

Coronavirus (COVID-19)

CONTRIBUTION DES SAGES-FEMMES AUX SERVICES DE PERINATALITE EN CONTEXTE D'URGENCE SANITAIRE

1. INTRODUCTION ET PRINCIPES DIRECTEURS

Considérant :

- Que les services essentiels en périnatalité doivent être maintenus, et ce, malgré la pandémie;
- Les pénuries de personnel dans la majorité des établissements dans les secteurs mère-enfant;
- Le délestage d'activités ou la réorganisation des services amorcés dans plusieurs établissements en raison de la pandémie;
- Le fait que les CISSS/CIUSSS ont le rôle d'assurer le continuum de l'offre de service.

Buts visés :

- 1) Faire appel aux forces vives de tous les professionnels en place et libérer de la capacité tant du côté des services de sage-femme, des infirmières en obstétrique, des infirmières de périnatalité, des médecins en première ligne que des obstétriciens-gynécologues pour maintenir une offre de proximité.
- 2) Répartir les volumes de prise en charge, en respectant les niveaux de soins, les champs de pratique et les spécificités de chaque professionnel, afin d'éviter les ruptures de services en obstétrique.

Principes directeurs :

- Les soins doivent être organisés selon le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant, dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. Les valeurs de bienveillance, d'humanité, d'engagement, de prévention et de sécurité sont au cœur des services de périnatalité, même en temps de crise.
- Pour la plupart des femmes, la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement.
- Une saine collaboration entre tous les professionnels (médecins spécialistes, médecins de famille, infirmières, sages-femmes et autres) contribue à un meilleur accès aux soins et à une plus grande continuité, à une satisfaction plus élevée des parents et à de meilleurs indicateurs de santé pour la femme et l'enfant ainsi qu'à une prise en charge plus efficace des complications de l'accouchement.

Description :

Ce document propose différentes solutions pour optimiser la contribution des services de sage-femme afin de diminuer les risques de rupture en obstétrique exacerbés par la pandémie. Bien qu'une pénurie de ressources sages-femmes existe sur le terrain, la mise en place de mesures organisationnelles au sein des services de sage-femme ainsi que l'intégration de sages-femmes dans l'offre de service interdisciplinaire vise à répondre à des besoins ponctuels liés à la crise sanitaire.

Objectifs :

- Préserver la capacité des services de sage-femme en apportant des modifications à l'offre de service et en mettant en place des solutions concrètes et adaptées aux besoins de la population lors de ruptures de services anticipées ou avérées en périnatalité, obstétrique et services de sage-femme;
- Permettre aux services de sage-femme de maintenir l'offre de service à leur clientèle le plus longtemps possible, et ce, en fonction :
 - des niveaux de soins déjà établis;
 - de la présence ou non de symptômes pour les COVID+ (se référer à la Directive sur les services de sage-femme en vigueur);
 - de la capacité à prendre en charge la mère et l'enfant de manière sécuritaire;
- Maintenir, autant que possible, une continuité de soins :
 - Des professionnels déjà impliqués dans le suivi de grossesse;
 - Du centre identifié pour l'accouchement (maison de naissance ou CH).

La Direction santé mère-enfant (DSME) :

- Encourage la réorganisation sécuritaire des services plutôt qu'une rupture complète si cette éventualité devient inévitable;
- Recommande un arrimage avec les parties prenantes et les consultants du programme AMPRO pour la mise en place de solutions novatrices et de plans d'intervention spécifiques aux besoins régionaux;
- Souhaite rester informée de l'état de la situation pour donner le soutien requis dans la recherche et la mise en œuvre des solutions.

2. CHAMP D'EXERCICE PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé pleinement intégrées au réseau et elles participent à l'offre de service de première ligne en périnatalité. Dans le cadre de leur pratique professionnelle, les sages-femmes sont entièrement autonomes et ne relèvent pas de la juridiction médicale. Elles sont encadrées par la Loi sur les sages-femmes, les règlements professionnels, le code de déontologie de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les sages-femmes fournissent à une femme les soins et services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et assurent le suivi de la mère et du nouveau-né durant les six premières semaines de la période postnatale. Elles offrent à leur clientèle le choix du lieu de naissance et travaillent en étroite collaboration avec les autres professionnels du réseau. En accord avec leur champ de pratique, elles consultent ou transfèrent la responsabilité clinique du suivi de la femme ou du nouveau-né à un médecin pour toute condition prévue aux règlements qui encadrent leur pratique.

