

PAR COURRIEL

Le 3 février 2026

[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à l'information

Madame,

La présente fait suite à votre demande d'accès à l'information soumise à l'Office des professions du Québec (l'« Office ») le 5 janvier 2026 et précisée le 21 janvier suivant, par laquelle vous souhaitez recevoir copie des documents suivants (la « Demande ») :

« This request concerns documents created, received, or held by the OPQ at any stage of the regulatory consultation and drafting process, whether prior to or following the formal publication of any draft regulations.

Records requested (non-exhaustive list):

- *Written submissions, briefs (mémoires), opinions, letters, or position papers submitted to the OPQ by:*
 - *the Collège des médecins du Québec (CMQ),*
 - *the Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ),*
 - *or any other professional order, organization, or stakeholder consulted in relation to these regulations;*
- *Any internal OPQ summaries, analyses, comparative tables, briefing notes, or syntheses prepared in connection with the comments received;*
- *Correspondence (including emails, letters, or memoranda) between the OPQ and the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), the Secrétariat du Conseil exécutif, or any professional order concerning:*
 - *the scope of the regulations,*
 - *conditions of professional practice,*
 - *consultation or transfer mechanisms,*
 - *or the management of pregnancies involving identified risk factors.”*

À l'exception des notes préparatoires de l'Office qui ne peuvent vous être transmises (en vertu du 2^e alinéa de l'art. 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels¹), vous trouverez en pièce jointe l'ensemble des documents qui font l'objet de la Demande.

¹ RLRQ c. A-2.1 (la « **Loi sur l'accès** »).

Veillez noter que certains documents a fait l'objet d'un caviardage (certains noms et signatures seulement) en application des articles 53 et 54 de la *Loi sur l'accès*. De plus, comme les deux règlements ont été traités de façon simultanée, les documents vous sont transmis dans un seul dossier et en ordre chronologique.

Dans la mesure où vous souhaitez contester la présente réponse, vous devrez le faire en vous adressant à la Commission d'accès à l'information dans un délai de trente (30) jours, tels que le prévoient les articles 135 et 137 de la *Loi sur l'accès*.

Je vous prie de recevoir, Madame, mes meilleures salutations.



Jean Gagnon
Directeur des affaires juridiques et responsable de l'accès

p. j. Dispositions législatives

Avis de recours en révision

Documents répondant à la Demande.

Dispositions législatives

A-2.1 - Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

9. Toute personne qui en fait la demande a droit d'accès aux documents d'un organisme public.

Ce droit ne s'étend pas aux notes personnelles inscrites sur un document, ni aux esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature.

34. Un document du bureau d'un membre de l'Assemblée nationale ou un document produit pour le compte de ce membre par les services de l'Assemblée n'est pas accessible à moins que le membre ne le juge opportun.

Il en est de même d'un document du cabinet du président de l'Assemblée, d'un membre de celle-ci visé dans le premier alinéa de l'article 124.1 de la Loi sur l'Assemblée nationale (chapitre A-23.1) ou d'un ministre visé dans l'article 11.5 de la Loi sur l'exécutif (chapitre E-18), ainsi que d'un document du cabinet ou du bureau d'un membre d'un organisme municipal ou scolaire.

35. Un organisme public peut refuser de communiquer les mémoires de délibérations d'une séance de son conseil d'administration ou, selon le cas, de ses membres dans l'exercice de leurs fonctions, jusqu'à l'expiration d'un délai de quinze ans de leur date.

36. Un organisme public peut refuser de communiquer toute version préliminaire ou tout projet de texte législatif ou réglementaire jusqu'à l'expiration de dix ans de sa date.

Sous réserve du paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 33, il en est de même des analyses s'y rapportant directement à moins que le projet de texte législatif ait été déposé devant l'Assemblée nationale ou que le projet de texte réglementaire ait été rendu public conformément à la loi.

37. Un organisme public peut refuser de communiquer un avis ou une recommandation faits depuis moins de dix ans, par un de ses membres, un membre de son personnel, un membre d'un autre organisme public ou un membre du personnel de cet autre organisme, dans l'exercice de leurs fonctions.

Il peut également refuser de communiquer un avis ou une recommandation qui lui ont été faits, à sa demande, depuis moins de dix ans, par un consultant ou par un conseiller sur une matière de sa compétence.

48. Lorsqu'il est saisi d'une demande qui, à son avis, relève davantage de la compétence d'un autre organisme public ou qui est relative à un document produit par un autre organisme public ou pour son compte, le responsable doit, dans le délai prévu par le premier alinéa de l'article 47, indiquer au requérant le nom de l'organisme compétent et celui du responsable de l'accès aux documents de cet organisme, et lui donner les renseignements prévus par l'article 45 ou par le deuxième alinéa de l'article 46, selon le cas.

Lorsque la demande est écrite, ces indications doivent être communiquées par écrit.

53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis-clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent, directement ou indirectement, de l'identifier.

59. Un organisme public ne peut communiquer un renseignement personnel sans le consentement de la personne concernée. Ce consentement doit être manifesté de façon expresse dès qu'il s'agit d'un renseignement personnel sensible.

Toutefois, il peut communiquer un renseignement personnel sans le consentement de la personne concernée, dans les cas et aux strictes conditions qui suivent:

1° au procureur de cet organisme si le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi que cet organisme est chargé d'appliquer, ou au Directeur des poursuites criminelles et pénales si le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi applicable au Québec;

2° au procureur de cet organisme, ou au procureur général lorsqu'il agit comme procureur de cet organisme, si le renseignement est nécessaire aux fins d'une procédure judiciaire autre qu'une procédure visée dans le paragraphe 1°;

3° à une personne ou à un organisme qui, en vertu de la loi, est chargé de prévenir, détecter ou réprimer le crime ou les infractions aux lois, si le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi applicable au Québec;

4° à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée;

5° (paragraphe abrogé);

6° (paragraphe abrogé);

7° (paragraphe abrogé);

8° à une personne ou à un organisme, conformément aux articles 61, 63.8, 66, 67, 67.1, 67.2, 67.2.1 et 68;

9° à une personne impliquée dans un événement ayant fait l'objet d'un rapport par un corps de police ou par une personne ou un organisme agissant en application d'une loi qui exige un rapport de même nature, lorsqu'il s'agit d'un renseignement sur l'identité de toute autre personne qui a été impliquée dans cet événement, sauf s'il s'agit d'un témoin, d'un dénonciateur ou d'une personne dont la santé ou la sécurité serait susceptible d'être mise en péril par la communication d'un tel renseignement.

Pour l'application de la présente loi, un renseignement personnel est sensible lorsque, de par sa nature notamment médicale, biométrique ou autrement intime, ou en raison du contexte de son utilisation ou de sa communication, il suscite un haut degré d'attente raisonnable en matière de vie privée.

C-12 Charte des droits et libertés de la personne

9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.



2195 Yonge Street
4th floor
Toronto, ON
M4S 2B2

May 1, 2000

2195, rue Yonge
4^e étage
Toronto, ON
M4S 2B2

NOTES ON CHANGES TO INDICATIONS FOR MANDATORY DISCUSSION, CONSULTATION AND TRANSFER OF CARE

The Quality Assurance Committee of the College of Midwives of Ontario has revised the Indications for Mandatory Discussion, Consultation and Transfer of Care document.

The Quality Assurance Committee reviewed input provided by midwives, practices and students. Some of these suggestions were incorporated into the revised document.

The changes are as follows:

Spelling Changes:

Throughout the document the following spelling changes have been incorporated adopting the North American convention:

Haemorrhage has been changed to hemorrhage

Caesarean has been changed to cesarean

Anaemia has been changed to anemia

Foetal has been changed to fetal

Diarrhoea has been changed to diarrhea

INITIAL HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION

Category 1:

- "history of essential or gestational hypertension" has replaced history of essential or pregnancy induced hypertension.

Category 2:

- "history of gestational hypertension with proteinuria and adverse sequelae" has replaced history of eclampsia.

PRENATAL CARE:

Category 1:

- "presentation other than cephalic at 36 completed weeks" has replaced presentation other than cephalic at 4 weeks prior to due date.
- "no prenatal care before 28 completed weeks" has replaced no prenatal care before 28 weeks gestation.
- "uncomplicated spontaneous abortion less than 12 completed weeks" has been added to clarify the midwifery scope of practice.

Category 2:

- "gestational hypertension" has replaced pregnancy induced hypertension.
- "presentation other than cephalic, unresponsive to therapy at 38 completed weeks" has been expanded. The expanded description reflects current research regarding ECV.

Category 3:

- "gestational hypertension with proteinuria and/or adverse sequelae" has replaced proteinuric pre-eclampsia or eclampsia.
- "placenta previa after 28 completed weeks" has been added to clarify the midwifery scope of practice.

DURING LABOUR AND BIRTH:

Category 1:

- "non-particulate meconium" has replaced thin meconium.

Category 2:

- "preterm prelabour rupture of membranes (PPROM) between 34 and 37 completed weeks" has been added.
- "particulate meconium" has replaced Category 3 - "thick meconium" as a more precise description using current terminology.
- "gestational hypertension" has been added.

Category 3:

- "gestational hypertension with proteinuria and/or adverse sequelae" has replaced proteinuric pre-eclampsia or eclampsia.
- "prolapsed cord or cord presentation" has replaced prolapsed cord in order to be more precise.
- "abnormal foetal heart patterns" has been changed to "confirmed non-reassuring fetal heart patterns, unresponsive to therapy". The change clarifies the midwifery scope of practice.
- "vasa previa" has been added.
- "thick meconium" has been deleted. See Category 2: "Particulate meconium" above.

POSTPARTUM (MATERNAL):

Category 2:

- "suspected maternal infection" now incorporates breast infection, wound infection, uterine infection and signs of urinary tract infection.

POSTPARTUM (INFANT):

Category 1:

- "failure to pass urine or meconium within 24 hours of birth" has been moved from Category 2 to Category 1. The change allows for a period of time in non-urgent situations to confirm or correct abnormal findings. The change clarifies the midwifery scope of practice.

Category 2:

- "temperature more than 37.9° C, unresponsive to non-pharmaceutical therapy" has replaced "temperature more than 37.9° C, unresponsive to therapy". The addition of non-pharmaceutical clarifies the diagnostic criteria for members. The change allows for a period of time in non-urgent situation to confirm or correct abnormal findings and clarifies the midwifery scope of practice.
- "failure to pass urine or meconium within 36 hours of birth" has been added. See Category 1 above.
- "suspected clinical dehydration" has been added.



approved December 2, 1999
effective June 15, 2000

INDICATIONS FOR MANDATORY DISCUSSION, CONSULTATION AND TRANSFER OF CARE

As a primary caregiver, the midwife together with the client is fully responsible for decision-making. The midwife is responsible for writing orders and carrying them out or delegating them in accordance with the standards of the College of Midwives.

The midwife discusses care of a client, consults, or transfers primary care responsibility according to the Indications for Mandatory Discussion, Consultation and Transfer of Care.¹ The responsibility to consult with a family physician/general practitioner, obstetrician and/or specialist physician lies with the midwife. It is also the midwife's responsibility to initiate a consultation within an appropriate time after detection of an indication for consultation. The severity of the condition and the availability of a physician(s) will influence these decisions.

The informed choice agreement between the midwife and client should outline the extent of midwifery care, in order to make clients aware of the scope and limitations of midwifery care. The midwife should review the Indications for Mandatory Discussion, Consultation and Transfer of Care with the client.

DEFINITIONS

Category 1: Discuss with another midwife or with a physician

It is the midwife's responsibility to initiate a discussion with or provide information to another midwife or physician, with whom the care is shared, in order to plan care appropriately.

¹ For a discussion of how this document is used to guide decisions about choice of birth place, see Indications for Planned Place of Birth.

Category 2: Consult with a physician

It is the midwife's responsibility to initiate a consultation and to clearly communicate to the consultant that she is seeking a consultation. A consultation refers to the situation where a midwife, in light of her professional knowledge of the client and in accord with the standards of practice of the College of Midwives, or where another opinion is requested by the client, requests the opinion of a physician competent to give advice in this field. The midwife should expect that:

The consultation involves addressing the problem that led to the referral, an in-person assessment of the patient, and the prompt communication of the findings and recommendations to the patient and the referring professional.

Following the assessment of the patient by the consultant(s), discussion can occur between the health professional and consultant regarding future patient care.²

The consultation can involve the physician providing advice and information and/or providing therapy to the woman/newborn or prescribing therapy to the midwife for the woman/newborn.

Consultation must be documented by the midwife in her records in accord with the regulations of the College of Midwives.

After consultation with a physician, primary care of the client and responsibility for decision-making together with the client either:

- a) continues with the midwife, or
- b) is transferred to a physician.

Once a consultation has taken place and the consultant's findings, opinions and recommendations are communicated to the client and the midwife, the midwife must discuss the consultant's recommendations with the client and ensure the client understands which health professional will have responsibility for primary care.

² "Clinical Practice Parameters and Standards for Consultation and Transfer of a Woman/Newborn in or from a Birth Centre Where Only Midwives Provide Primary Care, to a Physician/Health Facility," College of Physicians and Surgeons of Ontario, December 23, 1993.

Where urgency, distance or climatic conditions make an in-person consultation with a physician not possible, the midwife should seek advice from the physician by phone or other similar means. The midwife should document this request for advice, in her records, in accord with the requirement of the College of Midwives and discuss with the client the advice received.

The consultant may be involved in, and responsible for, a discrete area of the client's care, with the midwife maintaining overall responsibility within her scope of practice. Areas of involvement in client care must be clearly agreed upon and documented by the midwife and the consultant.

The College of Midwives has agreed that:

One health professional has overall responsibility for a patient at any one time and the patient's care should be co-ordinated by that health professional whose identity should be clearly known to all of those involved and documented in the records of the referring health professional and consultant. Responsibility could be transferred temporarily to another health professional, or be shared between health professionals according to the patient's best interests and optimal care; however, transfer or sharing of care should only occur after discussion and agreement among patients, referring health professionals, and consultants.³

Category 3: Transfer to a physician for primary care

When primary care is transferred, permanently or temporarily, from the midwife to a physician, the physician, together with the client, assumes full responsibility for subsequent decision-making. When primary care is transferred to a physician, the midwife may provide supportive care⁴ within her scope of practice, in collaboration with the physician and the client.

³ "Clinical Practice Parameters and Standards for Consultation and Transfer of a Woman/Newborn in or from a Birth Centre Where Only Midwives Provide Primary Care, to a Physician/Health Facility," College of Physicians and Surgeons of Ontario, December 23, 1993.

⁴ Supportive care is defined in the Standard on Supportive Care.

INDICATIONS: Initial History and Physical Examination

- Category 1:**
- adverse socio-economic conditions
 - age less than 17 years or over 35 years
 - cigarette smoking
 - grand multipara (para 5)
 - history of infant over 4500 g
 - history of one late miscarriage (after 14 completed weeks) or preterm birth
 - history of one low birth weight infant
 - history of serious psychological problems
 - less than 12 months from last delivery to present due date
 - obesity
 - poor nutrition
 - previous antepartum hemorrhage
 - previous postpartum hemorrhage
 - one documented previous low segment cesarean section
 - history of essential or gestational hypertension
 - known uterine malformations or fibroids
- Category 2:**
- current medical conditions for example:⁵ cardiovascular disease, pulmonary disease, endocrine disorders, hepatic disease, neurologic disorders
 - family history of genetic disorders
 - family history of significant congenital anomalies
 - history of cervical cerclage
 - history of repeated spontaneous abortions
 - history of more than one late miscarriage or preterm birth
 - history of more than one low birth weight infant
 - history of gestational hypertension with proteinuria and adverse sequelae
 - history of significant medical illness
 - previous myomectomy, hysterotomy or cesarean section other than one documented previous low segment cesarean section
 - previous neonatal mortality or stillbirth
 - rubella during first trimester of pregnancy

⁵ Refer to Guidelines to Antepartum Consultations for Clients of Midwives to Anaesthesia, July 1996.

- significant use of drugs or alcohol
- age less than 14 years

Category 3: • any serious medical condition, for example: cardiac or renal disease with failure or insulin dependent diabetes mellitus

INDICATIONS: Prenatal Care

Category 1: • presentation other than cephalic at 36 completed weeks
• no prenatal care before 28 completed weeks
• uncertain expected date of delivery
• uncomplicated spontaneous abortion less than 12 completed weeks

Category 2: • anemia (unresponsive to therapy)
• documented post term pregnancy (42 completed weeks)
• fetal anomaly
• inappropriate uterine growth
• medical conditions arising during prenatal care, for example: endocrine disorders, hypertension, renal disease, suspected significant infection, hyperemesis
• placenta previa without bleeding
• polyhydramnios or oligohydramnios
• gestational hypertension
• isoimmunization
• serious psychological problems⁶
• sexually transmitted disease
• twins
• vaginal bleeding other than transient spotting
• presentation other than cephalic, unresponsive to therapy, at 38 completed weeks

⁶ Notwithstanding the requirement for consultation with a physician, consultation may be with another appropriate health care professional; for example, a mental health worker.

- Category 3:**
- cardiac or renal disease with failure
 - insulin dependent diabetes
 - multiple pregnancy (other than twins)
 - gestational hypertension with proteinuria and/or adverse sequelae
 - symptomatic placental abruption
 - vaginal bleeding, continuing or repeated
 - placenta previa after 28 completed weeks

INDICATIONS: During Labour and Birth

- Category 1:**
- no prenatal care
 - non-particulate meconium

- Category 2:**
- breech presentation
 - preterm labour (34 - 37 completed weeks)
 - prolonged active phase
 - prolonged rupture of membranes
 - prolonged second stage
 - retained placenta
 - suspected placenta abruption and/or previa
 - third or fourth degree tear
 - twins
 - unengaged head in active labour in primipara
 - preterm prelabour rupture of membranes (PPROM) between 34 and 37 completed weeks
 - particulate meconium
 - gestational hypertension

- Category 3:**
- active genital herpes at time of labour
 - preterm labour (less than 34 completed weeks)
 - abnormal presentation (other than breech)
 - multiple pregnancy (other than twins)
 - gestational hypertension with proteinuria and/or adverse sequelae
 - prolapsed cord or cord presentation
 - placenta abruption and/or previa

- severe hypertension
- confirmed non-reassuring fetal heart patterns, unresponsive to therapy
- uterine rupture
- uterine inversion
- hemorrhage unresponsive to therapy
- obstetric shock
- vasa previa

INDICATIONS: Post Partum (Maternal)

- Category 2:
- suspected maternal infection e.g. breast, abdomen, wound, uterine, urinary tract, perineum
 - temperature over 38° C (100.4° F) on more than one occasion
 - persistent hypertension
 - serious psychological problems⁷

- Category 3:
- hemorrhage unresponsive to therapy
 - postpartum eclampsia
 - thrombophlebitis or thromboembolism
 - uterine prolapse

INDICATIONS: Post Partum (Infant)

- Category 1:
- feeding problems⁸
 - failure to pass urine or meconium within 24 hours of birth

- Category 2:
- 34 to 37 weeks gestational age
 - infant less than 2,500 g
 - less than 3 vessels in umbilical cord
 - excessive moulding and cephalhematoma

⁷ Notwithstanding the requirement for consultation with a physician, consultation may be with another appropriate health care professional; for example, a mental health worker.

⁸ Notwithstanding the requirement for discussion with a physician or midwife, discussion may be with another appropriate health care professional; for example, a lactation consultant.

- abnormal findings on physical exam
- excessive bruising, abrasions, unusual pigmentation and/or lesions
- birth injury requiring investigation
- congenital abnormalities, for example: cleft lip or palate, congenital dislocation of hip, ambiguous genitalia
- abnormal heart rate or pattern
- abnormal cry
- persistent abnormal respiratory rate and/or pattern
- persistent cyanosis or pallor
- jaundice in first 24 hours
- suspected pathological jaundice after 24 hours
- temperature less than 36° C, unresponsive to therapy
- temperature more than 37.4° C, axillary, unresponsive to non-pharmaceutical therapy
- vomiting or diarrhea
- infection of umbilical stump site
- significant weight loss (more than 10% of body weight)
- failure to regain birth weight in three weeks
- failure to thrive
- failure to pass urine or meconium within 36 hours of birth
- suspected clinical dehydration

Category 3:

- APGAR lower than 7 at 5 minutes
- suspected seizure activity
- major congenital anomaly requiring immediate intervention, for example: omphalocele, myelomeningocele
- temperature instability

Pls Yves(adm)

-----Message d'origine-----

De : Louis M. Côté [REDACTED]

Envoyé : 9 juillet, 2001 17:08

À : Dorothée Anne Bourque

Objet : réponse de l'Osfq au CC

Bonjour Dorothée-Anne

Tel que discuté vous trouverez sous forme de fichier la réponse de l'Osfq aux recommandations du Conseil consultatif. Si la présentation vous rebutes faites le moi savoir. C'était la forme la plus simple qui s'offrait à moi pour vous en faire part dans les plus brefs délais.

Salutations



10/07/2001

**RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS DU
CONSEIL CONSULTATIF**

DE

L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX

DU 8 SEPTEMBRE, DU 10 NOVEMBRE

DU 5 DÉCEMBRE 2000 ET DU 15 JANVIER 2001

**RÉPONSE DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU
QUÉBEC**

Réponses soulignées et mis en évidence par un trait vertical en marge

Juin 2001

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME À UN MÉDECIN

À moins de mention particulière, toute recommandation est unanime.

Lors de la réunion du 29 mai 2000 les membres avaient été informées de l'existence d'un projet de règlement comportant 3 catégories, l'une pour les consultations facultatives, l'une pour les consultations obligatoires et une autre pour les cas de transferts obligatoires. La version que les membres avaient eue en main ne comportait pas la première catégorie, à savoir les cas de consultations facultatives. Les membres ont pris connaissance de la catégorie des consultations facultatives et en viennent à la conclusion que cette catégorie n'est pas nécessaire dans le règlement.

Le Conseil consultatif **recommande** que le Bureau de l'Ordre devrait adopter un article créant une responsabilité pour la sage-femme de consulter un membre ou un autre professionnel lorsqu'elle estime une consultation nécessaire dans l'intérêt de la femme ou de l'enfant.

Cette obligation est normalement prévue dans un Code de déontologie et il en est de l'intention du Bureau.

Le Conseil consultatif **recommande** que pour tout problème de nature non obstétricale ou non-néonatale, en plus de la consultation dans la spécialité concernée, il faudrait obtenir l'avis d'un médecin accoucheur.

Il va de soit, dans le mesure où il y a un risque relié à la grossesse que la consultation sera adressée au professionnel le mieux en mesure de répondre au problème. Dans la majorité des cas les femmes ayant des problèmes non obstétricaux mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse sont référées à des gynécologues.

LA VERSION OSFQ

En caractère gras: retrait

2. La sage-femme doit initier une consultation avec un médecin dans un délai raisonnable, après avoir détecté une des conditions à risque apparaissant aux

RECOMMANDATIONS

en caractère gras: ajout

La sage-femme doit initier une consultation avec un médecin dans un délai raisonnable, après avoir détecté une des conditions à risque

catégories 1 et 2 des annexes I à V.	apparaissant aux catégories 1 et 2 des annexes I à V et lui fournir toutes les informations et résultats pertinents à la nature de la consultation
La raisonnable du délai s'évalue en fonction de la gravité de la condition de la femme et/ou son enfant et de la disponibilité d'un médecin.	<u>acceptée</u> La raisonnable du délai s'évalue en fonction de la gravité de la condition de la femme et/ou son enfant et du préjudice qui pourrait en découler. <u>acceptée</u>

3. La sage-femme doit consigner au dossier de la femme et/ou son enfant toute consultation qu'elle initie ainsi que les résultats de consultation et ce, conformément au règlement sur les normes relatives à la tenue, à la détention et au maintien des dossiers	La sage-femme doit consigner au dossier de la femme et/ou son enfant toute consultation conformément au règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme. <u>acceptée</u>
--	---

5. La sage-femme doit initier une demande de consultation écrite auprès d'un médecin :	La sage-femme doit initier une demande de consultation écrite auprès d'un médecin :
1° lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments mentionnés dans la catégorie 1 des annexes I à V;	1° lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments mentionnés dans la catégorie des consultations des annexes I à V;
2° lorsque la femme le requiert.	2° dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme. <u>acceptée</u>

6 Lors de la consultation, la sage-femme et le médecin peuvent convenir que l'état de santé de la	Suite à une consultation la sage-femme décide, selon le cas
---	---

femme et/ou son enfant nécessite : 1° que le médecin transmette ses recommandations; 2° que le médecin prodigue des soins à la femme ou à l'enfant, sans prendre la responsabilité du suivi de la sage-femme; 3° que le médecin prenne l'entière responsabilité clinique de la femme et/ou de l'enfant;	1° de poursuivre son suivi en tenant compte des recommandations médicales; <u>acceptée</u> <u>afin de dissiper toute confusion quant à question de la responsabilité</u> 2° d'entreprendre un suivi-conjoint; <u>la sage femme est l'intervenante de 1^{er} ligne alors au lieu d'introduire une notion de suivi conjoint nous tenons compte de la recommandation mais sous une terminologie "d'épisodes de soins simultanés"</u> 3° de transférer la femme et le bébé. <u>Acceptée mais nous scindons en deux l'alinéa</u>
---	---

7. La sage-femme doit initier le transfert de la femme et/ou son enfant à un médecin : 1° lorsqu'elle constate un des éléments mentionnés à la catégorie 2 des annexes I à V; 2° lorsque la femme le requiert.	La sage-femme doit initier le transfert de la femme et/ou son enfant à un médecin : 1° lorsqu'elle constate un des éléments mentionnés à la catégorie des transferts de soins des annexes I à V; 2° dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme. <u>acceptées</u>
---	---

9. Le transfert de la responsabilité clinique à un médecin peut être partiel ou complet. Le transfert est partiel lorsque la femme et le médecin décident que la sage-femme continue, à l'intérieur de son champ de pratique, de prodiguer des soins à l'enfant ou à la femme.	Le Conseil recommande le retrait de l'article 9 compte tenu que l'article 6 tel que proposé couvre la situation visée. <u>Acceptée</u> <u>Comme parmi les recommandations du Conseil consultatif il est souvent</u>
---	--

	<u>fait mention de référence à un pédiatre le Bureau estime qu'il y a lieu d'ajouter un article couvrant l'hypothèse où il peut être difficile de faire une référence à un pédiatre notamment en régions éloignées</u> <u>L'article se lit ainsi:</u> <u>Nonobstant toute indication à l'effet de référer un enfant à un pédiatre, la sage-femme peut référer un enfant à un omnipraticien lorsque le délai pour voir un pédiatre est susceptible d'être préjudiciable à l'enfant.</u>
--	---

Les membres du Conseil consultatif **sont d'avis** que la participation des sages-femmes aux activités du département de périnatalité du centre hospitalier auquel elles sont rattachées, est à privilégier.

Le Bureau en prend acte

Le Conseil consultatif **suggère** de revoir la mise en page du règlement.

Le Bureau en prend acte

Étude des annexes

Le Conseil consultatif **recommande** de modifier le terme "catégorie 1" pour "consultations obligatoires" et "catégorie 2" pour transferts obligatoires"

Acceptée

D'autre part le Bureau par soucis de clarté modifie le titre de l'annexe I pour "Antécédents" de plus les "conditions actuelles" de l'annexe I sont transférées à l'annexe II. Toutes les listes ont été remaniées de façon plus logique et chronologique

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les antécédents suivants soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- maladie thromboembolique acceptée
- béance du col sans antécédent d'accouchement à terme acceptée
- plus d'un accouchement prématuré ¹ la consultation est maintenue et selon la recommandation qui en découlera il y aura transfert ou la sage-femme continuera à prodiguer ses services.
- plus d'un bébé de faible poids ¹ la consultation est maintenue et selon la recommandation qui en découlera il y aura transfert ou la sage-femme continuera à prodiguer ses services.
- avortements spontanés répétés au 2^{ème} trimestre sans accouchement à terme acceptée en partie mais en utilisant la référence de la 16^{ème} semaine car des interruptions peuvent survenir à 12 semaines mais l'avortement peut survenir plusieurs semaines plus tard...avant 16 semaines la consultation sera maintenue
- Dans le cas d'un seul accouchement prématuré ou d'un seul bébé de faible poids ou d'avortements spontanés répétés du 1^{er} trimestre sans accouchement à terme, la consultation obligatoire serait maintenue autrement il s'agit de cas de transfert. La consultation est maintenue il appartiendra à la personne consultée de faire les recommandations appropriées.

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions actuelles suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

Conditions actuelles :

- âgée de moins de 14 ans non acceptée car l'âge absolue ne correspond pas nécessairement à l'âge corporel...la consultation obligatoire est maintenue
- anomalies de la coagulation acceptée
- thrombocytopénie, si sévère acceptée
- myomectomie acceptée
- cardiopathies à l'exception du prolapsus de la valve mitrale acceptée
- présence d'anticorps irréguliers significatifs acceptée

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires, les membres du Conseil consultatif **recommandent** qu'à la condition actuelle "hyperthyroïdie" après considération le Bureau désire mettre le cas "hyperthyroïdie" dans les cas à transfert soit ajoutée "l'hypothyroïdie" déjà couvert par "risques liés à une pathologie endocrinienne" la "thrombocytopénie" acceptée ainsi que le "prolapsus de la valve mitrale" acceptée

¹ Les membres présentes, à savoir les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [REDACTED] qui exprime sa dissidence.

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les transferts de soins obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** le retrait des conditions "mort in utéro" et "utilisation significative de drogues, médicaments ou alcool". Le Bureau croit que la recommandation du Conseil consultatif est attribuable à une confusion qui découlait de la mise en page. Le Bureau ne donne pas suite à cette recommandation

Dans le cadre de l'annexe II "grossesse actuelle", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- mort in utéro acceptée
- anomalies de la coagulation acceptée
- hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée acceptée
- saignement d'origine inconnue > 20 semaines de gestation consultation maintenue la suite découlera de la consultation et des recommandations
- présentation autre que céphalique à 38 semaines non acceptée et modifiée par "après 37 semaines" il n'est pas rare lors d'une consultation que le médecin réussisse une version par manœuvres externes et que la sage-femme reprenne le suivi. D'autre part il se produit des versions spontanées avant le début du travail
- retard de croissance intra-utérin acceptée
- polyhydramnios ou oligohydramnios, si diagnostiqués comme il y a une grande variabilité dans les diagnostics médicaux pour des cas identiques le Bureau considère qu'il est préférable de conserver "polyhydramnios ou oligohydramnios" dans consultations sans la mention "si diagnostiqués"
- isoimmunisation acceptée
- grossesse gémellaire ¹ acceptée

dans la version transmise au Conseil consultatif un "cancer actif" était dans la catégorie "transfert" après réflexion le Bureau estime qu'il doit s'agir d'un cas de consultation puisque d'emblée une femme ayant le cancer est déjà médicalement suivie et qu'il appartient à la femme suite à l'opinion de son médecin traitant de prendre une décision. D'autre part dans tous les cas la sage-femme requerra une consultation.

Concernant la grossesse à 42 semaines les membres du Conseil consultatif maintiennent ce cas à un cas de consultation obligatoire. Les membres du Conseil consultatif **recommandent** que dans cette situation l'accouchement ait lieu en centre hospitalier. acceptée. La nouvelle version du projet de règlement comporte une catégorie "consultations obligatoires avec accouchement en centre hospitalier

¹ Les membres présentes, à savoir les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] [REDACTED] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [REDACTED] qui exprime sa dissidence.

Les membres du Conseil consultatif **recommandent** l'ajout d'un cas de consultation obligatoire à savoir: " contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle" acceptée

Dans le cadre de l'annexe II "grossesse actuelle", pour les transferts de soins obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que la condition "grossesse multiple autre que jumeaux" soit "grossesse multiple". acceptée

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- mort in utéro acceptée
- présentation par le siège ou toute présentation anormale acceptée
- herpès génital actif au moment du travail acceptée
- grossesse gémellaire* acceptée

*Les membres présentes, à savoir les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [REDACTED] qui exprime sa dissidence.

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif maintiennent les cas suivants à des cas de consultation obligatoire mais **recommandent** que dans ces situations l'accouchement ait lieu en centre hospitalier. acceptée

- le travail débute entre 34 et 36 6/7 semaines
- travail débute après 42 semaines
- liquide amniotique méconial épais ou particulier
- pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
- suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les transferts obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que le cas de "suspicion de chorio-amnionite soit un cas de consultation mais avec accouchement en centre hospitalier acceptée. Dans la même classification les membres **recommandent** de préciser le degré de sévérité de l'hypertension en mentionnant que la mesure diastolique doit être supérieure à 90mm et s'être maintenue à un tel niveau au moins pendant deux heures. Acceptée Enfin, au cas de l'herpès génital actif au moment du travail comme cas de transfert obligatoire les membres **recommandent** d'ajouter la situation concomitante avec une rupture spontanée des membranes. Le Bureau accepte de mettre le cas dans la catégorie "transfert" par contre il n'y a pas de raison d'en ajouter plus.

Dans l'annexe IV "Le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que la condition suivante soit un cas de transferts de soins obligatoires:

«**hypertension persistante**»
acceptée

Dans le cadre de la classification "le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif recommandent que la condition suivante soit retirée:

«**rétention urinaire après évaluation séquentielle**»
acceptée

Dans le cadre de la classification "le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif recommandent que les conditions suivantes soient modifiées:

"abcès de la plaie périnéale" par "infection de la plaie périnéale" et "signe de pré-éclampsie" par "suspicion de pré-éclampsie post-partum".
acceptée

L'analyse de l'annexe V : Le nouveau-né / catégorie 1 : consultations obligatoires, a été faite en présence du [REDACTED] à la demande des membres du Conseil consultatif. Les recommandations unanimes de tous les membres du Conseil consultatif sont les suivantes :

CLASSIFICATION PRÉSENTÉE CATÉGORIE 1	RECOMMANDATIONS DU CONSEIL CONSULTATIF
Poids inférieur au 3 ^e percentile	Idem
Persistance d'ictère après 14 jours de vie	Idem
Pigmentation anormale	Idem
Irritabilité, hypertonie	Irritabilité, hypertonie si + de 24 heures <u>acceptée</u>
Rythme cardiaque anormal ou irrégulier	Rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min Référence à un pédiatre <u>acceptée</u>
Traumatisme obstétrical	Idem
Absence de passage de méconium après 24 heures	Idem
Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal	Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermite de couches <u>acceptée</u>
Instabilité des hanches ou hanches luxables	Référence à un pédiatre <u>accepté</u>
Testicules non descendus	Testicules non descendus ou non palpables <u>accepté</u>

Suspicion de spina-bifida	Idem
Résultats de laboratoire anormaux	Résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques <u>acceptée</u>
Anomalies suspectées ou visibles à la naissance	Une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance <u>acceptée</u>
Signes neurologiques anormaux	Idem
Moins de 37 semaines d'âge gestationnel	À déplacer dans la catégorie 2: transferts obligatoires <u>Le Bureau accepte comme condition de transfert "moins de 36 semaines d'âge gestationnel" néanmoins il y a une consultation obligatoire entre 36 et 36 6/7 semaines</u>
Tachypnée	Tachypnée persistante à plus de 60 resp./min <u>acceptée</u>
Infections suspectées	Infections suspectées chez la mère ou chez le bébé <u>partiellement acceptée: "Infections suspectées chez l'enfant ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez l'enfant"</u>
Souffle cardiaque	Idem
Artère ombilicale unique	Idem
Ictère nécessitant photothérapie	Idem
Anurie au-delà de 24 heures de vie	Idem
Écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive	Idem
Absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle	Idem
Prise de poids lente ou insuffisante	Prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race. <u>acceptée</u> Croissance inappropriée inférieure au 3 ^e percentile ou supérieure au 97 ^e percentile selon la courbe du périmètre crânien <u>acceptée</u>
Non-reprise du poids de naissance après 21 jours	Non-reprise du poids de naissance après 14 jours <u>Le Bureau accepte mais en ajoutant la mention "non répondant au traitement"</u>
Masse testiculaire à la naissance (ex : torsion testiculaire)	Masse testiculaire à la naissance <u>acceptée</u>
Érythème périombilical compatible avec un omphalite	Idem
Reflet rouge oculaire absent	Référence à un pédiatre <u>acceptée</u>
Thyroïde palpable	Idem
Hépatomégalie supérieure à 2 cm sous le	Hépatomégalie supérieure à 3 cm sous le

rebord costal	rebord costal <u>acceptée</u>
Rate palpable	Idem
Masse abdominale	Référence à un pédiatre <u>acceptée</u>
Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques	Référence à un pédiatre <u>acceptée</u>
Pleurs ou cris anormaux	Idem
Fontanelle antérieure bombée	Référence à un pédiatre <u>acceptée</u>
Masse inguinale	Idem
	Fontanelles élargies (Selon les critères de: Smith's « Recognizable patterns of human malformation » dernière édition) <u>Le Bureau préfère qu'il soit fait référence à une notion de "critères en vigueur" plutôt que de se référer à un auteur spécifique.</u>
	Crâne asymétrique après 3 jours <u>acceptée</u>
	Examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines <u>acceptée</u>

Suite à l'analyse de l'annexe V : Le nouveau-né / catégorie 2 : transferts obligatoires, les recommandations unanimes de tous les membres du Conseil consultatif sont les suivantes :

CLASSIFICATION PRÉSENTÉE CATÉGORIE 2	RECOMMANDATIONS DU CONSEIL CONSULTATIF
Hypothermie ou hyperthermie persistant au-delà de 12 heures	Hypothermie (36 rectale ou 35.5 axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38.5 rectale ou 38 axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie <u>acceptée</u>
APGAR : Inférieur à 5 à 1 minute Inférieur à 7 à 5 minutes Inférieur à 9 à 10 minutes	APGAR : Inférieur à 7 à 5 minutes Inférieur à 9 à 10 minutes Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Cyanose centrale	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Pâleur persistante après 60 minutes	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Ecchymose ou pétéchies généralisées	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Léthargie ou hypotonie	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Syndrome de sevrage	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Trémulations répétées et/ou convulsions	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Vomissements bilieux et/ou diarrhée	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Distension abdominale	Distension abdominale avec intolérance à l'alimentation Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Ictère dans les premières 24 heures	Idem

Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale	Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive ou au-delà de la première minute de vie Transfert à un pédiatre <u>acceptée mais suite à un communication avec le Dr Bernier la recommandation est acceptable "au delà de deux minutes de vie"</u>
Hémorragie digestive haute ou basse	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Atrésie uni ou bilatérale des choanes	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
Détresse respiratoire	Détresse respiratoire et apnée <u>acceptée</u>
Toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats	Transfert à un pédiatre <u>acceptée</u>
	Moins de 37 semaines d'âge gestationnel Transfert à un pédiatre <u>acceptée à moins de "36" semaines d'âge gestationnel</u>

Il est à noter que les recommandations de référence à un pédiatre visent à éviter un deuxième transfert. On doit comprendre que lorsqu'un pédiatre n'est pas disponible le transfert peut-être fait à un omnipraticien. Afin de ne pas créer une obligation absolue le Bureau a adopté à l'article 9 une exception.

