ETC)	Nb de MDN
Bas-Saint-Laurent (01)	4,0	1	4,7	1	0,7	0
Saguenay–Lac-Saint- Jean (02)	5	0 ⁵³	6,8	1	1,8	1
Capitale-Nationale (03)	10,2	1	18,8	1	8,6	0
Mauricie-et-Centre-du- Québec (04)	8,2	1	12,5	1	4,3	0
Estrie (05) ⁵⁴	9,5	1	8,2	1	0	0
Montréal (06)	27,6	2 ⁵⁵	58,9	6	31,3	4
Outaouais (07)	10,2	1	10,5	1	0,3	0
Abitibi-Témiscamingue (08)	0	0	4,3	0	4,3	0
Côte-Nord (09)	0	0	2,5	0	2,5	0
Gaspésie–Îles-de-la- Madeleine (11)	0	0	1,8	0	1,8	0
Chaudière- Appalaches (12)	7,9	1	11,3	1	3,4	0
Laval (13)	0	0	11,0	1	11,0	1
Lanaudière (14)	7	0	13,4	1	6,4	1
Laurentides (15)	9,2	1	14,8	1	5,6	0
Montérégie (16) ⁵⁶	7,0	1	40,2	4	33,2	3
TOTAL Québec	105,8	10	219,7	20	115,2	10

Légende : Nb= Nombre SF=sages-femmes ETC =équivalent-temps complet MDN = maison de naissance

⁵³ L'annonce d'une maison de naissance a été faite le 2 décembre 2013; son ouverture est prévue en mars 2015.

⁵⁴ Selon le deuxième alinéa de l'article 168 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région de l'Estrie s'est vue ajouter des territoires qui faisaient partie de la Montérégie. Cette modification n'est pas prise en compte ici. Selon la nouvelle limite territoriale de la région, le nombre de sages-femmes sera plus élevé.

⁵⁵ Le financement de la maison de naissance a été confirmé par le MSSS en juin 2013. Le projet est en voie de réalisation; la maison de naissance devrait ouvrir ses portes au cours de l'année 2016.

⁵⁶ Selon le premier alinéa de l'article 168 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région de la Montérégie s'est vue retirer des territoires qui font maintenant partie de l'Estrie. Cette modification n'est pas prise en compte ici. Selon la nouvelle limite territoriale de la région, le nombre de sages-femmes sera moins élevé.

Annexe 15 : La définition d'une maison de naissance, adoptée par le RSFQ et l'OSFQ

Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur de la communauté, un lieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, faisant partie du réseau public de la santé. Ce type d'installation permet d'accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin d'en conserver le caractère intime, familial et humain.

Une maison de naissance offre des services de première ligne. Les sages-femmes qui y travaillent assurent aux femmes et à leur famille un suivi global, comprenant la grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal de la mère et de l'enfant, et ce, jusqu'à six semaines après l'accouchement. Cet environnement, ainsi que la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent, favorise l'accouchement normal. C'est enfin un endroit privilégié pour le développement de la pratique des sages-femmes, la formation et la recherche.

Une maison de naissance répond aux besoins de la communauté dans laquelle elle est implantée. On y développe une vision sociale et citoyenne de la naissance. Cela implique un partenariat avec les familles, les citoyens et les citoyennes à toutes les étapes de la vie de la maison de naissance. Il s'y déroule des activités communautaires ayant un lien avec la parentalité et la santé, créant ainsi de nouvelles solidarités.

Annexe 16 : Éléments de programmation relatifs à la conception d'un projet de maison de naissance

Voici les éléments de programmation devant servir à guider la conception d'un projet de maison de naissance. Ces éléments ont un caractère général; ils doivent être adaptés ou complétés en fonction des besoins et des valeurs de chaque maison de naissance.

Principes directeurs

Les principes directeurs orientent la prise de décision tout au long du processus de planification et de réalisation du projet.