3. MESURES POUVANT ETRE MISES EN PLACE AU SEIN DES SERVICES DE SAGE-FEMME

Les mesures proposées dans ce document permettent une réorganisation des services de sage-femme afin de dégager une capacité supplémentaire dans le contexte actuel de crise sanitaire. Ces mesures temporaires visent à éviter les découvertures, tant au niveau des services de sage-femme que d'obstétrique et à soutenir les services en périnatalité. Les Conseils des sages-femmes et les responsables des services de sage-femme (RSSF), de par leurs responsabilités légales d'émettre des recommandations sur la distribution appropriée des services, sont des acteurs clés dans la recherche de solutions créatrices adaptées aux besoins locaux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux privilégie la mise en place des différentes mesures de manière volontaire, puis, si les besoins demeurent criants, en utilisant les mesures prévues aux arrêtés ministériels. L'association professionnelle des sages-femmes, Le Regroupement Les sages-femmes du Québec, doit être consulté lorsque les mesures prévues aux arrêtés sont appliquées.

A) Mesures visant l'augmentation de la capacité des équipes de sages-femmes par l'augmentation de la prestation de services

- Utilisation des différentes mesures prévues aux arrêtés ministériels 2020-004 et 2020-007 en adéquation avec les mesures appliquées au sein de l'ensemble des équipes de travail de l'établissement :
 - Adaptation des disponibilités des sages-femmes en vue de répondre aux besoins transversaux en périnatalité de l'établissement. Les sages-femmes étant autonomes, elles sont libres de travailler en surcroît selon leurs capacités. En fonction des disponibilités complémentaires émises par les sages-femmes, elles pourraient par exemple être appelées à travailler sur des horaires de jour, de soir ou de nuit selon les besoins. Afin d'assurer une coordination, la responsabilité de la gestion des horaires repose sur la RSSF en collaboration avec la direction jeunesse;
 - Rehaussement volontaire, temporaire et ponctuel de la disponibilité des sages-femmes ayant un contrat de service à temps partiel jusqu'à un équivalent temps complet ou plus tel qu'indiqué au point précédent. Le rehaussement peut être mis en place de diverses manières en fonction des intérêts des sages-femmes et des besoins de l'établissement;
 - Déplacement des ressources sage-femme d'un point de service à un autre;
 - Envisager la suspension ou l'annulation des vacances;
- Envisager l'octroi d'un contrat temporaire COVID qui pourrait inclure l'assignation aux différents ports d'attache, le cas échéant, et selon les besoins du service. Voir annexe A pour un modèle de contrat.

B) Mesures visant l'organisation du travail des sages-femmes

- **Suivi prénatal**
 - Pour le calendrier de suivi, voir Plan 2e vague mère-enfant (2021-01-08). La modification de ce calendrier doit se faire en combinaison avec le jugement clinique qui demeure l'outil principal dans l'évaluation des besoins requis par les situations particulières des usagères.
- **Accouchements**
 - Encourager les services de sage-femme à revoir l'organisation de la garde, afin d'assurer une disponibilité à l'ensemble de la clientèle du service plutôt que le modèle d'assignation usuel;
 - L'utilisation des technologies de l'information est encouragée afin de permettre l'accès au dossier;
 - Recourir au *Protocole de collaboration entre les infirmières et les sages-femmes lors de l'accouchement en centre hospitalier*¹.

¹ Protocole de collaboration entre les infirmières et les sages-femmes lors de l'accouchement à l'hôpital, DSME, 2018

- **Suivi postnatal**

- Envisager d'allonger la durée de séjour à la maison de naissance pour y effectuer la première évaluation postnatale de la mère et du nouveau-né de 24 heures sur place pour limiter le temps en déplacement, si la capacité de l'installation et du personnel le permet;
- Envisager d'effectuer une seule visite à domicile pour l'évaluation du 3e jour postnatal ou effectuer cette évaluation à la maison de naissance;
- Lorsque d'autres évaluations postnatales en présence sont nécessaires, privilégier de les effectuer à la maison de naissance pour limiter les déplacements des ressources;
- Diriger les femmes vers les ressources communautaires en allaitement;
- Privilégier l'utilisation de la télésanté au lieu de la consultation téléphonique, notamment, afin d'évaluer la qualité de l'allaitement maternel et l'attachement parental;
- Coordonner les suivis postnataux à domicile pour éviter le déplacement de plus d'une sage-femme dans le même secteur;
- Envisager une entente avec les infirmières en périnatalité pour répartir les suivis postnataux à domicile par territoire pour limiter les déplacements de deux ressources dans un même secteur.

C) Mesures visant la modification de l'offre de service de la maison de naissance

- Encourager le partenariat entre les services de sage-femme pour l'offre de cours prénataux virtuels ou les assigner à des sages-femmes enceintes en retrait préventif, en travaux légers ou en mesure d'adaptation. Privilégier l'utilisation de la télésanté. Au besoin, diriger les familles vers les offres de cours prénataux en ligne.
- Afin de concentrer les ressources sages-femmes, envisager de suspendre temporairement l'offre de service d'accouchements à domicile et rapatrier tous les accouchements en un seul lieu :
 - Au centre hospitalier pour les points de service;
 - À la maison de naissance, lorsque accessible.