DU RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

En préambule aux recommandations formulées sur ce règlement les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] tiennent à apporter la précision suivante:

"Nous tenons à souligner que nous ne sommes actuellement pas d'accord avec l'accouchement à domicile au Québec. Toutefois, nous reconnaissons l'existence des dispositions législatives à cet effet et nous déclarons que toutes recommandations et suggestions que nous pourrions formuler sur le projet de règlement sont faites de bonne foi mais ne constituent pas un cautionnement de notre part."

le Bureau prend acte de cet énoncé

Proposition de OSFQ	Recommandations du Conseil consultatif
Article 1 Le choix du lieu de naissance se fait pendant la grossesse par la femme et la sage-femme.	Article 1 Le choix du lieu d'accouchement se fait pendant la grossesse par la femme. <u>Acceptée mais déplacée à l'article 3</u>

Article 2 La sage-femme renseigne la femme sur les particularités de différents lieux d'accouchement possibles, ainsi que sur les mesures d'urgence qui peuvent être prises afin de permettre à la femme de faire un choix éclairé.	Article 2 La sage-femme renseigne la femme sur les particularités de différents lieux d'accouchement possibles et porte à la connaissance de la femme les données récentes sur <u>leurs avantages et inconvénients et risques de l'accouchement à domicile</u> afin de permettre à la femme de faire un choix éclairé. <u>Acceptée en partie</u>
Article 3 La sage-femme évalue toute condition qui pourrait influencer le choix du lieu.	Article 3 La sage-femme évalue toutes conditions qui pourraient influencer le choix du lieu. <u>acceptée</u>
Article 4 La sage-femme visite le lieu prévu pour l'accouchement afin de s'assurer de son accessibilité et pour prévoir son organisation physique.	Article 4 La sage-femme doit visiter le lieu prévu pour l'accouchement afin de s'assurer de son accessibilité et de sa salubrité, ainsi que des conditions convenables à l'accueil de l'enfant. <u>acceptée</u>
Article 5 La sage-femme fait signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement planifié à domicile prévu à l'annexe I avant la 36e semaine de grossesse.	Article 5 Pour qu'il y ait accouchement à domicile le formulaire de consentement à un accouchement planifié à domicile prévu à l'annexe I doit être signé avant la 36e semaine de grossesse. <u>Après réflexion le Bureau estime que notion "temps" ne doit pas être de rigueur. Idéalement le formulaire à consentement doit être signé avant 36 semaines néanmoins s'il n'y a pas de contre-indication et que la femme fait un choix tardif il n'y a pas de raison de refuser</u>

Article 6 La sage-femme doit faire une évaluation continue, pendant la grossesse et le travail, de la pertinence du choix du domicile comme lieu d'accouchement.	Article 6 À notre avis l'article 6 devrait être retiré puisqu'il nous semble redondant étant donné le libellé de l'article 3 <u>acceptée</u>
Article 7 La sage-femme responsable du suivi de la femme doit avoir à sa disposition immédiate les médicaments, l'équipement et le matériel nécessaire, pour assister à un accouchement à domicile et intervenir lors des situations d'urgence obstétricale et néonatale.	Article 7 La sage-femme qui assiste un accouchement doit avoir à sa disposition immédiate les médicaments, l'équipement et le matériel requis conformément aux directives cliniques émises par l'OSFQ, pour assister à un accouchement à domicile et intervenir lors des situations d'urgence obstétricale et néonatale. <u>Le nouvelle version de cet article a été simplifiée</u>
Article 8 La sage-femme doit s'assurer de la disponibilité d'un service ambulancier.	Article 8 La sage-femme doit évaluer les besoins, coordonner la disponibilité d'un service ambulancier en prévision d'un transport urgent et établir les liens avec un centre hospitalier. <u>Cette recommandation tel que proposée créait des obligations qui vont au delà des responsabilités propres à une sage-femme. Voir nouveau libellé de l'article 7</u>
Article 9 La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.	Article 9 La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.
	Ajout de l'article 10 La sage-femme, lors d'un transfert à un centre hospitalier doit accompagner la mère ou le bébé ou les deux à la fois <u>Acceptée mais en maintenant la responsabilité jusqu'à la prise en charge médicale</u>

	Ajout de l'article 11 Pendant la période entourant la naissance la sage-femme doit s'assurer d'être accompagnée par une autre intervenante pour l'assister dans l'éventualité de mesures d'urgence <u>La sage-femme est toujours entouré d'une autre personne pour pallier à toutes éventualités. Sera couvert par l'article 7 de la nouvelle version du projet de règlement.</u>
--	--

Le Conseil consultatif avant de formuler ses recommandations finales désire prendre connaissance des directives cliniques que l'OSFQ préparera à l'intention de ses membres.

Au niveau de ces directives cliniques, les membres du Conseil consultatif **recommandent** qu'elles devraient obligatoirement traiter des sujets suivants :

- L'équipement requis par la cliente
- L'équipement requis par la sage-femme
- La liste des médicaments requis
- La liste du matériel requis
- La nature du suivi et des investigations minimales requises
- Les dispositions relatives au transport et à la distance du lieu de résidence
- Les ententes avec le CH de référence prévues pour le transfert et les disposition à établir avec le CH pour le transfert
- Les informations devant être transmises à la cliente
- Le consentement à signer
- L'encadrement requis pendant les débuts professionnels d'une nouvelle sage-femme.
- Le temps de transport

Le Conseil consultatif **recommande** une norme de 30 minutes et au delà de ce 30 minutes le Conseil consultatif **recommande** à l'Ordre des sages-femmes du Québec l'adoption de conditions et de dispositions supplémentaires

Le Bureau en prend acte

Les membres du Conseil consultatif **soulignent** l'importance de trois éléments :

- que dans les cas d'un accouchement à domicile, le suivi soit obligatoirement débuté avant la 28^{ième} semaine de grossesse
- que les ambulances ayant à desservir une résidence en cas d'accouchement soient équipées de l'équipement sécuritaire pour le transport d'un nouveau-né en situation critique (ex: isolettes de transport).
- que si le temps de transport excède 30 minutes des mesures particulières doivent être prises.

Le bureau en prend acte

Les membres du Conseil consultatif tiennent à citer au Bureau de l'OSFQ quelques extraits des procès-verbaux lesquels, sans être formulés sous forme de recommandations, dénotent les échanges exprimés lors des réunions.

«L'Ordre rédigera à l'intention de ses membres un manuel de politiques cliniques relativement aux accouchements à domicile. Ce matériel d'information sera appelé à être périodiquement révisé en fonction de l'évolution de la pratique. Les femmes et les sages-femmes auront constamment un matériel d'information à jour et il en sera de même quant aux attentes professionnelles que l'Ordre pourra exiger de ses membres.»¹

«La [REDACTED] souligne que la portée finale du règlement est de protéger le public et qu'il y a lieu de se questionner sur l'applicabilité des politiques cliniques versus des dispositions réglementaires. Elle indique que pour informer il faut qu'il y ait eu des études sur les inconvénients qui permettent de déclarer les probabilités de risques en pourcentage»

«La [REDACTED] souligne que sur le plan de la responsabilité les sages-femmes ont tout intérêt à se protéger. [REDACTED] ajoute que du fait de l'imputabilité et de ne pas être dans la masse dominante, les sages-femmes sont très exposées et qu'effectivement il est de l'intérêt des sages-femmes que le document de l'Ordre soit un soutien.»

«La [REDACTED] soulève quand tout de même qu'il y a des limites aux délais et qu'à un moment donné on doit s'arrêter. [REDACTED] ajoute qu'il y a toujours des situations imprévisibles auxquelles il est difficile de répondre même dans un hôpital, comme une hémorragie massive ou un état de choc. [REDACTED] répond en mentionnant que chaque sage-femme porte une responsabilité. La prudence sera toujours de mise et de plus les sages-femmes doivent discriminer les cas normaux des cas à risque.»

¹ extrait du procès verbal du 5 décembre 2000 du Conseil consultatif, déclaration de [REDACTED] sage-femme ayant contribué à la rédaction du règlement et invitée à la demande du Conseil consultatif

«Selon [REDACTED] la diminution des risques se joue principalement sur l'anticipation et les mesures de consultations et de transferts. [REDACTED] affirme que là où l'on a une plus grande latitude pour contrôler le risque est au niveau des procédures de transfert. « La connection doit être optimale ». Elle précise qu'accoucher à la maison est un choix et un droit qui comporte de la part de la femme une acceptation éclairée d'un risque Cette décision est prise en prenant pour acquis que toutes les mesures sont en place advenant un problème. C'est pourquoi il faut un protocole qui favorise un arrimage des services sages-femmes et des services médicaux.»

« [REDACTED] mentionne que l'accouchement à domicile soulève également un problème éthique puisque des femmes indépendamment des facteurs de risques décideront d'accoucher à domicile. Dans ces cas les sages-femmes seront confrontées entre la légalité et la notion d'assistance à des femmes en danger « potentiel » La [REDACTED] met en garde les sages-femmes qui ne doivent pas cautionner « ces femmes » qui prennent des risques démesurés. [REDACTED] mentionne que la clientèle actuelle des sages-femmes est très homogène et accepte d'une certaines mesures certains risques, toutefois dans le futur on peut supposer qu'elle sera différente et que les besoins et exigences pourraient évoluer différemment. Les femmes voudront le meilleur des deux mondes, l'humanisation et de la continuité des soins avec une sage-femme et la rapidité de réaction d'un milieu hospitalier en cas de situation problématique.»

«Les membres du Conseil consultatif discutent des modalités entourant les transferts d'urgence vers un centre tertiaire. Le [REDACTED] mentionne les difficultés qui existent déjà avec les services ambulanciers et évoque les carences au niveau des équipements ambulanciers, notamment en ce qui concerne les isolettes de transport et les équipements requis. Le [REDACTED] rapporte quelques expériences récentes de situations d'urgence pendant lesquelles le manque de coordination des appels a engendré des retards pouvant parfois aller jusqu'à doubler le temps d'intervention.»

« [REDACTED] soulève l'exemple de centre accoucheurs en région qui doivent effectuer des transferts vers des centres tertiaires ou des centres régionaux. Leur situation et leurs fonctionnements pourraient possiblement servir de référence lors d'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Selon elle, il est impératif que le réseau soit organisé afin d'assurer la sécurité de la clientèle avant l'entrée en vigueur du règlement.»

«Le [REDACTED] mentionne que les centres de référence ne sont pas, pour la plupart, des centres tertiaires.»

«La [REDACTED] précise que les intervenants de garde doivent être disponibles dans un délai maximal de 30 minutes et que ce délai sert actuellement de normes dans tous les centres pratiquant des accouchements.»

«Le [REDACTED] met en évidence l'importance d'encadrer la notion de distance en prenant comme critère ce même délai. Selon lui, le but est de minimiser les risques et d'assurer un accouchement plus sécuritaire et les soins néonataux.»

«La discussion suivante porte sur le délai de 30 minutes. [REDACTED] tient à préciser son désaccord à ce sujet. Elle souligne qu'il existe déjà des maisons de naissance qui sont localisées à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier. Elle précise également aux membres du Conseil consultatif que les sages-femmes, contrairement aux médecins, interviennent dans le champ de pratique de l'accouchement normal et qu'une évaluation très rigoureuse de la clientèle est faite pendant la grossesse afin de détecter toutes situations qui pourraient comporter un facteur de risque.»

«La [REDACTED] signale que la pratique sage-femme doit se faire dans un cadre où il n'y a pas de problèmes de répartition. Selon elle, il faut tenir compte de 3 facteurs :

- La distance
- Le réseau ambulancier
- Les difficultés engendrées par un arrimage non consolidé entre les divers intervenants du réseau»

«Elle souligne également l'importance d'avoir un résultat d'échographie pendant la grossesse.»

«La distance est un élément crucial et l'OSFQ doit donner à ses membres une argumentation leur permettant d'expliquer aux femmes les risques supplémentaires associés à la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier de référence.»

«[REDACTED] précise que dans les sociétés occidentales, les règlements et les études font référence à la notion de 30 minutes mais elle pense qu'il faut faire confiance au jugement professionnel des sages-femmes sur la question de la distance.»

«Les [REDACTED] et [REDACTED] précisent que la notion du 30 minutes doit se retrouver dans les directives cliniques mais qu'il est clair qu'une certaine latitude pourrait être tolérée.»

«La [REDACTED] mentionne que lorsque la distance sera de plus de 30 minutes, des mesures additionnelles devront être prévues par l'OSFQ. Elle insiste pour dire que dans l'éventualité d'un délai supérieur à 30 minutes, donc associé à un risque plus grand, la notion de consentement éclairé doit être plus large et surtout plus complète. À titre d'exemple, elle mentionne qu'une ambulance devrait être disponible à la porte.»

[REDACTED] affirme qu'à son point de vue, une limite de temps est essentielle et que si la résidence est trop éloignée, un milieu alternatif devrait être proposé. Elle rappelle que la responsabilité de l'Ordre et du conseil consultatif est d'assurer la sécurité du public. Les sages-femmes doivent considérer le règlement comme un outil et un moyen de pouvoir refuser les accouchements à domicile quant les conditions ne sont pas optimales. [REDACTED] précise que le délai de 30 minutes est une norme minimale et que si l'OSFQ accepte un délai supérieur, elle devrait y associer des dispositions particulières et des conditions supplémentaires.»

Le Bureau tiendra compte de tous ces commentaires

**RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS DU
CONSEIL CONSULTATIF**

DE

L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX

DU 8 SEPTEMBRE, DU 10 NOVEMBRE

DU 5 DÉCEMBRE 2000 ET DU 15 JANVIER 2001

MONTREAL LE 18 JUIN 2001

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME À UN MÉDECIN

À moins de mention particulière, toute recommandation est unanime.

Lors de la réunion du 29 mai 2000 les membres avaient été informées de l'existence d'un projet de règlement comportant 3 catégories, l'une pour les consultations facultatives, l'une pour les consultations obligatoires et une autre pour les cas de transferts obligatoires. La version que les membres avaient eue en main ne comportait pas la première catégorie, à savoir les cas de consultations facultatives. Les membres ont pris connaissance de la catégorie des consultations facultatives et en viennent à la conclusion que cette catégorie n'est pas nécessaire dans le règlement.

Le Conseil consultatif **recommande** que le Bureau de l'Ordre devrait adopter un article créant une responsabilité pour la sage-femme de consulter un membre ou un autre professionnel lorsqu'elle estime une consultation nécessaire dans l'intérêt de la femme ou de l'enfant.

Le Conseil consultatif **recommande** que pour tout problème de nature non obstétricale ou non-néonatale, en plus de la consultation dans la spécialité concernée, il faudrait obtenir l'avis d'un médecin accoucheur.

LA VERSION OSFQ

En caractère gras: retrait

2. La sage-femme doit initier une consultation avec un médecin dans un délai raisonnable, après avoir détecté une des conditions à risque apparaissant aux catégories 1 et 2 des annexes I à V.

La raisonnable du délai s'évalue en fonction de la gravité de la condition de la femme et/ou son enfant **et de la disponibilité d'un médecin.**

RECOMMANDATIONS

en caractère gras: ajout

La sage-femme doit initier une consultation avec un médecin dans un délai raisonnable, après avoir détecté une des conditions à risque apparaissant aux catégories 1 et 2 des annexes I à V **et lui fournir toutes les informations et résultats pertinents à la nature de la consultation**

La raisonnable du délai s'évalue en fonction de la gravité de la condition de la femme et/ou son enfant **et du préjudice qui pourrait en découler.**

3. La sage-femme doit consigner au dossier de la femme et/ou son enfant toute consultation qu'elle initie ainsi que les résultats de consultation et ce, conformément au règlement sur les normes relatives à la tenue, à la détention et au maintien des dossiers	La sage-femme doit consigner au dossier de la femme et/ou son enfant toute consultation conformément au règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme.
--	--

5. La sage-femme doit initier une demande de consultation écrite auprès d'un médecin :	La sage-femme doit initier une demande de consultation écrite auprès d'un médecin :
1° lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments mentionnés dans la catégorie 1 des annexes I à V;	1° lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments mentionnés dans la catégorie des consultations des annexes I à V;
2° lorsque la femme le requiert.	2° dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme.

6 Lors de la consultation, la sage-femme et le médecin peuvent convenir que l'état de santé de la femme et/ou son enfant nécessite :	Suite à une consultation la sage-femme décide, selon le cas
1° que le médecin transmette ses recommandations;	1° de poursuivre son suivi en tenant compte des recommandations médicales;
2° que le médecin prodigue des soins à la femme ou à l'enfant, sans prendre la responsabilité du suivi de la sage-femme;	2° d'entreprendre un suivi-conjoint;
3° que le médecin prenne l'entière responsabilité clinique de la femme et/ou de l'enfant;	3° de transférer la femme et le bébé.

7. La sage-femme doit initier le transfert de la femme et/ou son enfant à un médecin : 1° lorsqu'elle constate un des éléments mentionnés à la catégorie 2 des annexes I à V; 2° lorsque la femme le requiert.	La sage-femme doit initier le transfert de la femme et/ou son enfant à un médecin : 1° lorsqu'elle constate un des éléments mentionnés à la catégorie des transferts de soins des annexes I à V; 2° dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme.
9. Le transfert de la responsabilité clinique à un médecin peut être partiel ou complet. Le transfert est partiel lorsque la femme et le médecin décident que la sage-femme continue, à l'intérieur de son champ de pratique, de prodiguer des soins à l'enfant ou à la femme.	Le Conseil recommande le retrait de l'article 9 compte tenu que l'article 6 tel que proposé couvre la situation visée.

Les membres du Conseil consultatif **sont d'avis** que la participation des sages-femmes aux activités du département de périnatalité du centre hospitalier auquel elles sont rattachées, est à privilégier.

Le Conseil consultatif consultatif **suggère** de revoir la mise en page du règlement.

Étude des annexes

Le Conseil consultatif **recommande** de modifier le terme "catégorie 1" pour "consultations obligatoires" et "catégorie 2" pour transferts obligatoires"

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les antécédents suivants soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- maladie thromboembolique
- béance du col sans antécédent d'accouchement à terme
- plus d'un accouchement prématuré ¹
- plus d'un bébé de faible poids ¹
- avortements spontanés répétés au 2^{ème} trimestre sans accouchement à terme
- Dans le cas d'un seul accouchement prématuré ou d'un seul bébé de faible poids ou d'avortements spontanés répétés du 1^{er} trimestre sans accouchement à terme, la consultation obligatoire serait maintenue autrement il s'agit de cas de transfert.

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions actuelles suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

Conditions actuelles :

- âgée de moins de 14 ans
- anomalies de la coagulation
- thrombocytopénie, si sévère
- myomectomie
- cardiopathies à l'exception du prolapsus de la valve mitrale
- présence d'anticorps irréguliers significatifs

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les consultations obligatoires, les membres du Conseil consultatif **recommandent** qu'à la condition actuelle "hyperthyroïdie" soit ajoutée "l'hypothyroïdie" la "thrombocytopénie" ainsi que le "prolapsus de la valve mitrale"

Dans le cadre de l'annexe I "Anamnèse et examen physique", pour les transferts de soins obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** le retrait des conditions "mort in utéro" et "utilisation significative de drogues, médicaments ou alcool"

Dans le cadre de l'annexe II "grossesse actuelle", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- mort in utéro
- anomalies de la coagulation
- hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée
- saignement d'origine inconnue > 20 semaines de gestation
- présentation autre que céphalique à 38 semaines

¹ Les membres présentes, à savoir les [redacted] et [redacted] ainsi que [redacted] [redacted] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [redacted] qui exprime sa dissidence.

- retard de croissance intra-utérin
- polyhydramnios ou oligohydramnios, si diagnostiquées
- isoimmunisation
- grossesse gémellaire¹

Concernant la grossesse à 42 semaines les membres du Conseil consultatif maintiennent ce cas à un cas de consultation obligatoire. Les membres du Conseil consultatif **recommandent** que dans cette situation l'accouchement ait lieu en centre hospitalier.

Les membres du Conseil consultatif **recommandent** l'ajout d'un cas de consultation obligatoire à savoir: " contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle"

Dans le cadre de l'annexe II "grossesse actuelle", pour les transferts de soins obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que la condition "grossesse multiple autre que jumeaux" soit "grossesse multiple".

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que les conditions suivantes soient des cas de transferts de soins obligatoires:

- mort in utéro
- présentation par le siège ou toute présentation anormale
- herpès génital actif au moment du travail
- grossesse gémellaire*

*Les membres présentes, à savoir les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [REDACTED] qui exprime sa dissidence.

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif maintiennent les cas suivants à des cas de consultation obligatoire mais **recommandent** que dans ces situations l'accouchement ait lieu en centre hospitalier.

- le travail débute entre 34 et 36 6/7 semaines
- travail débute après 42 semaines
- liquide amniotique méconial épais ou particulière
- pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
- suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré

¹ Les membres présentes, à savoir les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] sont d'accord avec les propositions ci-dessus à l'exception de [REDACTED] qui exprime sa dissidence.

Dans le cadre de l'annexe III "Le travail et l'accouchement", pour les transferts obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que le cas de "suspicion de chorio-amnionite soit un cas de consultation mais avec accouchement en centre hospitalier. Dans la même classification les membres **recommandent** de préciser le degré de sévérité de l'hypertension en mentionnant que la mesure diastolique doit être supérieure à 90mm et s'être maintenue à un tel niveau au moins pendant deux heures. Enfin, au cas de l'herpès génital actif au moment du travail comme cas de transfert obligatoire les membres **recommandent** d'ajouter la situation concomitante avec une rupture spontanée des membranes.

Dans l'annexe IV "Le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif **recommandent** que la condition suivante soit un cas de transferts de soins obligatoires:

«hypertension persistante»

Dans le cadre de la classification "le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif recommandent que la condition suivante soit retirée:

«rétention urinaire après évaluation séquentielle»

Dans le cadre de la classification "le postnatal mère", pour les consultations obligatoires les membres du Conseil consultatif recommandent que les conditions suivantes soient modifiées:

"abcès de la plaie périnéale" par "infection de la plaie périnéale" et "signe de pré-éclampsie" par "suspicion de pré-éclampsie post-partum".

L'analyse de l'annexe V : Le nouveau-né / catégorie 1 : consultations obligatoires, a été faite en présence du [REDACTED] néonatalogiste, à la demande des membres du Conseil consultatif. Les recommandations unanimes de tous les membres du Conseil consultatif sont les suivantes :

CLASSIFICATION PRÉSENTÉE CATÉGORIE 1	RECOMMANDATIONS DU CONSEIL CONSULTATIF
Poids inférieur au 3 ^e percentile	Idem
Persistance d'ictère après 14 jours de vie	Idem
Pigmentation anormale	Idem
Irritabilité, hypertonie	Irritabilité, hypertonie si + de 24 heures
Rythme cardiaque anormal ou irrégulier	Rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min Référence à un pédiatre
Traumatisme obstétrical	Idem

Absence de passage de méconium après 24 heures	Idem
Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal	Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermite de couches
Instabilité des hanches ou hanches luxables	Référence à un pédiatre
Testicules non descendus	Testicules non descendus ou non palpables
Suspicion de spina-bifida	Idem
Résultats de laboratoire anormaux	Résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques
Anomalies suspectées ou visibles à la naissance	Une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance
Signes neurologiques anormaux	Idem
Moins de 37 semaines d'âge gestationnel	A déplacer dans la catégorie 2: transferts obligatoires
Tachypnée	Tachypnée persistante à plus de 60 resp./min
Infections suspectées	Infections suspectées chez la mère ou chez le bébé
Souffle cardiaque	Idem
Artère ombilicale unique	Idem
Ictère nécessitant photothérapie	Idem
Anurie au-delà de 24 heures de vie	Idem
Écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive	Idem
Absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle	Idem
Prise de poids lente ou insuffisante	Prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race. Croissance inappropriée inférieure au 3è percentile ou supérieure au 97è percentile selon la courbe du périmètre crânien
Non-reprise du poids de naissance après 21 jours	Non-reprise du poids de naissance après 14 jours
Masse testiculaire à la naissance (ex : torsion testiculaire)	Masse testiculaire à la naissance
Érythème périombilical compatible avec un omphalite	Idem
Reflet rouge oculaire absent	Référence à un pédiatre
Thyroïde palpable	Idem
Hépatomégalie supérieure à 2 cm sous le rebord costal	Hépatomégalie supérieure à 3 cm sous le rebord costal
Rate palpable	Idem
Masse abdominale	Référence à un pédiatre

Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques	Référence à un pédiatre
Pleurs ou cris anormaux	Idem
Fontanelle antérieure bombée	Référence à un pédiatre
Masse inguinale	Idem
	Fontanelles élargies (Selon les critères de: Smith's « Recognizable patterns of human malformation » dernière édition)
	Crâne asymétrique après 3 jours
	Examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines

Suite à l'analyse de l'annexe V : Le nouveau-né / catégorie 2 : transferts obligatoires, les recommandations unanimes de tous les membres du Conseil consultatif sont les suivantes :

CLASSIFICATION PRÉSENTÉE CATÉGORIE 2	RECOMMANDATIONS DU CONSEIL CONSULTATIF
Hypothermie ou hyperthermie persistant au-delà de 12 heures	Hypothermie (36 rectale ou 35.5 axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38.5 rectale ou 38 axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
APGAR : Inférieur à 5 à 1 minute Inférieur à 7 à 5 minutes Inférieur à 9 à 10 minutes	APGAR : Inférieur à 7 à 5 minutes Inférieur à 9 à 10 minutes Transfert à un pédiatre
Cyanose centrale	Transfert à un pédiatre
Pâleur persistante après 60 minutes	Transfert à un pédiatre
Ecchymose ou pétéchies généralisées	Transfert à un pédiatre
Léthargie ou hypotonie	Transfert à un pédiatre
Syndrome de sevrage	Transfert à un pédiatre
Trémulations répétées et/ou convulsions	Transfert à un pédiatre
Vomissements bilieux et/ou diarrhée	Transfert à un pédiatre
Distension abdominale	Distension abdominale avec intolérance à l'alimentation Transfert à un pédiatre
Ictère dans les premières 24 heures	Idem
Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale	Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive ou au-delà de la première minute de vie Transfert à un pédiatre
Hémorragie digestive haute ou basse	Transfert à un pédiatre
Atrésie uni ou bilatérale des choanes	Transfert à un pédiatre

Détresse respiratoire	Détresse respiratoire et apnée
Toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats	Transfert à un pédiatre
	Moins de 37 semaines d'âge gestationnel Transfert à un pédiatre

Il est à noter que les recommandations de référence à un pédiatre visent à éviter un deuxième transfert. On doit comprendre que lorsqu'un pédiatre n'est pas disponible le transfert peut-être fait à un omnipraticien.

DU RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

En préambule aux recommandations formulées sur ce règlement les [REDACTED] et [REDACTED] ainsi que [REDACTED] tiennent à apporter la précision suivante:

"Nous tenons à souligner que nous ne sommes actuellement pas d'accord avec l'accouchement à domicile au Québec. Toutefois, nous reconnaissons l'existence des dispositions législatives à cet effet et nous déclarons que toutes recommandations et suggestions que nous pourrions formuler sur le projet de règlement sont faites de bonne foi mais ne constituent pas un cautionnement de notre part."

Proposition de OSFQ	Recommandations du Conseil consultatif
Article 1 Le choix du lieu de naissance se fait pendant la grossesse par la femme et la sage-femme.	Article 1 Le choix du lieu d'accouchement se fait pendant la grossesse par la femme.
Article 2 La sage-femme renseigne la femme sur les particularités de différents lieux d'accouchement possibles, ainsi que sur les mesures d'urgence qui peuvent être prises afin de permettre à la femme de faire un choix éclairé.	Article 2 La sage-femme renseigne la femme sur les particularités de différents lieux d'accouchement possibles et porte à la connaissance de la femme les données récentes sur les avantages et inconvénients et risques de l'accouchement à domicile afin de permettre à la femme de faire un choix éclairé.

Article 3 La sage-femme évalue toute condition qui pourrait influencer le choix du lieu.	Article 3 La sage-femme évalue toutes conditions qui pourraient influencer le choix du lieu.
Article 4 La sage-femme visite le lieu prévu pour l'accouchement afin de s'assurer de son accessibilité et pour prévoir son organisation physique.	Article 4 La sage-femme doit visiter le lieu prévu pour l'accouchement afin de s'assurer de son accessibilité et de sa salubrité, ainsi que des conditions convenables à l'accueil de l'enfant.
Article 5 La sage-femme fait signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement planifié à domicile prévu à l'annexe I avant la 36e semaine de grossesse.	Article 5 Pour qu'il y ait accouchement à domicile le formulaire de consentement à un accouchement planifié à domicile prévu à l'annexe I doit être signé avant la 36e semaine de grossesse.
Article 6 La sage-femme doit faire une évaluation continue, pendant la grossesse et le travail, de la pertinence du choix du domicile comme lieu d'accouchement.	Article 6 À notre avis l'article 6 devrait être retiré puisqu'il nous semble redondant étant donné le libellé de l'article 3
Article 7 La sage-femme responsable du suivi de la femme doit avoir à sa disposition immédiate les médicaments, l'équipement et le matériel nécessaire, pour assister à un accouchement à domicile et intervenir lors des situations d'urgence obstétricale et néonatale.	Article 7 La sage-femme qui assiste un accouchement doit avoir à sa disposition immédiate les médicaments, l'équipement et le matériel requis conformément aux directives cliniques émises par l'OSFQ, pour assister à un accouchement à domicile et intervenir lors des situations d'urgence obstétricale et néonatale.
Article 8 La sage-femme doit s'assurer de la disponibilité d'un service ambulancier.	Article 8 La sage-femme doit évaluer les besoins, coordonner la disponibilité d'un service ambulancier en prévision d'un transport urgent et établir les liens avec un centre

	hospitalier.
Article 9 La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.	Article 9 La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.
	Ajout de l'article 10 La sage-femme, lors d'un transfert à un centre hospitalier doit accompagner la mère ou le bébé ou les deux à la fois
	Ajout de l'article 11 Pendant la période entourant la naissance la sage-femme doit s'assurer d'être accompagnée par une autre intervenante pour l'assister dans l'éventualité de mesures d'urgence

Le Conseil consultatif avant de formuler ses recommandations finales désire prendre connaissance des directives cliniques que l'OSFQ préparera à l'intention de ses membres.

Au niveau de ces directives cliniques, les membres du Conseil consultatif **recommandent** qu'elles devraient obligatoirement traiter des sujets suivants :

- L'équipement requis par la cliente
- L'équipement requis par la sage-femme
- La liste des médicaments requis
- La liste du matériel requis
- La nature du suivi et des investigations minimales requises
- Les dispositions relatives au transport et à la distance du lieu de résidence
- Les ententes avec le CH de référence prévues pour le transfert et les dispositions à établir avec le CH pour le transfert
- Les informations devant être transmises à la cliente

- Le consentement à signer
- L'encadrement requis pendant les débuts professionnels d'une nouvelle sage-femme.
- Le temps de transport

Le Conseil consultatif **recommande** une norme de 30 minutes et au delà de ce 30 minutes le Conseil consultatif **recommande** à l'Ordre des sages-femmes du Québec l'adoption de conditions et de dispositions supplémentaires

Les membres du Conseil consultatif **soulignent** l'importance de trois éléments :

- que dans les cas d'un accouchement à domicile, le suivi soit obligatoirement débuté avant la 28^{ième} semaine de grossesse
- que les ambulances ayant à desservir une résidence en cas d'accouchement soient équipées de l'équipement sécuritaire pour le transport d'un nouveau-né en situation critique (ex: isolettes de transport).
- que si le temps de transport excède 30 minutes des mesures particulières doivent être prises.

Les membres du Conseil consultatif tiennent à citer au Bureau de l'OSFQ quelques extraits des procès-verbaux lesquels, sans être formulés sous forme de recommandations, dénotent les échanges exprimés lors des réunions.

«L'Ordre rédigera à l'intention de ses membres un manuel de politiques cliniques relativement aux accouchements à domicile. Ce matériel d'information sera appelé à être périodiquement révisé en fonction de l'évolution de la pratique. Les femmes et les sages-femmes auront constamment un matériel d'information à jour et il en sera de même quant aux attentes professionnelles que l'Ordre pourra exiger de ses membres.»¹

«La [REDACTED] souligne que la portée finale du règlement est de protéger le public et qu'il y a lieu de se questionner sur l'applicabilité des politiques cliniques versus des dispositions réglementaires. Elle indique que pour informer il faut qu'il y ait eu des études sur les inconvénients qui permettent de déclarer les probabilités de risques en pourcentage»

¹ extrait du procès verbal du 5 décembre 2000 du Conseil consultatif, déclaration de [REDACTED] sage-femme ayant contribué à la rédaction du règlement et invitée à la demande du Conseil consultatif

«La [REDACTED] souligne que sur le plan de la responsabilité les sages-femmes ont tout intérêt à se protéger. [REDACTED] ajoute que du fait de l'imputabilité et de ne pas être dans la masse dominante, les sages-femmes sont très exposées et qu'effectivement il est de l'intérêt des sages-femmes que le document de l'Ordre soit un soutien.»

«La [REDACTED] soulève quand tout de même qu'il y a des limites aux délais et qu'à un moment donné on doit s'arrêter. [REDACTED] ajoute qu'il y a toujours des situations imprévisibles auxquelles il est difficile de répondre même dans un hôpital, comme une hémorragie massive ou un état de choc. [REDACTED] répond en mentionnant que chaque sage-femme porte une responsabilité. La prudence sera toujours de mise et de plus les sages-femmes doivent discriminer les cas normaux des cas à risque.»

«Selon [REDACTED] la diminution des risques se joue principalement sur l'anticipation et les mesures de consultations et de transferts. [REDACTED] affirme que là où l'on a une plus grande latitude pour contrôler le risque est au niveau des procédures de transfert. « La connection doit être optimale ». Elle précise qu'accoucher à la maison est un choix et un droit qui comporte de la part de la femme une acceptation éclairée d'un risque Cette décision est prise en prenant pour acquis que toutes les mesures sont en place advenant un problème. C'est pourquoi il faut un protocole qui favorise un arrimage des services sages-femmes et des services médicaux.»

«[REDACTED] mentionne que l'accouchement à domicile soulève également un problème éthique puisque des femmes indépendamment des facteurs de risques décideront d'accoucher à domicile. Dans ces cas les sages-femmes seront confrontées entre la légalité et la notion d'assistance à des femmes en danger « potentiel » La [REDACTED] met en garde les sages-femmes qui ne doivent pas cautionner «ces femmes» qui prennent des risques démesurés. [REDACTED] mentionne que la clientèle actuelle des sages-femmes est très homogène et accepte d'une certaines mesures certains risques, toutefois dans le futur on peut supposer qu'elle sera différente et que les besoins et exigences pourraient évoluer différemment. Les femmes voudront le meilleur des deux mondes, l'humanisation et de la continuité des soins avec une sage-femme et la rapidité de réaction d'un milieu hospitalier en cas de situation problématique.»

«Les membres du Conseil consultatif discutent des modalités entourant les transferts d'urgence vers un centre tertiaire. Le [REDACTED] mentionne les difficultés qui existent déjà avec les services ambulanciers et évoque les carences au niveau des équipements ambulanciers, notamment en ce qui concerne les isolettes de transport et les équipements requis. Le [REDACTED] rapporte quelques expériences récentes de situations d'urgence pendant lesquelles le manque de coordination des appels a engendré des retards pouvant parfois aller jusqu'à doubler le temps d'intervention.»

«[REDACTED] soulève l'exemple de centre accoucheurs en région qui doivent effectuer des transferts vers des centres tertiaires ou des centres régionaux. Leur situation et leurs fonctionnements pourraient possiblement servir de référence lors d'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Selon elle, il est impératif que le réseau soit organisé afin d'assurer la sécurité de la clientèle avant l'entrée en vigueur du règlement.»

«Le [REDACTED] mentionne que les centres de référence ne sont pas, pour la plupart, des centres tertiaires.»

«La [REDACTED] précise que les intervenants de garde doivent être disponibles dans un délai maximal de 30 minutes et que ce délai sert actuellement de normes dans tous les centres pratiquant des accouchements.»

«Le [REDACTED] met en évidence l'importance d'encadrer la notion de distance en prenant comme critère ce même délai. Selon lui, le but est de minimiser les risques et d'assurer un accouchement plus sécuritaire et les soins néonataux.»

«La discussion suivante porte sur le délai de 30 minutes. [REDACTED] tient à préciser son désaccord à ce sujet. Elle souligne qu'il existe déjà des maisons de naissance qui sont localisées à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier. Elle précise également aux membres du Conseil consultatif que les sages-femmes, contrairement aux médecins, interviennent dans le champ de pratique de l'accouchement normal et qu'une évaluation très rigoureuse de la clientèle est faite pendant la grossesse afin de détecter toutes situations qui pourraient comporter un facteur de risque.»

«La [REDACTED] signale que la pratique sage-femme doit se faire dans un cadre où il n'y a pas de problèmes de répartition. Selon elle, il faut tenir compte de 3 facteurs :

- La distance
- Le réseau ambulancier
- Les difficultés engendrées par un arrimage non consolidé entre les divers intervenants du réseau»

«Elle souligne également l'importance d'avoir un résultat d'échographie pendant la grossesse.»

«La distance est un élément crucial et l'OSFQ doit donner à ses membres une argumentation leur permettant d'expliquer aux femmes les risques supplémentaires associés à la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier de référence.»

«[REDACTED] précise que dans les sociétés occidentales, les règlements et les études font référence à la notion de 30 minutes mais elle pense qu'il faut faire confiance au jugement professionnel des sages-femmes sur la question de la distance.»

«Les [REDACTED] précisent que la notion du 30 minutes doit se retrouver dans les directives cliniques mais qu'il est clair qu'une certaine latitude pourrait être tolérée.»