Localisation et aménagement

- Implanter la maison de naissance au cœur de la communauté qu'elle va desservir.
- Privilégier l'installation de la maison de naissance dans un bâtiment qui héberge des services de périnatalité (par exemple un organisme de soutien à l'allaitement) afin de favoriser le partenariat entre les sages-femmes, les intervenants concernés du CIUSSS ou du CISSS et les organismes communautaires impliqués.
- Aménager les lieux de façon à favoriser l'humanisation des soins ainsi que l'adaptation aux besoins sociaux, culturels, émotifs et physiques des clientes, c'est-à-dire :
 - adapter la maison de naissance aux besoins populationnels et aux particularités régionales (par exemple, aux besoins des femmes issues de communautés immigrantes);
 - en faire un lieu de rassemblement des femmes et des familles permettant de répondre aux besoins de la communauté.
- S'assurer que le bâtiment :
 - a un caractère résidentiel et offre un aménagement convivial et accueillant;
 - dispose d'une bonne visibilité;
 - est facilement accessible par le réseau routier et le réseau de transport en commun.
- Maximiser l'utilisation de la maison de naissance en favorisant, entre autres, les usages polyvalents et le partage d'espaces et de services communs.

Sécurité et confidentialité

- Concevoir un milieu de travail et un milieu de soins sécuritaires pour l'ensemble des personnes.
- S'assurer qu'un centre hospitalier offrant des services obstétriques est accessible dans un délai raisonnable.
- Appliquer les principes de l'accessibilité universelle élargie : accueil des personnes présentant non seulement des handicaps physiques (moteurs, visuels et auditifs), mais aussi des déficits cognitifs et de perception.

Prévention et contrôle des infections

- Prévoir l'application de certaines recommandations du guide intitulé « Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2^e édition – Répertoire

des guides de planification immobilière (2013) », qui sont applicables aux maisons de naissance (par exemple, description du dépôt de matériel souillé et du dépôt de matériel propre).

Fonctionnement et entretien

- Considérer des systèmes et des matériaux facilitant la maintenance et l'entretien et permettant l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Privilégier des composantes, des systèmes et des équipements dont la qualité et le rendement ont déjà été démontrés et dont les réparations et l'entretien peuvent être exécutés par plusieurs fabricants et non un seul.
- Considérer que le coût global a la priorité sur toute orientation relative au projet. La conception et le choix des matériaux, des systèmes et des réseaux doivent notamment être fondés sur une approche optimisant les coûts d'immobilisations, d'exploitation et d'entretien.
- Assurer la durabilité du bâtiment et de ses composantes. Bien que la maison de naissance possède un caractère résidentiel, certaines composantes doivent être de type commercial ou institutionnel, selon le cas (par exemple la robinetterie des bains des chambres de naissance). En effet, l'impact de l'utilisation (ou l'usure) par un grand nombre d'usagers qui y séjournent brièvement doit être considéré pour assurer la durabilité de cette installation.

Critères généraux de conception

Accessibilité

- Lorsque la maison de naissance est intégrée dans un complexe, la mission « maison de naissance » doit être clairement indiquée et une entrée distincte donnant accès à la maison de naissance devrait être aménagée.
- Prévoir, à proximité des entrées principales, des stationnements réservés aux usagers qui ont des contraintes ou des incapacités physiques, temporaires ou permanentes (par exemple la parturiente sur le point d'accoucher), des débarcadères pour l'attente des taxis et véhicules de transport adaptés (concernant les ambulances, voir le point suivant).

Sécurité et confidentialité

- Assurer la sécurité en tout temps sur le site et dans le bâtiment.
- Permettre, en cas d'urgence, l'évacuation en tout temps de la clientèle, dont la parturiente en travail ou le nouveau-né et sa mère, par les services ambulanciers :
 - prévoir les dégagements des corridors et des ascenseurs de dimension suffisante pour l'évacuation sur une civière;
 - aménager un débarcadère distinct pour les transports ambulanciers, facilement accessible de la voie routière.
- Permettre l'évacuation de la clientèle à risques (la parturiente en travail) en cas de sinistre tel qu'un incendie (par exemple, vérifier avec la municipalité l'obligation d'installer des gicleurs, un ascenseur prioritaire sapeurs-pompiers et d'autres mesures – obtenir un avis de la Régie du bâtiment du Québec).
- Prévoir un contrôle des accès aux entrées de la maison de naissance et dans certains locaux, dont la pharmacie et les rangements de dispositifs médicaux (par exemple les seringues).