Advenant une rupture complète des services de sage-femme, établir un corridor de service avec des groupes de médecine de famille pour le transfert complet du suivi de grossesse des usagères à des médecins de famille.

Établir un plan de communication destiné à la clientèle et aux acteurs concernés.

4. TRAVAIL EN ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

Les modèles d'interventions interdisciplinaires suivants (A, B et C) peuvent être mis en place de manière concomitante. Un plan de continuité des services devrait être rédigé par étapes d'applications des différentes mesures proposées et validé auprès des équipes impliquées, notamment le Conseil des sages-femmes. Il est recommandé de nommer un responsable du plan de continuité et du suivi des actions proposées en concertation avec les différentes parties prenantes et directions concernées.

A) Soutien aux équipes d'infirmières en périnatalité

Détermination de la capacité de prise en charge des sages-femmes et de la durée de l'épisode de service :

- La RSSF et la coordonnatrice en périnatalité déterminent la durée de l'épisode de service en fonction des besoins régionaux et selon l'option qui convient le mieux à l'organisation de services :
 - 2 premières semaines de vie du nouveau-né;
 - 6 premières semaines de vie du nouveau-né;
- Si l'offre de service habituelle effectuée par les infirmières en périnatalité dure au-delà de la 6e semaine de vie du nouveau-né, effectuer un transfert de soins à l'équipe d'infirmières afin que les familles puissent s'y référer au besoin.
- La charge de cas par quart de travail devrait être similaire à celle des infirmières. La capacité doit être déterminée selon l'étendue du territoire géographique et en fonction des besoins régionaux. Par exemple, 3 avis de naissance/sage-femme/jour.
- Afin d'assurer une harmonisation de la documentation, l'utilisation des mêmes outils de documentation est recommandée.

Trajectoire à déterminer avec toutes les parties prenantes :

- À la suite de la réception de l'avis de naissance (ADN) par le centre hospitalier accoucheur, la personne qui répartit les ADN et les demandes de services interétablissements (DSIE) les fait parvenir par courriel à la RSSF et à l'agente administrative de la maison de naissance;
- La RSSF répartit les ADN entre les sages-femmes de l'équipe;
- La sage-femme consulte le dossier de l'usagère et le Dossier santé Québec (DSQ) pour obtenir des informations supplémentaires au besoin;
- La sage-femme procède au premier contact téléphonique (la téléconsultation est privilégiée). Les besoins en termes de visites à domicile sont évalués en fonction de critères spécifiques de l'établissement ou au jugement clinique de la professionnelle;
- La sage-femme saisit les informations reliées à la visite à domicile dans les formulaires de documentation prédéterminés et présente à l'usagère les ressources postnatales dont elle a besoin;
- La sage-femme effectue les suivis téléphoniques suivants, si nécessaires;
- Les formulaires utilisés sont envoyés à la numérisation à la fin de l'épisode de soins sage-femme;
- Un tableau partagé (plateforme Teams, par exemple) peut être utilisé pour faciliter la communication et la coordination entre les équipes de sages-femmes et d'infirmières.

Suivis et bilans

- Un suivi hebdomadaire ou aux 2 semaines est effectué entre la RSSF et la gestionnaire infirmière concernée pour évaluer la capacité pour la semaine suivante;
- Un registre est tenu quant au nombre de visites à domicile et de suivis téléphoniques effectués (l'utilisation de Teams est encouragée);
- Une intervention ponctuelle est compilée dans ICLSC pour chaque intervention (téléphonique, en personne ou virtuel) dans le centre d'activité *Développement, adaptation et intégration sociale enfants 0-5 ans et leur famille*.

À compléter ou à adapter par les équipes :

- Détermination des modalités de tenue de dossier conjoint avec l'équipe de périnatalité;
- Création d'un groupe Teams avec un tableau de suivi des demandes pour faciliter la transmission de l'information, si cet outil est jugé utile par les établissements;
- Procédure de suivi sage-femme pour le suivi postnatal des usagères en périnatalité. La reprise de responsabilité quant au reste de la prise en charge postnatale doit y être spécifiée (annexe B).

B) Prise en charge des congés très précoce (< que 24 h)

Il est recommandé de définir la trajectoire complète en collaboration avec les acteurs concernés. Ce modèle d'intervention doit être circonscrit aux femmes qui ont une grossesse normale et sans facteurs de risque, qui accouchent à terme d'un nouveau-né en santé et qui vivent une période postpartum immédiate sans complication en accord avec le médecin responsable de la mère et du nouveau-né.

Idéalement, une équipe de 2 sages-femmes serait dédiée à effectuer ces suivis avec modalités de garde 24/7 pour les suivis téléphoniques d'urgence et afin de garantir que la visite à domicile est effectuée au moment opportun.