«La [REDACTED] mentionne que lorsque la distance sera de plus de 30 minutes, des mesures additionnelles devront être prévues par l'OSFQ. Elle insiste pour dire que dans l'éventualité d'un délai supérieur à 30 minutes, donc associé à un risque plus grand, la notion de consentement éclairé doit être plus large et surtout plus complète. À titre d'exemple, elle mentionne qu'une ambulance devrait être disponible à la porte.»

« [REDACTED] affirme qu'à son point de vue, une limite de temps est essentielle et que si la résidence est trop éloignée, un milieu alternatif devrait être proposé. Elle rappelle que la responsabilité de l'Ordre et du conseil consultatif est d'assurer la sécurité du public. Les sages-femmes doivent considérer le règlement comme un outil et un moyen de pouvoir refuser les accouchements à domicile quant les conditions ne sont pas optimales. [REDACTED] précise que le délai de 30 minutes est une norme minimale et que si l'OSFQ accepte un délai supérieur, elle devrait y associer des dispositions particulières et des conditions supplémentaires.»

Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile

Loi sur les sages-femmes
(1999 c. 24)

RÉVISÉ 25 AOUT 2000

VERSION SOUMISE AU CONSEIL CONSULTATIF

SECTION I

NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE

1. Le choix du lieu de naissance se fait pendant la grossesse par la femme et la sage-femme.
2. La sage-femme renseigne la femme sur les particularités de différents lieux d'accouchement possibles, ainsi que sur les mesures d'urgence qui peuvent être prises afin de permettre à la femme de faire un choix éclairé.
3. La sage-femme évalue toute condition qui pourrait influencer le choix du lieu.
4. La sage-femme visite le lieu prévu pour l'accouchement afin de s'assurer de son accessibilité et pour prévoir son organisation physique.
5. La sage-femme fait signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement planifié à domicile prévu à l'annexe I avant la 36^e semaine de grossesse.
6. La sage-femme doit faire une évaluation continue, pendant la grossesse et le travail, de la pertinence du choix du domicile comme lieu d'accouchement.
7. La sage-femme responsable du suivi de la femme doit avoir à sa disposition immédiate les médicaments, l'équipement et le matériel nécessaire, pour assister à un accouchement à domicile et intervenir lors des situations d'urgence obstétricale et néonatale.
8. La sage-femme doit s'assurer de la disponibilité d'un service ambulancier.
9. La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.

SECTION II

DISPOSITIONS FINALES

10. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

PROJET

ANNEXE I

(a. 4)

CONSENTEMENT À LA PLANIFICATION D'UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE

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

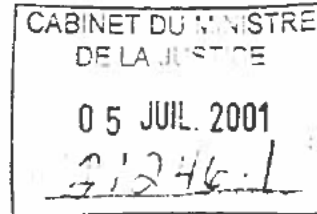
Elle m'a informée des avantages et désavantages de mon accouchement à domicile.

(Date)_____
(Signature)_____
(Témoin à la signature)

PROJET



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC



Montréal, le 28 juin 2001

Monsieur Paul Bégin
Ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des Lois professionnelles
Ministère de la Justice
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

Objet : Assistance des sages-femmes pour l'accouchement à domicile

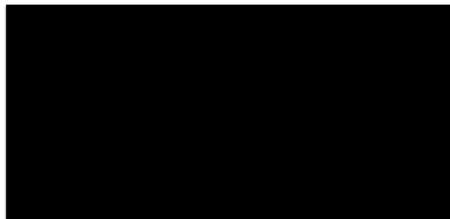
Monsieur,

Quoique les femmes aient le droit d'accoucher à domicile, l'entrée en vigueur de la Loi sur les sages-femmes n'a pas immédiatement permis aux femmes ayant fait le choix d'accoucher à domicile, de recourir aux services sages-femmes. En effet l'article 61 de cette Loi précise que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchement à domicile.

L'Ordre des sages-femmes du Québec transmettait la semaine dernière à l'Office des professions du Québec un projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile. Comme il est connu que des femmes accouchent à la maison sans assistance de sages-femmes ou encore assistées de personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre, ce règlement requiert de l'Office une étude accélérée pour qu'il soit soumis le plus rapidement possible pour approbation au Gouvernement et puisse entrer en vigueur dans le meilleur délai.

Comme il y va de la sécurité des femmes nous ne saurions trop insister pour que vous agissiez auprès de l'Office et que vous accordiez votre appui à l'approbation de ce règlement. Nous comptons sur votre collaboration et demeurons disponibles pour vous livrer de vive voix toute information additionnelle que vous jugeriez utile à votre compréhension de ce dossier important pour les femmes désirant accoucher à domicile. Nous aimerions pouvoir vous rencontrer pour discuter avec vous du cheminement de ce règlement d'ici son entrée en vigueur, pour vous dresser un bref bilan de nos deux premières années d'existence comme corporation professionnelle et pour vous présenter la contribution que les sages-femmes peuvent apporter à la périnatalité québécoise à l'heure de la réorganisation des services de santé.

Dans l'attente nous vous prions, Monsieur, de croire à l'expression de nos sentiments distingués.



Présidente par intérim



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

05 JUL. 2001

Bureau de Québec

Sue

Montréal, le 28 juin 2001

Monsieur Gilles Baril
Ministre de l'Industrie et du Commerce
Ministère de l'Industrie et du Commerce
710, place D'Youville, 6e étage
Québec (Québec) G1R 4Y4

Objet : Assistance des sages- femmes pour l'accouchement à domicile

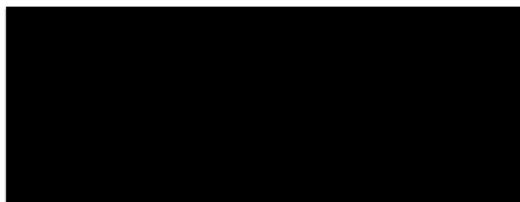
Monsieur le ministre,

Quoique les femmes aient le droit d'accoucher à domicile, l'entrée en vigueur de la Loi sur les sages-femmes n'a pas immédiatement permis aux femmes ayant fait le choix d'accoucher à domicile, de recourir aux services sages-femmes. En effet l'article 61 de cette Loi précise que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchement à domicile.

L'Ordre des sages-femmes du Québec transmettait la semaine dernière à l'Office des professions du Québec un projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile. Comme il est connu que des femmes accouchent à la maison sans assistance de sages-femmes ou encore assistées de personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre, ce règlement requiert de l'Office une étude accélérée pour qu'il soit soumis le plus rapidement possible pour approbation au Gouvernement et puisse entrer en vigueur dans le meilleur délai.

Comme il y va de la sécurité des femmes nous ne saurions trop insister pour que vous agissiez auprès de l'Office et que vous accordiez votre appui à l'approbation de ce règlement.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, à l'expression de nos sentiments distingués.



Présidente par interim



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

2001-1243-8



Montréal, le 28 juin 2001

Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec, (Québec) G1R 5Z3

Objet: Projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile.

Projet de règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Monsieur,

Nos procureurs vous transmettaient récemment les projets de règlements mentionnés en rubrique. Ces documents, tant attendus, ont exigé une contribution exceptionnelle des membres du Bureau et de plusieurs sages-femmes, ainsi que bénéficié de l'apport significatif du Conseil consultatif.

Récemment à l'appui de nos échanges avec le groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines nous avons remis un document duquel nous jugeons opportun de vous citer un extrait :

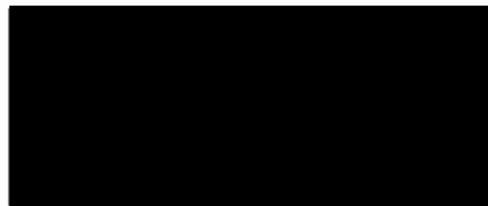
"..... il est important de souligner comment une Loi censée protéger le public devient un obstacle pour le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec quant à l'accomplissement de son mandat de protection du public. Malgré l'entrée en vigueur de la Loi sur les sages-femmes il est interdit aux sages-femmes d'exercer leur profession en assistant des femmes à accoucher à la maison.....Pendant ce temps des femmes accouchent à la maison sans assistance de sages-femmes ou encore assistées de personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre. Pendant ce temps des sages-femmes membres en règle

de l'Ordre sont fréquemment placées entre laisser une femme accoucher sans l'aide d'une personne compétente ou enfreindre la Loi. L'Ordre est d'avis que l'application de cette condition le conduit à négliger justement la sécurité du public. Abandonner une femme à elle-même lors de son accouchement équivaut, pour une sage-femme, à manquer à son devoir premier de prêter ses services lorsque la vie d'une femme ou de son enfant à naître est en danger."

Vous comprendrez qu'il est impérieux pour nous que ces projets de règlements puissent recevoir de l'Office, de façon exceptionnelle, une étude accélérée pour qu'ils soient en vigueur le plus rapidement possible.

Nous aimerions pouvoir vous rencontrer pour discuter avec vous du cheminement de ces règlements d'ici leur entrée en vigueur, et nous pourrions en profiter pour vous dresser un bref bilan de notre 2^{ème} année d'existence comme corporation professionnelle.

Dans l'attente nous vous prions, Monsieur, de croire à l'expression de nos sentiments distingués.



Raymonde Gagnon
Présidente par intérim

Cabinet du ministre de la Justice,
Procureur général et ministre responsable
de l'application des lois professionnelles

Sainte-Foy, le 5 juillet 2001

Madame Raymonde Gagnon
Présidente par intérim
Ordre des sages femmes du Québec
430, rue Sainte-Thérèse, bureau 301
Montréal (Québec) H2Y 2K7

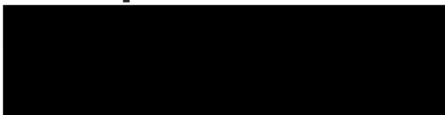
Objet : Assistance des sages-femmes pour l'accouchement à domicile

Madame,

Au nom du ministre de la Justice, Procureur général et ministre responsable de l'application des lois professionnelles, monsieur Paul Bégin, j'accuse réception de votre lettre du 28 juin dernier, concernant l'objet cité en titre.

Soyez assurée que votre correspondance sera traitée avec toute la diligence qu'elle requiert.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Sandra Bouchier
Conseillère politique

SB/mg

Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

Téléphone : (418) 643-4210
Télécopieur : (418) 646-0027
Courriel : ministre@justice.gouv.qc.ca

1, rue Notre-Dame Est, bureau 11.39
Montréal (Québec) H2Y 1B6

Téléphone : (514) 873-3317
Télécopieur : (514) 873-7174



2002 1744-8

Québec, le 25 juillet 2002

Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3



Monsieur,

La présente fait suite à votre demande d'avis ministériel sur les projets de *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile* et de *règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*, déterminés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec, après avis et recommandations de leur conseil consultatif.

À cet effet, nous avons sollicité les avis de la Direction générale des affaires médicales et universitaires de même que ceux de la Direction des affaires juridiques, afin d'apporter les commentaires et analyses pertinents à l'élaboration desdits règlements.

Les avis émis par ces directions poursuivent comme objectif de s'assurer que les accouchements à domicile se déroulent dans les meilleures conditions possibles. À cet égard, plusieurs questionnements restent en suspens concernant le *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose donc la mise sur pied d'un comité d'experts, notamment pour statuer sur les situations cliniques décrites dans les annexes jointes audit règlement.

De façon plus spécifique, vous trouverez ci-joint la majorité des commentaires émis dans les avis produits par les directions du Ministère. Une première partie concerne l'avis sur les aspects cliniques des règlements. Par la suite, les commentaires sont de nature juridique et viennent préciser les termes utilisés dans les différents articles des règlements présentés. Nous ajoutons, en tout dernier point, les éléments des *Recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes* relativement aux conditions d'exercice hors-centre hospitalier.

Nous espérons que ces commentaires et avis permettront de poursuivre les démarches entourant la publication de ces règlements. Nous tenons à vous assurer de notre collaboration dans ce dossier.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Pierre Gabrièle

25.07.2002

AVIS DU MINISTÈRE DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX SUR LES DEUX
RÈGLEMENTS PRODUITS
PAR L'ORDRE DES
SAGES-FEMMES
DU QUÉBEC

PARTIE I : AVIS CLINIQUE

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME

Pour ce qui est de ce règlement, trois éléments sont à considérer : la nature des cas nécessitant un transfert, la façon dont le transfert aura lieu et le texte du règlement comme tel.

1. La nature des cas nécessitant un transfert

La nature des cas nécessitant un transfert de responsabilité est décrite aux annexes I à V du règlement. Une première lecture des annexes soulève cependant plusieurs interrogations, dont voici quelques exemples :

- *Annexe I : Catégorie des consultations obligatoires, item e) plus d'un accouchement prématuré*, pourquoi faut-il plus d'un accouchement prématuré pour consulter ? Un seul accouchement prématuré n'est-il pas suffisant pour initier des démarches de consultation ?
- *Annexe I : Catégorie des consultations obligatoires, item f) plus d'un bébé de faible poids*, encore une fois est-ce que le fait d'avoir eu un bébé de faible poids ne devrait pas être suffisant pour consulter ?
- *Annexe I : Catégorie transferts de soins obligatoires, item d) hémorragie sous-arachnoidienne* : que se passe-t-il pour les autres sites d'hémorragie ?
- *Annexe II : Catégorie des consultations obligatoires*, s'agit-il des pathologies identifiées pendant la grossesse en cours ou pendant la grossesse précédente ayant un impact sur la grossesse en cours ?
- *Annexe II : Catégorie des consultations obligatoires*, que fait-on lorsqu'on identifie un retard de croissance fœtale ou utérine ?
- *Annexe III : Catégorie consultations obligatoires avec accouchement en centre hospitalier, item c)* : lorsqu'on parle de liquide amniotique particulière, que veut-on dire exactement ? Il s'agit là d'une terminologie inhabituelle pour le clinicien.
- *Annexe IV* : on parle ici de postnatal mère, pour nous le postnatal comprend la mère et l'enfant. Il y aurait peut-être lieu de revoir les catégories.
- *Annexe IV : Catégorie consultations obligatoires, item g) problèmes psychologiques sévères*, parle-t-on de maladies mentales, de troubles sévères et persistants ou d'anxiété extrême face à l'accouchement ?
- *Annexe V : Catégorie consultations obligatoires, item e) une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance*, il faudrait préciser cette catégorie car est-ce qu'une malformation même mineure ne mérite pas d'être prise en charge ?

Le Ministère compte amorcer une consultation avec les spécialistes concernés sur les éléments des annexes I à V.

2. Le transfert de responsabilité

Le transfert de responsabilité entre professionnels doit répondre à certaines règles. Les renseignements à transmettre de part et d'autre lors des consultations ou lors des transferts devraient être précisés et faire l'objet d'une entente. À l'article 5 du règlement, les alinéas 3 et 4 parlent du transfert de la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant mais qu'en est-il du transfert de la femme et de l'enfant ? S'agit-il d'un transfert de responsabilité à la suite d'un appel téléphonique au médecin ayant simplement pour effet de se décharger ? S'agit-il de mettre la mère ou l'enfant dans l'ambulance vers un centre hospitalier où un médecin l'accueillera ? Il nous semble que ces deux points mériteraient d'être précisés. Les règles de transfert devraient être claires et sans ambiguïté.

L'accouchement a ceci de particulier : il est prévisible. En conséquence, il serait « fair play » de prendre contact avec un médecin bien avant la date d'accouchement et de l'aviser qu'un accouchement à domicile se prépare afin de vérifier s'il accepte le transfert d'une part et de s'entendre au préalable sur les consignes et les informations à fournir en cas de transfert d'autre part. Quand la situation tourne mal, tout le monde est sur les nerfs. Un des principes de base pour bien répondre aux situations d'urgence est la préparation.

Que vise l'article 7 du même règlement ? Un avis téléphonique ? Cet article mérite lui aussi d'être précisé.

3. Le texte du règlement

Enfin, à ce qui a trait au texte du règlement, une révision devrait tenir compte des éléments suivants : à l'article 3, on devrait ajouter à la fin de la phrase « *y compris celle de ne pas consulter* » ; à l'article 4, un troisième alinéa devrait être ajouté soit « *si la femme le demande* » ; à l'article 5 les alinéas devraient être modifiés en fonction des intentions à préciser compte tenu des questions soulevées plus haut : « *de poursuivre seule son suivi en tenant compte des recommandations médicales* », « *de poursuivre son suivi conjointement avec le médecin, pendant l'épisode de soins simultanés requis pour la mère et l'enfant* » ; etc. De plus, il devrait y avoir harmonisation entre les différentes sections, parfois on parle du pédiatre ou à défaut de l'omnipraticien, mais on ne fait pas le même libellé lorsque l'on parle du gynécologue, par exemple.

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Pour ce qui est de ce règlement, dans la section II, l'alinéa 2 mentionne que la sage-femme doit renseigner la femme sur les particularités des différents lieux de naissance et lui fournir toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé, est-ce que cela inclut les complications et les moyens possibles pour les atténuer comme par exemple, une entente avec un établissement prêt à recevoir la mère et son bébé en cas de problème ?

L'article suivant : en effet, le législateur souhaite que les personnes aptes à prendre une décision puissent le faire de façon éclairée, après que l'intervenant ait fourni toutes les explications nécessaires. En conséquence, que veut dire « *la sage-femme de concert avec la femme, évalue tous les éléments qui pourraient influencer le choix du lieu d'accouchement* » ? La femme n'est-elle pas apte à prendre seule sa décision à la suite des informations reçues ?

Que signifie à l'article 6 : « *...en faisant les adaptations nécessaires* », dans certaines chirurgies ambulatoires par exemple, le médecin demande au CLSC de visiter le lieu du retour à domicile avant la chirurgie pour s'assurer que toutes les conditions sont prises pour faciliter la guérison, pourquoi cela n'est-il pas exigé dans tous les cas d'accouchement ? La prévention demeure le meilleur élément pour diminuer les risques et la visite du lieu probable d'accouchement m'apparaît essentielle, d'autant plus que les risques associés à l'accouchement sont parfois plus importants que ceux associés à certaines chirurgies. L'article 9 de ce règlement, signifie-t-il que des ententes préalables avec les ambulanciers par exemple ont été prises ?

En conclusion, puisque le conseil consultatif n'a pas fait l'unanimité sur les règlements et compte tenu du fait qu'une consultation des experts cliniques, incluant des médecins spécialistes reconnus, devrait être faite pour statuer sur les situations cliniques décrites dans les cinq annexes jointes au projet de règlement, nous proposons la mise sur pied d'un comité d'experts pour nous donner un avis sur ces règlements.

D'autre part, au-delà des situations cliniques présentées en annexe, certains points majeurs restent à préciser, notamment au niveau des mécanismes de consultation et de transfert des responsabilités, du partage des rôles lors des actions conjointes et de l'harmonisation des terminologies cliniques afin de favoriser la compréhension mutuelle lors des consultations ou des transferts urgents, des aspects à considérer en matière d'environnement physique pour ce qui est des accouchements à domicile et d'ententes à prévoir avec les services ambulanciers ainsi qu'avec l'équipe médicale et l'établissement receveur, le cas échéant, et la révision même du texte des règlements dans un souci de cohérence entre les articles proposés.

PARTIE II : AVIS JURIDIQUE

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME

- Article 2. – Consigner «toute consultation» signifie-t-il consigner le seul fait d'avoir consulté ou les détails de cette consultation ?
- Article 7. – Un médecin peut-il vraiment donner un avis de cette façon ?
- Article 9. – Voir corrections suggérées.

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- Nouvelle formulation suggérée à l'article 1.
- Corrections suggérées à l'article 9, notamment la notion d'«accès» aux paragraphes 1° et 2°. Veut-on parler de la possibilité d'accéder ou de l'accès physique comme tel ? Dans le premier cas, l'emploi du mot «accessibilité» serait à évaluer.
- Nous ne comprenons pas l'article 10. Comment peut-on améliorer ou modifier un domicile comme choix ?
- L'expression «lors de l'accouchement», aux articles 11 et 13, comprend-elle la période périnatale de même que les périodes prénatale et postnatale immédiates ?
- Annexe 1 : On devrait, à notre avis, insister plus sur les risques potentiels de l'accouchement à domicile.

*Modifications, en italique, apportées aux éléments soulignés
du texte pour chacun des règlements*

**RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE
CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE
D'UNE SAGE-FEMME À UN MÉDECIN**

*Loi sur les sages-femmes
(L.R.Q., c. S-0.1, a. 5 1^{er} al., par. 3)*

1. La sage-femme doit initier une consultation avec un médecin dans un délai raisonnable, lorsqu'elle constate l'existence de l'un des cas à risque apparaissant aux annexes I à V et lui fournir tous les renseignements et résultats pertinents à la nature de la consultation.

La raisonnable du délai s'évalue en fonction de la gravité de la condition de la femme ou de son enfant et du préjudice qui pourrait en découler.

2. La sage-femme doit consigner au dossier de la femme ou de son enfant, selon le cas, toute consultation, conformément au *Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme* conformément à l'article 91 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26).
3. La sage-femme doit s'assurer que la femme a bien compris les motifs qui justifient une consultation et l'informer des résultats de la consultation et des implications de la décision prise à la suite de cette consultation.

Et doit l'informer des résultats...

4. La sage-femme doit initier une demande de consultation avec un médecin :
 - 1 : lorsqu'elle constate l'existence de l'un des cas à risque mentionnés dans la catégorie des consultations obligatoires visées aux annexes I à V ;
 - 2 : dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme et requise par la condition de la femme et de son enfant.
5. À la suite d'une consultation, la sage-femme décide selon le cas :
 - 1 : de poursuivre son suivi en tenant compte des recommandations médicales ;
 - 2 : de poursuivre son suivi pendant l'épisode de soins simultanés ;

- 3 : de transférer la responsabilité clinique de la femme à un médecin ;
 - 4 : de transférer la responsabilité clinique de l'enfant à un médecin.
6. La sage-femme doit transférer la responsabilité clinique de la femme ou de son enfant à un médecin :
- 1 : lorsqu'elle constate l'existence de l'un des cas à risque mentionnés à la catégorie des transferts de soins obligatoires visés aux annexes I à V ;
 - 2 : dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme et requise par la condition de la femme ou de son enfant.
7. Dans l'un des cas énoncés à l'article 6, si l'urgence, la distance à parcourir ou les conditions climatiques rendent difficile ou impossible la visite de la femme ou de son enfant chez un médecin ou vice versa, ou si le médecin juge non nécessaire cette rencontre, la sage-femme doit obtenir un avis du médecin par téléphone ou autre moyen de télécommunication approprié.
8. Malgré toute indication obligeant la consultation ou le transfert de soins auprès d'un pédiatre, la sage-femme peut référer un enfant à un omnipraticien lorsque le délai pour voir un pédiatre est susceptible d'être préjudiciable à l'enfant.
9. Le présent règlement remplace le *Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux*, pris en application du troisième alinéa de l'article 23 de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* et approuvé par le décret no 413-93 (1993, G.O. 2, 2499) et maintenu en vigueur par l'article 58 de la *Loi sur les sages-femmes*.
- Et dont les dispositions sont demeurées applicables en vertu de...*
10. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Loi sur les sages-femmes
(L.R.Q. c.S-0.1, a.5, 1^{er} al., par. 2°)

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Dans le présent règlement, on entend par domicile le lieu de naissance autre qu'un centre hospitalier ou qu'un établissement public qui exploite un centre local de services communautaires, tels que définis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. c. S-4.2) ou par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q. c. S-5).

Qu'une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier

SECTION II NORMES DE PRATIQUE

2. L'admissibilité à un suivi avec une sage-femme membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec est identique quel que soit le lieu de naissance projeté.
3. La sage-femme responsable du suivi de grossesse de la femme doit la renseigner sur les particularités des différents lieux de naissance et lui fournir toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé.
4. La sage-femme, de concert avec la femme, évalue tous les éléments qui pourraient influencer le choix du lieu de naissance.
5. La sage-femme doit faire signer par la femme qui choisit d'accoucher à domicile le consentement contenu à l'Annexe 1.
6. Si la décision d'accoucher à domicile est prise pendant ou après la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit prendre les moyens raisonnables pour se conformer aux conditions énoncées aux articles 8, 9 et 10 en faisant les adaptations nécessaires.
7. La sage-femme doit respecter le choix de la femme de modifier en tout temps son choix du lieu de naissance.

transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin, doit accompagner la femme ou son enfant jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale.

Jusqu'à leur prise en charge médicale

14. La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux conformément au *Règlement sur les déchets biomédicaux* édicté par le décret no 583-92 du 15 avril 1992.
15. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit sa date de publication à la *Gazette officielle du Québec*.

ANNEXE I
(a. 5)

CONSENTEMENT AU SERVICE POUR UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE

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

Ai décidé en toute connaissance de cause

Je reconnais avoir été informée des points suivants :

- les particularités des différents lieux de naissance et les avantages et les risques afférents ;
- les mesures liées à l'accouchement à domicile ;
- les situations où un transfert de soins à un médecin peut être nécessaire ;
- les mesures d'urgence à prendre lors d'une complication ;
- les critères de transport du domicile à l'hôpital lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance.

Au centre hospitalier

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

Je comprends que je peux révoquer ma décision d'accoucher à domicile en tout temps.

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

Ce (date) _____

Signatures : _____ Femme _____

Conjoint _____

Nom de la sage-femme _____

Numéro de permis _____

ANNEXE II
(a. 12)

**LISTE D'ÉQUIPEMENT, MATÉRIEL ET MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES
POUR UN ACCOUCHEMENT PLANIFIÉ 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, injections et perfusions intraveineuses
- Le nécessaire à cathétérisme vésical
- Contenant à déchets biomédicaux
- Médicaments afférents : ocytociques, anesthésique local, solutions de remplacement pour perfusion intraveineuse, oxygène, prophylaxie ophtalmique, vitamine K, épinéphrine

PARTIE III

RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES SUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Les conditions d'exercice des sages-femmes hors-centre hospitalier sont les suivantes :

- La salubrité des lieux doit être assurée.
- La durée du trajet pour parcourir la distance séparant un domicile d'un établissement hospitalier susceptible de recevoir la femme ou son bébé en cas d'urgence ne devrait pas dépasser trente minutes, temps prévu également pour les transferts entre les maisons de naissances.
- Un protocole d'entente devrait être prévu avec les ambulanciers.
- Les sages-femmes devraient être responsables de la vérification du domicile pour s'assurer qu'il réponde aux exigences de sécurité prescrites.
- Des critères permettant de sélectionner les femmes qui pourront en toute sécurité accoucher à la maison (détermination des facteurs de risque spécifiques à l'accouchement à domicile) devraient être formulés.
- L'appui de l'équipe médicale devrait pouvoir être obtenu rapidement en vertu d'ententes préalables.
- Les sages-femmes devraient être habilitées à appliquer les mesures d'urgence, incluant la réanimation maternelle et la réanimation néonatale avancée, et à stabiliser la situation jusqu'à la prise en charge de la cliente ou du bébé par l'équipe hospitalière.
- Les sages-femmes devraient disposer de l'équipement nécessaire à leur travail, y compris de l'équipement d'urgence.
- Des mécanismes devraient être prévus pour permettre aux sages-femmes de transférer leurs clientes dans d'autres lieux.
- Deux sages-femmes ou une sage-femme et un autre professionnel ayant la compétence requise devraient être présents à l'accouchement.
- L'accouchement à domicile devrait être planifié le plus tôt possible, pendant la période prénatale, en tenant compte notamment des expériences antérieures des parents, de leurs motivations et de leurs attentes, et de la situation de la maison par rapport à un centre hospitalier.
- Des conditions particulières devraient être déterminées pour les régions éloignées.

Québec, le 6 août 2001

Madame Raymonde Gagnon
Présidente
Ordre des sages femmes de Québec
430, rue Sainte-Hélène, bureau 301
Montréal (Québec)
H2Y 2K7

Madame,

Suite à l'analyse de votre lettre datée du 28 juin 2001, concernant l'assistance des sages-femmes pour l'accouchement à domicile, nous vous informons que votre dossier a été transféré au ministre de la Justice, Monsieur Paul Bégin et au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, Monsieur Rémy Trudel.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Suzanne Duvivage
Conseillère politique

08 AOÛT 2001

21596.1

Québec, le 6 août 2001

Madame Sandra Boucher
Cabinet du ministre de la Justice
Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4M1

Madame,

Vous trouverez ci-joint une lettre de Madame Raymonde Gagnon, concernant l'assistance des sages-femmes pour l'accouchement à domicile.

Comme cette correspondance relève de vos prérogatives, nous avons informé Madame Gagnon que son dossier serait traité à votre cabinet.

Vous remerciant de votre collaboration habituelle, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Suzanne Durivage
Conseillère politique

Cabinet du ministre de la Justice,
Procureur général et ministre responsable
de l'application des lois professionnelles

Sainte-Foy, le 9 août 2001

Madame Suzanne Durivage
Conseillère politique
Cabinet du ministre d'État aux Régions
710, place d'Youville, 6^e étage
Québec (Québec) G1R 4Y4

Objet : Assistance des sages femmes pour l'accouchement à domicile

Madame,

Au nom du ministre de la Justice, Procureur général et ministre responsable de l'application des lois professionnelles, monsieur Paul Bégin, j'accuse réception de votre lettre du 6 août dernier, concernant l'objet cité en titre.

Soyez assurée que votre correspondance sera traitée avec toute la diligence qu'elle requiert.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Sandra Boucher
Conseillère politique

/ah

Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

Téléphone : (418) 643-4210
Télécopieur : (418) 646-0027
Courriel : ministre@justice.gouv.qc.ca

1, rue Notre-Dame Est, bureau 11.39
Montréal (Québec) H2Y 1B6

Téléphone : (514) 873-3317
Télécopieur : (514) 873-7174



Québec, le 22 août 2001

Monsieur Pierre Gabrièle
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

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

N/D : 3210-23-24

Monsieur,

En vertu du paragraphe 2° de l'article 5 de la *Loi sur les sages-femmes* (1999, ch. 24), le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec doit, par règlement, déterminer les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchements à domicile.

Le 14 juin 2001, l'Ordre des sages-femmes nous a transmis un premier projet de règlement à ce sujet. Étant donné la nature de ce règlement et ses impacts éventuels relativement à la santé des femmes qui choisiront d'accoucher à leur domicile, nous sollicitons dès maintenant votre collaboration afin de procéder à une analyse éclairée du projet soumis par l'Ordre.

À titre d'information, ce règlement est visé par la procédure prévue à l'article 95 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26). Ainsi, il doit être adopté par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes puis faire l'objet d'une recommandation par l'Office des professions au gouvernement qui pourra alors l'approuver, avec ou sans modification. Préalablement à la recommandation de l'Office des professions, le règlement devra par ailleurs être publié à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec*, pour une période de 45 jours.

...2

Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
courrier@opq.gouv.qc.ca

Vous remarquerez que le projet de règlement ci-joint comporte peu de normes de pratique et de conditions d'exercice de la profession, ces dernières se retrouvant pour l'instant dans le document de travail intitulé « Document d'encadrement pour les accouchements à domicile à l'intention des sages-femmes », dont une copie est également jointe à la présente. Conformément à la *Loi sur les sages-femmes*, ces normes et conditions devront pour l'essentiel être intégrées au règlement et cette opération entraînera vraisemblablement un certain nombre de modifications au niveau de leur rédaction. Afin d'accélérer le cheminement du dossier, le contenu de ces normes et conditions peut cependant être analysé dès maintenant, dans sa forme actuelle.

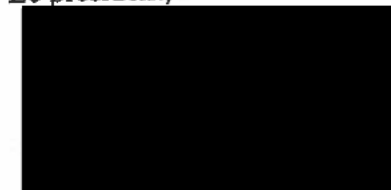
Vous trouverez donc ci-joint, outre une copie du règlement et du document mentionné ci-dessus, la version antérieure du règlement ayant fait l'objet d'une analyse par le Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes, les commentaires formulés par ce conseil à l'égard de ce règlement, la réponse apportée par le Bureau de l'Ordre à ces commentaires ainsi qu'un document de travail intitulé « L'accouchement à domicile : un choix éclairé », préparé par l'Ordre à l'intention de la clientèle.

En raison des diverses pressions dont ce règlement fait déjà l'objet, nous apprécierions grandement obtenir rapidement les premiers commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux relativement au projet de règlement ainsi qu'aux normes de pratique et aux conditions d'exercice exigées lors d'accouchements à domicile.

Pour toute information supplémentaire qui pourrait vous être utile, n'hésitez pas à communiquer avec Me Dorothée-Anne Bourque qui est responsable du dossier.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv
p.j.

Québec, le 4 septembre 2001

Madame Sandra Boucher
Conseillère politique
Cabinet du ministre responsable de
l'application des lois professionnelles
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

OBJET : Ordre des sages-femmes – accouchement à
domicile

V/D : 21246.1 – 550-053.001/SB

21596.1 – 550-053.001/SB

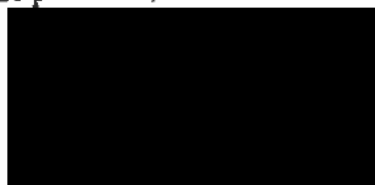
N/D : 3210-23-24

Madame,

Pour faire suite à vos demandes du 11 juillet et du 27 août dernier, vous trouverez ci-joint, pour votre signature, un projet de lettre adressée à madame Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Espérant que le tout vous donnera satisfaction, veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv
p.j.

Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
courrier@opq.gouv.qc.ca

Madame Raymonde Gagnon
Présidente
Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Thérèse, bureau 301
Montréal (Québec) H2Y 2K7

OBJET : Assistance des sages-femmes pour
l'accouchement à domicile

Madame,

La présente fait suite aux lettres que vous adressiez le 28 juin dernier au ministre de la Justice, Procureur général et ministre responsable de l'application des lois professionnelles, monsieur Paul Bégin et au ministre de l'Industrie et du Commerce, monsieur Gilles Baril, concernant l'objet mentionné en titre.

Je vous remercie en premier lieu pour les informations portées à notre attention relativement à la situation des femmes qui accouchent à la maison et à l'importance de faire cheminer dans les meilleurs délais le dossier du règlement qui déterminera les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchements à domicile. J'ai également pris bonne note de votre disponibilité à rencontrer le ministre, le cas échéant, pour discuter plus amplement de cette question.

Nous avons par ailleurs été informés qu'une rencontre a été tenue récemment entre les représentants de l'Ordre des sages-femmes et ceux de l'Office des professions du Québec et que ce sujet y a été discuté. L'Office nous tient informés du suivi apporté à cette rencontre et nous sommes confiants que les orientations dégagées à cette occasion permettront un cheminement efficace du dossier de l'accouchement à domicile.

...2

Cependant, si une rencontre avec le ministre s'avérait toujours opportune à la lumière de ces orientations ou du cheminement éventuel du dossier, je me ferai un plaisir de communiquer de nouveau avec vous.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sandra Boucher
Conseillère politique

c.c. : M. Jean-K. Samson, président
Office des professions du Québec

MAYNARD & ZAOR

Société en non collectif

Avocats

2001-1596-1

BORDEREAU DE TRANSMISSIONDATE: Le 13 septembre 2001 HEURE: _____DESTINATAIRE: Office des professions du QuébecCOMPÉTENCE DE : Me Dorothée-Anne BourqueTÉLÉCOPIEUR: (418) 643-0973ORIGINE: Mc JoAnn ZaorNOMBRE DE PAGES (incluant ce bordereau de transmission): 9ORIGINAL PAR LA POSTE: OUI _____ NON X**SI VOUS NE RECEVEZ PAS TOUTES LES PAGES S.V.P. RAPPELEZ LE PLUS TOT POSSIBLE AU NUMÉRO SUIVANT: (514) 288-1101**OBJET: Ordre des sages-femmes du Québec

COMMENTAIRES: _____

507 Place d'Armes #1101, Montréal (Qc) H2V 2W8 Tél: (514) 288-1101 Fax: (514) 499-8548

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

501, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTREAL (Qc) H2V 3W3

Téléphone : (514) 288-1101
Télécopieur : (514) 499-8548

Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202

Montréal, le 13 septembre 2001

Par télécopieur seulement

Me Dorothée-Anne Bourque
Direction des affaires juridiques
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville
10^e étage
Québec (Qc) G1R 5Z3

OBJET : *Règlement sur les normes de pratique et conditions
d'exercice lors d'accouchement à domicile*
Ordre des sages-femmes du Québec
Notre dossier : Z-400-01

Chère Conscœur,

À la demande de notre cliente et de Me Louis Côté, directeur général de l'Ordre des sages-femmes du Québec, il nous fait plaisir de joindre à cet envoi le *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*.

Immédiatement nous vous informons que ce règlement n'a pas encore été approuvé par le Bureau de l'Ordre. Toutefois, sachez que mardi prochain 18 septembre 2001, à 7h30, se tiendra la réunion du Bureau de l'Ordre des sages-femmes, à l'occasion de laquelle ce règlement sera soumis pour approbation.

Comme vous le savez, ce règlement est une pièce majeure de l'échiquier de l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec et si vous étiez déjà à même de pouvoir vous y arrêter et nous transmettre vos commentaires, ceux-ci seraient grandement appréciés.

En somme, ce que nous vous demandons c'est d'entrer en communication avec nous dès étude de ce règlement et de nous faire part de vos remarques préliminaires afin que nous puissions en tenir compte lors de la réunion du 18 septembre prochain.

Malgré les délais serrés auxquels nous sommes confrontée, sachez que nous nous rendrons disponible pour discuter avec vous ou pour vous lire, si vous préférez cette avenue.

Dans l'intervalle, nous vous prions d'agréer, Me Bourque, nos salutations distinguées.


JOANN ZAOR

/mg

p.]

c.c. Me Louis Côté

Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile

Loi sur les sages-femmes
(1999 c. 24, a.5, 1^{er} alinéa par. 2)
Code des professions
(L.R.Q., C. c-26)

PROJET
(1ère version 13-09-2001)

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

§1. Définitions

1. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :
 - a) sage-femme : quiconque est inscrite au tableau et détient un permis de l'Ordre des sages-femmes du Québec;
 - b) assistante : une sage-femme ou toute personne dûment habilitée par l'Ordre des sages-femmes du Québec, dont notamment celle déterminée par le *Règlement sur les actes professionnels* qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par des personnes autres que des sages-femmes;
 - c) domicile : lieu de naissance autre qu'un Centre hospitalier ou qu'un établissement public qui exploite un centre local de services communautaires tels que définis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. c. S-4.2) ou par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q. c. S-5).

§2. Éligibilité

2. Les critères d'éligibilité à un suivi avec une sage-femme sont identiques quel que soit le lieu de naissance.
3. La sage-femme doit, tout au long de la grossesse et du travail, s'assurer de l'éligibilité de la femme à un accouchement à domicile par un dépistage des facteurs de risques et de toutes conditions qui pourraient affecter sa sécurité ou celle de son enfant à naître, conformément au *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* (*Loi sur les sages-femmes* (1999, chap. 24, art. 5.3)).