- Éviter l'encombrement des corridors en planifiant un nombre suffisant de locaux et d'alcôves de rangement.
- Assurer la confidentialité des rencontres avec la clientèle ou des informations la concernant.
- Évaluer la pertinence de prévoir des espaces et des équipements pouvant recevoir des personnes de plus de 180 kg.
- Placer et concevoir les accès et les issues de façon à qu'ils ne constituent pas une nuisance ou un danger pour la sécurité des usagers ou du public.

Prévention et contrôle des infections

- Assurer l'évacuation des déchets en considérant particulièrement le volume de déchets biomédicaux.
- S'assurer que le choix des éléments constructifs du bâtiment, ainsi que l'organisation et les pratiques de fonctionnement, contribuent à la prévention et au contrôle des infections, et ce, principalement dans tous les lieux fréquentés par la clientèle.
- Faciliter l'application des procédures de nettoyage et de désinfection, éviter le dépôt de poussière et de saleté et permettre d'accéder facilement à toutes les surfaces. À cette fin, opter pour un design simple (sobre et dépouillé), exempt de joint, de débord, de creux et de saillies inutiles.
- Concevoir les assemblages et la construction des lieux et choisir des matériaux de manière à faciliter la désinfection fréquente et récurrente des lieux publics et des chambres de naissance. Choisir les matériaux et les finis en fonction de leur résistance aux agents désinfectants utilisés en hygiène et salubrité.

Fonctionnalité

- Prendre en compte le fait que la majorité de la clientèle est accompagnée d'un ou de plusieurs proches.
- Permettre le partage de certains locaux, tels que les salles de consultation, selon un ratio de 2 pour 1. Favoriser le partage de certains locaux, tels que les salles de réunion et les salles d'enseignement.
- Séparer en 3 zones distinctes les espaces réservés aux consultations, les salles d'enseignement et de formation ainsi que le secteur des chambres de naissance.
- Prévoir des accès et des axes de circulation verticaux et horizontaux de dimension suffisante pour permettre une fluidité dans les circulations. Rendre ceux-ci agréables, lumineux (par exemple des escaliers fenêtrés) et bien ventilés. Séparer la circulation du public en général et celle des femmes enceintes, des mères et des familles.

Confort (bien-être)

- Favoriser une orientation du bâtiment qui permette un ensoleillement optimal dans chaque secteur en fonction de l'occupation des lieux.
 - Offrir un apport d'éclairage naturel et des vues sur l'extérieur, notamment dans les chambres ainsi que dans les aires d'attente et de circulation.
- Favoriser une orientation qui permette une ventilation naturelle efficace et qui contribue au bien-être des usagers de la maison.

- Réduire au minimum les sources de stress sonore (par exemple le bruit des alarmes) et visuel :
 - Considérer les principes de chromothérapie. Favoriser les couleurs, les matériaux, les motifs et les textures ayant un effet calmant, chaleureux et reposant (par exemple des images de la nature, des œuvres d'art).
 - Favoriser les distractions positives, par exemple une vue sur l'extérieur (fenêtre) dans chaque chambre.
 - Concevoir les espaces de façon à réduire le bruit, surtout dans les chambres (insonoriser les portes et les murs de la chambre de naissance).
 - Regrouper les chambres de naissance en retrait, de façon à préserver l'intimité des femmes en travail.
- Confort thermique : Concevoir l'architecture et l'aménagement de manière à atténuer, au maximum et de façon naturelle, les conséquences des périodes de surchauffe saisonnières si le site du projet est situé à l'intérieur d'un îlot de chaleur.
- Favoriser la personnalisation des espaces de suivi prénatal, périnatal et postnatal, principalement dans les salles de consultation et les chambres.
- Dissimuler les équipements médicaux dans des lieux fermés, mais faciles d'accès pour le personnel.
- Assurer le respect de l'intimité de la clientèle, particulièrement dans le secteur des chambres de naissance.
- Aménager des espaces extérieurs (jardins) facilement accessibles et visibles à partir des différents secteurs de la maison de naissance (notamment la salle de jeux).