Trajectoire à déterminer avec toutes les parties prenantes :

- En prénatal (36 semaines de grossesse) : les femmes reçoivent l'information sur le congé précoce et le soutien alternatif sage-femme proposé et peuvent poser leurs questions. La capacité hospitalière détermine si cette offre de service est proposée ou imposée.
- Dès la 3^e heure postpartum : Le médecin (obstétricien, pédiatre ou le médecin de famille) autorise un congé précoce à la femme et son nouveau-né (postpartum et évaluations normales). Les parents quittent le centre hospitalier avec le numéro de pagette de la sage-femme pour la rejoindre dans les heures qui suivent l'arrivée à la maison :
 - Conditions maternelles spécifiques : accouchement vaginal, saignement normal, signes vitaux normaux.
 - Conditions néonatales spécifiques : né à terme et en santé, premières évaluations normales, état de l'allaitement normal ou alimentation par formule de lait.
- L'agente administrative et la sage-femme reçoivent par courriel une copie des documents suivants au moment où les parents reçoivent leur congé :
 - Avis de naissance;
 - Formulaire de transmission de l'information (annexe C);
 - AH-272 (Dossier obstétrical no 7) ou l'équivalent;
 - AH-285 (Examen objectif du nouveau-né) ou l'équivalent.
- L'agente administrative inscrit l'usagère au service de sage-femme pour que les sages-femmes soient couvertes par leur assurance responsabilité professionnelle;

- La sage-femme rejoint par téléphone les parents dans les 2 heures qui suivent leur départ du centre hospitalier. Les éléments peuvent être validés :
 - Retour sur l'accouchement pour valider les informations reçues;
 - Retour sur l'allaitement ou le mode d'alimentation du nouveau-né;
 - Réponses aux questions;
 - Détermination du moment de la visite à domicile.
- Autour de la 24^e heure de vie (entre 23 et 28 heures de vie selon l'heure de naissance) : La sage-femme effectue une évaluation complète de l'état de santé de la mère et un examen objectif complet du nouveau-né au domicile des parents.

L'évaluation complète de la mère peut comprendre les éléments suivants :

- Signes vitaux maternels;
- Administration du WinRho, selon le groupe sanguin du nouveau-né et le résultat du Kleihauer, le cas échéant;
- Suivi des résultats des analyses sanguines (Hb, etc.) et Rx nécessaires selon l'évaluation, le cas échéant;
- Évaluation des lochies, de l'involution utérine et de l'état du périnée;
- Allaitement : état des seins et engorgement, évaluation et conseils;
- Programme provincial de prévention du bébé secoué.

L'évaluation complète du nouveau-né peut comprendre les éléments suivants :

- Alimentation de l'enfant : évaluation et conseils;
- Poids;
- Dépistage des cardiopathies congénitales;
- Examen physique complet du nouveau-né;
- Dépistage des maladies métaboliques héréditaires : programme de dépistage néonatal sanguin (PQDNS);
- Évaluation clinique ou transcutanée de l'ictère selon le protocole en vigueur dans la région;
- Le test de dépistage de la surdité (PQDSN) doit être discuté avec les parents lorsque mis en place dans la région et ces enfants devront être vus en externe.

Si une particularité est constatée, la sage-femme contacte le pédiatre de garde de l'hôpital, le médecin de famille responsable de l'accouchement, ou le médecin de famille responsable du suivi du nouveau-né, selon les modalités usuelles de consultations.

À adapter par les équipes :

- Protocole de congé précoce : annexe D.
- Formulaire de transmission de l'information : annexe C.
- Modalités de tenue de dossier conjoint avec l'équipe de périnatalité des centres locaux de services communautaires (CLSC) à déterminer avec les parties prenantes.
- Détermination du Protocole de reprise de responsabilité quant au reste de la prise en charge postnatale selon l'option qui convient le mieux à l'organisation de services :
 - Transfert aux infirmières en périnatalité pour les suivis à domicile du 3^e jour;
 - OU les sages-femmes restent responsables des suivis postnataux pour les 2 premières semaines de vie du nouveau-né.

C) Référence des suivis de grossesse normale vers les services de sage-femme

Prise en charge complète et autonome des suivis de grossesse à bas risque des femmes suivies par un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), ou rappel des usagères sur la liste d'attente des services de sage-femme, si une telle liste existe. La prise en charge des suivis complets est une des options en cohérence avec l'objectif visant à diminuer la charge sur les services d'obstétrique tout en mettant à profit une compétence exclusive aux sages-femmes et aux médecins, soit la pratique de l'accouchement.