§3. *Consentement libre et éclairé*

4. La sage-femme doit renseigner la femme sur les particularités des différents lieux de naissance et lui fournir toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé.
5. Le choix du lieu de naissance se fait par la femme.
6. La sage-femme, de concert avec la femme, évaluent toutes les conditions qui peuvent influencer, maintenir ou modifier le choix du lieu de naissance.
7. La sage-femme doit visiter le domicile afin de s'assurer de son accessibilité et de sa salubrité, ainsi que des conditions convenables à l'accueil de l'enfant.
8. Avant la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit faire signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement à domicile contenu à l'Annexe I.
9. Si la décision d'accoucher à domicile est prise pendant ou après la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit avant d'y accéder s'assurer d'exécuter les conditions énoncées aux articles 6 et 7 du présent règlement.
10. Le choix d'accoucher à domicile est révocable en tout temps.

SECTION II

CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE PLANIFIÉ

11. La sage-femme doit avoir à sa disposition immédiate l'équipement, le matériel et les médicaments énumérés à l'Annexe II du présent règlement.
12. La sage-femme doit s'assurer de la disponibilité d'une assistante au moment de l'accouchement.
13. Advenant nécessité d'un transfert de la femme vers un centre hospitalier, la sage-femme demeure responsable des soins à la femme ou à l'enfant jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale.
14. La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.

SECTION III
DISPOSITIONS FINALES

16. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

ANNEXE I
(a. 8 et 9)**CONSENTEMENT À UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE**

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

Je reconnais avoir été informée des points suivants :

- les avantages et les risques lors d'un accouchement à domicile;
- les alternatives à l'accouchement à domicile incluant l'hôpital;
- les procédures liées à l'accouchement à domicile;
- les mesures d'urgence à prendre lors d'une complication;
- les critères de transports du domicile à l'hôpital lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance;
- les situations où un transfert de soins à un médecin peut être nécessaire.

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

Je comprends que je peux révoquer ma décision d'accoucher à domicile en tout temps.

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

Signatures : femme _____
conjoint _____

Nom de la sage-femme : _____

Numéro de permis : _____

ANNEXE II
(a. 11)**Liste d'équipement, matériel et médicaments nécessaires pour
un accouchement planifié à domicile****Équipement**

Foetoscope

Doppler

Stéthoscope

Stéthoscope pédiatrique

Appareil à tension artérielle avec brassard approprié

Thermomètre

Appareil portatif à suctions avec adaptateurs compatibles avec l'intubation

Instruments stériles :

- 2 pinces Kocher
- 2 ciseaux
- 1 porte-aiguille
- 1 pince à dissection
- 1 pince à col (anneau)
- 1 spéculum

Laryngoscope

Nécessaire à insertion de cathéter ombilical

Ambu-sac néonatal avec réservoir. Masques pour nouveau-né

Balance de bébé

Lampe avec source d'électricité (piles)

Source de chaleur

Matériel

Bâtonnets pour analyses d'urine

Clamps à cordon

Gants non stériles

Gants stériles

Lubrifiant stérile

Poire à succion

Seringues et aiguilles variées

Compresses stériles

Champs stériles

Fils de suture avec aiguilles

Tubes à prélèvements et requêtes de laboratoire

Matériel nécessaire à l'installation de perfusion intraveineuse

Cathéter vésical et nécessaire à installation

Guédels pour nouveau-né

Tubulures et masques à oxygène pour mère et bébé
Tubes endotrachéals pour nouveau-né (2.5, 3.0, 3.5)
Tubes orogastriques
Cathéters à succion
Piqués
Savon, serviettes, brosse à mains
Contenant pour aiguilles contaminées
Amniotome

Médicaments

Oxygène (quantité suffisante pour transport)
Ocytociques (inclus syntocinon et ergometrine)
Xylocaïne 1% ou 2% pour injection
Solutions pour perfusion intraveineuse
Vitamine K
Onguent ophtalmique antibiotique
Epinephrine : 1:10 000 et 1:1 000

Québec, le 7 octobre 2002

Monsieur Pierre Gabrièle, sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (québec) G1S 2M1

Monsieur le Sous-ministre,

Je donne suite à votre lettre du 25 juillet 2002 par laquelle vous me faites part des commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet des projets de règlements sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile et sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin. Je vous en remercie.

Je retiens de ces commentaires que les deux projets de règlements ont soulevé plusieurs questions de la part des directions concernées de votre ministère. Je comprends également que la consultation que vous projetez amorcer avec les spécialistes concernés a pour but d'éclaircir les différents points qui vous préoccupent.

Lors d'une récente rencontre avec les représentantes de l'Ordre des sages-femmes, j'ai évoqué la possibilité de saisir le conseil consultatif de l'Ordre des commentaires formulés par votre ministère.

En effet, la *Loi sur les sages-femmes* a institué un conseil consultatif qui doit, notamment, donner des avis et des recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles ou à l'Office des professions sur toute question que ceux-ci jugent opportun de soumettre au conseil concernant la profession de sage-femme.

Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
currier@onp.onq.ca

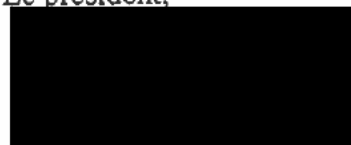
Il faut ici rappeler que ce conseil est formé de six membres nommés par le gouvernement, soit une sage-femme, deux médecins, une infirmière, un pharmacien et une représentante du public. Par sa composition et son mandat, le conseil consultatif nous apparaît donc tout désigné pour examiner, en tant que groupe expert, les préoccupations que le ministère de la Santé et des Services sociaux nous a transmises.

L'Ordre des sages-femmes a accueilli favorablement cette suggestion et je prévois prochainement rencontrer les membres du conseil consultatif à cet effet. Toutefois, il m'apparaîtrait utile et souhaitable que les membres du conseil consultatif puissent échanger avec les directions qui ont formulé des commentaires afin de s'assurer que toutes les préoccupations et les questions soulevées soient prises en compte dans l'avis du conseil consultatif. Si cette suggestion vous agréée, je transmettrai les noms de ces personnes dès qu'ils me seront communiqués.

Par ailleurs, le personnel de votre ministère pourra toujours compter sur la collaboration habituelle du personnel de l'Office et, plus spécifiquement dans ce dossier, sur celle de Mme Lucie Boissonneault et de M^{re} Dorothée-Anne Bourque.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous-ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

Cabinet du ministre de la Justice,
Procureur général et ministre responsable
de l'application des lois professionnelles

2001, 1797-1

Sainte-Foy, le 10 octobre 2001

Madame Raymonde Gagnon
Présidente
Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Thérèse, bureau 301
Montréal (Québec) H2Y 2K7



OBJET : Assistance des sages-femmes pour l'accouchement à domicile

Madame,

La présente faite suite aux lettres que vous adressiez le 28 juin dernier au ministre de la Justice, Procureur général et ministre responsable de l'application des lois professionnelles, monsieur Paul Bégin ainsi qu'à plusieurs ministres du gouvernement du Québec.

Je vous remercie en premier lieu pour les informations portées à notre attention relativement à la situation des femmes qui accouchent à la maison et à l'importance de faire cheminer dans les meilleurs délais le dossier du règlement qui déterminera les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchements à domicile. J'ai également pris bonne note de votre disponibilité à rencontrer le ministre, le cas échéant, pour discuter plus amplement de cette question.

Nous avons par ailleurs été informés qu'une rencontre a été tenue récemment entre les représentants de l'Ordre des sages-femmes et ceux de l'Office des professions du Québec et que ce sujet y a été discuté. L'Office nous tient informés du suivi apporté à cette rencontre et nous sommes confiants que les orientations dégagées à cette occasion permettront un cheminement efficace du dossier de l'accouchement à domicile.

Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

Téléphone : (418) 643-4210
Télécopieur : (418) 646-0027
Courriel : ministre@justice.gouv.qc.ca

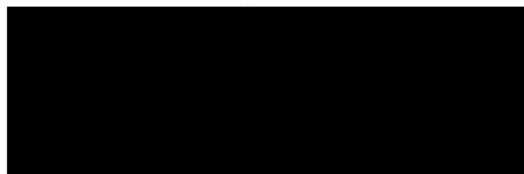
1, rue Notre-Dame Est, bureau 11.39
Montréal (Québec) H2Y 1B6

Téléphone : (514) 873-3317
Télécopieur : (514) 873-7174



Dans l'éventualité, soyez assurée que je demeure disponible pour une rencontre avec vous et vos représentantes.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Sandra Boucher
Conseillère politique

c.c. M. Jean-K. Samson, président
Office des professions du Québec

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

507, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTREAL (Qc) H2Y 2W8

Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202

Montréal, le 19 octobre 2001

Me Dorothée-Anne Bourque
Direction des affaires juridiques
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville
10^e étage
Québec (Qc) G1R 5Z3

OBJET : *Règlement sur les normes de pratique et conditions
d'exercice lors d'accouchement à domicile*
Ordre des sages-femmes du Québec
Notre dossier : Z-400-01

Chère Consœur,

En liaison avec le règlement en titre, veuillez trouver sous pli la version qui a été approuvée par Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec à l'occasion de sa séance du 16 octobre 2001.

Nous comptons sur votre collaboration pour nous transmettre vos commentaires et dans l'intervalle, nous vous prions d'agréer, Me Bourque, nos salutations distinguées.

JOANN ZAOR

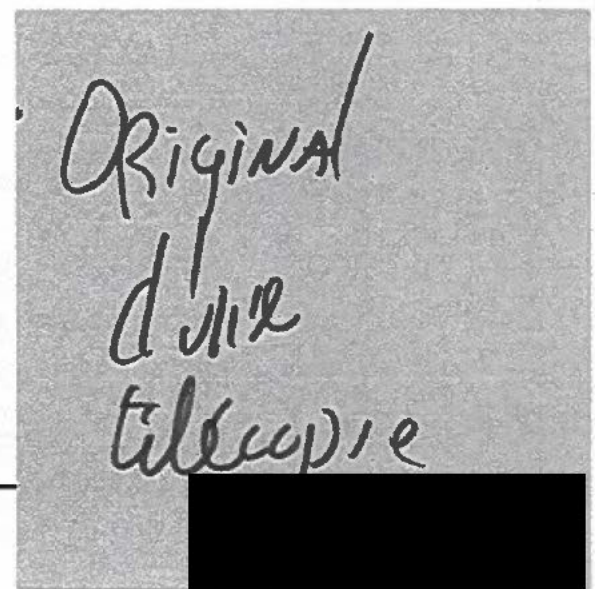
/mg

p.j.

c.c. Me Louis M. Côté



Par télécopieur et
original suivra par courrier



Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile

Loi sur les sages-femmes
(1999 c. 24, a.5, 1^{er} alinéa par. 2)
Code des professions
(L.R.Q., C. c-26)

Version approuvée par le Bureau le 16-10-2001

SECTION I **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

§1. Définitions

1. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :
 - a) sage-femme : quiconque est inscrite au tableau et détient un permis de l'Ordre des sages-femmes du Québec;
 - b) domicile : lieu de naissance autre qu'un Centre hospitalier ou qu'un établissement public qui exploite un centre local de services communautaires tels que définis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. c. S-4.2) ou par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q. c. S-5).

§2. Éligibilité

2. Les critères d'éligibilité à un suivi avec une sage-femme sont identiques quel que soit le lieu de naissance.

§3. Consentement libre et éclairé

3. La sage-femme doit renseigner la femme sur les particularités des différents lieux de naissance et lui fournir toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé.
4. Le choix du lieu de naissance se fait par la femme.
5. Avant la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit faire signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement à domicile contenu à l'Annexe I.

- o. Si la décision d'accoucher à domicile est prise pendant ou après la 36^e semaine de grossesse, la sage-femme doit avant d'y accéder s'assurer d'exécuter les conditions énoncées aux articles 8 et 9 du présent règlement;
7. Le choix d'accoucher à domicile est révocable en tout temps.

SECTION II

CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE PLANIFIÉ

8. La sage-femme doit visiter le domicile afin de s'assurer de son accessibilité et de sa salubrité, ainsi que des conditions convenables à l'accueil de l'enfant.
9. La sage-femme, de concert avec la femme, évaluent toutes les conditions qui peuvent influencer, maintenir ou modifier le choix du lieu de naissance.
10. La sage-femme doit avoir à sa disposition immédiate l'équipement, le matériel et les médicaments énumérés à l'Annexe II du présent règlement.
11. Advenant nécessité d'un transfert vers un centre hospitalier, la sage-femme demeure responsable des soins à la femme ou à l'enfant jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale.
12. La sage-femme doit s'assurer de la disposition des déchets biomédicaux selon les normes en usage.

SECTION III

DISPOSITIONS FINALES

13. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

ANNEXE I

(a. 5 et 6)

CONSENTEMENT À 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 points suivants :

- les avantages et les risques lors d'un accouchement à domicile;
- les alternatives à l'accouchement à domicile;
- les mesures liées à l'accouchement à domicile;
- les situations où un transfert de soins à un médecin peut être nécessaire;
- les mesures d'urgence à prendre lors d'une complication;
- les critères de transports du domicile à l'hôpital lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance.

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

Je comprends que je peux révoquer ma décision d'accoucher à domicile en tout temps.

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

Signatures : femme _____
conjoint _____

Nom de la sage-femme :

Numéro de permis :

ANNEXE II
(a. 10)

**Liste d'équipement, matériel et médicaments nécessaires pour
un accouchement planifié à domicile**

Le nécessaire à l'accouchement;

Le nécessaire à la réanimation néonatale, incluant l'intubation;

Le nécessaire à suture;

Le nécessaire à prélèvements sanguins;

Le nécessaire à l'installation de perfusion intraveineuse et d'injection;

Le nécessaire à cathétérisme vésical;

Contenant à déchets biomédicaux; et

Médicaments afférents.

Québec, le 22 octobre 2001

Me Jacques Pinsonnault, directeur
Direction générale des affaires
juridiques et législatives
Direction de la législation gouvernementale
Ministère de la Justice
1200, route de l'Église, 4^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M1

OBJET : Règlement sur les normes de pratique et
conditions d'exercice lors d'accouchement à
domicile

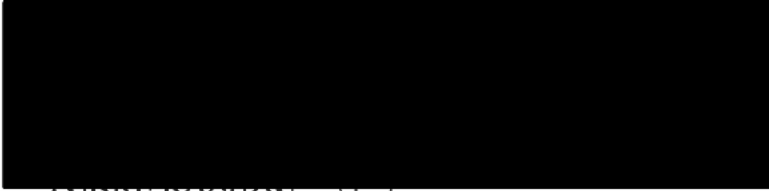
N/D : 3210-23-24

Cher confrère,

Veuillez trouver ci-joint copie du règlement cité en rubrique. Ce règlement est visé par la procédure prévue à l'article 95 du *Code des professions*.

Auriez-vous l'obligeance de faire procéder à sa traduction et de faire part de tout commentaire, d'ici le 16 novembre 2001, à Me Dorothee-Anne Bourque qui est responsable de ce dossier.

Vous remerciant de votre habituelle collaboration, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



ANDRE ROCHON, avocat
Directeur des Affaires juridiques

DAB/nv
p.j.

2001-1902-8

Québec, le 24 octobre 2001

Maître Michel Paquet
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3



N/Réf. : 99-19053

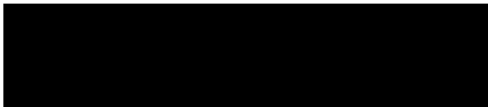
Maître,

Au cours de l'année 2000, nous avons eu des échanges concernant l'adoption de règlements par l'Ordre des sages femmes du Québec, plus particulièrement l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile. Tel que je vous le soulignais, Le Protecteur du citoyen a reçu des plaintes de parents qui réclament l'adoption de ce règlement afin de légaliser une situation qui pourrait compromettre la santé des mères et des nouveau-nés.

Je vous saurai gré de m'informer de l'état d'avancement des travaux pour l'élaboration et l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile et quand peut-on espérer que le règlement sera adopté.

Vous remerciant de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Maître, mes sentiments les plus distingués.

FR/ab


Fernande Rousseau, avocate
Déléguée de la protectrice du citoyen

Québec, le 25 octobre 2001

Madame Raymonde Gagnon, présidente
Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Hélène, bureau 301
Montréal (Québec) H2Y 2K7

OBJET : Rencontre du 23 août 2001 avec les mem-
bres de l'Office des professions du Qué-
bec

Madame la Présidente,

Lors d'une rencontre tenue le 23 août 2001, nous avons eu l'opportunité, les membres de l'Office et moi-même, d'échanger avec vous sur certains dossiers qui vous préoccupent et de faire le bilan des activités de l'Ordre. Comme convenu alors, je crois utile de faire le point sur les travaux qui ont été effectués depuis cette rencontre.

À l'égard des différents règlements prévus au *Code des professions* et à la *Loi sur les sages-femmes*, je retiens qu'outre le Règlement sur les élections, le Règlement sur les affaires du Bureau et le Règlement sur l'inspection professionnelle qui sont déjà en vigueur, les autres règlements sont, soit en rédaction, soit en voie d'être adoptés par l'Ordre. Parmi ces derniers, vous nous avez fait part de vos attentes à l'égard du cheminement du Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile et du Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

En ce qui concerne le Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile, je vous ai expliqué qu'il ne semblait pas opportun de soumettre ce règlement à une mesure d'exception quant à sa publication à la *Gazette officielle*. En effet, cette procédure aurait pour effet de le soustraire au processus de consultation qui s'avère d'autant plus pertinent que ce règlement créera un nouveau contexte de services sage-femme au Québec. Toutefois, en vue d'accélérer les étapes d'analyse du projet de règlement, les commentateurs du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux du ministère de la Justice ont déjà été sollicités.

Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
courrier@opq.gouv.qc.ca

Quant au Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin, j'ai été informé que la vice-présidente de l'Ordre, Mme Gertrude Lavoie, a participé à une séance de travail avec les professionnels de l'Office afin de bien identifier les modifications que propose ce règlement en rapport avec les mesures transitoires encore en vigueur. Depuis, les démarches ont été entreprises pour que sa publication à la *Gazette officielle du Québec*, à titre de projet, puisse être faite dès que possible.

Par ailleurs, le 23 août dernier, nous avons échangé également sur la liste des examens et des analyses de laboratoire qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter et sur la liste des médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer et ce, aux fins de donner les soins et les services professionnels visés par la *Loi sur les sages-femmes*.

En ce qui a trait à la lettre du président du Collège des médecins du Québec à l'effet que certains examens ou analyses prescrits par des sages-femmes ne seraient pas dans les listes approuvées par le Ministre de la santé et des services sociaux dans le cadre des projets-pilotes, vous nous avez informés qu'une lettre de votre part lui avait été transmise et qu'une rencontre était prévue prochainement.

Il est par ailleurs important ici de rappeler que les listes d'examens et d'analyses de laboratoire qui ont fait l'objet d'une approbation ministérielle dans le cadre des projets-pilotes ont un caractère limitatif. Ces listes sont en effet les assises permettant aux mesures transitoires de s'appliquer et, conséquemment, elles ont valeur réglementaire et ne peuvent être modifiées sans une procédure appropriée.

Pour ce qui est de l'adoption par l'Office de nouvelles listes concernant les examens, les analyses de laboratoire et les médicaments, je vous rappelle que l'obtention d'un large consensus quant à leur contenu faciliterait grandement le cheminement ultérieur de ces dossiers. Si ce n'est déjà fait, je vous invite donc à entamer dès maintenant des discussions à ce sujet avec les représentants du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens et je compte sur votre collaboration pour faire part à l'Office des résultats de ces démarches.

Finalement, je vous informe que l'Office a procédé, lors de sa séance du 27 septembre 2001, à la nomination d'une administratrice réputée élue pour combler le poste vacant au Bureau de l'Ordre des sages-femmes. En ce sens, je vous

remercie de nous avoir fait part rapidement du nom d'une sage-femme ayant un intérêt pour remplir une telle fonction. Par ailleurs, les démarches en vue de remplacer l'un des membres démissionnaire du Conseil consultatif au Bureau de l'Ordre suivent leur cours et une nomination par le gouvernement devrait suivre prochainement.

Je réitère la satisfaction des membres de l'Office devant le travail accompli par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes au cours des deux premières années de fonctionnement. Le processus d'adoption réglementaire demeurera cependant exigeant au cours des prochains mois et, en ce sens, soyez assurée de la collaboration du personnel de l'Office pour accompagner et conseiller l'Ordre.

En terminant, permettez-moi de vous féliciter pour votre récente élection au poste de présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Je suis persuadé que la profession de sages-femmes bénéficiera de toute votre expertise.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président.



JEAN-K. SAMSON

Québec, le 26 octobre 2001

Maître Joann Zaor
MAYNARD & ZAOR
507, Place d'Armes, bureau 1101
Montréal (Québec) H2Y 2W8

OBJET : Règlement sur la classification des cas
nécessitant une consultation ou un transfert
de la responsabilité clinique d'une sage-
femme à un médecin

N/D : 3210-23-83

Maître,

Tel que convenu, vous trouverez ci-joint une version du règlement mentionné en titre dans laquelle sont indiquées les modifications suggérées par la Direction de la législation gouvernementale du ministère de la Justice. Je vous rappelle également les interrogations formulées à l'égard du règlement original :

- 1) quelle nuance y a-t-il entre « consultation auprès d'un médecin » (a. 5) et « consultation avec un médecin » (a. 2)?
- 2) quelle nuance y a-t-il entre « après avoir détecté une des conditions à risque » (a. 2) et « lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments » (a. 5 et 7)?
- 3) pourquoi la demande de consultation visée à l'article 5 est-elle écrite alors que celle de l'article 2 ne l'est pas?
- 4) ne serait-il pas approprié d'ajouter ce qui suit à la fin du paragraphe 2° des articles 5 et 7 : « ...et requise par la condition de la femme ou de l'enfant. »?

...2

J'attends vos commentaires à l'égard de ces interrogations, ainsi qu'un projet d'avis de publication du règlement à titre de projet. À cette fin, vous trouverez également ci-joint deux avis publiés récemment dont vous pourrez vous inspirer.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour de plus amples renseignements et je vous prie d'agréer, Maître, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


DOROTHEE-ANNE BOURQUE, avocate
Direction des affaires juridiques

DAB/nv
p.j.

Québec, le 1^{er} novembre 2001

Maître Joann Zaor
MAYNARD & ZAOR
507, Place d'Armes, bureau 1101
Montréal (Québec) H2Y 2W8

OBJET : Règlement sur les normes de pratiques et
conditions d'exercice lors d'accouchement à
domicile

N/D : 3210-23-24

Maître,

À la suite de l'analyse du règlement mentionné en titre par la Direction de la législation gouvernementale du ministère de la Justice, j'ai reçu de nombreux commentaires et interrogations dont je crois utile de vous transmettre copie intégralement.

Vous constaterez que plusieurs des commentaires formulés appellent une réflexion de la part de l'Ordre relativement au contenu même du règlement. En ce qui a trait aux aspects touchant davantage la forme ou la légalité des diverses dispositions, je pourrai en discuter avec vous, le cas échéant.

- 1- La référence à la *Loi sur les sages-femmes* est (L.R.Q., c. S-0.1, a.5, 1^{er} al., par. 2^o). La mention « Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a.) » est inutile; il n'y a aucune disposition habilitante pour ce règlement dans le Code des professions.
- 2- L'article 1 est inutile. En effet, les définitions doivent habituellement être insérées là où c'est nécessaire. Par ailleurs, la définition de « *domicile* » doit purement et simplement être supprimée. Suivant le juge Conrad, "...words in a statute already have a meaning, given to them by the legislature. They do not lie dormant waiting for the delegate to give them definition..." (Johnson c. Federated Mutual Insurance Co (1998) 48 D.L.R. (4th) 728, 739.

...2

Au surplus, l'Ordre des sages-femmes du Québec ne possède pas dans le cas présent le pouvoir de définir un mot ou une expression utilisé par le législateur. Quant à la définition de « *sage-femme* », il suffira d'ajouter à la suite de la première occurrence de ce mot ce qui suit « *...membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec...* »; cette mention implique que cette personne est titulaire d'un permis délivré par l'Ordre et inscrite au tableau de ce dernier.

- 3- Le sens et la portée de l'article 2 ne sont pas clairs. Cet article se situe-t-il dans les paramètres de l'habilitation? De plus, le mot « *éligibilité* » est utilisé à mauvais escient. « *Éligibilité* » désigne la capacité légale d'être élu.
- 4- L'article 4 est superfétatoire si l'on considère qu'à l'article précédent il est question de fournir à la femme « *toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé* ».
- 5- Dans le cas de l'article 5, la sage-femme doit-elle, à l'instar de l'article 6, s'assurer « *d'exécuter* » (*sic*) les conditions énoncées aux articles 8 et 9?
- 6- Dans le cas de l'article 6, la sage-femme doit-elle, à l'instar de l'article 5, faire signer par la femme le formulaire de consentement à un accouchement à domicile? Par ailleurs, je vous suggère de remplacer les mots « *s'assurer d'exécuter les* » par les mots « *se conformer aux* ». Enfin, les mots « *du présent règlement* » devraient être supprimés.
- 7- À l'article 7, je vous sou mets la proposition suivante: « *La sage-femme doit respecter le choix de la femme de modifier en tout temps son choix du lieu de naissance.* ». Il s'agit de faire ressortir qu'il s'agit d'une disposition qui s'adresse à la sage-femme.
- 8- L'article 8 est vague et imprécis. Quelles sont au juste les exigences en matière d'accessibilité et de salubrité? Que sont « *des conditions convenables à l'accueil de l'enfant* »? Sans entrer dans tous les détails, le règlement doit contenir des normes de pratique et déterminer les conditions d'exercice lors d'un accouchement à domicile. Par ailleurs, au lieu de « *domicile* » je suggère « *lieu de naissance projeté* ».
- 9- À l'article 10, les mots « *du présent règlement* » devraient être supprimés.

- 10- L'article 11 ne m'apparaît pas habilité; il ne s'agit pas à proprement parler d'une norme de pratique ou d'une condition d'exercice de la profession exigée lors d'un accouchement à domicile.
- 11- À l'article 12, il serait bon de faire un renvoi au règlement pertinent soit le *Règlement sur les déchets biomédicaux* édicté par le décret n° 583-92 du 15 avril 1992.
- 12- La disposition habilitante autorise l'Ordre à déterminer les normes de pratique et les conditions d'exercice de la profession exigées lors d'accouchements à domicile. Le titre du projet est conforme à cette habilitation ce qui n'est pas le cas du plan retenu pour le projet. Si la section II porte sur les conditions d'exercice lors d'un accouchement à domicile planifié (je suggère de supprimer ce qualificatif), on ne retrouve pas en revanche de section intitulée "Normes de pratique".
- 13- Les mentions **Section III** et **Dispositions finales** devraient être supprimées.
- 14- L'Annexe I vaut-elle à la fois pour l'article 5 et l'article 6? Le mot « *alternative* » qui y est utilisé est inapproprié; il faudrait peut-être le remplacer par « *solutions de rechange à l'accouchement à domicile* ».
- 15- Annexe II : La liste pourrait, dans certains cas, être plus précise. Telle qu'elle est rédigée, elle peut être interprétée de différentes façons par les sages-femmes. Si « *contenants à déchets biomédicaux* » est suffisamment précis, il en est autrement de « *médicaments afférents* » et de « *nécessaire à l'accouchement* ».

Étant donné que ces divers commentaires sont susceptibles d'entraîner plusieurs modifications au règlement, j'attends que vous m'en communiquiez une nouvelle version avant de requérir sa traduction.

Veuillez agréer, Maître, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


DOROTHÉE-ANNE BOURQUE, avocate
Direction des affaires juridiques

DAB/nv

RSFQ

Regroupement
Les Sages-femmes
du Québec

Coll. DA BOURQUE

Montréal, le 19 novembre 2002

Monsieur François Legault,
Ministre de la Santé et des Services sociaux,
1075, chemin Sainte-Foy 15^e étage
Québec G1S 2M1,



Rép. L. BISSONNEAU 17

Voilà près de dix ans maintenant que les sages-femmes du Québec expliquent aux femmes et aux couples qui veulent accoucher chez eux qu'ils doivent comprendre la situation et qu'ils doivent être patients. Il leur a fallu attendre l'instauration des projets-pilotes, attendre que l'expérimentation soit complétée, que l'Ordre des sages-femmes se mette en place, que le comité d'experts (le Conseil consultatif) fasse son travail, et enfin attendre que les instances en place arrivent les éléments nécessaires pour que le Règlement sur l'accouchement à domicile soit prêt à être publié et adopté.

Ce qui devait être fait l'a été. L'expérimentation des projet-pilotes a été concluante et depuis trois ans maintenant l'Ordre des sages-femmes a les leviers nécessaires pour veiller à la rigueur de l'agir professionnel afin de remplir sa mission première: protéger le public. Avec l'aide précieuse du Conseil consultatif, ce comité d'experts mandaté par la Loi sur les sages-femmes, l'Ordre a réussi à rendre le Règlement sur la pratique sage-femme à domicile prêt à être publié dans la Gazette officielle pour être ensuite adopté.

Les sages-femmes du Québec font confiance aux femmes et aux couples et depuis les débuts se sont engagées à soutenir leur capacité à décider. Or, si le gouvernement reconnaît depuis longtemps la compétence des parents et leur autonomie (Politique de périnatalité, 1993), et qu'il reconnaît aussi la pertinence sociale de la profession sage-femme, il devrait en même temps pouvoir démontrer concrètement sa confiance autant dans les uns que dans les autres.

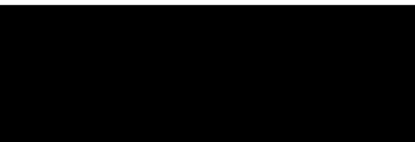
Il ne s'agit pas ici de faire prévaloir ses opinions personnelles au sujet de l'accouchement à la maison. Cependant, force est de constater que tous les mécanismes pour contrôler les conduites arbitraires ou idéologiques, sont en place.

Il y a donc de moins en moins de raisons pour justifier les délais de la non-accessibilité des sages-femmes aux futurs parents qui veulent accoucher chez eux. Une telle conduite professionnelle n'est d'ailleurs pas soutenue par les mêmes instances ailleurs au Canada et même internationalement.

En fait, il est surtout important de comprendre que les délais actuels de procédures par rapport à l'adoption du Règlement sur l'accouchement à domicile font que pour les sages-femmes du Québec, il devient éthiquement non acceptable de continuer à soutenir une attitude de non assistance aux futurs parents.

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec s'attend donc à l'aboutissement normal d'un long processus de reconnaissance ainsi que la concrétisation d'une confiance dans les sages-femmes, les femmes et les couples, par la publication du Règlement sur l'accouchement à domicile ainsi que son adoption.

Respectueusement,



Céline Lemay
Présidente

- c.c.
- Monsieur Normand Jutras, ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des lois professionnelles,
 - Madame Linda Goupil, ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'enfance et ministre responsable de la Condition féminine,
 - ✓ -Monsieur Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec,
 - Madame Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Madame Madeleine Boily, présidente du Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Madame Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population,
 - Madame Huguette Boilard, Université du Québec à Trois-Rivières, responsable de programme, Baccalauréat en pratique sage-femme,
 - Madame Line Lévesque, regroupement Naissance-Renaissance,
 - Monsieur Jacques Laurion, d.g. CLSC Côte-des-Neiges,
 - Monsieur André Gagnière, d.g. CLSC Lac-Saint-Louis,
 - Madame Michelle Collard, d.g. Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert,
 - Monsieur Denis Lalumière, d.g. CLSC de la Région-Sherbrookoise,
 - Madame Claudette Gatién, d.g. CLSC et CHSLD de Gatineau,
 - Madame Isabelle Malo, d.g. Centre mitissien de santé et de services communautaires,
 - Madame Marleen Dehertog, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance Côte-des-Neiges,
 - Madame Christiane Léonard, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance CLSC Lac-Saint-Louis,
 - Madame Raymonde Gagnon, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance Mimosa
 - Madame Christine Roy, responsable du Conseil sage-femme, Centre de maternité de l'Estrie,
 - Madame Margaret Moïse, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance de l'Outaouais,
 - Madame Christine St-Onge, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance Colette-Julien.

Québec, 1e 27 novembre 2001



Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur le Président,

La présente fait suite à votre lettre du 22 août dernier relativement au projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile déterminées par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec et transmis à votre organisme.

Nous tenons à vous assurer de notre collaboration dans l'analyse de ce projet de règlement. Nous amorçons les démarches de concertation nécessaires auprès des directions concernées du Ministère afin d'apporter les commentaires et analyses pertinents à l'élaboration dudit règlement.

Afin de concrétiser cette collaboration, vous pourrez rejoindre madame Christine Pakenham, responsable du dossier sages-femmes, à la Direction de la santé physique du Ministère, au numéro de téléphone [redacted]

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre

[redacted signature]

Pierre Gabrièle

Québec, le 6 décembre 2001

Maître Fernande Rousseau
Le Protecteur du citoyen
525, boul. René-Lévesque Est, bureau 1.25
Québec (Québec) G1R 5Y4

OBJET : Règlement sur les normes de pratique et les
conditions d'exercice de la profession lors
d'accouchements à domicile

V/D : 99-19053

N/D : 3210-23-24

Maître,

La présente fait suite à la lettre que vous adressiez à Me Michel Paquette,
le 24 octobre dernier, relativement au règlement mentionné en titre.

Comme vous le savez sans doute, la constitution d'un nouvel ordre
professionnel est une opération d'envergure impliquant notamment la mise en
place de plusieurs structures et mécanismes requis pour lui permettre d'assurer
adéquatement sa mission de protection du public. Depuis sa constitution, le
Bureau de l'Ordre des sages-femmes a donc dû consacrer de nombreux efforts à
l'organisation de l'Ordre ainsi qu'à la mise sur pied des divers comités prévus à la
Loi sur les sages-femmes et au *Code des professions*.

D'importantes ressources ont également été déployées depuis deux ans en
vue d'élaborer plusieurs règlements à la fois obligatoires en vertu de la loi et
indispensables au bon fonctionnement de l'Ordre.

Parmi ces règlements, le *Règlement sur les normes de pratique et les
conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile* constitue assurément une
priorité pour le Bureau de l'Ordre de même que pour l'ensemble de la profession.
À cet égard, nous sommes en mesure de vous informer que le travail est bien
amorcé et que certaines étapes préliminaires ont déjà été franchies dans le
cheminement de ce dossier. Ainsi, un premier projet de règlement a été étudié par
le Conseil consultatif de l'Ordre, conformément à l'article 72 de la *Loi sur les
sages-femmes*. Ce projet a également fait l'objet d'analyses et de commentaires
par les services pertinents de l'Office et par ceux du ministère de la Justice. Enfin,
l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux a lui aussi été sollicité.

...2

À la suite de ces premières consultations, le projet de règlement devra vraisemblablement être révisé puis étudié de nouveau par le Conseil consultatif, après quoi il pourra être traduit en anglais afin de permettre son adoption dans les deux langues par le Bureau de l'Ordre.

À l'instar de tous les règlements soumis à la procédure prévue à l'article 95 du *Code des professions*, le *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile* devra faire l'objet d'une publication à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec*, pour une période de 45 jours. Par la suite, une fois complétée l'analyse des commentaires reçus au cours de cette consultation publique, le règlement pourra faire l'objet d'une recommandation par l'Office des professions du Québec et, enfin, d'une approbation par le gouvernement.

Vous pouvez constater que certains délais sont inhérents à l'entrée en vigueur de ce règlement. En raison de sa nature et de son importance pour les sages-femmes ainsi que pour les usagères, soyez cependant assurée qu'une attention particulière lui sera portée, et ce, à chacune des étapes de son cheminement.

Notons enfin qu'à la suite de discussions avec le procureur de l'Ordre, nous avons une compréhension commune à l'effet que le cheminement parallèle de certains règlements étroitement reliés à celui-ci, soit le règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets, le règlement sur la forme et le contenu des ordonnances, les listes de médicaments, d'examens et d'analyse et particulièrement le règlement concernant les cas de consultation et de transfert, ne pourrait que faciliter le cheminement du règlement concernant l'accouchement à domicile.

Nous avons donc convenu de travailler simultanément sur plusieurs de ces règlements, d'autant plus que certains d'entre eux ne présentent aucune difficulté particulière et pourraient sans doute être complétés rapidement.

En espérant que ces informations vous seront utiles, je vous prie d'agréer, Maître, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


DOROTHÉE-ANNE BOURQUE, *avocate*
Direction des affaires juridiques

DAB/nv

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

507, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTREAL (Qc) H2Y 2W8

Téléphone : (514) 288-1101
Télécopieur : (514) 499-8548

Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202

Montréal, le 18 décembre 2001

Me Dorothée-Anne Bourque
Direction des affaires juridiques
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville
10^e étage
Québec (Qc) G1R 5Z3

OBJET : Ordre des sages-femmes du Québec
Notre dossier : Z-400-01

2002-0005 -j



Chère Consoeur,

Eu égard au dossier en titre, nous vous transmettons avec la présente divers règlements adoptés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Nous identifions ci-après ces règlements et vous transmettons les commentaires que nous jugeons pertinents en regard de chacun d'eux.

1. *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des sages-femmes*

Ce règlement a été adopté par le Bureau de l'Ordre lors de sa réunion du 16 novembre courant. Le règlement que nous vous transmettons a été réaménagé en tenant compte des suggestions que vous aviez faites. Également, nous nous sommes inspirée des différents règlements (modèles) que vous nous aviez fournis.

2. *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion tenue le 6 décembre 2001.

Vous constaterez que cette nouvelle version incorpore en grande partie les modifications suggérées par la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la justice que vous nous aviez communiquées par lettre datée du 26 octobre 2001.