Organisation spatiale

Accueil et administration

Ces services doivent être situés près de l'entrée principale, tout en étant visibles et d'accès facile. Ils peuvent inclure les locaux ou les espaces suivants :

- Réception : sert aux activités relatives à l'accueil de la clientèle et des visiteurs (information et orientation, inscription, attente et autre).
- Vestiaire : doit être situé à proximité de la réception et des bureaux de consultation et à proximité des salles d'enseignement.
- Salle de jeux pour les enfants et la famille : sert également de salle d'attente. Idéalement située à proximité de la réception et visible à partir de celle-ci. L'accès vers des espaces extérieurs (jardins) est souhaitable.
- Salle des archives actives
- Salle de documentation et de rencontre
- Espace de travail de la commis : doit être situé à proximité immédiate de la réception et peut être situé en aire ouverte dans la salle des archives.

Secteur de consultation

Ce secteur sert au suivi prénatal ainsi qu'au suivi postnatal de la mère et de son enfant jusqu'à 6 semaines. Il peut inclure les locaux ou les espaces suivants :

- Bureau de la responsable des services de sage-femme

- Bureaux de consultation : ratio de 1 bureau pour 2 sages-femmes (ETC) : doit être de dimension suffisante pour accueillir la femme ou le couple accompagné d'au moins un enfant ainsi que la sage-femme.
- Bureau de consultation équipé d'une table gynécologique : en plus des bureaux de consultation précédemment mentionnés
- Bureaux de consultation pour d'autres services de périnatalité (par exemple des services psychosociaux)

Secteur des chambres de naissance

Ce secteur inclut les locaux ou les espaces de soutien clinique suivants :

- Chambre des naissances avec une salle de toilette adjacente; sert au travail et à l'accouchement de la parturiente. Doit être de dimension suffisante pour accueillir 5 à 6 personnes (à l'exclusion de la parturiente) en plus du matériel qui peut être utilisé pour aider le travail et l'accouchement (hamac suspendu, ballons et autres accessoires). Considérer les 2 modèles suivants :
 - chambre des naissances à aire ouverte, avec une baignoire;
 - chambre des naissances séparée du secteur de la baignoire.
- Salon/salle à manger pour la famille avec une cuisine complète
- Salle de toilette avec douche pour les accompagnants
- Rangement pour les trousseaux servant aux accouchements à domicile
- Dépôt de matériel propre : local dont l'accès est contrôlé; peut inclure une pharmacie sécurisée
- Dépôt de matériel souillé : local dont l'accès est contrôlé
- Local ou espace en alcôve servant à l'entreposage

Secteur d'évacuation en urgence

La maison de naissance doit intégrer des locaux et des espaces qui permettent l'évacuation en urgence d'une parturiente. Il est recommandé de consulter le guide de l'Unité d'urgence du Répertoire des guides de planification immobilière du MSSS contenant la description des certains locaux et espaces (par exemple, débarcadère des ambulances). Ce secteur peut inclure les locaux ou les espaces suivants :

- Débarcadère pour les ambulances
- Hall séparé, de dimension suffisante pour permettre la giration d'une civière et ouvert de plain-pied sur le débarcadère des ambulances
- Ascenseur, si la maison de naissance a plus d'un niveau, de dimension suffisante pour recevoir en même temps une civière et trois personnes
- Espace (alcôve fermée ou local) pour entreposer une civière et d'autres équipements d'urgence de réanimation : sécurisé et situé à proximité des chambres de naissance.