- Conditions spécifiques : définies selon le *Règlement sur les consultations et transferts de responsabilité clinique à un médecin*;
- Lors de ruptures anticipées, la directrice jeunesse ou son représentant détermine avec la RSSF et son équipe, la capacité de prise en charge du service de sage-femme;
- Déterminer le seuil de mise en place du plan de prise en charge des suivis par une sage-femme;
- Déterminer les modalités de prise en charge selon la capacité du service de sage-femme et les besoins. Plusieurs approches possibles :
 - Suivi de grossesse seulement;
 - Suivi de grossesse et suivi postnatal. Accouchement en centre hospitalier sous responsabilité médicale;
 - Reprise de l'entièreté du suivi pré, per et postnatal.

Trajectoire :

- Le médecin ou l'IPS responsable du suivi transmet l'information complète à l'usagère sur la possibilité de prise en charge par l'équipe de sage-femme;
- Les parents qui acceptent cette alternative s'inscrivent au service de sage-femme;
- Le médecin ou l'IPS transmet d'une copie complète du dossier au service de sage-femme;
- Si une situation requiert une consultation ou un transfert de responsabilité à un médecin, le règlement de consultation et transfert de la Loi sur les sages-femmes s'applique. La trajectoire usuelle de consultation et transferts est utilisée.

Alternative de soutien :

- Sans prendre en charge la responsabilité du suivi, la sage-femme pourrait rencontrer les femmes en prénatal au CLSC pour décharger le programme d'enseignement du département d'obstétrique ou des infirmières en périnatalité. Selon le modèle d'information prénatale mis en place dans les différents établissements, les sages-femmes pourraient effectuer certaines consultations selon le calendrier préétabli. À titre d'exemple :
 - Une rencontre de préparation prénatale individuelle autour de 28 semaines :
 - Les laboratoires de troisième trimestre, incluant le dépistage du diabète gestationnel;
 - L'administration du WinRho, le cas échéant;
 - La préparation à la naissance;
 - L'importance du peau-à-peau et l'initiation de l'allaitement.

- Une 2^e rencontre autour 36 semaines :
 - La préparation au congé précoce, le cas échéant;
 - La préparation à la période postnatale;
 - L'enseignement aux familles en vue de l'accueil de leur enfant : s'assurer que les familles ont le guide *Mieux vivre avec son enfant* et le consultent;
 - Le mode d'alimentation de l'enfant;
 - Orientation vers les organismes communautaires de support en allaitement.
- L'usagère doit préalablement être inscrite au service de sage-femme pour que les sages-femmes soient assurées par leur assurance responsabilité professionnelle;
- Une intervention individuelle doit être compilée systématiquement dans ICLSC (téléphonique, en personne ou virtuelle).

Pour toute question concernant notamment l'application des arrêtés ministériels et l'octroi de contrat, nous vous invitons à consulter la Direction des ressources humaines de votre établissement.

ANNEXE A

CONTRAT DE SERVICES TEMPORAIRE (SAGE-FEMME)

ENTRE

[INSÉRER LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT], personne morale sans but lucratif constituée et régie en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (RLRQ, c. S-4-2.), ayant son siège social au **[INSÉRER L'ADRESSE COMPLÈTE]**, ici représentée par **[INSÉRER LE NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE]**, lequel se déclare dûment autorisé aux fins des présentes;

Ci-après, désigné « l'établissement »

ET

[INSÉRER LE NOM DE LA PRESTATAIRE DE SERVICES], domiciliée et résidant au **[INSÉRER L'ADRESSE COMPLÈTE]**;

Ci-après, désignée la « prestataire de services »

Ci-après nommés collectivement « les parties »

ATTENDU QUE les parties aux présentes reconnaissent que l'établissement est assujéti à la Loi sur les services de santé et des services sociaux (RLRQ, c. S-4-2.).

ATTENDU QUE le décret numéro 177-2020 du 13 mars 2020 (ci-après le « Décret ») déclare l'état d'urgence sanitaire dans tout le territoire québécois conformément à l'article 118 de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2).

ATTENDU QUE ledit Décret autorise la ministre de la Santé et des Services sociaux à prendre toute mesure requise pour s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux dispose des ressources humaines nécessaires.

ATTENDU QUE l'arrêté ministériel no 2020-007 du 21 mars 2020 prévoit qu'en raison du Décret, l'établissement peut procéder à l'ajout de personnel additionnel en octroyant un statut temporaire à toute personne ayant signé le présent contrat de services.

ATTENDU QUE les dispositions du Code du travail (RLRQ, chapitre C-27) et de la Loi sur les normes du travail (RLRQ, chapitre N-1.1) ne s'appliquent pas à une sage-femme visée qui rend des services pour un établissement, et ce, conformément à la Loi sur les services de santé et des services sociaux (RLRQ, c. S-4-2.).