Quant aux interrogations formulées à l'égard du règlement original, nous répondons comme suit :

1. Puisqu'il n'y aucune nuance entre les termes « consultation auprès d'un médecin » et « consultation avec un médecin », nous avons harmonisé la terminologie et adopté l'expression « consultation avec un médecin » (voir art. 1 et 4);
2. Puisqu'il n'y aucune nuance entre les expressions « après avoir détecté une des conditions à risque » et l'expression « lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments », nous avons harmonisé la terminologie et adopté l'expression « lorsqu'elle constate l'existence de l'un des cas à risque » (voir art. 1, 4 et 6);
3. Toujours dans l'optique d'harmoniser le texte, nous avons enlevé de l'article 4 la demande de consultation écrite. Ceci est donc conforme à la teneur de l'article 1;
4. Nous avons ajouté aux alinéas 2° des articles 4 et 6 l'ajout suggéré, à savoir : « ... et requise par la condition de la femme ou de l'enfant »;
5. À l'article 2, nous avons jugé utile de mentionner expressément le titre du *Règlement sur les dossiers et les cabinets de consultation d'une sage-femme*. Ceci, nous le savons, avait été enlevé par la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la justice. Si nous revenons à la première terminologie, c'est qu'avec la présente nous vous transmettrons ce règlement, nous jugeons donc pertinent de mentionner ce règlement puisqu'il devrait vraisemblablement être traité concomitamment à celui-ci.

Enfin, nous annexons avec ce règlement un projet d'avis de publication de ce règlement.

Comme dernier commentaire à l'égard de ce règlement, nous désirons porter à votre attention la réflexion du Bureau sur les cas de transfert.

Ce règlement prévoit en son article 6 que la sage-femme doit transférer la responsabilité clinique de la femme ou de son enfant à un médecin en présence d'un des cas à risque qui sont mentionnés notamment aux annexes I à V inclusivement.

Cette situation étant réglementée, le Bureau s'interroge toujours à savoir si la responsabilité clinique de la sage-femme s'arrête au moment précis où elle constate l'existence de l'un des cas à risque ou plutôt lorsque la femme ou son enfant est véritablement pris en charge par le service médical.

À titre d'exemple, si en périnatal la sage-femme constate l'existence de l'un des cas à risque et juge qu'il est essentiel de procéder au transfert de la responsabilité clinique par le biais des services ambulanciers, la sage-femme doit-elle légalement accompagner la femme lors du transport ambulancier jusqu'à l'arrivée de la femme au centre hospitalier?

Afin de rendre ce transfert efficace, il nous semble primordial d'assurer une coordination entre tous les intervenants impliqués, à savoir : sage-femme, médecin, infirmières et ambulanciers. Si l'on vise une gestion diligente du transfert, particulièrement en cas d'urgence, la sage-femme devrait demeurer la professionnelle responsable de la femme ou de son enfant jusqu'à son arrivée au département d'obstétrique et/ou de néonatalogie.

La sage-femme étant une professionnelle de première ligne, elle doit être à jour dans les techniques d'urgence et de réanimation néonatale. Sans mettre en doute les compétences des ambulanciers, nous croyons que face à une telle problématique les sages-femmes sont plus à même de répondre à la situation.

Lors de notre rencontre à vos bureaux en compagnie de Me André Rochon le 13 novembre dernier, nous avons soulevé cette problématique et jugeons nécessaire aujourd'hui de la remettre à l'avant-scène afin de sensibiliser les intervenants qui peuvent intervenir.

Si vous nous confirmez qu'en vertu de ce règlement la responsabilité clinique de la sage-femme cesse dès le moment où elle initie un transfert, qu'il soit urgent ou non, il nous importe de le savoir.

Nous pourrions, si vous le voulez, en discuter plus avant.

3. *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par une sage-femme*

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion du 6 décembre 2001.

Lors de notre rencontre à vos bureaux le 13 novembre courant, vous nous aviez fait part que le projet de règlement original avait fait l'objet d'une discussion entre vous-même et Me Louis M. Côté lors d'une rencontre tenue le 18 avril 2001. Des précisions, semble-t-il, étaient attendues de notre part.

Après vérification auprès de Me Côté, il ressort qu'il n'ait conservé ni retrouvé aucune note écrite ou dactylographiée de la séance de travail sur ce règlement et par voie de conséquence, nous avons réaménagé unilatéralement ce projet de règlement en nous inspirant de modèles que nous avons retracés et qui nous viennent des corporations professionnelles des médecins et des dentistes.

Outre les ordonnances médicamenteuses ou examens et analyses, nous précisons que l'ordonnance visant un accessoire thérapeutique fait particulièrement référence aux bas de soutien qui peuvent être prescrits pendant la grossesse.

Si bien sûr des précisions devaient vous être fournies en regard de cette nouvelle version, nous demeurons à votre plus entière disposition.

4. *Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme*

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion tenue le 6 décembre 2001.

Puisque vous nous aviez mentionné lors de notre rencontre du 13 novembre courant que le projet qui vous avait été transmis en mai 2001 devait être réaménagé de fond en comble, il ne faut donc pas chercher à comparer cette version adoptée le 6 décembre 2001 avec l'ancienne.

Pour rédiger ce règlement, nous nous sommes inspirée des modèles que vous aviez remis à Me Côté lors de votre rencontre de travail du 18 avril 2001.

Nous demeurons à votre disposition pour tout commentaire ou détail en regard de ce règlement.

5. *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile.*

Ce règlement a été adopté par le Bureau à l'occasion de sa réunion tenue le 6 décembre courant.

Cette nouvelle version tient compte des commentaires de la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la Justice que vous nous avez transmis par lettre datée du 1^{er} novembre 2001.

Vu ces nombreux commentaires, nous jugeons pertinent de vous fournir avec ce règlement certaines informations qui, nous l'espérons, seront vous aider dans votre future démarche.

Premièrement, vous noterez que nous conservons la définition de domicile car nous ne pouvons exclure la possibilité qu'une femme envisage d'accoucher ailleurs qu'à sa propre résidence, si d'aventure elle veut se rapprocher d'un centre hospitalier. À titre d'illustration, si cette femme désirait accoucher chez sa mère, nous ne croyons pas que la *Loi sur les sages-femmes* exclut cette possibilité, puisque somme toute cette loi permet d'accoucher à l'extérieur d'un centre hospitalier. Le domicile de la femme est définitivement la référence première, cependant qu'un autre domicile ne vient pas selon nous contrer la finalité et l'esprit de la *Loi sur les sages-femmes du Québec*.

Incidentement, vous aurez compris que nous ne cherchons pas à définir un mot ou une expression utilisé par le législateur, mais strictement prévoir que ce domicile qui, selon l'esprit de la loi, est un endroit autre que le centre hospitalier, n'écarte pas la possibilité d'un endroit autre que la résidence de la femme.

Comme vous nous l'aviez fait remarquer, nous ajoutons une section visant les normes de pratique, où nous détaillons les articles 2 à 7 inclusivement.

Nous réitérons que le suivi avec une sage-femme est toujours le même, peu importe le lieu de naissance choisi et comprendre ici que ce n'est pas l'endroit qui conditionne le suivi avec la sage-femme, mais bien davantage les conditions d'admissibilité à ce suivi. Tel qu'il est prévu à la *Loi sur les sages-femmes*, à l'article 6 il s'agit d'un suivi de grossesse « *lorsque tout se déroule normalement* ».

Également, en référence implicite au *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* et particulièrement ses annexes, on constate que la clientèle qui peut avoir recours aux services sages-femmes doit entrer dans des paramètres bien précis.

Les articles 3 et 4 font ressortir le devoir de renseignement qui repose sur la sage-femme, la nécessité d'évaluer toute information pertinente qui permettra à la femme de faire un choix éclairé et l'évaluation de tout élément qui pourrait influencer ce choix.

L'article 6 prévoit la possibilité qu'une femme fasse tardivement son choix d'accoucher à domicile et comprendre ici, pendant ou après la 36^{ième} semaine de grossesse.

En vertu de l'annexe III du *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*, il y a nécessité d'un transfert obligatoire de la responsabilité clinique à un médecin si l'accouchement a lieu entre la 34^{ième} et la 36^{ième} 6/7 semaines.

Par ailleurs, si l'accouchement a lieu à la 37^{ième} semaine et 1 jour et que la sage-femme n'a pu visiter le domicile, tel qu'il est établi aux conditions d'exercice (art. 8, 9 et 10), nous prévoyons qu'une sage-femme pourra procéder à l'accouchement à domicile.

Vous aurez noté à l'article 5 que la signature du consentement est impérative et ce même si la décision est prise pendant ou après la 36^{ième} semaine de grossesse.

À la Section III, nous avons détaillé les conditions d'exercice.

À l'article 9, paragraphe 4°, l'organisation physique du domicile à la date prévue pour l'accouchement comprend la vérification des sources de chaleur, de lumière et d'eau potable. Nous savons que pour les membres l'expression organisation physique du domicile englobe ces éléments.

À l'article 10, vous noterez une deuxième évaluation des conditions. Cet article ne doit pas être confondu avec l'article 4 que l'on retrouve au niveau des normes de pratique.

L'article 10 met donc en évidence qu'au terme de la visite la sage-femme doit de nouveau avec la femme évaluer les lieux. Ceci dans l'optique de s'assurer que l'endroit présente toujours des garanties de sécurité.

L'article 13 pose comme conditions d'exercice l'accompagnement par la sage-femme de la femme ou de son enfant jusqu'à leur prise en charge médicale, si d'aventure il y a nécessité d'un transfert urgent.

Dans la version originale, l'article 11, tel qu'il était alors, mentionnait que la sage-femme demeurerait responsable des soins à la femme ou à son enfant jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale. Votre commentaire en regard de cet article était à l'effet que nous n'étions pas habilitée à réglementer de la sorte.

En posant cette fois cette condition, nous croyons que la disposition réglementaire a sa place et permet d'offrir à la femme ou à son enfant une sécurité et une fiabilité nécessaires.

Les commentaires que nous avons déjà émis un peu plus haut en regard du *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* expliquent selon nous cette nécessité.

Évidemment, sur le plan pratique, nous savons que nous ne pourrions imposer aux ambulanciers la présence d'une sage-femme dans leur véhicule. Toutefois, cette situation mérite selon nous une réflexion et nous pourrions en discuter plus avant.

L'Annexe II a été précisée et après vérification auprès des sages-femmes, l'interprétation qu'elles donnent à cette liste est uniforme.

Finalement, nous désirons vous informer que l'Ordre des sages-femmes a préparé en juin 2001 deux documents de travail qui pour l'instant s'intitulent :

- *L'accouchement à domicile : un choix éclairé*, document à l'intention de la clientèle
- *Document d'encadrement pour les accouchement à domicile*, document à l'intention des sages-femmes

Ces documents de travail seront sous peu finalisés, car ces brochures d'informations devront être remises à toutes femmes qui viendront consulter une professionnelle sage-femme.

Il est bien sûr de notre intention de vous faire suivre cette documentation lorsqu'elle aura été finalisée.

Voilà qui complète cet envoi. Nous réitérons que pour tous et chacun de ces règlements, nous demeurons à votre disposition pour vous fournir tout commentaire ou précision que vous jugerez utile.

Si nous ne pouvons nous parler avant la fin de la présente année, nous profitons de cette occasion pour vous transmettre nos Meilleurs Vœux à l'occasion de Noël et du Nouvel An.

Veuillez agréer, Me Bourque, nos salutations distinguées.



JOANN ZAOR

/mg

p.j.

c.c. Me Louis M. Côté

Québec, le 22 janvier 2002

Monsieur Pierre Gabrièle
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

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

Règlement sur la classification des cas
nécessitant une consultation ou un transfert
de la responsabilité clinique d'une sage-
femme à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

Monsieur,

Le 22 août 2001, je sollicitais les commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux relativement au règlement concernant l'accouchement à domicile par des sages-femmes. J'ai reçu le 27 novembre suivant un accusé de réception de cette demande.

Vous savez sans doute que ce dossier fait l'objet de demandes pressantes et répétées de la part des diverses personnes intéressées, ce qui s'explique par le fait que l'accouchement à domicile constitue pour plusieurs le cœur de la profession de sage-femme.

Par ailleurs, afin de faciliter le traitement de ce règlement, nous avons convenu avec l'Ordre des sages-femmes de faire cheminer de manière parallèle certains autres dossiers étroitement reliés à l'accouchement à domicile, dont le *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*. Vous trouverez donc ci-joint copie de ce règlement ainsi que la plus récente version du règlement sur l'accouchement à domicile.

...2

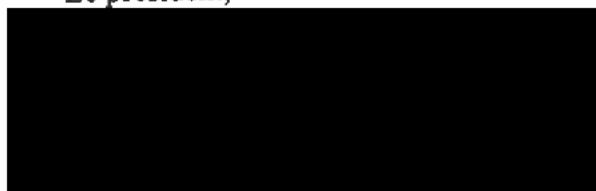
Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
courrier@opq.gouv.qc.ca

Je vous saurais gré de me faire part des commentaires de votre ministère à l'égard de ces deux règlements afin que nous puissions formuler dès que possible nos recommandations au gouvernement. Les personnes que vous désignerez pourront s'adresser, pour toute question à ce sujet, à madame Lucie Boissonneault, agente de recherche ou Me Dorothée-Anne Bourque, juriste responsable de ces dossiers.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv
p.j.

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

507, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTREAL (Qc) H2Y 2W8

Téléphone : (514) 288-1101
- cur : (514) 499-8548

Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202

Montréal, le 18 décembre 2001

Me Dorothee-Anne Bourque
Direction des affaires juridiques
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville
10^e étage
Québec (Qc) G1R 5Z3

OBJET : Ordre des sages-femmes du Québec
Notre dossier : Z-400-01

*Dorothee - Anne,
SVP Traiter
ces dossiers en étroite
collaboration avec Jean
Fischer.*



Chère Consœur,

Eu égard au dossier en titre, nous vous transmettons avec la présente divers règlements adoptés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Nous identifions ci-après ces règlements et vous transmettons les commentaires que nous jugeons pertinents en regard de chacun d'eux.

1. Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des sages-femmes

Ce règlement a été adopté par le Bureau de l'Ordre lors de sa réunion du 16 novembre courant. Le règlement que nous vous transmettons a été réaménagé en tenant compte des suggestions que vous aviez faites. Également, nous nous sommes inspirée des différents règlements (modèles) que vous nous aviez fournis.

2. ***Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin***

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion tenue le 6 décembre 2001.

Vous constaterez que cette nouvelle version incorpore en grande partie les modifications suggérées par la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la justice que vous nous aviez communiquées par lettre datée du 26 octobre 2001.

Quant aux interrogations formulées à l'égard du règlement original, nous répondons comme suit :

1. Puisqu'il n'y aucune nuance entre les termes « consultation auprès d'un médecin » et « consultation avec un médecin », nous avons harmonisé la terminologie et adopté l'expression « consultation avec un médecin » (voir art. 1 et 4);
2. Puisqu'il n'y aucune nuance entre les expressions « après avoir détecté une des conditions à risque » et l'expression « lorsqu'elle constate l'existence d'un des éléments », nous avons harmonisé la terminologie et adopté l'expression « lorsqu'elle constate l'existence de l'un des cas à risque » (voir art. 1, 4 et 6);
3. Toujours dans l'optique d'harmoniser le texte, nous avons enlevé de l'article 4 la demande de consultation écrite. Ceci est donc conforme à la teneur de l'article 1;
4. Nous avons ajouté aux alinéas 2° des articles 4 et 6 l'ajout suggéré, à savoir : « ... *et requise par la condition de la femme ou de l'enfant* »;
5. À l'article 2, nous avons jugé utile de mentionner expressément le titre du *Règlement sur les dossiers et les cabinets de consultation d'une sage-femme*. Ceci, nous le savons, avait été enlevé par la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la justice. Si nous revenons à la première terminologie, c'est qu'avec la présente nous vous transmettrons ce règlement, nous jugions donc pertinent de mentionner ce règlement puisqu'il devrait vraisemblablement être traité concomitamment à celui-ci.

Enfin, nous annexons avec ce règlement un projet d'avis de publication de ce règlement.

Comme dernier commentaire à l'égard de ce règlement, nous désirons porter à votre attention la réflexion du Bureau sur les cas de transfert.

Ce règlement prévoit en son article 6 que la sage-femme doit transférer la responsabilité clinique de la femme ou de son enfant à un médecin en présence d'un des cas à risque qui sont mentionnés notamment aux annexes I à V inclusivement.

Cette situation étant réglementée, le Bureau s'interroge toujours à savoir si la responsabilité clinique de la sage-femme s'arrête au moment précis où elle constate l'existence de l'un des cas à risque ou plutôt lorsque la femme ou son enfant est véritablement pris en charge par le service médical.

À titre d'exemple, si en périnatal la sage-femme constate l'existence de l'un des cas à risque et juge qu'il est essentiel de procéder au transfert de la responsabilité clinique par le biais des services ambulanciers, la sage-femme doit-elle légalement accompagner la femme lors du transport ambulancier jusqu'à l'arrivée de la femme au centre hospitalier?

Afin de rendre ce transfert efficace, il nous semble primordial d'assurer une coordination entre tous les intervenants impliqués, à savoir : sage-femme, médecin, infirmières et ambulanciers. Si l'on vise une gestion diligente du transfert, particulièrement en cas d'urgence, la sage-femme devrait demeurer la professionnelle responsable de la femme ou de son enfant jusqu'à son arrivée au département d'obstétrique et/ou de néonatalogie.

La sage-femme étant une professionnelle de première ligne, elle doit être à jour dans les techniques d'urgence et de réanimation néonatale. Sans mettre en doute les compétences des ambulanciers, nous croyons que face à une telle problématique les sages-femmes sont plus à même de répondre à la situation.

Lors de notre rencontre à vos bureaux en compagnie de Me André Rochon le 13 novembre dernier, nous avons soulevé cette problématique et jugeons nécessaire aujourd'hui de la remettre à l'avant-scène afin de sensibiliser les intervenants qui peuvent intervenir.

Si vous nous confirmez qu'en vertu de ce règlement la responsabilité clinique de la sage-femme cesse dès le moment où elle initie un transfert, qu'il soit urgent ou non, il nous importe de le savoir.

Nous pourrions, si vous le voulez, en discuter plus avant.

3. *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par une sage-femme*

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion du 6 décembre 2001.

Lors de notre rencontre à vos bureaux le 13 novembre courant, vous nous aviez fait part que le projet de règlement original avait fait l'objet d'une discussion entre vous-même et Me Louis M. Côté lors d'une rencontre tenue le 18 avril 2001. Des précisions, semble-t-il, étaient attendues de notre part.

Après vérification auprès de Me Côté, il ressort qu'il n'ait conservé ni retrouvé aucune note écrite ou dactylographiée de la séance de travail sur ce règlement et par voie de conséquence, nous avons réaménagé unilatéralement ce projet de règlement en nous inspirant de modèles que nous avons retracés et qui nous viennent des corporations professionnelles des médecins et des dentistes.

Outre les ordonnances médicamenteuses ou examens et analyses, nous précisons que l'ordonnance visant un accessoire thérapeutique fait particulièrement référence aux bas de soutien qui peuvent être prescrits pendant la grossesse.

Si bien sûr des précisions devaient vous être fournies en regard de cette nouvelle version, nous demeurons à votre plus entière disposition.

4. *Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme*

Ce règlement a été adopté par le Bureau lors de sa réunion tenue le 6 décembre 2001.

Puisque vous nous aviez mentionné lors de notre rencontre du 13 novembre courant que le projet qui vous avait été transmis en mai 2001 devait être réaménagé de fond en comble, il ne faut donc pas chercher à comparer cette version adoptée le 6 décembre 2001 avec l'ancienne.

Pour rédiger ce règlement, nous nous sommes inspirée des modèles que vous aviez remis à Me Côté lors de votre rencontre de travail du 18 avril 2001.

Nous demeurons à votre disposition pour tout commentaire ou détail en regard de ce règlement.

5. *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile.*

Ce règlement a été adopté par le Bureau à l'occasion de sa réunion tenue le 6 décembre courant.

Cette nouvelle version tient compte des commentaires de la Direction de la législation gouvernementale du Ministère de la Justice que vous nous avez transmis par lettre datée du 1^{er} novembre 2001.

Vu ces nombreux commentaires, nous jugeons pertinent de vous fournir avec ce règlement certaines informations qui, nous l'espérons, seront vous aider dans votre future démarche.

Premièrement, vous noterez que nous conservons la définition de domicile car nous ne pouvons exclure la possibilité qu'une femme envisage d'accoucher ailleurs qu'à sa propre résidence, si d'aventure elle veut se rapprocher d'un centre hospitalier. À titre d'illustration, si cette femme désirait accoucher chez sa mère, nous ne croyons pas que la *Loi sur les sages-femmes* exclut cette possibilité, puisque somme toute cette loi permet d'accoucher à l'extérieur d'un centre hospitalier. Le domicile de la femme est définitivement la référence première, cependant qu'un autre domicile ne vient pas selon nous contrer la finalité et l'esprit de la *Loi sur les sages-femmes du Québec*.

Incidentement, vous aurez compris que nous ne cherchons pas à définir un mot ou une expression utilisé par le législateur, mais strictement prévoir que ce domicile qui, selon l'esprit de la loi, est un endroit autre que le centre hospitalier, n'écarte pas la possibilité d'un endroit autre que la résidence de la femme.

Comme vous nous l'aviez fait remarquer, nous ajoutons une section visant les normes de pratique, où nous détaillons les articles 2 à 7 inclusivement.

Nous réitérons que le suivi avec une sage-femme est toujours le même, peu importe le lieu de naissance choisi et comprendre ici que ce n'est pas l'endroit qui conditionne le suivi avec la sage-femme, mais bien davantage les conditions d'admissibilité à ce suivi. Tel qu'il est prévu à la *Loi sur les sages-femmes*, à l'article 6 il s'agit d'un suivi de grossesse « *lorsque tout se déroule normalement* ».

Également, en référence implicite au *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* et particulièrement ses annexes, on constate que la clientèle qui peut avoir recours aux services sages-femmes doit entrer dans des paramètres bien précis.

Les articles 3 et 4 font ressortir le devoir de renseignement qui repose sur la sage-femme, la nécessité d'évaluer toute information pertinente qui permettra à la femme de faire un choix éclairé et l'évaluation de tout élément qui pourrait influencer ce choix.

L'article 6 prévoit la possibilité qu'une femme fasse tardivement son choix d'accoucher à domicile et comprendre ici, pendant ou après la 36^{ième} semaine de grossesse.

En vertu de l'annexe III du *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*, il y a nécessité d'un transfert obligatoire de la responsabilité clinique à un médecin si l'accouchement a lieu entre la 34^{ième} et la 36^{ième} 6/7 semaines.

Par ailleurs, si l'accouchement a lieu à la 37^{ième} semaine et 1 jour et que la sage-femme n'a pu visiter le domicile, tel qu'il est établi aux conditions d'exercice (art. 8, 9 et 10), nous prévoyons qu'une sage-femme pourra procéder à l'accouchement à domicile.

Vous aurez noté à l'article 5 que la signature du consentement est impérative et ce même si la décision est prise pendant ou après la 36^{ième} semaine de grossesse.

À la Section III, nous avons détaillé les conditions d'exercice.

À l'article 9, paragraphe 4°, l'organisation physique du domicile à la date prévue pour l'accouchement comprend la vérification des sources de chaleur, de lumière et d'eau potable. Nous savons que pour les membres l'expression organisation physique du domicile englobe ces éléments.

À l'article 10, vous noterez une deuxième évaluation des conditions. Cet article ne doit pas être confondu avec l'article 4 que l'on retrouve au niveau des normes de pratique.

L'article 10 met donc en évidence qu'au terme de la visite la sage-femme doit de nouveau avec la femme évaluer les lieux. Ceci dans l'optique de s'assurer que l'endroit présente toujours des garanties de sécurité.

L'article 13 pose comme conditions d'exercice l'accompagnement par la sage-femme de la femme ou de son enfant jusqu'à leur prise en charge médicale, si d'aventure il y a nécessité d'un transfert urgent.

Dans la version originale, l'article 11, tel qu'il était alors, mentionnait que la sage-femme demeurerait responsable des soins à la femme ou à son enfant jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale. Votre commentaire en regard de cet article était à l'effet que nous n'étions pas habilitée à réglementer de la sorte.

En posant cette fois cette condition, nous croyons que la disposition réglementaire a sa place et permet d'offrir à la femme ou à son enfant une sécurité et une fiabilité nécessaires.

Les commentaires que nous avons déjà émis un peu plus haut en regard du *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* expliquent selon nous cette nécessité.

Évidemment, sur le plan pratique, nous savons que nous ne pourrions imposer aux ambulanciers la présence d'une sage-femme dans leur véhicule. Toutefois, cette situation mérite selon nous une réflexion et nous pourrions en discuter plus avant.

L'Annexe II a été précisé et après vérification auprès des sages-femmes, l'interprétation qu'elles donnent à cette liste est uniforme.

Finalement, nous désirons vous informer que l'Ordre des sages-femmes a préparé en juin 2001 deux documents de travail qui pour l'instant s'intitulent :

- ***L'accouchement à domicile : un choix éclairé***, document à l'intention de la clientèle
- ***Document d'encadrement pour les accouchement à domicile***, document à l'intention des sages-femmes

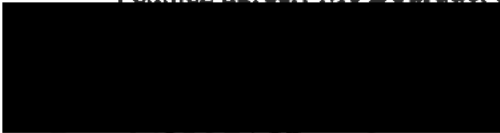
Ces documents de travail seront sous peu finalisés, car ces brochures d'informations devront être remises à toutes femmes qui viendront consulter une professionnelle sage-femme.

Il est bien sûr de notre intention de vous faire suivre cette documentation lorsqu'elle aura été finalisée.

Voilà qui complète cet envoi. Nous réitérons que pour tous et chacun de ces règlements, nous demeurons à votre disposition pour vous fournir tout commentaire ou précision que vous jugerez utile.

Si nous ne pouvons nous parler avant la fin de la présente année, nous profitons de cette occasion pour vous transmettre nos Meilleurs Vœux à l'occasion de Noël et du Nouvel An.

Veuillez agréer, Me Bourque, nos salutations distinguées.



JOANN ZAOR

/mg

p.j.

c.c. Me Louis M. Côté

Québec, le 4 mars 2002



Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur,

La présente fait suite à votre lettre du 22 janvier dernier relativement aux nouveaux projets de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile et de règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin, déterminés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec et transmis à votre organisme.

À cet effet, nous avons sollicité les avis de la Direction générale des affaires médicales et universitaires de même que ceux de la Direction des affaires juridiques afin d'apporter les commentaires et analyses pertinents à l'élaboration desdits règlements.

Par ailleurs, madame Christine Pakenham, responsable du dossier des sages-femmes au ministère, a rencontré mesdames Lucie Boissonneault et Dorothée-Anne Bourque, le 7 février dernier, dans le but d'orienter et de préciser la nature des avis requis.

Nous vous ferons parvenir nos commentaires dans les meilleurs délais possible.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

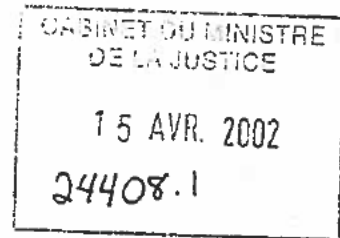
Le sous-ministre.

Pierre Gabrièle

N/Réf. : 01-MS-05843-01



Naissance Renaissance
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS



Montréal, le 10 avril 2002

Paul Bégin
Ministre de la Justice
Gouvernement du Québec
1200, route de l'Église, 9e étage
Québec, QC G1V 4M1

Objet : **Accouchement à domicile**

Monsieur Bégin,

Bientôt, l'Assemblée Nationale du Québec aura à se prononcer sur l'adoption du règlement concernant les normes de pratique lors d'accouchement à domicile de la Loi sur les sages-femmes. Cette loi, en vigueur depuis le 24 septembre 1999, reconnaît et légalise la profession sage-femme au Québec. Or, depuis l'adoption de la loi sur les sages-femmes, ces dernières ne peuvent pratiquer leur profession à domicile puisque le règlement, élaboré par l'Ordre des sages-femmes du Québec, doit préalablement être adopté par l'Assemblée nationale du Québec.

Savez-vous que c'est la première fois que l'on restreint les lieux de pratique d'une profession? Les lois professionnelles définissent les champs de pratique et les actes reliés à l'exercice de la profession mais pas les lieux de pratique. Les professionnels doivent être responsables de leurs actes, peu importe où ils exercent.

Savez-vous que cette attente limite, pour un temps indéterminé, l'Ordre des sages-femmes du Québec dans son rôle et dans sa mission de protection du public? Certaines femmes et familles choisissent malgré tout, après y avoir mûrement réfléchi, de mettre leur enfant au monde à domicile. Elles ne peuvent cependant bénéficier d'une assistance optimale alors que les sages-femmes du Québec ont toutes les compétences nécessaires pour soutenir ces femmes et ces familles dès maintenant. N'attendons pas qu'il y ait une tragédie pour enfin passer à l'action!

Savez-vous que les premières graduées du Baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières n'auront pas fait de stage clinique à domicile dans le cadre de leur formation, alors que cela fait partie de leur curriculum? La pratique de l'accouchement à domicile est essentielle dans la formation des futures sages-femmes non seulement au Québec mais dans de nombreuses formations à travers le monde.

Savez-vous que dans TOUTES les provinces canadiennes où les sages-femmes sont légales, elles peuvent aider les femmes qui choisissent le domicile comme lieu de naissance? Il en va de la fierté du peuple québécois de ne pas se sentir citoyennes et citoyens de deuxième classe ou défavorisés par rapport aux autres provinces canadiennes.

Savez-vous que de proclamer la pratique sage-femme à domicile illégale contribue à laisser croire à la population que c'est dangereux et cautionne, par le fait même, les interventions abusives du corps hospitalier? Le Québec a un taux de césarienne de 17% (en augmentation depuis 1995) alors que la Politique de périnatalité vise un taux entre 12% et 15% d'ici 2003. Bien d'autres interventions sont pratiquées inutilement et certaines nuisent à la santé des mères et des nouveau-nés. La population doit être informée objectivement sur les risques associés aux différents lieux de naissance. Ensuite, le choix revient aux femmes et aux familles!

Savez-vous que la pratique à domicile permet les mêmes interventions que celles pratiquées en maison de naissance. En effet, une sage-femme assistant un accouchement à domicile dispose du même matériel d'intervention en situation d'urgence qu'en maison de naissance (médicaments, oxygène, etc...). Rappelons que la pratique en maison de naissance a été rigoureusement évaluée et son aspect sécuritaire confirmé par les chercheurs.

Savez-vous que plusieurs études internationales démontrent clairement que l'accouchement à domicile est sécuritaire et qu'on dénote une augmentation significative de la morbidité et des interventions dans les groupes de femmes accouchant à l'hôpital?

Savez-vous que d'autoriser la pratique sage-femme à domicile représente une économie notable, à plus long terme, pour l'État? Une naissance à domicile permet d'économiser les coûts de fonctionnement du centre hospitalier et de la maison de naissance. De plus, la pratique sage-femme peut s'avérer une solution à la pénurie de médecins accoucheurs au Québec. Si plus de naissances normales avaient lieu à domicile avec des sages-femmes, cela permettrait aux obstétriciens de consacrer plus de temps aux accouchements à risque en milieu hospitalier.

Savez-vous que pour certaines femmes et familles au Québec, le domicile est l'endroit qui répond le mieux à leurs valeurs et à leurs besoins pour la naissance de leur enfant? Ce moment intime et sacré appartient aux femmes et aux familles. L'environnement joue un rôle capital dans le déroulement d'un accouchement et le domicile représente, pour certaines, l'endroit de choix pour un accouchement naturel, autonome et sécuritaire.

Par conséquent, la liberté des femmes et des familles quant au choix du lieu de naissance de leur enfant est brimée. Cette situation, qui perdure depuis plus de deux ans, met en péril la sécurité des bébés et des femmes qui choisissent leur domicile comme lieu de naissance puisqu'elles accouchent avec l'aide qu'elles peuvent trouver, sans l'accompagnement d'une professionnelle compétente. Il nous apparaît urgent de corriger cette situation, de respecter le droit des femmes et des familles de choisir le lieu de naissance de leur enfant et c'est dans cet esprit que nous vous demandons de faire tout ce qui est en votre pouvoir afin d'accélérer le processus d'adoption du règlement qui verra à réparer cette injustice faite aux femmes et aux familles du Québec.

Les femmes et les familles du Québec comptent donc sur votre appui pour faire respecter leur droit quant au choix du lieu de naissance et pour assurer leur sécurité en appuyant, sans délai, le règlement sur les normes de pratique lors d'accouchement à domicile. D'autre part, nous nous rendons disponible pour vous rencontrer et échanger avec vous sur le sujet.

Confiantes que vous porterez une attention particulière à ce dossier, nous vous prions d'agréer,
Monsieur Bégin, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le Comité Femmes-Sages-femmes,

[REDACTED]
Madame Roxanne Gendron, présidente
Regroupement Naissance-Renaissance,
coordonnateur du Comité Femmes-Sages-femmes

[REDACTED]
Monsieur Rénauld Bujold, président
Association pour la santé publique du Québec

[REDACTED]
Madame Bernadette Thibaudeau, présidente
Groupe MAMAN

[REDACTED]
Madame Manon Gauthier, présidente
Regroupement Les aspirantes sages-femmes

[REDACTED]
Madame Elizabeth Dreves, représentante
Regroupement des Maisons de naissance

[REDACTED]
Madame Lucie Hamelin, présidente
Regroupement Les sages-femmes du Québec

[REDACTED]
Madame Catherine Gerbelli, représentante des
Étudiantes au baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

2002 0915 -8



Montréal, le 23 avril 2002

Monsieur Jean-K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

**Objet : Adoption du règlement sur les normes de pratique et conditions
d'exercice lors d'accouchement à domicile**

Monsieur le Président,

Lors de la rencontre que nous avons eu au mois d'août dernier, vous nous aviez informé que l'adoption du *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile* pourrait avoir lieu au printemps. En décembre, nous apprenions qu'il devait bientôt paraître dans la *Gazette officielle*. Depuis février, plus de nouvelles.

Nous sommes inquiètes de ces nouveaux délais car les pressions se font de plus en plus fortes auprès de nos membres de la part des femmes et des familles qui veulent donner naissance à leur enfant à domicile. Voilà pourquoi nous nous adressons à vous aujourd'hui.

Nous désirons savoir où en est l'adoption de ce règlement. Quelle(s) étape(s) reste-t-il à franchir et quand pouvons-nous espérer répondre à ces demandes de plus en plus pressantes?

Nos membres et les familles faisant appel à leurs services comprennent mal que si notre mission première est d'assurer la protection du public, nous demandons constamment à nos membres de refuser de les aider à accoucher à domicile.

Nous sommes également très préoccupées des conditions extrêmes dans lesquelles ces familles se retrouvent. De plus en plus de couples, en désespoir de cause, décident d'accoucher seuls, sans assistance, comme à la fin des années 70. Actuellement, nous sommes sans doute le seul groupe au monde de sages-femmes reconnues qui doit

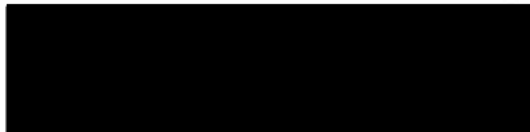
enjoindre ses membres à respecter un règlement leur interdisant de prêter assistance à des femmes souhaitant accoucher à domicile.

Nous vous rappelons que la définition internationale de la sage-femme, endossée par l'*Organisation mondiale de la Santé* et la *Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*, stipule que la sage-femme peut exercer à domicile. De plus, des recherches récentes continuent de démontrer que le domicile est un endroit sécuritaire pour des femmes en bonne santé dont la grossesse se déroule normalement.

Nous vous demandons de faire tout ce qui est nécessaire afin de pouvoir assurer sans délai, ces services attendus par la population.

Soyez assuré, Monsieur le Président, de notre entière collaboration quant à la protection du public et au maintien, par nos membres, de conditions d'exercice sécuritaires.

La présidente

A large black rectangular box redacting the signature of the president.

Raymonde Gagnon, s.f

2002 1744-8

Québec, le 25 juillet 2002

Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3



Monsieur,

La présente fait suite à votre demande d'avis ministériel sur les projets de *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile* et de *règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*, déterminés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec, après avis et recommandations de leur conseil consultatif.

À cet effet, nous avons sollicité les avis de la Direction générale des affaires médicales et universitaires de même que ceux de la Direction des affaires juridiques, afin d'apporter les commentaires et analyses pertinents à l'élaboration desdits règlements.

Les avis émis par ces directions poursuivent comme objectif de s'assurer que les accouchements à domicile se déroulent dans les meilleures conditions possibles. À cet égard, plusieurs questionnements restent en suspens concernant le *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose donc la mise sur pied d'un comité d'experts, notamment pour statuer sur les situations cliniques décrites dans les annexes jointes audit règlement.

De façon plus spécifique, vous trouverez ci-joint la majorité des commentaires émis dans les avis produits par les directions du Ministère. Une première partie concerne l'avis sur les aspects cliniques des règlements. Par la suite, les commentaires sont de nature juridique et viennent préciser les termes utilisés dans les différents articles des règlements présentés. Nous ajoutons, en tout dernier point, les éléments des *Recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes* relativement aux conditions d'exercice hors-centre hospitalier.

Nous espérons que ces commentaires et avis permettront de poursuivre les démarches entourant la publication de ces règlements. Nous tenons à vous assurer de notre collaboration dans ce dossier.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,


Pierre Gabrièle

1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 266-8989
Télécopieur : (418) 266-8990

Québec, le 7 octobre 2002

Monsieur Pierre Gabrièle, sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (québec) G1S 2M1

Monsieur le Sous-ministre,

Je donne suite à votre lettre du 25 juillet 2002 par laquelle vous me faites part des commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet des projets de règlements sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile et sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin. Je vous en remercie.

Je retiens de ces commentaires que les deux projets de règlements ont soulevé plusieurs questions de la part des directions concernées de votre ministère. Je comprends également que la consultation que vous projetez amorcer avec les spécialistes concernés a pour but d'éclaircir les différents points qui vous préoccupent.

Lors d'une récente rencontre avec les représentantes de l'Ordre des sages-femmes, j'ai évoqué la possibilité de saisir le conseil consultatif de l'Ordre des commentaires formulés par votre ministère.

En effet, la *Loi sur les sages-femmes* a institué un conseil consultatif qui doit, notamment, donner des avis et des recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles ou à l'Office des professions sur toute question que ceux-ci jugent opportun de soumettre au conseil concernant la profession de sage-femme.

Bureau du président

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912 ou 1 800-643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
courrier@opq.gouv.qc.ca

Il faut ici rappeler que ce conseil est formé de six membres nommés par le gouvernement, soit une sage-femme, deux médecins, une infirmière, un pharmacien et une représentante du public. Par sa composition et son mandat, le conseil consultatif nous apparaît donc tout désigné pour examiner, en tant que groupe expert, les préoccupations que le ministère de la Santé et des Services sociaux nous a transmises.