Locaux réservés à l'équipe

La maison de naissance doit inclure des locaux de repos réservés aux sages-femmes et au personnel de la maison. Ces locaux devraient être situés à l'écart des voies de circulation principales et des lieux fréquentés par la clientèle. Ils peuvent inclure les locaux ou les espaces suivants :

- Salle de repos pouvant accueillir environ 16 personnes et équipée d'une cuisine, d'une salle de toilette et d'une douche réservée à l'équipe
- Local des « aides natales », aménagé en aire ouverte
- Local des stagiaires en « pratique sage-femme », aménagé en aire ouverte

Entretien et entreposage

- Local de déchets et recyclage : doit être idéalement situé à proximité des voies de circulation
- Local d'hygiène et de salubrité : peut être situé à proximité des chambres de naissance ou regroupé avec les espaces de soutien
- Local de buanderie : peut être situé à proximité des chambres de naissance ou regroupé avec les espaces de soutien
- Entreposage général

Locaux réservés à l'enseignement ou aux rencontres de groupe

La maison de naissance doit prévoir au moins une salle de grande dimension pour l'enseignement et les rencontres de groupe avec un accès au vestiaire et des toilettes publiques. Son accès doit être planifié en tenant compte de la possibilité que cette salle soit utilisée le soir ou la fin de semaine, par exemple par des organismes communautaires.

Annexe 17 : Exemple d'entente entre un CIUSSS (ou un CISSS) et un autre CIUSSS (ou CISSS) offrant déjà des services de sage-femme concernant la mise en place d'un point de service

Le CIUSSS ou le CISSS offrant déjà des services de sage-femme sera désigné comme le CIUSSS ou le CISSS responsable et l'autre CIUSSS ou CISSS sera désigné comme le CIUSSS ou CISSS receveur.

1. Préambule

Depuis [REDACTED], le CIUSSS ou CISSS responsable, par l'entremise de la maison de naissance [REDACTED], offre aux femmes et aux couples qui le désirent des services de sage-femme. Ces dernières offrent un suivi continu et complet, du début de la grossesse jusqu'à six semaines après l'accouchement, pour la mère et son nouveau-né, et elles sont entièrement responsables de tous les aspects des soins dispensés.

Le CIUSSS ou CISSS responsable souhaite déployer davantage ses services de sage-femme, en suivi prénatal et postnatal, afin de rendre ces services encore plus accessibles au plus grand nombre de femmes et de couples, et ce, à proximité de leur territoire de résidence.

Grâce à la collaboration et à l'implication du CIUSSS ou du CISSS receveur, l'équipe de sages-femmes du CIUSSS ou du CISSS responsable offrira des consultations prénatales et postnatales dans les locaux du CIUSSS ou du CISSS receveur.

2. Objets de l'entente

Les deux parties conviennent des conditions suivantes :

Responsabilités du CIUSSS ou du CISSS responsable :

- a) Les sages-femmes assignées au CIUSSS ou au CISSS receveur demeurent sous l'autorité administrative du CIUSSS ou du CISSS responsable. C'est ce dernier qui voit, d'une part, à leur rémunération et au remboursement de leurs frais de déplacement et, d'autre part, à l'évaluation, par le conseil des sages-femmes, des actes posés par les sages-femmes.
- b) Toutes questions ou demandes relatives à l'assurance responsabilité civile et professionnelle des sages-femmes incombent au CIUSSS ou au CISSS responsable. Il en va de même pour toutes requêtes au regard du traitement des plaintes en provenance de la clientèle.
- c) Il est de la responsabilité du CIUSSS ou du CISSS responsable de fournir les petits équipements et tout le matériel médical nécessaire à la sage-femme pour assurer les suivis auprès de la clientèle lors des consultations, par exemple : spéculums jetables, hamacs et couvertures pour nouveau-nés, tubes pour culture, papier Nitrazine, piqués jetables, gelées, gants, tampons d'alcool, compresses (Mettre en annexe la liste du matériel).
- d) La prise, l'annulation et la gestion des rendez-vous continueront d'être assurées par l'agente administrative de la maison de naissance.
- e) La gestion des dossiers de la clientèle incombe au CIUSSS ou au CISSS responsable. Tous les dossiers originaux de la clientèle rencontrée au CIUSSS ou au CISSS receveur demeureront à la maison de naissance. Toutes les notes prises lors d'un rendez-vous seront transmises la journée même par télécopieur à la maison de naissance. Par la suite, tous les documents originaux seront acheminés dans une valise verrouillée, prévue à cette fin.