ATTENDU QUE l'arrêté ministériel no 2020-015 du 4 avril 2020 prévoit que les conditions d'exécution du contrat de services d'une sage-femme prévues à l'Entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (ci-après le « RSFQ ») (ci-après « l'Entente ») peuvent être modifiées de la même manière pour les matières concernées par l'arrêté ministériel no 2020-007 en y faisant les adaptations nécessaires.

ATTENDU QUE le présent contrat de services conclu entre l'établissement et la prestataire de services est temporaire.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. PRÉAMBULE

Le préambule fait partie intégrante du présent contrat.

2. OBJET

L'établissement retient les services de la prestataire de services pour agir à titre de sage-femme au sens de la Loi sur les sages-femmes (RLRQ, chapitre S-0.1);

Et ce, sous réserve des conditions prévues ci-après.

3. EXIGENCES

La prestataire de services s'engage à répondre aux exigences liées à son ordre professionnel et à être membre de l'ordre pendant toute la durée du présent contrat.

4. FONCTIONS

Les fonctions de la prestataire de services sont celles prévues à l'exercice de sa profession tel que désigné à l'article 2 du présent contrat.

La définition et l'attribution des tâches dans le cadre des fonctions prévues au premier alinéa du présent article appartiennent à l'établissement et peuvent être modifiées en tout temps.

5. STATUT

La prestataire de services effectue **[INSÉRER LE NOMBRE D'HEURES]**, heures par semaine, le tout pouvant être modifiée par l'établissement à la hausse ou à la baisse selon les besoins.

6. DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat d'une durée déterminée, débute le **[INSÉRER LA DATE DE DÉBUT]**, et se termine le jour où l'état d'urgence sanitaire prend fin, et ce, sans autre préavis ni délai.

7. RÉMUNÉRATION ET AVANTAGES SOCIAUX

A) Rémunération

La rémunération de la prestataire de services est celle prévue à l'échelle de rémunération conformément à l'Entente.

L'échelon applicable est déterminé en application du paragraphe B) du présent article, selon l'expérience antérieure.

B) Conditions d'exécution du contrat

La prestataire de services bénéficie uniquement des dispositions relatives à la rémunération (disposition générale, expérience antérieure et temps supplémentaire - disponibilité ou garde) prévues à l'Entente ainsi que des primes ou des suppléments applicables.

La prestataire de services bénéficie également de l'assurance responsabilité professionnelle prévue à l'article 12 de l'Entente pour la durée du présent contrat. La contribution de la prestataire de service au coût de l'assurance responsabilité s'élève à soixante-deux dollars et 50 cents (62, 50 \$) mensuellement. La fréquence des déductions est déterminée par l'établissement.

La prestataire de services ne bénéficie pas des autres dispositions de l'Entente qui lui est applicable. La prestataire de service ne bénéficie pas non plus du régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

C) Bénéfices marginaux

Pour les congés fériés payés, les congés de maladie et le congé annuel, la prestataire de services reçoit les bénéfices marginaux applicables à la personne à temps partiel non couverte par le régime d'assurance vie, d'assurance médicament et d'assurance salaire comme prévus aux dispositions pertinentes de l'Entente.

8. RÉSILIATION

Nonobstant l'article 6 relatif à la durée du contrat, les parties peuvent convenir de résilier le présent contrat en tout temps avec un préavis d'une semaine.

Nonobstant le premier alinéa du présent article, l'établissement peut mettre fin au présent contrat en tout temps, sans préavis, pour une cause juste et suffisante justifiant la résiliation du contrat.

9. DROITS ACQUIS

La prestataire de services ne bénéficie pas de droits acquis au terme du présent contrat et devra se soumettre au processus habituel de conclusion d'un contrat de services conformément aux dispositions prévues dans l'Entente ainsi que celles en vigueur dans l'établissement.

10. MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au contenu du présent contrat devra faire l'objet d'une entente écrite entre les parties signataires. Cette entente ne peut changer la nature du contrat et elle fera partie intégrante de celui-ci.

11. OBLIGATIONS DES PARTIES

Le présent contrat constitue un contrat de services au sens du Code civil du Québec (RLRQ, chapitre CCQ-1991) et les parties sont tenues de se conformer aux obligations qui y sont prévues.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ LE PRÉSENT CONTRAT À
_____ CE _____^E JOUR DE _____ 2020.

Le _____

—
PERSONNE AUTORISÉE
POUR L'ÉTABLISSEMENT

Le _____

—
PRESTATAIRE DE SERVICES

NOTE À L'ÉTABLISSEMENT: il est possible d'ajouter au présent modèle de contrat l'application de certaines politiques, par exemple en ce qui concerne les frais de déplacement, la sécurité informationnelle ou le harcèlement psychologique.