L'Ordre des sages-femmes a accueilli favorablement cette suggestion et je prévois prochainement rencontrer les membres du conseil consultatif à cet effet. Toutefois, il m'apparaîtrait utile et souhaitable que les membres du conseil consultatif puissent échanger avec les directions qui ont formulé des commentaires afin de s'assurer que toutes les préoccupations et les questions soulevées soient prises en compte dans l'avis du conseil consultatif. Si cette suggestion vous agréée, je transmettrai les noms de ces personnes dès qu'ils me seront communiqués.

Par ailleurs, le personnel de votre ministère pourra toujours compter sur la collaboration habituelle du personnel de l'Office et, plus spécifiquement dans ce dossier, sur celle de Mme Lucie Boissonneault et de M^{re} Dorothée-Anne Bourque.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous-ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Québec, le 8 octobre 2002

Monsieur François Legault
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Édifice Catherine-de-Longpré
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Projet de règlement sur les normes de pratique et les
conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile**

Monsieur le Ministre,

Le Protecteur du citoyen a reçu des plaintes de plusieurs citoyennes et citoyens et organismes qui dénoncent la lenteur du gouvernement à rendre effectives les dispositions de la Loi sur les sages-femmes, adoptée en juin 1999, concernant l'accouchement à domicile et en milieu hospitalier accompagné par une sage-femme. Ils soutiennent que trois ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la loi et que le règlement devant permettre et encadrer l'accouchement à domicile avec l'assistance d'une sage-femme n'est toujours pas adopté. Ils considèrent qu'il y a urgence d'agir pour mettre fin à l'état de clandestinité entourant l'accouchement à domicile.

Je suis informée que le Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes, composé de représentants des milieux médicaux, des ordres professionnels et de sages-femmes a déjà fait consensus sur une première version du projet de règlement qui a par la suite été transmis à l'Office des professions du Québec. Cet avis a été soumis à la consultation de votre ministère et il semble que le ministère demande la formation d'un autre comité d'experts pour répondre aux questions soulevées. Je comprends que ce projet de règlement touche plusieurs acteurs dont les approches du dossier peuvent être différentes et que l'obtention d'un consensus peut être difficile. Toutefois, je constate que trois ans après l'adoption de la loi, plusieurs étapes doivent encore être franchies avant la mise en vigueur du règlement permettant l'accouchement à domicile.

Je suis sensible à l'impatience manifestée par les plaignants pour qui l'accouchement à domicile est un choix légitime que le législateur a reconnu par l'adoption de dispositions législatives. Je suis d'avis que le législateur a aussi, de façon concrète, signifié son accord à permettre aux sages-femmes de faire des accouchements à domicile. Le retard à rendre ces dispositions effectives par l'adoption du règlement rend l'exercice du droit reconnu inopérant.

De plus, je constate que peu de femmes ont accès à une maison de naissance, leur nombre étant limité à six pour le Québec. La situation de ces femmes demeure préoccupante, puisqu'elles ne peuvent s'assurer de l'assistance professionnelle d'une sage-femme reconnue pouvant agir dans un climat sécuritaire pour la mère et l'enfant.

De même, le nombre limité de maisons de naissance conjugué à l'impossibilité pour les sages-femmes de pratiquer des accouchements à domicile rend l'insertion sur le marché du travail difficile pour les diplômées actuelles et futures du programme de formation de sages-femmes de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ainsi, le manque de débouchés se répercute sur l'intérêt des jeunes pour cette profession.

À titre de ministre responsable du dossier des sages-femmes, je vous invite à prendre les moyens pour que le processus d'adoption du projet de règlement se déroule avec célérité. Je prends l'initiative de transmettre copie de la présente au président de l'Office des professions du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La protectrice du citoyen,



Pauline Champoux-Lesage

PCL/FR/ab

c. c. : Monsieur Jean-K Samson
Président de l'Office des professions du Québec

Québec, le 25 octobre 2002

Madame Marlène Boily
Présidente du Conseil consultatif
Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Hélène, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 2K7

Madame la Présidente,

Lors de notre rencontre du 18 octobre 2002, j'ai eu l'opportunité d'échanger avec vous et les membres du Conseil consultatif sur le processus habituel de cheminement d'un règlement adopté par un ordre professionnel en vue de son approbation par le gouvernement, ainsi que du rôle du Conseil consultatif dans ce processus.

Nos discussions ont également porté sur les commentaires formulés par le ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet des projets de règlements sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile et sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Je retiens de nos discussions que les membres du Conseil consultatif sont disponibles pour examiner les commentaires du M.S.S.S. et apporter un éclairage à l'Office relativement aux questions qui y sont soulevées.

Par ailleurs, comme nous en avons convenu, dès que vous m'aurez communiqué les dates des prochaines rencontres du Conseil consultatif je veillerai à ce que les noms des personnes désignées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour échanger avec vous à ce sujet, vous soient transmis. Je joins à la présente, la lettre que j'ai adressée le 7 octobre 2002 à M. Pierre Gabrièle, sous-ministre, au ministère de la Santé et des Services sociaux à cet effet.

Je vous réitère ma satisfaction devant le travail accompli par le Conseil consultatif au Bureau de l'Ordre des sages-femmes. Le processus d'adoption réglementaire représente un dossier majeur pour tout ordre professionnel nouvellement créé et la contribution des membres du Conseil consultatif est importante et significative.

Soyez assurée que l'avis que le Conseil consultatif formulera à l'égard des commentaires reçus du ministère de la Santé et des Services sociaux sera d'un apport précieux pour le cheminement de ces deux règlements.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

p.j.

RsFQ

Regroupement
Les Sages-femmes
du Québec

Coll. DA DORIQUE

00000642



Montréal, le 19 novembre 2002

Monsieur François Legault,
Ministre de la Santé et des Services sociaux,
1075, chemin Sainte-Foy 15^e étage
Québec G1S 2M1,

Rép. L. BISSONNEAU It

Voilà près de dix ans maintenant que les sages-femmes du Québec expliquent aux femmes et aux couples qui veulent accoucher chez eux qu'ils doivent comprendre la situation et qu'ils doivent être patients. Il leur a fallu attendre l'instauration des projets-pilotes, attendre que l'expérimentation soit complétée, que l'Ordre des sages-femmes se mette en place, que le comité d'experts (le Conseil consultatif) fasse son travail, et enfin attendre que les instances en place arment les éléments nécessaires pour que le Règlement sur l'accouchement à domicile soit prêt à être publié et adopté.

Ce qui devait être fait l'a été. L'expérimentation des projet-pilotes a été concluante et depuis trois ans maintenant l'Ordre des sages-femmes a les leviers nécessaires pour veiller à la rigueur de l'agir professionnel afin de remplir sa mission première: protéger le public. Avec l'aide précieuse du Conseil consultatif, ce comité d'experts mandaté par la Loi sur les sages-femmes, l'Ordre a réussi à rendre le Règlement sur la pratique sage-femme à domicile prêt à être publié dans la Gazette officielle pour être ensuite adopté.

Les sages-femmes du Québec font confiance aux femmes et aux couples et depuis les débuts se sont engagées à soutenir leur capacité à décider. Or, si le gouvernement reconnaît depuis longtemps la compétence des parents et leur autonomie (Politique de périnatalité, 1993), et qu'il reconnaît aussi la pertinence sociale de la profession sage-femme, il devrait en même temps pouvoir démontrer concrètement sa confiance autant dans les uns que dans les autres.

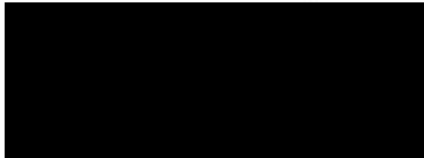
Il ne s'agit pas ici de faire prévaloir ses opinions personnelles au sujet de l'accouchement à la maison. Cependant, force est de constater que tous les mécanismes pour contrôler les conduites arbitraires ou idéologiques, sont en place.

Il y a donc de moins en moins de raisons pour justifier les délais de la non-accessibilité des sages-femmes aux futurs parents qui veulent accoucher chez eux. Une telle conduite professionnelle n'est d'ailleurs pas soutenue par les mêmes instances ailleurs au Canada et même internationalement.

En fait, il est surtout important de comprendre que les délais actuels de procédures par rapport à l'adoption du Règlement sur l'accouchement à domicile font que pour les sages-femmes du Québec, il devient éthiquement non acceptable de continuer à soutenir une attitude de non assistance aux futurs parents.

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec s'attend donc à l'aboutissement normal d'un long processus de reconnaissance ainsi que la concrétisation d'une confiance dans les sages-femmes, les femmes et les couples, par la publication du Règlement sur l'accouchement à domicile ainsi que son adoption.

Respectueusement,



Céline Lemay
Présidente

- c.c.
- Monsieur Normand Jutras, ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des lois professionnelles,
 - Madame Linda Goupil, ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'enfance et ministre responsable de la Condition féminine,
 - ✓ -Monsieur Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec,
 - Madame Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Madame Madeleine Boily, présidente du Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Madame Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population,
 - Madame Huguette Boilard, Université du Québec à Trois-Rivières, responsable de programme, Baccalauréat en pratique sage-femme,
 - Madame Line Lévesque, regroupement Naissance-Renaissance,
 - Monsieur Jacques Laurion, d.g. CLSC Côte-des-Neiges,
 - Monsieur André Gagnière, d.g. CLSC Lac-Saint-Louis,
 - Madame Michelle Collard, d.g. Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert,
 - Monsieur Denis Lalumière, d.g. CLSC de la Région-Sherbrookoise,
 - Madame Claudette Gatién, d.g. CLSC et CHSLD de Gatineau,
 - Madame Isabelle Malo, d.g. Centre mitissien de santé et de services communautaires,
 - Madame Marleen Dehertog, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance Côte-des-Neiges,
 - Madame Christiane Léonard, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance CLSC Lac-Saint-Louis,
 - Madame Raymonde Gagnon, responsable du Conseil sage-femme, Maison de -naissance Mimosa
 - Madame Christine Roy, responsable du Conseil sage-femme, Centre de maternité de l'Estrie,
 - Madame Margaret Moïse, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance de l'Outaouais,
 - Madame Christine St-Onge, responsable du Conseil sage-femme, Maison de naissance Colette-Julien.

Direction générale des services à la population
Bureau de la sous-ministre adjointe

Québec, le 22 novembre 2002



Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur le Président,

La présente fait suite à votre lettre du 7 octobre dernier relativement aux commentaires émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les projets de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile et de règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin, déterminés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec et transmis à votre organisme.

À cet égard, je partage votre avis sur le fait que le Conseil consultatif institué au sein de l'Ordre des sages-femmes pourrait pertinemment répondre aux interrogations formulées par le Ministère à l'égard desdits règlements, les six membres qui le composent ayant été nommés notamment pour leurs connaissances et leur expertise professionnelle dans les domaines liés à la profession de sage-femme.

Donnant suite à votre demande, je vous transmets les noms de mesdames Christine Pakenham, conseillère aux programmes à la Direction de la santé physique, et Sylvie Bernier, directrice de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique. Vous pourrez les rejoindre respectivement au [REDACTED] et [REDACTED].

Par ailleurs, la résultante de ces travaux s'inscrit dans la perspective de développement des services de sages-femmes au Québec et je crois qu'elle répondra aux besoins des femmes et des familles dans leur choix du lieu et de l'approche pour vivre la naissance de leur enfant en toute sécurité.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La sous-ministre adjointe,

[REDACTED]

Renée Lamontagne

N/Réf. : 02-MS-04768-01

GR O U P E

m a m a n

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*

CABINET DU MINISTRE
DE LA JUSTICE

26 NOV. 2002

000 388

Montréal, le 22 novembre 2002

Monsieur François Legault, Ministre de la Santé et des Services sociaux
Monsieur Jean-K. Samson, Président de l'Office des professions du Québec
Madame Raymonde Gagnon, Présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Nous désirons vous rappeler que les parents du Québec qui attendent un enfant ne peuvent toujours pas obtenir l'assistance d'une sage-femme lors d'un accouchement à domicile, alors que la *Loi sur les sages-femmes* leur en donne le droit.

Il y a trois ans, en juin 1999, le gouvernement du Québec adoptait la *Loi sur les sages-femmes*. À l'issue de plus de vingt ans de demandes continues de la part des femmes, de nombreuses études gouvernementales, d'une commission parlementaire et de plusieurs années d'expérimentation dans le cadre de projets-pilotes, l'État québécois reconnaissait enfin les sages-femmes et leur pratique spécifique, en même temps que l'exercice de leur profession dans les divers lieux d'accouchement, soient la maison de naissance, le domicile et le centre hospitalier.

Cependant, trois années se sont écoulées depuis l'adoption de la Loi et le processus d'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile piétine. La situation est urgente. Nous vous rappelons qu'il y a actuellement des parents qui sont contraints de vivre leur accouchement à la maison sans l'assistance professionnelle d'une sage-femme alors que ce serait leur choix, que ce service existe, qu'il est disponible et économique pour notre système de santé.

Alors que la profession de sage-femme est légalisée et que l'Ordre des sages-femmes du Québec a dûment produit un règlement pour encadrer la pratique à domicile, l'adoption de ce règlement tourne en rond. Nous nous considérons lésées dans notre droit de donner naissance à nos enfants dans les conditions qui nous conviennent et qui sont reconnues comme sécuritaires. Cette situation est d'autant plus injustifiée que ce que nous réclamons est reconnu et légitime un peu partout dans le monde, notamment pas plus loin que chez nos voisines ontariennes. Au Québec même, les méta-analyses invoquées par le Conseil d'évaluation des projets-pilotes ajoutaient leur voix en faveur de la sécurité de l'accouchement à domicile. Pourquoi le gouvernement paît-il des chercheurs pour produire de coûteux rapports et études pour ensuite ignorer leurs recommandations ?

Nous sommes outrées d'assister aux manœuvres visant à ce que le règlement sur la pratique des sages-femmes à domicile s'embourbe de plus en plus profondément. Non seulement avons-nous dû accepter contre notre gré la création d'un Conseil consultatif greffé à l'Ordre des sages-femmes, Conseil qui nous semble n'être qu'un levier déguisé pour exercer une tutelle, mais voilà qu'en plus, on fait appel à un conseil d'experts composé exclusivement de médecins ! Qu'est-ce qui justifie ce recours ? Il s'agit là d'un abus de pouvoir de la part du ministère de la Santé qui fait entorse au processus d'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile, tel que prévu par la *Loi sur les sages-femmes*. De plus, en tant qu'usagères de services sages-femmes, nous n'acceptons pas que cette profession au caractère unique, qui définit notamment son approche en remettant en question la vision médicale de l'accouchement, soit examinée et analysée par des experts médecins dont l'avis en déterminera ou en influencera les critères de pratique.

Nous n'acceptons pas non plus de n'être nullement consultées, alors que nous serons tributaires de ce fameux règlement qui perd de plus en plus notre adhésion en devenant sans cesse plus restrictif au fil des consultations dont il est l'objet. Nous, et d'autres femmes avant nous qui partageaient les mêmes vues, avons réclamé la légalisation de la profession de sage-femme pour nous donner un moyen de nous réapproprier notre maternité et nos accouchements. Nous avons voulu cette profession auto gérée et indépendante du corps médical, ce qui a été reconnu et mis en place. N'était-ce que de la poudre aux yeux ? Qu'est-ce que cette ingérence médicale vient maintenant faire à notre domicile où nous voulons accueillir une sage-femme pour nous assister ?

Nous ne comprenons pas que le gouvernement tarde tant à régler cette question et qu'il ne semble pas réaliser que les principales intéressées se trouvent dans la position de David contre Goliath. Nous ne sommes pas sans savoir que le principal obstacle qui se dresse sur le chemin est la profession médicale. Les médecins interfèrent dans la gestion de la naissance comme si cet événement leur appartenait. Nos moyens pour faire entendre notre voix ne se comparent pas aux leurs et ce n'est ni avec d'importantes ressources financières, ni avec le pouvoir acquis grâce à une profession essentielle que nous nous adressons à vous ; c'est avec nos convictions profondes, avec l'énergie de femmes qui se sentent abusées et celle qu'il nous reste une fois nos obligations familiales et professionnelles remplies. Abusées, le terme semble fort ? N'empêche que c'est ainsi, abusées dans leurs droits, que se sentent les familles qui ne peuvent accoucher chez elles avec leur sage-femme.

Devant les multiples délais qui retardent sans cesse l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile, les familles québécoises ont été plus que patientes. Les tergiversations ont assez duré. Il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour permettre aux parents de donner naissance à leur enfant dans le lieu qui leur convient le mieux, là où ils se sentent le plus à l'aise, là où la femme se sent le plus en confiance et le plus libre d'enfanter à sa façon et ce, assistée par la professionnelle de son choix, la sage-femme.

Par conséquent, nous vous demandons de poser les gestes nécessaires au déblocage immédiat de ce dossier afin de vous conformer dès maintenant à la Loi sur les sages-femmes (que votre gouvernement a lui-même adoptée) en ce qui concerne l'accouchement à domicile.

Au nom des membres du Groupe MAMAN, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués

Bernadette Thibault, Présidente du Groupe MAMAN
4985, rue Dornal, Montréal, Québec H3W 1W1

C.c. : ✓ Monsieur Normand Jutras, ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des lois professionnelles,
Madame Linda Goupil, ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'enfance et ministre responsable de la Condition féminine
Madame Pauline Champoux-Lesage, Protectrice du citoyen
Madame Marlène Boily, présidente du Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec
Madame Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population
Mme Sylvie Fortin, responsable des programmes famille-enfance-jeunesse de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Madame Céline Lemay, présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec
Madame Annita Amoroso, présidente du Regroupement Naissance-Renaissance

GROUPE

m a m a n

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*

Informations complémentaires à propos du Groupe MAMAN

Nous sommes en grande majorité des femmes ayant utilisé les services des sages-femmes dans les maisons de naissance depuis l'époque des projets pilotes. Notre organisme sans but lucratif est né en 1995, il s'est incorporé en 1996 et nous regroupons près de 200 membres dans les différentes régions du Québec.

Un de nos objectifs est de faire connaître la pratique des sages-femmes, notamment par le biais de nos expériences, parce que nous croyons qu'elles offrent un service essentiel qui répond aux besoins et aux exigences d'un nombre toujours croissant de femmes et de couples. Nous avons apprécié notre expérience, et avons envie de répandre la bonne nouvelle!

En 1997, nous avons organisé 11 groupes de discussion à travers les 6 maisons de naissance du Québec afin de dresser le bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes. L'opération bilan a fourni l'occasion pour les femmes d'exprimer massivement leur point de vue sur le droit des femmes au choix du lieu où elles donneront naissance à leur enfant. En effet, à l'unanimité, les participantes ont entériné la déclaration suivante :

"Les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement doivent avoir la liberté d'accoucher dans le lieu de leur choix et avec qui elles le désirent, y compris à domicile."

La Philosophie

Les valeurs promues par les membres du Groupe MAMAN se fondent sur la reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme **processus naturels** et comme **expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles**.

Lorsque la femme est maîtresse d'œuvre de son accouchement, qu'elle est soutenue et encouragée plutôt que prise en charge, elle se découvre des compétences et une force insoupçonnées tout en se donnant la meilleure initiation qui soit à son rôle de mère.

L'accouchement est une expérience déterminante; une occasion de grandir, une expression de la puissance des femmes, un geste de création et d'accueil à la vie.

La suite naturelle, c'est le lien physique qui se poursuit dans l'intimité de la relation d'allaitement. Bien plus qu'un mode d'alimentation, l'allaitement favorise l'attachement et offre sécurité, chaleur et ...une savoureuse dose d'amour!

Pour information : Sylvie Louise Desrochers
Secrétaire du Groupe Maman
10015, rue Laverdure
Montréal, Québec H3L 2L2
Tél. : 514 384-9691



Naissance Renaissance
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS

CABINET DU MINISTRE
DE LA JUSTICE

09 DEC. 2002

070 555

Montréal, le 5 décembre 2002

Monsieur François Legault
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : L'accouchement à domicile c'est le choix des femmes.
L'adoption du règlement c'est la responsabilité de votre gouvernement.

Monsieur le Ministre,

Nous vous écrivons aujourd'hui pour vous signifier notre profonde consternation au sujet du retard dans l'adoption du règlement concernant les normes de pratique lors d'accouchement à domicile de la Loi sur les sages-femmes. Les femmes et les familles vous ont demandé à maintes reprises de porter une attention spéciale sur ce dossier pour vous assurer qu'elles puissent choisir d'accoucher à domicile en sécurité avec l'aide des sages-femmes. Nous comptons sur vous pour prendre le temps de nous répondre et de nous expliquer clairement les raisons qui freinent le processus d'adoption du règlement.

Le Regroupement provincial Naissance Renaissance travaille depuis plus de vingt ans à l'humanisation de la naissance et des services en périnatalité et agit à titre de porte-parole accrédité des femmes et des familles pour faire reconnaître leurs droits et leurs besoins lors de la grossesse, de la naissance et de la première année de vie de l'enfant.

Force de changement social, il est composé de près de quarante groupes communautaires autonomes répartis dans treize régions du Québec. De plus, il est porte-parole de la Coalition pour la pratique sage-femme et coordonne les actions du comité Femmes-Sages-femmes.

La loi sur les sages-femmes, en vigueur depuis le 24 septembre 1999, reconnaît et légalise la profession sage-femme au Québec. Or, depuis l'adoption de la loi sur les sages-femmes, ces dernières ne peuvent pratiquer leur profession à domicile puisque le règlement, élaboré par l'Ordre des sages-femmes au Québec, doit préalablement être adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Trois ans plus tard, nous apprenons que le règlement, après avoir cheminé tel que le prévoit la loi, est retourné au Conseil consultatif de l'OSFQ pour révision. Ceci nous apparaît trop long et les femmes attendent encore pour les services.

Dans toutes les provinces canadiennes où les sages-femmes sont légalement reconnues, elles peuvent aider les femmes qui choisissent le domicile comme lieu de naissance? Il en va de la fierté du peuple québécois de ne pas se sentir citoyennes et citoyens de deuxième classe ou défavorisés par rapport aux autres provinces canadiennes. Nous souhaitons connaître vos intentions pour les prochains mois dans ce dossier. Soyez assuré de notre détermination à agir pour faire en sorte que la liberté des femmes et des familles du Québec quant au choix du lieu de naissance de LEUR enfant soit respectée.

Cette situation perdure depuis trop longtemps. Nous vous demandons de faire tout ce qui est en votre pouvoir pour réparer cette injustice faite aux femmes et aux familles du Québec.

Dans l'attente de réponses satisfaisantes, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.



Annita Amoroso
Présidente
Regroupement Naissance-Renaissance

p.j. : Liste des groupes membres du Regroupement Naissance-Renaissance, liste des membres du comité Femmes-Sages-femmes, listes des membres de la Coalition pour la pratique sage-femme

c.c. :

Madame Linda Goupil, ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'enfance et ministre responsable de la Condition féminine,

Madame Pauline Marois, Vice-première ministre, ministre d'État à l'Économie et aux finances,

Monsieur Normand Jutras, ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des lois professionnelles,

Monsieur Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec,

Madame Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec,

Madame Madeleine Boily, présidente du Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec,

Madame Fernande Rousseau, Protectrice du citoyen,

Madame Huguette Boilard, Université du Québec à Trois-Rivières, responsable de programme, Baccalauréat en pratique sage-femme,

Madame Céline Lemay présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec,

Madame Bernadette, présidente du Groupe MAMAN
Thibaudeau



Naissance Renaissance
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS

LISTE DES MEMBRES

1. Allaitement Sein-pathique, Iles-de-la-Madeleine, région de la Gaspésie (11)
2. Allaitement-Soleil inc., Shawinigan région Mauricie/Bois-Francis (04)
3. Alternative Naissance, Montréal, région de Montréal (06)
4. Association Éveil Naissance, Roberval, région Saguenay/Lac St-Jean (02)
5. Carrefour Naissance-Famille du Bas-Richelieu, Sorel, région Montérégie (16)
6. Centre de ressources pour la naissance, Trois-Rivières, région Mauricie/Bois-Francis (04)
7. Centre périnatal Le Berceau, Beloeil, région Montérégie (16)
8. Chantelait, Ancienne-Lorette, région de Québec (03)
9. Collectif de Sept-Iles pour la santé des femmes, Sept-Iles, régions Côte Nord (09)
10. Collectif les Accompagnantes (Les) de Québec, région de Québec (03)
11. Comité aviseur Maison des naissances Colette-Julien, Mont-Joli, région Bas St-Laurent (01)
12. Comité de parents du Mimosa, région Chaudière-Appalache (12)
13. Conscience Prénatale, région des Laurentides (11)
14. Entraide Maternelle du Richelieu inc. Chambly, région de la Montérégie (16)
15. Entraide Naturo-lait, Québec, région de Québec (03)
16. Groupe d'entraide aux nouveaux parents, St-Tite, région Mauricie/Bois-Francis (04)
17. Groupe Les Relevailles de Québec, région de Québec (03)
18. Groupe MAMAN, (groupe provincial)
19. La Ligue La Leche, (regroupement provincial)
20. Maison des Familles chemin du Roi, Trois-Rivières Ouest, région Mauricie (04)
20. Maison de naissance des Laurentides, St-Jérôme, région Laurentides (15)
21. Maison de la famille du Nord, St-Jovite, région Laurentides (15)
22. Maison Pause-Parents, St-Jérôme, région des Laurentides (15)
23. Marraïne d'allaitement maternel (MAM), St-Hubert, région Montérégie (16)
24. Marraïne Tendresse, Ste-Thérèse, région des Laurentides (15)
25. Maternaide du Québec, Trois-Rivières, région Mauricie/Bois-Francis (04)
26. Mère-Contact, St-Romuald, région Chaudière-Appalaches (12)
27. Mères Veilleuse de Laval, région Laval (13)
28. Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides, Mont-Laurier, région des Laurentides (15)
29. Naissance-Renaissance de l'Estrie, Sherbrooke, région de Sherbrooke (05)
30. Naissance-Renaissance Outaouais, Gatineau, région de l'Outaouais (07)
31. Nourri-source, région de Montréal, (06)
32. Par Amour pour Marie-France, Repentigny, région Lanaudière (14)
33. Parensenble, Dolbeau-Mistassini, région Saguenay Lac St-Jean (02)
34. Parents-Ressources des Bois-Francis, Victoriaville, région Mauricie/Bois-Francis (04)
35. Relevailles (Les) de Montréal, région de Montréal (06)
36. Ressources Familles Manicouagan, Baie-Comeau, région Côte-Nord (09)
37. Société d'aide à l'enfance de Laval ouest, Laval, région Laval (13)
38. SOS Grossesse, Québec, région de Québec (03)



Naissance Renaissance
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS

COMITÉ FEMMES-SAGES-FEMMES

Annita Amoroso
Présidente
Regroupement Naissance-Renaissance

Jocelyne Bellemare
Conseil d'administration
Regroupement Naissance-Renaissance

Julie Bouchard
Chargée de projet en périnatalité
Association pour la santé publique du Québec

Sylvie Louise Desrochers
Secrétaire
Groupe Maman

France Dufort
CÉMA

Lorraine Fontaine Coordonnatrice du Comité Femmes-Sages-femmes
Coordonnatrice de dossiers politiques
Regroupement Naissance-Renaissance

Catherine Gerbelli
Représentante Étudiantes Sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Lucie Hamelin
Regroupement des Sages-femmes du Québec

Céline Lemay
Présidente
Regroupement Les Sages-femmes du Québec



LISTE DES MEMBRES DE LA COALITION POUR LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Le Regroupement Naissance-Renaissance

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec

Le Regroupement des maisons de naissance du Québec

La Fédération des unions de famille

Les Cercles des fermières du Québec

L'AFEAS

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

La Fédération des femmes du Québec

L'Association pour la santé publique du Québec

La Fédération du Québec pour le planning des naissances

L'R des centres de femmes du Québec



Québec, le 18 décembre 2002

Madame Bernadette Thibaudeau
Présidente
Groupe MAMAN
4985, rue Dornal
Montréal (Québec) H3W 1W1

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

N/D : 3210-23-24

Madame la Présidente,

La présente fait suite à votre lettre du 22 novembre dernier, adressée à la présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec, au ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'à moi-même.

Comme vous le rappelez dans cette lettre, la *Loi sur les sages-femmes*, adoptée en 1999, prévoit que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement adopté par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes. Cette mesure vise à assurer la sécurité des femmes qui accoucheront à domicile tout en leur permettant d'effectuer un choix éclairé à ce sujet, grâce à l'établissement à l'avance d'un encadrement complet et adéquat.

En raison de ses impacts importants, ce règlement est soumis à une procédure faisant appel au point de vue de plusieurs intervenants. Outre l'Ordre des sages-femmes, le Conseil consultatif, l'Office des professions, le ministère de la Justice et, en dernier ressort, le gouvernement sont donc appelés à se prononcer d'après leur champ d'expertise respectif sur l'encadrement prévu à l'égard de l'accouchement à domicile.

Il importe par ailleurs de rappeler que le cheminement d'un règlement tel que celui qui vous préoccupe s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'autorisation gouvernementale. Dans un tel cas, il est de saine pratique au sein de l'administration publique de s'assurer que les ministres concernés aient eu l'opportunité d'échanger leurs points de vue et d'identifier et de résoudre les difficultés, s'il en est, que risque de poser l'étude d'un projet de règlement, avant qu'il ne soit porté à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres.

...2

Dans le cas qui vous préoccupe, la démarche de l'Office visant à associer les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit non seulement dans ce cadre d'échanges mais en continuité du partenariat établi entre le ministre responsable de l'application des lois professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux depuis la création de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*.

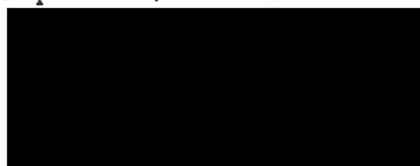
Vous savez sans doute qu'à l'occasion de cette consultation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a soulevé plusieurs interrogations quant à certains éléments précis du règlement. Ces interrogations ont été transmises non pas à un groupe d'experts médecins, comme votre lettre le laisse entendre, mais au Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes qui, de l'avis de tous, est susceptible par sa composition et son expertise d'apporter à l'égard du règlement tous les éclaircissements requis.

Je vous souligne enfin qu'avant d'être approuvé par le gouvernement, le règlement fera l'objet d'une publication à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* et d'une consultation publique de 45 jours au cours desquels tous les intéressés auront l'occasion de faire valoir leurs commentaires.

Vous pouvez donc constater qu'aucune modalité particulière de consultation n'a été mise en place dans le cheminement du règlement à l'étude. Toutes ces étapes d'un processus qui peut parfois sembler engendrer des délais n'ont pas pour objectif de minimiser le travail effectué par chaque instance mais bien de permettre au gouvernement d'avoir une vision complète de tous les aspects en jeu au moment de l'approbation du règlement.

Je souhaite en terminant que ces quelques éléments d'information sauront vous rassurer sur le cheminement du règlement et sur les intentions des différents intervenants.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/gp



Québec, le 20 décembre 2002

Madame Annita Amoroso
Présidente
Regroupement Naissance-Renaissance
110, rue Ste-Thérèse, bureau 201
Montréal (Québec) H2Y 1E6

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

N/D : 3210-23-24

Madame la Présidente,

La présente fait suite à votre lettre du 5 décembre dernier, adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux et dont vous m'avez transmis copie.

Comme vous le rappelez dans cette lettre, la *Loi sur les sages-femmes*, adoptée en 1999, prévoit que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement adopté par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes. Cette mesure vise à assurer la sécurité des femmes qui accoucheront à domicile tout en leur permettant d'effectuer un choix éclairé à ce sujet, grâce à l'établissement à l'avance d'un encadrement complet et adéquat.

En raison de ses impacts importants, ce règlement est soumis à une procédure faisant appel au point de vue de plusieurs intervenants. Outre l'Ordre des sages-femmes, le Conseil consultatif, l'Office des professions, le ministère de la Justice et, en dernier ressort, le gouvernement sont donc appelés à se prononcer d'après leur champ d'expertise respectif sur l'encadrement prévu à l'égard de l'accouchement à domicile.

Il importe par ailleurs de rappeler que le cheminement d'un règlement tel que celui qui vous préoccupe s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'autorisation gouvernementale. Dans un tel cas, il est de saine pratique au sein de l'administration publique de s'assurer que les ministres concernés aient eu l'opportunité d'échanger leurs points de vue et d'identifier et de résoudre les difficultés, s'il en est, que risque de poser l'étude d'un projet de règlement, avant qu'il ne soit porté à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres.

...2

Dans le cas qui vous préoccupe, la démarche de l'Office visant à associer les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit non seulement dans ce cadre d'échanges mais en continuité du partenariat établi entre le ministre responsable de l'application des lois professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux depuis la création de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*.

Vous savez sans doute qu'à l'occasion de cette consultation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a soulevé plusieurs interrogations quant à certains éléments précis du règlement. Ces interrogations ont été transmises au Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes qui, de l'avis de tous, est susceptible par sa composition et son expertise d'apporter à l'égard du règlement tous les éclaircissements requis.

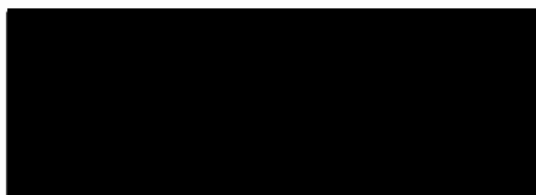
Je vous souligne enfin qu'avant d'être approuvé par le gouvernement, le règlement fera l'objet d'une publication à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* et d'une consultation publique de 45 jours au cours desquels tous les intéressés auront l'occasion de faire valoir leurs commentaires.

Vous pouvez donc constater qu'aucune modalité particulière de consultation n'a été mise en place dans le cheminement du règlement à l'étude. Toutes ces étapes d'un processus qui peut parfois sembler engendrer des délais n'ont pas pour objectif de minimiser le travail effectué par chaque instance mais bien de permettre au gouvernement d'avoir une vision complète de tous les aspects en jeu au moment de l'approbation du règlement.

Je souhaite en terminant que ces quelques éléments d'information sauront vous rassurer sur le cheminement du règlement et sur les intentions des différents intervenants.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv



Québec, le 20 décembre 2002

Madame Pauline Champoux-Lesage
Le protecteur du citoyen
525, boul. René-Lévesque Est, bureau 1.25
Québec (Québec) G1R 5Y4

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

N/D : 3210-23-24

Madame,

La présente fait suite à votre lettre du 8 octobre dernier, adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux et dont vous m'avez transmis copie.

Comme vous le rappelez dans cette lettre, la *Loi sur les sages-femmes*, adoptée en 1999, prévoit que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement adopté par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes. Cette mesure vise à assurer la sécurité des femmes qui accoucheront à domicile tout en leur permettant d'effectuer un choix éclairé à ce sujet, grâce à l'établissement à l'avance d'un encadrement complet et adéquat.

En raison de ses impacts importants, ce règlement est soumis à une procédure faisant appel au point de vue de plusieurs intervenants. Outre l'Ordre des sages-femmes, le Conseil consultatif, l'Office des professions, le ministère de la Justice et, en dernier ressort, le gouvernement sont donc appelés à se prononcer d'après leur champ d'expertise respectif sur l'encadrement prévu à l'égard de l'accouchement à domicile.

Il importe par ailleurs de rappeler que le cheminement d'un règlement tel que celui qui vous préoccupe s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'autorisation gouvernementale. Dans un tel cas, il est de saine pratique au sein de l'administration publique de s'assurer que les ministres concernés aient eu l'opportunité d'échanger leurs points de vue et d'identifier et de résoudre les difficultés, s'il en est, que risque de poser l'étude d'un projet de règlement, avant qu'il ne soit porté à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres.

...2

Dans le cas qui vous préoccupe, la démarche de l'Office visant à associer les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit non seulement dans ce cadre d'échanges mais en continuité du partenariat établi entre le ministre responsable de l'application des lois professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux depuis la création de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*.

Vous savez sans doute qu'à l'occasion de cette consultation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a soulevé plusieurs interrogations quant à certains éléments précis du règlement. Ces interrogations ont été transmises au Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes qui, de l'avis de tous, est susceptible par sa composition et son expertise d'apporter à l'égard du règlement tous les éclaircissements requis.

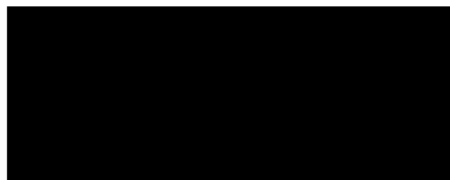
Je vous souligne enfin qu'avant d'être approuvé par le gouvernement, le règlement fera l'objet d'une publication à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* et d'une consultation publique de 45 jours au cours desquels tous les intéressés auront l'occasion de faire valoir leurs commentaires.

Vous pouvez donc constater qu'aucune modalité particulière de consultation n'a été mise en place dans le cheminement du règlement à l'étude. Toutes ces étapes d'un processus qui peut parfois sembler engendrer des délais n'ont pas pour objectif de minimiser le travail effectué par chaque instance mais bien de permettre au gouvernement d'avoir une vision complète de tous les aspects en jeu au moment de l'approbation du règlement.

Je souhaite en terminant que ces quelques éléments d'information sauront vous rassurer sur le cheminement du règlement et sur les intentions des différents intervenants.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv

Québec, le 20 décembre 2002

Madame Céline Lemay
Présidente
Regroupement Les Sages-Femmes du Québec
6555, chemin de la Côte-des-Neiges, bureau 442
Montréal (Québec) H3S 2A6

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

N/D : 3210-23-24

Madame la Présidente,

La présente fait suite à votre lettre du 19 novembre dernier, adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux et dont vous m'avez transmis copie.

Comme vous le rappelez dans cette lettre, la *Loi sur les sages-femmes*, adoptée en 1999, prévoit que les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur d'un règlement adopté par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes. Cette mesure vise à assurer la sécurité des femmes qui accoucheront à domicile tout en leur permettant d'effectuer un choix éclairé à ce sujet, grâce à l'établissement à l'avance d'un encadrement complet et adéquat.

En raison de ses impacts importants, ce règlement est soumis à une procédure faisant appel au point de vue de plusieurs intervenants. Outre l'Ordre des sages-femmes, le Conseil consultatif, l'Office des professions, le ministère de la Justice et, en dernier ressort, le gouvernement sont donc appelés à se prononcer d'après leur champ d'expertise respectif sur l'encadrement prévu à l'égard de l'accouchement à domicile.