Responsabilités du CIUSSS ou du CISSS receveur :

- a) Le CIUSSS ou le CISSS receveur assurera la disponibilité d'un local pour la sage-femme et la clientèle aux heures normales d'ouverture du CLSC, soit de 8 h à 20 h, et ce, à raison d'un minimum de deux jours par semaine. Ce local contiendra tout le mobilier nécessaire, soit un bureau et une chaise de travail, un lit de consultation, des chaises pour la clientèle, un poste téléphonique, une armoire de rangement munie d'une serrure. Ce local sera décoré de façon à refléter l'allure conviviale d'une maison. Un lavabo réservé au personnel sera disponible à côté du local. Ce local doit être situé près d'une salle de bain à l'usage de la clientèle et, si des fenêtres sont présentes, elles doivent assurer l'intimité de la clientèle (ex : vitre givrée).
- b) Le CIUSSS ou le CISSS receveur s'engage à rendre disponible le matériel décrit dans l'annexe 2 pour assurer les suivis par la sage-femme.
- c) Au besoin, la sage-femme assignée au CIUSSS ou au CISSS receveur aura la possibilité d'utiliser les services de photocopie. Un télécopieur facilement accessible est mis à la disposition des sages-femmes.
- d) Au besoin, les sages-femmes pourront, au moyen d'une réquisition, demander au service de laboratoire du CIUSSS ou du CISSS receveur l'analyse des prélèvements qu'effectués sur leur cliente. Les résultats seront acheminés par télécopieur à la maison de naissance afin qu'ils soient versés au dossier.
- e) Le CIUSSS ou le CISSS receveur assurera un service de buanderie pour le matériel utilisé par les sages-femmes lors des consultations au point de service (draps de consultation, taies d'oreiller, couvre-oreillers, débarbouillettes, serviettes).

Les personnes désignées pour s'assurer du bon déroulement de la présente entente seront :

- pour le CIUSSS ou le CISSS receveur : _____
- pour le CIUSSS ou le CISSS responsable : _____

3. Durée de l'entente

La présente entente prend effet à la signature et se renouvelle automatiquement le 1^{er} avril de chaque année; aux mêmes conditions, et ce, à moins qu'elle ne soit modifiée, conformément aux dispositions de la présente entente.

L'entente peut être modifiée à la demande de l'une des parties. La partie qui demande une modification remet à cet effet, à l'autre partie, un avis de modification dans un délai de trente (30) jours.

Nonobstant ce qui précède, si l'une des parties prévoit envoyer un avis de modification, les parties devront se rencontrer pour analyser les impacts sur la dite entente et statuer sur les nouvelles conditions d'application et de transition, le cas échéant.

Dans le cas où l'une des parties souhaite mettre fin à la présente entente, un avis devra être donné par la partie désirant la cessation de l'entente, dans un délai de trois (3) mois.

4. Signatures

En foi de quoi, les parties ont signé à [], ce []^e jour du mois de [] de l'année [].

Président(e)-Directeur ou directrice général(e)
du CIUSSS ou du CISSS responsable

Président(e)-Directeur ou directrice général(e)
du CIUSSS ou du CISSS receveur

Gestionnaire du CIUSSS ou du CISSS
responsable

Gestionnaire du CIUSSS ou du CISSS receveur