A

ANNEXE B

Soutien aux équipes d'infirmières en périnatalité

PROPOSITION DE PROTOCOLE

Mise en contexte

Dans la foulée de la crise sanitaire engendrée par la pandémie de la maladie à coronavirus, les équipes de première ligne ont procédé à une réorganisation de leurs services pour répondre aux besoins spécifiques des différentes clientèles, principalement en périnatalité. C'est dans cet esprit que X sages-femmes de la Maison de naissance X se rendent disponibles pour soutenir l'équipe d'infirmières du programme jeunesse dans l'offre de service en postnatal.

Capacité de prise en charge des sages-femmes

Détermination de la prise en charge quotidienne par sage-femme (selon celle assignée aux infirmières en périnatalité, probablement entre 3 et 4 avis de naissance/jour).

Détermination de la durée de l'entente de soutien selon les besoins spécifiques.

Détermination de la durée de l'épisode de service sage-femme en fonction des besoins de la clientèle et selon l'option qui convient le mieux à l'organisation des services :

- 2 premières semaines de vie du nouveau-né;
- 6 premières semaines de vie du nouveau-né.

Procédure et trajectoire de service

- À la suite de la réception de l'avis de naissance par le centre hospitalier accoucheur, la spécialiste en activités cliniques ou la cheffe d'administration de programme fait parvenir par courriel les avis de naissance et les Demande de services interétablissements des femmes non symptomatiques à la responsable des services de sage-femme (RSSF).
- La RSSF effectue une répartition des avis de naissance aux sages-femmes concernées.
- L'agente administrative ouvre un dossier dans ICLSC, si ce n'est pas déjà fait.
- La sage-femme consulte le dossier clinique informatisé de l'usagère et le Dossier santé Québec ou le Dossier médical électronique, le cas échéant, pour obtenir des informations supplémentaires au besoin.
- La sage-femme procède au premier contact téléphonique (la téléconsultation est privilégiée). Les besoins en termes de visites à domicile sont évalués en fonction de critères spécifiques : primiparité, mode d'accouchement par césarienne, difficultés d'allaitement, bébé de faible poids à la naissance, suivi spécifique demandé par le centre hospitalier accoucheur (prescription et administration de WinRho, autre vaccin, etc.).
- La sage-femme saisit les informations reliées à la visite à domicile dans les formulaires « NOM du formulaire mère » et « Nom du formulaire nouveau-né » et partage à l'usagère les ressources postnatales dont elle a besoin.
- La même sage-femme effectue les suivis téléphoniques suivants, si nécessaires.

- Les formulaires utilisés sont envoyés à la numérisation à la fin de l'épisode de soins sage-femme.
- La sage-femme communique par courriel avec la spécialiste en activités cliniques pour lui rendre compte brièvement des services rendus à la fin de l'épisode de soins.
- Une compilation des données d'allaitement est effectuée dans la fiche périnatale dans ICLSC.

Suivis et bilans

- Un suivi hebdomadaire est effectué entre la RSSF et la cheffe d'administration de programme concernée pour évaluer la capacité pour la semaine suivante.
- Un registre est tenu quant au nombre de visites à domicile et de suivis téléphoniques effectués.
- Une intervention individuelle est compilée pour chaque intervention (téléphonique ou en personne).

Suggestions pour faciliter le travail interdisciplinaire

- Création d'un groupe Teams avec un tableau de suivi des demandes pour faciliter la transmission de l'information ou utilisation des canaux d'échange fournis par le Dossier médical électronique;
- Détermination des modalités d'ouverture de dossier dans I-CLSC pour que les sages-femmes soient couvertes par leur assurance responsabilité professionnelle;
- Détermination du protocole de reprise de responsabilité quant au reste de la prise en charge postnatale par l'équipe d'infirmières en périnatalité.

ANNEXE C

Formulaire de transmission de l'information

PROPOSITION DE FORMULAIRE DE PLANIFICATION DU DÉPART DU NOUVEAU-NÉ

AU DÉPART Cette vérification finale doit être faite par l'infirmière	INTERVENTIONS/COMMENTAIRES	INITIALES
Congé signé		
Condition physique stable		
Apport alimentaire adéquat		
Première miction		
Émission de méconium à la naissance ou dans la période postpartum immédiate		
Suivi médical et suivi sage-femme expliqués		
Ordonnances médicales remises et expliquées		
Carnet de vaccination remis aux parents ¹		
Formulaire de statistiques d'allaitement complété		
Examen PQDSN : suivi en externe planifié		
Bracelets vérifiés ¹		
Départ : <input type="checkbox"/> Avec les parents <input type="checkbox"/> Autre : _____	Départ : ____/____/____ à : ____ : ____ (aaaa/mm/jj) (hh:mm)	

¹L'infirmière auxiliaire peut collaborer à la procédure de départ. L'infirmière est responsable de s'assurer que tous les points sont conformes.