Il importe par ailleurs de rappeler que le cheminement d'un règlement tel que celui qui vous préoccupe s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'autorisation gouvernementale. Dans un tel cas, il est de saine pratique au sein de l'administration publique de s'assurer que les ministres concernés aient eu l'opportunité d'échanger leurs points de vue et d'identifier et de résoudre les difficultés, s'il en est, que risque de poser l'étude d'un projet de règlement, avant qu'il ne soit porté à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres.

...2

Dans le cas qui vous préoccupe, la démarche de l'Office visant à associer les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit non seulement dans ce cadre d'échanges mais en continuité du partenariat établi entre le ministre responsable de l'application des lois professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux depuis la création de la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes*.

Vous savez sans doute qu'à l'occasion de cette consultation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a soulevé plusieurs interrogations quant à certains éléments précis du règlement. Ces interrogations ont été transmises au Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes qui, de l'avis de tous, est susceptible par sa composition et son expertise d'apporter à l'égard du règlement tous les éclaircissements requis.

Je vous souligne enfin qu'avant d'être approuvé par le gouvernement, le règlement fera l'objet d'une publication à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* et d'une consultation publique de 45 jours au cours desquels tous les intéressés auront l'occasion de faire valoir leurs commentaires.

Vous pouvez donc constater qu'aucune modalité particulière de consultation n'a été mise en place dans le cheminement du règlement à l'étude. Toutes ces étapes d'un processus qui peut parfois sembler engendrer des délais n'ont pas pour objectif de minimiser le travail effectué par chaque instance mais bien de permettre au gouvernement d'avoir une vision complète de tous les aspects en jeu au moment de l'approbation du règlement.

Je souhaite en terminant que ces quelques éléments d'information sauront vous rassurer sur le cheminement du règlement et sur les intentions des différents intervenants.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv

**CONSEIL CONSULTATIF
DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC**

**RÉPONSE
RELATIVE AU DOCUMENT :**

**AVIS DU MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
SUR LES DEUX RÈGLEMENTS
PRODUITS PAR
L'ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC**

**Document préparé par
Johanne Gagnon pour le Conseil consultatif**

janvier 2003

Réponse du Conseil Consultatif au MSSS, relativement aux préoccupations exprimées dans le document «Avis du Ministère de la Santé et des Services Sociaux sur deux projets de règlements produits par l'Ordre des Sages-Femmes du Québec».

L'avis du ministère sur ces projets de règlements, était exprimé dans une lettre adressée au Président de l'Office des Professions Monsieur Jean K. Samson par le sous-ministre Pierre Gabrièle en date du 25 juillet 2002¹.

Afin de permettre au lecteur de faire la correspondance entre le document «Avis du Ministère de la Santé et des Services Sociaux» et la réponse du Conseil Consultatif, la structure employée dans le texte qui suivra reproduit l'organisation du document produit par le Ministère, soit:

Partie I : ARTS CLINIQUE

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME².

1. La nature des cas nécessitant un transfert
2. Le transfert de responsabilité
3. le texte du règlement

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE.³

Partie II : ARTS JURIDIQUE

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Partie III : RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES SUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Les questions ou commentaires inscrits dans l'avis du Ministère sont annoncés par la lettre Q (question) ou la lettre C (commentaire) et transcrits en italique.

La lettre R (réponse), précède l'avis du Conseil Consultatif sur la question ou le commentaire transcrit au paragraphe précédent.

¹ Il s'agit ici des projets de règlements adoptés par le Bureau de l'OSFQ en date du 06/12/01 et acheminés au MSSS par l'OPQ le 22/01/02

² ART. 5 (3) LSFQ

³ ART. 5 (2) LSFQ

RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS**RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS
NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE
LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME****1. La nature des cas nécessitant un transfert**

Q : *Annexe I: Catégorie des consultations obligatoires, item e) plus d'un accouchement prématuré, pourquoi faut-il plus d'un accouchement prématuré pour consulter?*

R : Rappelons qu'il s'agit dans l'annexe I des ANTÉCÉDENTS de la femme.

Qu'attendrait-on d'une consultation médicale ici en cours de grossesse?

- Les études portant sur la possibilité de réduire l'éventualité d'un travail prématuré par l'administration médicale de substances médicamenteuses se sont révélées décevantes⁴. Cette conduite n'est pas recommandée, l'usage de traitement médicamenteux sera initié lors d'un début de travail prématuré et non en prévention. Le travail prématuré est cité dans l'ANNEXE III, CLASSIFICATION ; LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.
- Quant au cerclage du col la littérature convient que des bénéfices sont plus susceptibles d'en découler chez les femmes qui ont vécu au moins deux grossesses antérieures qui se seraient terminées avant le terme⁵. La «béance du col» qui constitue l'indication pour procéder au cerclage du col est citée dans l'ANNEXE II, CLASSIFICATION :GROSSESSE ACTUELLE et constitue un transfert obligatoire. La béance du col est constatée lors d'un toucher du col pour évaluation; cette habileté fait partie des habiletés sage-femme.
- Par ailleurs un seul antécédent d'accouchement prématuré, sans pathologie maternelle associée (dans lequel cas les autres catégories du règlement couvriraient la condition), n'est pas démontré indiquer la probabilité d'une récurrence à une grossesse suivante, mais concerne plus souvent les primipares.
- Il pourrait y avoir des avantages pour ces femmes à être sous la surveillance d'une sage-femme en cours de grossesse puisque l'étude réalisée au Québec lors des projets-pilotes de pratique sage-femme a démontré une réduction de la prématurité pour la clientèle des sages-femmes versus le groupe témoin faisant l'objet d'un suivi médical.
- L'occurrence d'une activité utérine exagérée ou d'un col utérin qui se modifie prématurément (constaté lors des consultations prénatales par exemple) peuvent constituer des indices qui font craindre la survenue d'un travail prématuré. Dans ce cas un "congé maladie" est indiqué et les femmes souhaitent généralement s'en enquérir. Dans l'organisation actuelle du travail de la sage-femme et du médecin, un arrêt maladie à long terme demande une signature médicale qui entraîne forcément une consultation médicale.

⁴ Enkin M., Keirse M, Neilson J. dans «A guide to effective care in pregnancy and childbirth» Ed. Oxford, 3^e Ed, 2000 . On peut aussi consulter l'adresse suivante pour un texte complet <http://maternitywise.org/guide/>

⁵ op. cit.

Q : Annexe I : *Catégorie des consultations obligatoires, item f) plus d'un bébé de faible poids;*

R : Bébé de faible poids désigne tous les nouveau-nés de moins de 2,500g. Nous avons au point précédent couvert les situations liées à la prématurité; nous parlons donc ici des situations de retard de croissance intra-utérine.

- La survenue d'un retard de la croissance intra-utérine est le plus souvent liée à des causes inconnues, en lien avec le produit de la conception. Dans ces cas, il n'y a pas lieu de croire à une récurrence lors d'une grossesse subséquente. Bien que le conseil consultatif convienne de la valeur particulière probable d'un suivi échographique chez les femmes ayant des antécédents à l'effet d'un retard de croissance, nous avons retenu que la sage-femme de par ses compétences liées à son champ de pratique, ainsi que par l'autorisation qui lui est reconnue de prescrire l'échographie, est à même d'assurer le suivi d'une grossesse malgré des antécédents de retard de la croissance intra-utérine. Il ne résulterait ici d'une consultation médicale obligatoire "préventive", aucun avantage qui justifie des coûts augmentés.
- Les pathologies maternelles susceptibles d'entraîner un retard de la croissance intra-utérine, consécutif à celles-ci, sont couvertes en tant que telles dans le règlement (ex. malformation utérine, HTA, infections, maladies cardiaques et rénales, etc).
- Les pathologies fœtales, également susceptibles de se compliquer d'un retard de la croissance intra-utérine, sont couvertes sous la désignation «toute pathologie fœtale diagnostiquée» à l'ANNEXE II : GROSSESSE ACTUELLE.

Q : *Annexe I : Catégorie des transferts de soins obligatoires, item d) hémorragie sous-arachnoïdienne; que se passe-t-il pour les autres site d'hémorragie?*

R : L'hémorragie sous-arachnoïdienne dans le passé a ceci de particulier qu'elle constitue une contre-indication reconnue à la poussée maternelle active lors de l'accouchement. Dès lors, la ventouse ou le forceps seront probablement requis. Une sage-femme n'est autorisée à utiliser la ventouse qu'en cas d'urgence, quant au forceps ils sont d'usage exclusivement médical, le Conseil Consultatif a donc jugé que cette condition nécessitait un transfert de soins obligatoire.

Les autres formes d'hémorragies possibles sont nombreuses tant dans le site que dans leur cause et les conséquences possibles sur la grossesse ou l'accouchement dépendent également de plusieurs variables également. Le règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin ne saurait viser parvenir à énumérer 100% des conditions susceptibles de se présenter dans l'exercice, sans que sa lourdeur ne devienne un obstacle au jugement clinique tant du médecin que de la sage-femme et à leur collaboration effective.

L'article 4 du règlement prévoit que «La sage-femme doit initier une demande de consultation avec un médecin : 2° dans toute autre situation jugée pertinente par la sage-femme et requise par la condition de la femme ou de son enfant.» Les autres hémorragies se trouvent sous cette catégorie plus large, faisant appel au jugement clinique des deux corps professionnels.

Q : *Annexe II : « Catégories des consultations obligatoires, s'agit-il des pathologies identifiées pendant la grossesse en cours ou pendant la grossesse précédente ayant un impact sur la grossesse en cours? »*

R : Les pathologies identifiées pendant la grossesse en cours sont désignées à l'ANNEXE II sous la classification GROSSESSE ACTUELLE.

Les pathologies identifiées pendant la grossesse précédente ayant un impact sur la grossesse en cours sont désignées à l'ANNEXE I sous la classification ANTÉCÉDENTS.

La CATÉGORIE, que ce soit celle de CONSULTATION OBLIGATOIRE OU DE TRANSFERT DE SOINS OBLIGATOIRE ou autre⁶ est toujours en rapport avec la CLASSIFICATION par annexes où se trouve clairement énoncé le moment dont il est alors question.

- ANNEXE I : ANTÉCÉDENTS
- ANNEXE II : GROSSESSE ACTUELLE
- ANNEXE III : LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT
- ANNEXE IV : LE POSTNATAL MÈRE
- ANNEXE V : LE NOUVEAU-NÉ

Chaque classification comprendra donc une répétition des catégories «consultations obligatoires» et «transferts obligatoires».

Q : *Annexe II «Que fait-on lorsqu'on identifie un retard de croissance fœtale ou utérine?»*

R : Le retard de la croissance intra-utérine est explicitement visé à l'ANNEXE II, dans la CATÉGORIE TRANSFERT DE SOINS OBLIGATOIRES, au point s).

Q : *Annexe III «Lorsqu'on parle de liquide amniotique particulière que veut-on dire exactement?»*

R : Liquide amniotique «particulière» est une désignation utilisée dans des volumes de néonatalogie de langue française pour désigner ce que nous avons coutume au Québec de désigner par liquideamniotique «purée de pois».

Q : *Annexe IV «On parle ici de postnatal mère, pour nous le postnatal comprend la mère et l'enfant. Il y aurait peut-être lieu de revoir les catégories.»*

R : Bien que dans la période postnatale nous devons bien sûr considérer tant la mère que le nouveau-né, les pathologies susceptibles d'affecter l'une ou l'autre n'en sont pas moins très spécifiques à l'une ou à l'autre. Par ailleurs dans les volumes d'obstétrique⁷, «le postnatal»; traite exclusivement de la femme dans la période qui suit l'accouchement; le nouveau-né est traité dans un chapitre qui lui est spécifique. La classification actuelle simplifie au mieux la consultation du règlement par les sages-femmes en exercice et n'a rien d'inhabituel. Le conseil croit que la classification proposée dans le règlement devrait demeurer.

⁶ Les annexes III et IV connaissent des catégories supplémentaires.

⁷ Par exemple le Myles, le Maye's, le Merger

Q : Annexe IV «*Problèmes psychologiques sévères, parle-t-on de maladies mentales, de troubles sévères et persistants ou d'anxiété extrême face à l'accouchement?*»

R : L'annexe IV désigne des conditions rencontrées en postnatal, il n'est donc pas question d'anxiété extrême face à l'accouchement.

L'ANNEXE II dans la catégorie CONSULTATIONS OBLIGATOIRES, au point f) parle de «risques liés à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : ...psychiatrique...».

Nous avons ici considéré que, de par son champ de pratique et ses compétences spécifiques, la sage-femme n'est pas habilitée à désigner par un diagnostic de *maladie mentale*, de *dépression postnatale*, de *psychose puerpérale* ou de *troubles sévères et persistants*, une symptomatologie psychologique qu'elle pourrait néanmoins constater chez une femme au cours de son suivi de maternité. Dans ce contexte, une désignation aussi peu spécifique que celle de «problèmes psychologiques sévères», dans la catégorie des consultations obligatoires, est à notre avis avantageuse et laisse au médecin d'établir, s'il y a lieu un diagnostic. La «psychose puerpérale» constitue un diagnostic médical qui pourrait être attribué suite à la consultation demandée par la sage-femme sur la base des problèmes psychologiques présentés par la femme en période postnatale; cette condition est visée au point b) de la catégorie TRANSFERTS DE SOINS OBLIGATOIRES.

Q : Annexe V «*Catégorie consultations obligatoires, item e) "une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance"*,

il faudrait préciser cette catégorie car est-ce qu'une malformation mineure ne mérite pas d'être prise en charge?»

R : Toutes les anomalies mineures ne méritent effectivement pas, de l'avis du conseil, d'être prises en charge par un médecin ou portées à l'attention de celui-ci par le biais d'une consultation. Rappelons pour commencer que la nomenclature des malformations mineures est très large; des manifestations aussi peu significatives que la présence de taches mongoloïdes, lorsque considérées isolément, font partie du classement. Par conséquent, la présence d'une malformation mineure isolée visible à l'examen d'un nouveau-né, ne constitue pas une condition rare⁸. Bien que certaines malformations mineures isolées puissent de l'avis de la sage-femme justifier une consultation médicale, ou amener les parents à désirer consulter, le libellé actuel du règlement ne l'empêche nullement.

Le constat de deux malformations mineures à l'examen d'un nouveau-né⁹ est toutefois significatif en ceci qu'il est plus souvent associée à des anomalies majeures non visibles¹⁰ que pourront révéler des examens plus approfondis, conduits alors par un médecin. Le Dr L. Beaumier, néonatalogiste pratiquant dans un centre tertiaire, avec lequel le conseil a étudié l'annexe V était en accord avec le libellé actuel «une malformation majeure ou deux malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance»

⁸ 13,4% des nouveau-nés présenteront une malformation mineure isolée. (voir l'étude citée plus bas)

⁹ 0,8% des nouveau-nés présenteront deux malformations mineures. (voir l'étude citée ci-après)

¹⁰ Voir Marden PM, Smith DW, and McDonald MJ. 1964. Congenital anomalies in the newborn infant, including minor variations. *Journal of Pediatrics* 64:357. Tableau reproduit dans Tappero EP, Hoeyfield ME, Physical assessment of the newborn, Ed NCIU INK 2nd Ed 1996 p. 175

2. Le transfert de responsabilité

Q : «Les renseignements à transmettre de part et d'autre lors des consultations ou lors des transferts devraient être précisés et faire l'objet d'une entente.»

R : L'article 1 du règlement prévoit que la sage-femme lorsqu'elle initie une consultation, doit fournir au médecin ...«tous les renseignements et résultats pertinents à la nature de la consultation».

Le jugement clinique étant requis pour décider des renseignements et résultats pertinents dans les échanges d'informations entre professionnels, une entente qui fixerait les informations et résultats d'examens à échanger dans tous les cas, ne saurait remplacer avantageusement la compétence professionnelle et l'intérêt prioritaire de la clientèle qui dicte des comportements respectifs de diligence entre professionnels appelés à inter-agir. La déontologie professionnelle joue ici encore un rôle, de même que le système de plainte et les inspections professionnelles.

Les milieux cliniques demeurent libres de convenir d'ententes si cela leur semble pouvoir améliorer une situation problématique.

De l'avis du conseil consultatif, prescrire par pouvoir réglementaire l'obligation de convenir d'ententes à propos des renseignements à fournir et des résultats d'examens à joindre lors d'une consultation ou d'un transfert, constituerait une contrainte excessive. Celle-ci ne saurait remplacer la volonté des deux parties de collaborer dans un climat de respect pour la population et de respect mutuel entre catégories professionnelles.

Q : «À l'article 5 du règlement, les alinéas 3 et 4 parlent de transfert de la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant mais qu'en est-il du transfert de la femme et de l'enfant? S'agit-il d'un transfert de responsabilité suite à un appel téléphonique au médecin ayant simplement pour effet de se décharger? S'agit-il de mettre la mère et l'enfant dans l'ambulance vers un centre hospitalier où un médecin l'accueillera.

R : Il est implicitement entendu par le Conseil Consultatif qu'un «transfert de responsabilité clinique» de la sage-femme vers le médecin, signifie que la sage-femme ayant au préalable discuté avec un médecin porte la responsabilité de l'orientation de la clientèle vers les services médicaux pour une prise en charge médicale effective dans des délais raisonnables.

Le transfert de la responsabilité clinique de la sage-femme au médecin, peut faire suite à un avis médical suite à une consultation obligatoire ou à un événement visé dans les catégories transferts obligatoires.

Pour les situations qui comportent un danger immédiat, le transport de la femme ou du nouveau-né au CH constitue la règle habituelle. Le conseil est d'accord qu'il est important de prendre en considération les conditions lors d'un transport urgent, aussi, en vertu de l'article 13 du Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile, la sage-femme doit accompagner la femme ou son enfant jusqu'à la prise en charge médicale.

Dans plusieurs cas néanmoins le transfert de la responsabilité clinique de la sage-femme à un médecin, ne comporte pas la nécessité d'un transport urgent, mais celle d'arrangements par rendez-vous que la sage-femme, en vertu de l'article 1 du règlement sur les consultations et transferts, a la responsabilité d'initier soit auprès d'un cabinet de consultation médicale ou d'arrangements hospitaliers par le biais d'un gynécologue ou d'un pédiatre de garde.

C : «Prendre contact avec un médecin bien avant la date d'accouchement et de l'aviser qu'un accouchement à domicile se prépare afin de vérifier s'il accepte le transfert d'une part et de s'entendre au préalable sur les consignes et les informations à fournir en cas de transfert d'autre part.»

R : S'agit-il ici pour le ministère d'un commentaire relié au règlement ou d'un commentaire sur les ententes à établir pour le fonctionnement des pratiques au gré des dispositions particulières sur lesquelles les parties pourraient juger bon de prévoir?

Selon le conseil, l'objet de ce commentaire n'est pas de nature réglementaire mais concerne des ententes éventuelles à établir au gré des parties impliquées. La question est néanmoins posée et mérite de retenir l'attention des acteurs. Il est aisé de comprendre que le refus pour un établissement d'accepter une demande urgente de prise en charge hospitalière, provenant d'une sage-femme autorisée de par la loi pour la pratique de l'accouchement à domicile, pourrait comporter de responsabilité pour ces établissements.

Le ministère a développé un protocole d'ententes types, à convenir entre les CLSC qui ont une pratique sage-femme et les CH afin de prévoir l'assistance d'accouchement en CH par les sages-femmes. Le ministère a-t-il envisagé que ces ententes puissent contenir des dispositions entourant les transferts d'accouchement prévus hors CH par ces mêmes sages-femmes, lorsque requis?

C : «Que vise l'article 7 du même règlement? Un avis téléphonique? Cet article mérite lui aussi d'être précisé.»

R : L'article 7 du règlement confirme dans tous les cas, l'obligation pour la sage-femme d'établir un contact effectif avec un médecin dans tous les situations énoncées dans les annexes du règlement.

L'article 7 affirme en quelque sorte que cette obligation demeure, indépendamment des limites imposées par les conditions qui pourraient prévaloir telles les conditions climatiques, de même qu'indépendamment des habitudes de travail qui pourraient se développer dans le cadre de collaborations établies.

3. Le texte du règlement

C : À l'article 3, ajouter à la fin de la phrase «y compris celle de ne pas consulter»

R : À l'article 1 il est stipulé que la sage-femme doit initier une consultation. Il ne s'agit pas d'une prérogative pour la sage-femme mais bien d'une obligation.

Le ministère de la santé et des services sociaux veut couvrir les cas où il y aurait refus de traitement?

C : À l'article 4, un troisième alinéa devrait être ajouté soit «si la femme le demande»

R : La clientèle demeure libre de consulter un médecin si elle juge approprié de le faire, en dépit d'un avis contraire de la sage-femme.

Néanmoins, il n'apparaîtrait pas approprié au Conseil Consultatif d'obliger les sages-femmes, par voie de règlement, à obtenir une consultation médicale pour leur cliente ou son enfant pour des situations non visées à l'article 6 du règlement.

C : À l'article 5 les alinéas devraient être modifiés en fonction des intentions à préciser compte tenu des questions soulevées plus haut :

R : À la lumière de certaines questions soulevées dans l'avis du Ministère, le conseil est d'avis que la formulation des alinéas gagnerait en clarté par une formulation

explicite des intentions de la sage-femme. Les formulations suivantes pourraient par conséquent, si le Bureau de l'OSFQ n'y voit pas d'objection, remplacer le texte actuel des alinéas de l'article 5 du règlement :

- 1° de poursuivre seule son suivi en tenant compte des recommandations médicales;
- 2° de poursuivre son suivi conjointement avec le médecin, pendant l'épisode de soins simultanés;
- 3° de transférer la responsabilité clinique de la femme à un médecin et de cesser ses soins à celle-ci une fois la prise en charge médicale effective ;
- 4° de transférer la responsabilité clinique de l'enfant à un médecin et de cesser ses soins à celui-ci une fois la prise en charge médicale effective.

C : *«De plus, il devrait y avoir harmonisation entre les différentes sections, parfois on parle du pédiatre ou à défaut de l'omnipraticien, mais on ne fait pas le même libellé lorsque l'on parle du gynécologue, par exemple.»*

R : Les membres du Conseil Consultatif sont sensibles aux questions que soulèvent des catégories qui dictent la référence à une catégorie de médecin plutôt qu'à une autre. De l'avis du conseil il ne revient pas à la réglementation sage-femme de régler des questions qui concernent la répartition des diagnostics entre les médecins. Par ailleurs, de telles désignations n'ont jamais existées dans le règlement qui a entouré les projets-pilotes et cet aspect ne semble pas avoir posé problème.

Nous suggérons donc de limiter à deux les catégories à l'annexe V, soit :

- une catégorie CONSULTATIONS OBLIGATOIRES dans laquelle seraient intégrées sans autre désignation particulière les conditions actuellement inscrites sous *catégorie consultations obligatoires auprès d'un pédiatre*
- une CATÉGORIE TRANSFERTS DE SOINS OBLIGATOIRES dans laquelle serait intégrée sans autre désignation particulière, la *catégorie de transferts de soins obligatoires auprès d'un pédiatre*.

L'article 8 du même règlement deviendrait sans objet et devrait être dès lors retiré du projet de règlement.

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Q : Pour ce qui est de ce règlement, dans la section II, l'alinéa 3 mentionne que la sage-femme doit renseigner la femme sur les particularités des différents lieux de naissance et lui fournir toute information pertinente lui permettant de faire un choix éclairé, est-ce que cela inclut les complications et les moyens possibles pour les atténuer comme par exemple, une entente avec un établissement prêt à recevoir la mère et son bébé en cas de problème?

R : Le formulaire de consentement présenté en ANNEXE I (a.5) du règlement sur l'exercice à domicile prévoit cette information lorsqu'il désigne comme élément d'information les mesures liées à l'accouchement à domicile et les mesures d'urgence à prendre lors d'une complication.

Q : Que veut dire «la sage-femme de concert avec la femme, évalue tous les éléments qui pourraient influencer le choix du lieu d'accouchement»?

R : Évaluer avec sa cliente les éléments qui pourraient influencer le choix du lieu d'accouchement est un aspect essentiel dans une pratique où divers lieux d'accouchement sont autorisés.

Prenons pour exemple les éléments suivants qui devront être évalués par la sage-femme et discuté avec la femme: une accessibilité restreinte, la distance avec un CH de référence, des antécédents significatifs pour l'accouchement nécessaires au domicile dans les délais, en vue de le rendre conforme aux exigences d'accès par la sage-femme etc.

C : Que signifie à l'article 6 : «...en faisant les adaptations nécessaires», visiter les lieux...cela n'est-il pas exigé...

L'article 9 de ce règlement, signifie-t-il que des ententes préalables avec les ambulanciers par exemple ont été prises?

R : Les adaptations nécessaires pourraient concerner d'organiser une chambre au rez-de-chaussée plutôt qu'à l'étage, par exemple, ou se procurer du matériel pour assurer la disponibilité de couvertures chaudes pour le nouveau-né, la propreté des lieux, débarrasser l'entrée pour faciliter l'accès physique en cas de transport ambulancier etc.

L'article 8 du règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors de l'accouchement à domicile, crée une obligation explicite pour la sage-femme de visiter le domicile de la femme avant la 36^e semaine de grossesse.

L'article 9 ne crée pas à notre avis l'obligation pour une sage-femme de conclure une entente (écrite) avec les services ambulanciers pour chaque accouchement qu'elle assiste à domicile. Il crée toutefois la responsabilité de prévoir l'éventualité d'un transport ambulancier en s'assurant d'une part de la disponibilité de véhicule dans un rayon acceptable et d'autre part, d'une route repérable par les ambulanciers, si une urgence survenait. Cela pourrait signifier diverses modalités que la sage-femme doit prévoir en prenant en compte la situation particulière des divers milieux urbains ou ruraux. L'annexe III du «Document d'encadrement pour les accouchements à domicile - à l'intention des sages-femmes-» préparé par l'OSFQ, apporte des précisions relatives aux modalités et dispositions particulières; le conseil consultatif en a eu lecture et est satisfait tant du texte que du choix de l'OSFQ de l'inscrire hors

du règlement. On trouvera à l'ANNEXE I de notre document la table des matières de ce document de l'OSFQ.

Partie III - AVIS JURIDIQUE**RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS
NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE
LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE-FEMME**

- Q : Article 2.- Consigner «toute consultation» signifie-t-il consigner le seul fait d'avoir consulté ou les détails de cette consultation?

R : Pour obtenir plus de précision sur ce qui est entendu ici par consigner, on voudra bien, tel que mentionné à l'article 2 référer au « règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme », à l'article 3.

L'inspection professionnelle porte notamment sur la vérification des dossiers (voir le «règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'ordre des sages-femmes», art.1).

Le conseil considère satisfaisant le libellé actuel de l'article 2, lorsque considéré conjointement avec les autres dispositions professionnelles prévues en vertu du code des professions.

- Q : Article 7.- Un médecin peut-il vraiment donner un avis de cette façon?

R : Dans les faits, il n'est pas exceptionnel qu'un médecin donne un avis de cette façon. Un médecin demeure néanmoins libre de refuser de donner un avis de cette façon.

Soulignons qu'il ne s'agit pas par cet article de remplacer par un avis téléphonique, la consultation médicale ou le transfert prévu au règlement ou requis de l'avis de la sage-femme, mais bien de prévoir des circonstances exceptionnelles où la consultation médicale immédiate ou le transport en CH seraient empêchés.

**RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES CAS FEMME
NÉCESSITANT UNE CONSULTATION OU UN TRANSFERT DE
LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE D'UNE SAGE**

En référence aux pages 6 et 7 du document d'avis du ministère, le conseil consultatif recommande que les modifications suivantes soient apportées au projet de règlement:

Article 3 :

remplacer ...et l'informer des résultats...

par ...«et doit l'informer des résultats»...

Article 9 :

remplacer ...et maintenu en vigueur par....

par ...«et dont les dispositions sont demeurées applicables en vertu de»...

RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS D'EXERCICE LORS D'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- **Q :** *Nous ne comprenons pas l'article 10. Comment peut-on améliorer ou modifier un domicile comme choix?*

R : ...évalue toutes les conditions qui peuvent améliorer... le domicile comme choix du lieu de naissance... réfère à des adaptations du domicile que la sage-femme pourrait demander en planification de l'accouchement à domicile, tel l'installation au rez-de-chaussée de préférence au 1^o étage, vider une entrée encombrée en vue de faciliter l'accès physique en cas de transport ambulancier etc.

L'article 10 pourrait être modifié pour se lire de la façon suivante :

La sage-femme, de concert avec la femme, évalue toutes les conditions qui peuvent adapter le domicile en vue de l'accouchement à domicile, ainsi que toutes les conditions qui peuvent modifier le choix du domicile comme lieu d'accouchement.

- **Q :** *L'expression «lors de l'accouchement», aux articles 11 et 13, comprend-elle la période périnatale de même que les périodes prénatales et postnatales immédiates?*

R : Par convention, l'accouchement comprend trois temps : la période de dilatation, l'expulsion de l'enfant et la délivrance placentaire. Toutefois, si tel était l'avis du contentieux, le conseil ne voit pas d'inconvénient à ce que le libellé soit précisé.

- **C :** *On devrait à notre avis, insister plus sur les risques potentiels de l'accouchement à domicile.*

R : Conjointement au règlement, l'OSFQ a élaboré un document à l'intention de la clientèle des sages-femmes. L'un des buts de ce document serait d'assurer une information uniformisée de la clientèle sur les divers aspects liés à l'accouchement à domicile. Le conseil consultatif a été consulté sur chacune des parties de ce document. De l'avis du conseil consultatif, ce document de 22 pages rend compte de façon satisfaisante des aspects liés à la sécurité dans le contexte particulier du domicile comme lieu d'accouchement et assure qu'une information objective soit livrée à la population. On trouvera la table des matières à l'annexe II.

En référence aux pages 8 à 12 du document d'avis du ministère, le conseil consultatif recommande que les modifications qui suivent soient apportées au projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile:

Article 1 :

Remplacer ...qu'un centre hospitalier ou qu'un établissement public qui exploite un centre local de services communautaires ...

par...«qu'une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier»

Article 9 :

1° *Accès physique ou accessibilité,*
le conseil ne voit pas de différence significative dans l'usage de l'un ou de l'autre terme. À entendre à votre choix.

2° Même commentaire qu'au 1° alinéa

4° Il faut bien entendre ...à la date prévue d'accouchement (DPA) et non ...*prévue à la date de l'accouchement*.

Le conseil suggère de remplacer ...«à la date prévue pour l'accouchement»

par ...«à la date prévue d'accouchement».

5° Remplacer ...vers un centre hospitalier.

par...«vers une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier.»

Article 10 :

qui se lit : *La sage-femme, de concert avec la femme, évalue toutes les conditions qui peuvent améliorer ou modifier le domicile comme choix du lieu de naissance.*

pourrait être modifié pour se lire de la façon suivante :

La sage-femme, de concert avec la femme, évalue toutes les conditions qui peuvent adapter le domicile en vue de l'accouchement à domicile, ainsi que toutes les conditions qui peuvent modifier le choix du domicile comme lieu d'accouchement.

Article 13 :

Remplacer ...jusqu'à sa ou leur prise en charge médicale.

Par...«jusqu'à la prise en charge médicale.»

Annexe I :

Au 5° picot, remplacerà l'hôpital...

Par...au centre hospitalier

RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES SUR
LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

La page treize du document d'avis ministériel dont il est question ici s'intitule *Recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes*.

Il s'agit ici des recommandations ministérielles émises conjointement à l'annonce de la légalisation de la pratique des sages-femmes au Québec en 1998. Ces dispositions faisaient elles-même suite au dépôt du rapport du conseil d'évaluation des projets-pilotes, chargé dans le cadre de la loi sur la pratique des sages-femmes en projets-pilotes, d'interpréter les résultats de cette pratique en regard principalement de la sécurité du public.

À la lecture des réponses et commentaires formulés au cours des pages précédentes le sous-ministre comprendra que le conseil consultatif a, tout au long de ses travaux, pris en compte les recommandations ministérielles formulées en 1998. Plusieurs trouvent en effet écho dans ce document. Dans cet esprit, bien que la question n'ait pas été soulevée dans l'avis ministériel, nous souhaitons souligner que la deuxième recommandation ministérielle qui a trait à *la durée du trajet pour parcourir la distance séparant un domicile d'un établissement hospitalier susceptible de recevoir la femme ou son bébé en cas d'urgence*, a fait l'objet de documentation et de discussions approfondies par le conseil consultatif. Étant donné l'importance de ce point dans le débat entourant l'accouchement à domicile, et considérant l'état actuel de nos connaissances, nous souhaitons confirmer ici que les dispositions énoncées par l'OSFQ dans le *document d'encadrement pour les accouchements à domicile, à l'intention des sages-femmes*, satisfont le conseil consultatif.

ANNEXE I

Table des matières/ Document à l'intention de la clientèle des SF

INTRODUCTION	1
1. Le choix éclairé : un principe fondamental de la profession de sage-femme.....	2
2. Aperçu de la situation de l'accouchement à domicile	3
2.1 L'accouchement à domicile au Québec : Quelques jalons historiques	3
2.2 Un choix réaliste et sécuritaire	4
2.3 Quelques résultats de recherches	5
2.4 L'accouchement hors centre hospitalier au Québec : résultats de la recherche effectuée en 1995-1996	7
2.5 Les facteurs déterminants de la sécurité	7
3. Considérations générales pour planifier le lieu de naissance	8
4. Résumé des préparatifs essentiels à un accouchement planifié à domicile	9
5. Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile.....	9
6. Avantages et inconvénient de l'accouchement à domicile.....	10
6.1 Avantages de l'accouchement à domicile	10
6.2 Inconvénient de l'accouchement à domicile	10
7. Ententes entre la femme et la sage-femme	10
Annexe I	
Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile.....	12
Annexe II	
Politique de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) sur les assistances aux accouchements	13
Annexe III	
Politique concernant la possession par la femme de son dossier	14
Annexe IV	
Politique concernant les ententes avec le service ambulancier	15
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE	16

ANNEXE II

Table des matières/ Document à l'intention des sages-femmes

INTRODUCTION	1
1. Cadre légal	2
1.1 Référence aux règlements de l'OSFQ.....	2
1.2 Référence aux politiques de l'OSFQ	3
2. Préparation pour un accouchement à domicile	3
2.1 Établir l'admissibilité de la femme	3
2.2 Autres éléments à considérer.....	3
2.3 Conditions nécessaires pour effectuer un accouchement à domicile.....	4
2.4 Avantages et inconvénient de l'accouchement à domicile.....	4
2.4.1 Avantages de l'accouchement à domicile	4
2.4.2 Inconvénient de l'accouchement à domicile.....	5
3. Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile	5
4. Ententes entre la femme et la sage-femme.....	6
5. Ententes avec un centre hospitalier de référence	6
6. Ententes avec le service ambulancier	7
6.1 Protocoles pour le transport à l'hôpital	7
6.1.1 Décision de transfert.....	7
6.1.2 Le transfert non urgent	7
6.1.3 Le transfert urgent	7
6.1.4 L'escorte jusqu'à l'hôpital	8
6.1.5 L'admission à l'hôpital	8
6.1.6 Efficacité en cas de transfert	8
7. Résumé des préparatifs essentiels à un accouchement planifié à domicile	9
8. Politique concernant la possession par la femme d'une copie de son dossier	9
9. Politique dans le cas où une femme refuse une recommandation	
fondée sur les normes de pratique sage-femme	9
10. Politique de l'ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)	
sur les assistances aux accouchements	9

Annexe I

Liste de l'équipement, du matériel et des médicaments nécessaires pour

effectuer un accouchement planifié à domicile.....	10
--	----

Annexe II

Politique dans le cas où une femme refuse une recommandation fondée sur les normes de pratique sage-femme	11
--	----

Annexe III

Politique concernant les ententes avec le service ambulancier.....	12
--	----

Annexe IV

Politique concernant la possession par la femme de son dossier	13
--	----

Annexe V

Politique de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) sur les assistances aux accouchements.....	14
--	----

Annexe VI

Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile.....	15
---	----



Montréal, le 10 janvier 2003

Monsieur François Legault,
Ministre de la Santé et des Services sociaux,
1075, chemin Sainte-Foy 15^e étage
Québec G1S 2M1

Objet : Adoption du Règlement sur les normes de la pratique sage-femme à domicile.

Monsieur le ministre,

Voilà plusieurs années maintenant que l'Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ) s'implique auprès des femmes et des couples qui veulent avoir accès aux services d'une sage-femme et accoucher en divers lieux dont leur domicile. Depuis l'époque des projets-pilotes, ce qui devait être fait a été fait, l'expérimentation des projet-pilotes a été concluante et depuis trois ans maintenant l'Ordre des sages-femmes a été mis en place et a les leviers nécessaires pour veiller à la rigueur de l'agir professionnel afin de remplir sa mission première: protéger le public. L'Ordre a d'ailleurs produit un Règlement sur les normes de la pratique sage-femme à domicile, règlement que le conseil consultatif a approuvé. La loi devrait maintenant être en vigueur mais nous constatons qu'elle n'est pas complètement opérationnelle puisque la population ne peut toujours pas bénéficier des services à domicile.

Les recherches démontrent que l'accouchement à la maison pour des grossesses sélectionnées est aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital et ce avec moins d'interventions et avec de meilleurs résultats sur la santé et une diminution de la morbidité (Méta-analyse de Olsen, 1997). Par ailleurs, depuis plusieurs années, l'Organisation Mondiale de la Santé définit le domicile comme le meilleur lieu pour la naissance d'un enfant et ce, autant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. « Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé conclue que la maison est le lieu de naissance le plus approprié pour la plupart des femmes enceintes. » (Groupe de consultation d'Amérique du Nord et Européen, Rapport de l'OMS sur la promotion de la santé et les naissances, Genève, 1986.). L'ASPQ considère donc qu'il s'agit ici d'une question de santé publique, de promotion de la santé globale, auquel le ministère doit se presser de répondre.

De plus, la pratique sage-femme à domicile représente une économie notable pour le système de santé. Une naissance à domicile permet d'économiser les coûts d'hébergement en centre hospitalier ou en maison de naissance. Aussi, cette pratique peut s'avérer une solution à la pénurie de médecins accoucheurs au Québec et

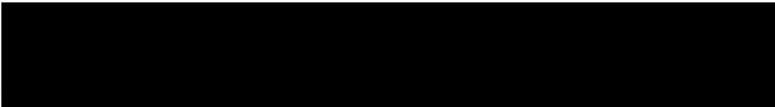
permettrait aux obstétriciens de consacrer plus de temps aux accouchements à risque en milieu hospitalier.

Les délais qui se prolongent et empêchent l'accouchement à domicile assisté par les sages-femmes ne sont aucunement justifiés et nous considérons qu'il est plus que temps pour le gouvernement d'agir et d'adopter le règlement sur l'accouchement à domicile.