Signatures	Initiales
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PQDSN : Programme Québécois de dépistage de la surdité neonatale

Document librement adapté du document *Planification du départ nouveau-né*, CHUQ

Formulaire de transmission de l'information

PROPOSITION DE FORMULAIRE DE PLANIFICATION DU DÉPART DE LA MÈRE

AU DÉPART Cette vérification finale doit être faite par l'infirmière	INTERVENTIONS/COMMENTAIRES	INITIALES
Congé signé		
Condition physique et mentale stable		
Enseignements et informations de séjour compris et intégrés par la mère		
Suivi médical et suivi sage-femme expliqués		
Ordonnances médicales remises et expliquées		
Formulaire de continuité de soins CH-CLSC complété		
Documents de départ remis et expliqués (ressources communautaires, groupes d'entraide, conseils, etc.) ¹		
Bracelets vérifiés ¹		
Déclaration de naissance (Directeur de l'état civil) complétée		
Récupération du formulaire d'automédication		
SI NÉCESSAIRE		
Immunoglobulines anti-D reçues		
Vaccination anti-rubéole reçue		
Départ : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Avec nouveau-né	Départ : ____/____/____ à : ____:____ (aaaa/mm/jj) (hh:mm)	

¹L'infirmière auxiliaire peut collaborer à la procédure de départ. L'infirmière est responsable de s'assurer que tous les points sont conformes.

Signatures	Initiales
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Document librement adapté du document *Planification de départ mère, CHUQ*

ANNEXE D

Protocole de congé précoce

PROPOSITION DE PROTOCOLE

DÉMARCHE

Rôle du médecin	Rôle de l'infirmière	Rôle de la sage-femme
<ul style="list-style-type: none"> • En fin de grossesse, donne l'information sur le congé très précoce et sur le soutien qui sera offert par les sages-femmes • Autorise le congé à partir de la 3^e heure postpartum si les conditions maternelles et néonatales sont normales • Signe le formulaire • Complète et signe une prescription médicamenteuse préimprimée et la dépose au dossier de l'usagère • Explique à l'usagère la médication et la contraception prescrite • Indique à l'usagère quand le revoir en postpartum. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relève la prescription et inscrit au plan de soins la date et l'heure prévues du congé • Dans les 3 heures postpartum, elle évalue la condition physique et mentale de l'usagère • Autorise le congé lorsque la condition physique et mentale de l'usagère est stable • Prépare l'usagère au congé selon la procédure habituelle (enseignement, remise de documents, etc.) et remet la prescription médicamenteuse préimprimée • Inscrit la valeur de l'Hb, si disponible, sur la prescription médicamenteuse de l'usagère si le médecin a coché la case : sulfate ou fumarate ferreux • Remet à l'usagère une copie de du document AH-272 (dossier obstétrical no 7 ou l'équivalent) et du document AH-285 (examen objectif du nouveau-né) • Remet à l'usagère les informations sur la manière de contacter la sage-femme • Transmet l'avis de naissance à la sage-femme par courriel au service de sage-femme • Organise un rendez-vous pour le test de dépistage de la surdité selon l'offre de service en vigueur dans l'établissement • Libère l'usagère à l'heure prévue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacte les parents dans les 2 à 4 heures suivant leur congé et organise la visite à domicile • Évalue la condition physique et mentale de la mère • Vérifie le résultat de Kleihauer, administre les immunoglobulines anti-D (WinRho sdf) et le vaccin contre la rubéole, lorsque requis • Effectue le suivi des résultats des analyses sanguines, lorsque requis, incluant l'hémoglobine • Évalue la qualité de l'allaitement maternel ou de la méthode d'alimentation du nouveau-né et dispense les conseils appropriés • Effectue l'examen objectif complet du nouveau-né incluant le dépistage des cardiopathies congénitales et le dépistage des maladies métaboliques héréditaires (programme de dépistage néonatal sanguin) • Dispense les informations reliées au programme de prévention du bébé secoué et autres informations pertinentes • Transfert la responsabilité du suivi postnatal de la mère et du nouveau-né à l'équipe périnatale selon le protocole convenu dans l'établissement.

Les conditions spécifiques maternelles et néonatales suivantes doivent être en place pour **autoriser le congé très précoce** :

Conditions maternelles

- Accouchement par voie vaginale
- Signes vitaux normaux (tension artérielle, pouls et température)
- Sensibilité à la douleur inférieure à 3/10 ou acceptable avec soulagement
- Lochies et tonus utérin normaux
- Absence de signes d'infection ou d'hématome au périnée nécessitant un suivi particulier
- Absence de rétention urinaire
- État émotionnel stable

Conditions néonatales

- Naissance à terme
- Signes vitaux normaux (rythme respiratoire, pouls, saturation et température)
- État d'éveil normal
- État de l'alimentation normal (allaitement maternel ou alimentation par formule de lait)

Document librement adapté du document *Description de la démarche de congé préautorisé en postpartum*, CHUQ