Il est aussi important de comprendre que ces délais placent les sages-femmes du Québec devant un dilemme éthique par rapport aux services et à l'approche que leurs clientes attendent d'elles, à savoir la réponse à leurs besoins et la reconnaissance de leur autonomie.

L'Association pour la santé publique du Québec demande au ministère de la Santé et des Services Sociaux de tout mettre en œuvre afin que le règlement sur l'accouchement à domicile soit adopté dans les plus brefs délais.

Respectueusement,


Renald Béjola
Président

- c.c.
- Monsieur Normand Jutras, ministre de la Justice et ministre responsable de l'application des lois professionnelles,
 - Madame Linda Goupil, ministre d'État à la Solidarité sociale et à la Famille et à l'enfance et ministre responsable de la Condition féminine,
 - ✓ -Monsieur Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec,
 - Madame Pauline Champoux-Lesage, Protectrice du citoyen,
 - Madame Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Madame Madeleine Boily, présidente du Conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec,
 - Dr. Sylvie Bernier, Direction des Affaires médicales,
 - Madame Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population,
 - Madame Sylvie Fortin, Association CLSC – CHSLD,
 - Madame Huguette Boilard, Université du Québec à Trois-Rivières, responsable de programme, Baccalauréat en pratique sage-femme,
 - Madame Céline Lemay, présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec,
 - Madame Annita Amoroso, présidente du Regroupement Naissance-Renaissance,
 - Madame Bernadette Thibodeau, présidente du Groupe MAMAN, Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

0001181



Montréal, le 3 février 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^{ième} étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

**OBJET : Rencontre du Conseil Consultatif de l'OSFQ avec les représentantes
du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Monsieur le Président,

Les membres du Conseil Consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec tiennent à vous informer qu'ils ont rencontré, le 14 janvier dernier, les représentantes du ministère, afin de répondre aux questions soulevées par l'analyse du *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors de l'accouchement à domicile* (art. 5 (2) LSFQ) et du *règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* (art. 5 (3) LSFQ).

Soulignons que mesdames Sylvie Bernier et Christine Pakenham se sont déclarées satisfaites des réponses et des commentaires formulés par les membres du Conseil Consultatif. À leur avis, les règlements mentionnés pourraient poursuivre leur cheminement.

Afin de résumer la nature de nos discussions et de préciser les explications qui ont été transmises aux représentantes du ministère, vous trouverez ci-joint une copie du document Réponse relative au document : Avis du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les deux règlements produits par l'Ordre des sages-femmes du Québec, préparé en janvier 2003 à cet effet, par le Conseil Consultatif de l'OSFQ.

En terminant, je souhaite que ces informations répondront à vos attentes et permettront de poursuivre sans délai l'évolution de ces règlements.

Recevez, Monsieur le Président, mes meilleures salutations.



Marie-Paule Lanthier, secrétaire du Conseil consultatif
pour Marlène Boily, inf. DMSPR
Présidente du Conseil Consultatif de l'OSFQ

cc. monsieur Pierre Gabrièle, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux

L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE : UN LIBRE-CHOIX ÉCLAIRÉ
DOCUMENT À L'INTENTION DE LA CLIENTÈLE



**ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC**

MARS 2002

Pour tout renseignement concernant l'OSFQ et la pratique sage-femme, s'adresser à :

Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Hélène, bureau 301
Montréal (Québec)
H2Y 2K7
Téléphone : (514) 286-1313

Ce document a été réalisé par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Il s'agit d'une traduction libre et d'une adaptation à partir de la publication suivante :

BRITISH COLUMBIA. MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIOR. *Home Birth Demonstration Project. Final Report to Health Transition Fund. Appendix B : Handbook for Midwives and Health Care Professionals*, Colombie-Britannique, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2000.

Ce document a été réalisé sous la direction de :

Margaret Moïse, sage-femme, Maison de naissance de l'Outaouais
Gertrude Lavoie, sage-femme, Maison de naissance Mimosa

Avec la collaboration de :

Andrée Rivard, pigiste à la recherche
Geneviève Guilbault, étudiante sage-femme
Louise Chouinard, pigiste à la révision linguistique

Avec l'assistance technique de :

Louis M. Côté, OSFQ, à la coordination
Anic Lemieux, OSFQ, à la mise en page

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Le choix éclairé : un principe fondamental de la profession de sage-femme	2
2. Aperçu de la situation de l'accouchement à domicile	3
2.1 L'accouchement à domicile au Québec : Quelques jalons historiques.....	3
2.2 Un choix réaliste et sécuritaire	4
2.3 Quelques résultats de recherches	5
2.4 L'accouchement hors centre hospitalier au Québec : résultats de la recherche effectuée en 1995-1996	7
2.5 Les facteurs déterminants de la sécurité	7
3. Considérations générales pour planifier le lieu de naissance	8
4. Résumé des préparatifs essentiels à un accouchement planifié à domicile	9
5. Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile	9
6. Avantages et inconvénient de l'accouchement à domicile.....	10
6.1 Avantages de l'accouchement à domicile.....	10
6.2 Inconvénient de l'accouchement à domicile	10
7. Ententes entre la femme et la sage-femme.....	10
Annexe I Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile	12
Annexe II Politique de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) sur les assistances aux accouchements.....	13
Annexe III Politique concernant la possession par la femme de son dossier	14
Annexe IV Politique concernant les ententes avec le service ambulancier.....	15
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	16

INTRODUCTION

Les renseignements que vous trouverez dans ce document ont pour objet de vous informer sur l'accouchement à domicile et sur l'approche des sages-femmes en ce qui concerne le domicile comme lieu de naissance. Il vise à clarifier les attentes réciproques, dans le but d'établir un climat de confiance et de coopération entre vous et votre sage-femme et de vous permettre de faire un choix éclairé.

Planifier un accouchement à domicile suite à une décision réfléchie est un geste d'autonomie et de responsabilité de la part de parents qui conçoivent l'accouchement comme un *événement naturel et normal, porteur de significations profondes* et qui souhaitent que ce moment de passage à la vie pour l'enfant se déroule dans le *respect de leurs valeurs, dans un milieu familial, chaleureux et sécuritaire*.

Le choix du lieu pour l'accouchement fait partie des valeurs et des croyances de chacune et de chacun. Accoucher en centre hospitalier, en maison de naissance ou à domicile est pour plusieurs en concordance avec leurs besoins individuels ou le choix de leur intervenant. Les sages-femmes respectent les valeurs et croyances individuelles.

La décision vous appartient concernant le choix du support professionnel et du lieu de naissance qui vous conviennent. Ce document a été conçu pour vous fournir l'information nécessaire au sujet de l'accouchement à domicile afin de prendre une décision responsable, adaptée à vos besoins et à ceux de votre bébé.

Quel que soit le lieu que vous choisirez pour l'accouchement, la sage-femme exercera sa profession de la même façon et disposera de l'équipement, du matériel et des médicaments exigés par l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ).

Les sages-femmes s'occupent de femmes en santé ayant une grossesse normale. Au premier contact, la sage-femme vous posera des questions et fera un examen physique sommaire afin de déterminer votre admissibilité à ses services.

La pratique sage-femme est circonscrite par la Loi sur les sages-femmes et encadrée par les différents règlements de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ).

Ainsi, tout au long de votre suivi de grossesse, la sage-femme aura le devoir de vous informer et de vous faire des recommandations lorsqu'il y aura une décision à prendre. En considération de votre état et de vos choix, elle pourra vous prescrire au besoin les tests de dépistage et diagnostics reliés à votre grossesse actuelle. Lors d'une situation ne faisant pas partie de son champ de pratique, la sage-femme sera dans l'obligation de consulter un médecin ou un autre professionnel, conformément à la Loi et aux règlements de l'OSFQ sur la pratique sage-femme.

À tout moment au cours de votre suivi de grossesse, il vous est possible de changer d'avis quant au lieu que vous avez choisi pour la naissance de votre enfant. Nous vous demandons alors d'en aviser votre sage-femme le plus tôt possible.

1. LE CHOIX ÉCLAIRÉ : UN PRINCIPE FONDAMENTAL DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Selon le code d'éthique de la *Confédération internationale des sages-femmes*, les sages-femmes respectent le droit des femmes de recevoir l'information leur permettant de faire des choix éclairés. Elles appuient les femmes enceintes dans leur droit de participer activement aux prises de décisions reliées à leurs soins. Les sages-femmes encouragent l'*empowerment*¹ des femmes en ce qui concerne leur santé et celle de leur famille en fonction de l'environnement social et culturel de celle-ci, et à assumer la responsabilité de leurs choix.

Au Québec, les sages-femmes encouragent également les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles reconnaissent que le principe du choix éclairé est fondamental à la profession de sage-femme et que les femmes ont le droit de recevoir de l'information et de s'impliquer dans le processus de prise de décisions.

Les sages-femmes 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 professionnels de la santé, tout en reconnaissant que la décision finale appartient à la femme, sauf dans les situations où cette décision vient à l'encontre des règlements et des politiques de l'OSFQ.

La sage-femme a la responsabilité de faciliter les échanges de connaissances, notamment par l'utilisation d'un vocabulaire accessible en matière de procédures, de tests et de médication. La sage-femme encourage et guide la femme vers d'autres sources d'information, au besoin. Elle doit également tenir ses connaissances à jour pour être en mesure d'informer la femme des nouvelles recommandations, le cas échéant.

L'*Ordre des sages-femmes du Québec* demande à ses membres de fournir l'information suivante à chaque femme enceinte :

- les services offerts incluant des informations sur le déroulement du suivi, les soins offerts et la continuité des services;
- les raisons de consultation et de transfert de soins en cas de complications;
- la façon de joindre en tout temps la sage-femme principale ou sa coéquipière;
- le rôle et les responsabilités de la sage-femme;
- les règles sur la confidentialité et l'accès au dossier de la femme.

¹ Ce terme sans équivalent français réfère notamment au pouvoir des femmes sur leur accouchement, à la capacité de la femme d'accoucher par elle-même et à la notion de prise en charge personnelle.

Ces informations peuvent être discutées au besoin.

Tout au long du suivi, il est également du devoir de la sage-femme de fournir à chaque femme les informations suivantes:

- les avantages et les risques possibles ainsi que les solutions de rechange aux procédures, aux tests et aux médications;
- les pratiques établies au Québec.

2. APERÇU DE LA SITUATION DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Dans cette section, l'évolution de l'accouchement à domicile au cours du XXe siècle est rappelée brièvement. La sécurité de l'accouchement à domicile et sa pratique actuelle dans diverses provinces canadiennes et dans d'autres pays sont discutées. Les principaux résultats des plus importantes recherches scientifiques portant sur l'accouchement à domicile sont passés en revue.

La littérature permet de conclure que l'accouchement à domicile n'est pas plus risqué qu'à l'hôpital pour des femmes en santé. Les facteurs déterminants de la sécurité du domicile comme lieu d'accouchement sont exposés dans les pages qui suivent.

2.1 L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE AU QUÉBEC : QUELQUES JALONS HISTORIQUES

Au cours du XXe siècle, en quelques décennies seulement, le paysage de l'accouchement au Québec s'est métamorphosé. En l'espace d'une trentaine d'années, l'accouchement à domicile qui était de norme disparaît presque totalement. Alors qu'en 1935, la proportion des enfants nés en institution était seulement de 11 %, le taux de naissances à l'hôpital passait le cap des 99 % dès 1967.

Durant les années quarante et cinquante, la croissance accélérée du réseau hospitalier, dans le sillage du développement de l'État providence au Canada et du fort mouvement d'institutionnalisation de la médecine, qui se veut de plus en plus curative et spécialisée, ont été des facteurs déterminants dans cette marginalisation de l'accouchement à domicile.

Bien que l'augmentation du nombre d'accouchements en centre hospitalier corresponde dans le temps à une baisse de la mortalité maternelle et à une diminution significative de la mortalité néonatale, aucun lien manifeste n'a pu être établi entre ces progrès et l'hôpital comme lieu d'accouchement. En fait, ces baisses sont généralement attribuées à la conjoncture de plusieurs événements, dont au premier plan l'amélioration des conditions sociosanitaires et l'apparition de nouveaux médicaments et thérapies.

Comme ailleurs en Occident, principalement aux États-Unis et en Europe, la demande pour l'accouchement à domicile et l'accès aux services de sages-femmes renaît au Québec dès le début des années 1970, dans un contexte de remise en question des attitudes du monde de la santé à l'égard de la grossesse et de l'accouchement. Les demandes se cristallisent autour d'une plus grande humanisation des soins et l'accès à un accouchement naturel démedicalisé.

À l'issue de nombreuses représentations des femmes, de plusieurs études gouvernementales et d'une commission parlementaire, le gouvernement du Québec adoptait en 1990 la Loi sur la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes, ceux-ci autorisant l'expérimentation officielle de la pratique sage-femme. Ces projets-pilotes ont eu lieu hors centre hospitalier dans le cadre de maisons de naissance (au nombre de 6 réparties dans diverses régions du Québec).

La profession de sage-femme était enfin légalisée en 1999 et le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec entrait en fonction avec tous les pouvoirs nécessaires à la surveillance de la pratique afin d'assurer la protection du public. Il est prévu par la Loi sur les sages-femmes que l'accouchement à domicile fasse l'objet d'une réglementation spécifique.

2.2 UN CHOIX RÉALISTE ET SÉCURITAIRE

Les études internationales concluent que l'accouchement à l'hôpital ne peut se justifier sur la base de la sécurité et qu'aucun des deux lieux d'accouchement, le centre hospitalier et le domicile, n'est totalement sécuritaire (Ashford, 1978 ; Tew, 1978 ; Campbell et Macfarlane, 1987 ; Olsen, 1997).

Les diverses recherches comparant la sécurité de l'accouchement à domicile à celle de l'accouchement en centre hospitalier arrivent à des conclusions semblables : pour des accouchements dont les conditions sont comparables et pour une clientèle sélectionnée à bas risques, les taux de mortalité et de morbidité périnatales sont égaux ou légèrement inférieurs à domicile (Peat, Marwick, Stevenson & Kellog, 1991 ; Janssen, Holt, Myers, 1994 ; Olsen, 1997 ; B.C. Home Birth Demonstration Project, 2000).

Bien que les accouchements à la maison ne dépassent pas 1 % de tous les accouchements en pays industrialisés, l'expérience de certains pays comme les Pays-Bas, où la proportion des accouchements à domicile se situe autour de 31 % (Rozon, 1996), montre que cette option a fait la démonstration de sa pertinence et de son efficience.

Même s'il est encore peu répandu au Canada, l'accouchement à domicile est également autorisé et pratiqué par les sages-femmes de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario. En Ontario, 40 % des accouchements assistés par des sages-femmes se déroulent à domicile (Conseil d'évaluation des projets-pilotes, 1998).

Les sages-femmes du Québec se sont engagées à continuer de respecter et de supporter le droit fondamental des femmes de choisir le lieu de leur accouchement, en accord avec les règles de pratique émises par leur Ordre. Même si de nos jours l'usage le plus répandu est de donner naissance à l'hôpital, les sages-femmes sont d'avis que l'accouchement hors centre hospitalier, incluant le domicile, est une option réaliste qui offre une marge de sécurité acceptable aux femmes en santé dont la grossesse est sans complication.

En 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaissait formellement que le domicile constitue, pour la majorité des femmes, le lieu le plus approprié pour donner naissance. L'organisme recommandait par conséquent que toutes les femmes enceintes puissent recevoir des services de diagnostic, de consultation, d'urgence ainsi que tout autre service requis en la circonstance, quel que soit le lieu de naissance choisi, incluant le domicile.

2.3 QUELQUES RÉSULTATS DE RECHERCHES

Pour en faciliter la consultation, les conclusions des principales recherches scientifiques portant sur l'accouchement à domicile sont présentées en encadré. Dans les pays industrialisés, la sécurité de l'accouchement à domicile, pour des femmes en santé, est étayée par plus de 30 années de collecte de données. Toutes les références de cette section sont consignées à la bibliographie sommaire jointe en annexe.

En Californie, une importante étude menée par Lewis Mehl et son équipe, comparant 1146 femmes ayant accouché à domicile avec 1146 femmes ayant accouché à l'hôpital, est arrivée à des résultats équivalents pour les deux groupes quant à la mortalité et à la morbidité périnatales. Toutefois, les taux d'interventions étaient cinq fois moindre pour les femmes qui accouchaient à la maison, même en comptant celles qui avaient dû être transférées à l'hôpital. (Mehl et al., 1977)

En 1994, Janssen, Holt et Myers publiaient les résultats d'une étude descriptive et comparative menée dans l'État de Washington entre 1981 et 1990. Cette recherche, qui portait sur la sécurité de la pratique des sages-femmes accréditées de cet État, a démontré que les naissances assistées par ces intervenantes hors centres hospitaliers ne présentent pas de différence quant à la morbidité et à la mortalité néonatale et postnatale par rapport aux naissances en milieu hospitalier. (Janssen et al., 1994)

En 1997, Ole Olsen publiait les résultats d'une méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement à domicile regroupant des études provenant des Pays-Bas, des États-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie et de la Suisse. Les comparaisons effectuées entre les groupes de femmes ayant accouché à l'hôpital et celles ayant donné naissance à la maison révèlent que la mortalité périnatale est semblable, ce qui permet de dire que l'accouchement à domicile n'est pas totalement sécuritaire, pas plus que ne l'est l'accouchement à l'hôpital.

Chez les femmes ayant accouché à domicile, on note une plus faible fréquence d'Apgar bas, des lacérations du 2^e et du 3^e degré, des inductions et des stimulations du travail, des épisiotomies et des césariennes. L'auteur conclut que l'accouchement à domicile est une option acceptable pour des femmes sélectionnées et qu'il conduit à une diminution des interventions médicales. (Olsen, 1997)

En Ontario, une étude réalisée par le Conseil intermédiaire sur la réglementation de la profession de sage-femme concluait que « pour les femmes à faibles risques, un accouchement planifié à la maison avec l'aide de personnes qualifiées est une option sécuritaire et viable ». (CIR-Ontario, 1991)

Dans une recherche menée entre 1983 et 1988 à Toronto et analysant les résultats de 1001 accouchements à domicile assistés par des sages-femmes, Holliday Tyson constatait que le taux de mortalité néonatale était l'un des plus bas au monde : 2 pour 1001 accouchements. 93 % des naissances avaient été des accouchements vaginaux spontanés, 17 % des femmes avaient été transférées à l'hôpital et seulement 7,3 % avaient subi une épisiotomie (Tyson, 1989).

Une étude effectuée en Colombie-Britannique en 1998-1999 conclut que l'accouchement à domicile est un choix sécuritaire pour les femmes enceintes. La fréquence des Apgar bas, des asphyxies, des bébés de faible poids et des convulsions à la naissance est semblable dans les groupes ayant accouché à domicile et à l'hôpital.

Cependant, dans le groupe ayant choisi d'accoucher à domicile, on note un taux significativement moins élevé d'interventions (analgésie/anesthésie, monitoring foetal, induction du travail, stimulation du travail, césarienne et épisiotomie). Sur l'ensemble des accouchements planifiés à domicile, 22 % des femmes ont été transférées à l'hôpital pendant l'accouchement ou immédiatement après ; au total, 4 % des femmes ont vécu un transfert urgent.

(B.C. Home Birth Demonstration Project, 2000)

Un compte rendu de cette recherche présentant les mêmes conclusions a été publié par le *Canadian Medical Association Journal* en 2002.

2.4 L'ACCOUCHEMENT HORS CENTRE HOSPITALIER AU QUÉBEC : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EFFECTUÉE EN 1995-1996

En 1995-1996 au Québec, une étude comparant un groupe de 1000 femmes suivies par des médecins ayant accouché en centre hospitalier et de 1000 femmes suivies par des sages-femmes hors centre hospitalier (maison de naissance) permettait d'observer les résultats suivants :

- une proportion d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes égale dans les deux groupes;
- une fréquence des admissions des bébés aux soins intensifs similaire dans les deux groupes;
- des décès néonataux équivalents dans les deux groupes;
- aucun décès maternel dans les deux groupes.

Chez le groupe ayant accouché avec une sage-femme, on a pu observer, entre autres :

- une utilisation moins fréquente des technologies médicales;
- moins d'interventions obstétricales (césarienne, forceps, épisiotomie);
- une réduction très importante des déchirures périnéales du 3^e et du 4^e degré.

15,8 % des femmes ayant débuté leur travail en maison de naissance ont nécessité un transfert en centre hospitalier pour l'accouchement. Sur l'ensemble des naissances, 3 % des femmes ayant débuté leur travail en maison de naissance ont vécu un transfert urgent. Ces taux sont considérés comme relativement faibles. Ils sont comparables ou en deçà des observations d'autres recherches réalisées aux Pays-Bas et aux États-Unis. (Conseil d'évaluation des projets-pilotes, 1998).

2.5 LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SÉCURITÉ

Accoucher à domicile est l'aboutissement d'un processus de dépistage qui s'effectue tout au long du suivi de la grossesse et de la période entourant la naissance. Le champ d'exercice de la sage-femme reconnaît d'ailleurs son habileté à dépister de façon précoce les risques reliés à la grossesse et à l'accouchement. En présence d'un facteur de risque, la sage-femme consulte le médecin et lui transfère sa responsabilité si la condition de la femme l'exige.

D'autres facteurs contribuent également à la sécurité du domicile comme lieu d'accouchement:

- les services continus et personnalisés offerts par la sage-femme qui connaît bien la femme, le couple, la famille et leur environnement;
- la disponibilité de la sage-femme ou de sa coéquipière qui est en mesure de répondre 24 heures sur 24 aux questions des couples;
- le respect de la « normalité » de l'accouchement et du rythme individuel du processus physiologique du travail;
- le respect de l'intimité, de la liberté de mouvement de la femme et la présence exclusive de personnes familières choisies par la femme;
- la diminution des risques d'infection.

En dehors de toute considération sur les lieux de pratique, la sage-femme doit répondre aux normes rigoureuses de compétence établies par l'*Ordre des sages-femmes du Québec*. Elle doit se soumettre à une formation continue et maintenir à jour notamment sa certification en réanimation néonatale avancée. En cas d'urgence, la sage-femme possède les compétences requises pour stabiliser l'état de la mère ou du nouveau-né et dispose d'équipements et de médicaments d'urgence.

3. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES POUR PLANIFIER LE LIEU DE NAISSANCE

C'est à la femme qu'il revient de choisir le support professionnel et le lieu de naissance qui lui conviennent. Ces choix sont en réalité distincts. Si une femme et son conjoint optent pour la sage-femme comme intervenante pour le suivi de grossesse et l'accouchement, ils auront dans un deuxième temps à choisir le lieu de la naissance, soit le domicile, la maison de naissance ou l'hôpital.

Il existe cependant un certain nombre de complications qui feront en sorte qu'un accouchement qui était planifié à domicile devra obligatoirement avoir lieu en centre hospitalier. C'est le cas, par exemple, d'un travail qui débute avant 37 semaines ou d'une grossesse qui dépasse le terme de 42 semaines.

La sage-femme est une intervenante de première ligne. C'est à elle qu'il revient de donner à la femme toute l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée sur le choix du lieu de naissance de son enfant. Dans le cas où une consultation médicale a été demandée, les informations fournies par la sage-femme incluent les recommandations de la consultante ou du consultant.

Lorsque les soins ont été transférés à un médecin en raison d'indication de transfert de soins ou de complication, l'accouchement en dehors de l'hôpital ne sera plus une option. La sage-femme soutient la femme après que celle-ci aura pris connaissance des informations et des recommandations qui la concernent.

4. RÉSUMÉ DES PRÉPARATIFS ESSENTIELS À UN ACCOUCHEMENT PLANIFIÉ À DOMICILE

- La sage-femme détermine l'admissibilité de la femme;
- La sage-femme et la femme déterminent quelles conditions supplémentaires devraient être remplies pour assurer la sécurité d'un accouchement à domicile;
- La sage-femme doit fournir à la femme de l'information adéquate incluant les résultats des recherches récentes sur les avantages, les inconvénients et la sécurité d'un accouchement planifié à domicile;
- La femme signe un consentement éclairé avant sa 36^e semaine de grossesse;
- La femme participe régulièrement à son suivi de grossesse durant lequel la sage-femme évalue continuellement son admissibilité. La femme effectue une préparation à un accouchement naturel;
- La sage-femme contacte les services ambulanciers et l'hôpital local afin de s'assurer des mesures de transport et d'accueil en cas d'urgence;
- Autant que possible, la femme a en sa possession une carte de l'hôpital concerné;
- La femme garde en sa possession une copie de son dossier tenu régulièrement à jour par la sage-femme;
- La sage-femme visite le domicile pour planifier son organisation;
- La sage-femme et les parents s'assurent que tout le matériel nécessaire est disponible;
- En conformité avec la politique de l'OSFQ, la sage-femme s'assure qu'une assistante sera disponible pour l'accouchement.

5. CONSENTEMENT AU SERVICE SAGE-FEMME POUR UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Afin de planifier un accouchement à domicile en présence d'une sage-femme, le règlement de l'Ordre stipule que la femme doit signifier son choix en signant un formulaire de consentement (annexe I).

Le formulaire de **Consentement au service sage-femme pour un accouchement à domicile** devrait être signé avant la 36^e semaine de grossesse lorsque l'accouchement est planifié à domicile.

La signature de ce formulaire implique un processus de choix éclairé. Ce processus exige que la sage-femme donne toute l'information nécessaire sur son champ de pratique, les politiques, les mécanismes de référence et les critères d'admissibilité pour un accouchement à domicile. La sage-femme devrait discuter de ces éléments dans des termes accessibles et s'assurer que la femme les comprend bien.

La femme doit recevoir une information détaillée sur les avantages, les risques et la sécurité d'un accouchement à domicile. De plus, elle doit être informée des procédures d'urgence et de leur gestion à domicile. La sage-femme et la femme doivent aussi discuter de la remise en question du lieu de naissance lorsque survient une complication.

À cet effet, la femme s'engage à informer la sage-femme de tout changement pouvant affecter la sécurité lors d'un accouchement à domicile. Elle accepte également d'être transférée à l'hôpital durant le travail ou le post-partum si une urgence ou une complication survient. La sage-femme conserve la responsabilité professionnelle jusqu'au moment de la prise en charge par le médecin.

6. AVANTAGES ET INCONVÉNIENT DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Bien qu'ils ne soient pas présentés de façon exhaustive, les principaux avantages et inconvénients de l'accouchement à domicile sont fournis dans cette section.

6.1 AVANTAGES DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- Le domicile représente un environnement connu dans lequel les femmes se sentent en sécurité;
- L'accouchement à domicile préserve l'accouchement comme un événement familial, dans la communauté;
- L'attachement et le lien rapide avec les autres enfants sont favorisés;
- Le désagrément du déplacement est évité.

6.2 INCONVÉNIENT DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- Plusieurs recherches sur le sujet concluent que l'inconvénient majeur de l'accouchement à domicile réside dans le désagrément éventuel d'un transfert lors d'une complication et des délais possibles pour accéder à des services médicaux, le cas échéant.

Toutefois, lorsque des ententes sont bien établies entre les équipes médicales, ces délais sont réduits et le transfert se fait de façon harmonieuse. De façon générale, les études révèlent une incidence des transferts urgents de 4 % et moins pour les femmes suivies par une sage-femme et ayant planifié un accouchement hors centre hospitalier, que ce soit à domicile ou en maison de naissance.

7. ENTENTES ENTRE LA FEMME ET LA SAGE-FEMME

La femme qui planifie un accouchement à domicile a la responsabilité d'assister régulièrement à son suivi prénatal avec la sage-femme. Lors de ces visites, la sage-femme effectue une évaluation continue et discute avec la femme de tout changement qui pourrait affecter son état et ainsi compromettre un accouchement à domicile.

La sage-femme et la femme sont responsables de la préparation adéquate pour un accouchement à domicile :

- La sage-femme s'assure de la disponibilité de l'équipement, du matériel et des médicaments nécessaires pour un accouchement planifié à domicile;
- La femme s'assure de fournir le matériel demandé selon une liste suggérée;
- La sage-femme s'assure qu'une assistante sera disponible pour l'accouchement selon la politique de l'Ordre (voir Annexe II);
- La femme fournit à la sage-femme un plan détaillé et des indications précises pour se rendre à son domicile; une visite prénatale à domicile en fin de grossesse est obligatoire (voir Section 4).

Annexe I

CONSENTEMENT AU SERVICE 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 points suivants:

- les particularités des différents lieux de naissance ainsi que les avantages et les risques inhérents;
- les mesures liées à l'accouchement à domicile;
- les situations où un transfert de soins à un médecin peut être nécessaire;
- les mesures d'urgence à prendre lors d'une complication;
- les critères de transport du domicile à l'hôpital lorsque indiqué, incluant l'implication de la distance.

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

Je comprends que je peux révoquer ma décision d'accoucher à domicile en tout temps.

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

Signatures : femme _____
 conjoint _____

Nom de la sage-femme : _____

Numéro de permis : _____

Annexe II

Politique de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) sur les assistances aux accouchements

Dans le but d'assurer la sécurité de la femme et de son bébé et de préserver la spécificité de l'approche sage-femme dans le contexte actuel du petit nombre de ces professionnelles au Québec, chaque accouchement doit être assisté par deux sages-femmes.

Dans certaines situations (par exemple, en région éloignée) une exception à cette règle pourrait être acceptée. Une sage-femme qui prévoit une telle situation devrait contacter l'Ordre pour vérifier les exigences concernant la 2^e assistante, dont notamment une certification en réanimation néonatale.

Annexe III

Politique concernant la possession par la femme de son dossier

Quel que soit le lieu prévu pour la naissance de son bébé, l'OSFQ demande que chaque femme ait en sa possession, à partir de la 37^e semaine de grossesse, une copie des parties de son dossier qui seraient requises lors de consultations et de transferts. Ceci permettrait qu'en situation de déplacement ailleurs qu'au lieu prévu, les intervenants aient accès aux informations nécessaires sans perdre de temps : paramètres obstétricaux, résultats de laboratoire et d'échographie(s) et autres documents pertinents.

Pour faciliter l'inscription en cas de transfert, l'OSFQ recommande aussi qu'autant que possible, chaque femme ait en sa possession la carte du centre hospitalier de référence. La sage-femme doit se référer aux normes concernant la tenue de dossier et la confidentialité.

ANNEXE IV

Politique concernant les ententes avec le service ambulancier

Dans chaque région où pratique une sage-femme, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) recommande qu'une entente soit établie entre l'établissement dont relève la sage-femme et les services ambulanciers. Cette entente devrait prévoir les modalités à suivre en cas de transfert d'une femme ou de son bébé à partir du domicile ou de tout autre lieu de pratique de la sage-femme vers un centre hospitalier.

Le domicile *éloigné* ou *difficile d'accès* se définit par rapport au temps de réponse requis pour recevoir des soins médicaux. Ce délai devrait être pris en considération, surtout lorsqu'une femme demeure dans une région éloignée.

La Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC) a émis une directive aux médecins qui assistent à des accouchements. Ceux-ci doivent demeurer à moins de 30 minutes de l'hôpital lorsqu'ils sont de garde. Au Canada, une norme implicite découle de cette directive. Une femme qui accouche devrait pouvoir accéder à des soins médicaux dans un délai maximal de 30 minutes. Ainsi, à l'étape de planification d'un accouchement à domicile, le femme devrait être avisée de cette norme. La sage-femme a le devoir de l'informer des implications et des conséquences possibles d'un délai dans le transport vers un centre hospitalier sur sa santé ou celle de son enfant.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

ASHFORD, J.R., « Policies for maternity care in England and Wales : too fast and too far ? » dans S. Kitzinger et J.A. Davis éd., *The Place of Birth*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

BRITISH COLUMBIA. MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIOR. *Home Birth Demonstration Project. Evaluation Report*. Colombie-Britannique, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2000.

BRITISH COLUMBIA. MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIOR. *Home Birth Demonstration Project. Final Report to Health Transition Fund*. Colombie-Britannique, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2000.

CAMPBELL, Rona et Alison MACFARLANE. *Where to be born ? The debate and the evidence*. Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, 1987.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES. *Rapport final et recommandations*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, [1998].

CONSEIL INTÉRIMAIRE SUR LA RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME (CIR). *Rapport sur l'accouchement à la maison*. Ontario, 1991.

GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*. [Montréal], Boréal, [1996].

JANSSEN, Patricia A., Victoria L. HOLT et Susan MYERS, « Licensed Midwife-Attended, out-of-Hospital Births in Washington State : Are They Safe ? », *Birth*, 21,3 (1994).

JANSSEN, Patricia A. et al., « Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia », *Canadian Medical Association Journal*, 166, 3 (2002).

MEHL, Lewis E. et al., « Outcome of Elective Homebirths : A Serie of 1146 Cases », *Journal of Reproductive Medecine*, 19,5 (1977).

OLSEN, Ole, « Meta-analysis of Safety of Home Birth », *Birth*, no 24 (mars 1997).

PEAT, MARWICK, STEVENSON & KELLOG. *Report to the Registrar-Health Disciplines*. Alberta, 1991. (Revue littéraire de 65 recherches à travers le monde sur l'accouchement à domicile).

TEW, M. « The Case against hospital deliveries : the statistical evidence » dans S. Kitzinger et J.A. Davis éd., *The Place of Birth*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

ROZON, Nicole. *Recension de la littérature sur les lieux de pratique des sages-femmes*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

TYSON, Holliday. *A Retrospective Descriptive Study of 1001 Homebirths Attended by Midwives in Toronto Between 1983 and 1988*. Hamilton, Ontario, McMaster University, 1989.



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC



Montréal, le 13 mai 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président
OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

0002011

Monsieur le Président,

Par la présente, nous désirons vous informer que le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté à l'unanimité, à l'occasion de sa séance du mardi 13 mai 2003, le *règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* dans ses versions française et anglaise, que vous nous aviez transmises en date du 12 mai 2003.

Quant au *règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*, le Bureau a adopté à l'unanimité la version française, en y apportant les changements suivants : à l'article 4, les mots « puissent l'être de façon sécuritaire » sont remplacés par « le soient dans un environnement sécuritaire » et, à l'article 10, le mot « précipité » est remplacé par le mot « imminent ». La version anglaise de ce règlement a été adoptée avec les changements suivants : à l'article 4 les mots « services will be able to be provided safely on the due date » sont remplacés par « on the due date, services may be provided in a safe environment » et à l'article 10 le mot « premature » est remplacé par le mot « imminent ». Ces changements ont été adoptés et en français et en anglais, et sont indiqués par une * en marge de ces articles. Veuillez noter que nous vous avons suggéré également en manuscrit certains mots ou expressions permettant à notre avis une meilleure traduction.

Je joins copie de ces règlements dans leur version française et anglaise avec les changements apportés en manuscrit, ainsi que les résolutions adoptées

Ces modifications font suite aux recommandations émises par le Conseil consultatif à l'occasion de sa séance du 5 mai 2003.

Nous joignons l'avis formel du Conseil consultatif qui confirme son assentiment à ces 2 règlements.

Nous osons croire que toutes les formalités requises sont complétées et nous vous assurons de notre disponibilité au besoin.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mes salutations distinguées.

La présidente,



Raymonde Gagnon, SF

p.j.



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

AVIS DU CONSEIL CONSULTATIF

Lors d'une conférence téléphonique tenant lieu de réunion extraordinaire le 5 mai 2003, le Conseil Consultatif de l'Ordre des sages-femmes du Québec recommandait à l'unanimité l'adoption de la nouvelle version proposée par le Bureau de l'OSFQ pour le *règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile. Loi sur les sages-femmes. (L.R.Q.c »S-O.1, a.5, 1^{er} al., par.2^o)* sous réserve d'y apporter les modifications suivantes :

- ✓ **Section III : CONDITION D'EXERCICE**, point 4 :
Enlever « lors de cette visite » et le remplacer par « À cette fin, ». Remplacer « ...les services fournis le soient de façon sécuritaire » par « ...les services fournis le soient dans un environnement sécuritaire ».
- ✓ **Section III : CONDITION D'EXERCICE**, point 10
Remplacer la phrase « La sage-femme qui procède à un accouchement précipité à domicile... » par « la sage-femme qui procède à un accouchement imminent à domicile... ».

Le Conseil Consultatif adoptait également la dernière version proposée par le Bureau de l'OSFQ pour le *règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-O.1, a.5, 1^{er} al., par. 3^o)* sous réserve de la modification ci-après :

- ✓ **Section I : TRANSFERT**, point 8 :
Remplacer la phrase « La sage-femme qui se trouve avec la femme ou l'enfant au moment du transfert l'accompagne, si nécessaire, jusqu'à la prise en charge médicale » par « La sage-femme qui se trouve avec la femme ou l'enfant au moment du transfert l'accompagne, lorsque les circonstances le requiert, jusqu'à la prise en charge médicale »

Marlène Boily, inf, DMSPR
Présidente du Conseil Consultatif



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

Montréal, le 13 mai 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président
OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur le Président,

Par la présente, nous désirons vous informer que le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté à l'unanimité, à l'occasion de sa séance du mardi 13 mai 2003, le *règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin* dans ses versions française et anglaise, que vous nous aviez transmises en date du 12 mai 2003.

Quant au *règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*, le Bureau a adopté à l'unanimité la version française, en y apportant les changements suivants : à l'article 4, les mots « puissent l'être de façon sécuritaire » sont remplacés par « le soient dans un environnement sécuritaire » et, à l'article 10, le mot « précipité » est remplacé par le mot « imminent ». La version anglaise de ce règlement a été adoptée avec les changements suivants : à l'article 4 les mots « services will be able to be provided safely on the due date » sont remplacés par « on the due date, services may be provided in a safe environment » et à l'article 10 le mot « premature » est remplacé par le mot « imminent ». Ces changements ont été adoptés et en français et en anglais, et sont indiqués par une * en marge de ces articles. Veuillez noter que nous vous avons suggéré également en manuscrit certains mots ou expressions permettant à notre avis une meilleure traduction.

Je joins copie de ces règlements dans leur version française et anglaise avec les changements apportés en manuscrit, ainsi que les résolutions adoptées

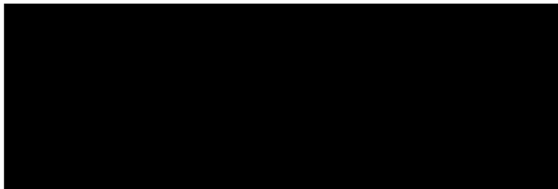
Ces modifications font suite aux recommandations émises par le Conseil consultatif à l'occasion de sa séance du 5 mai 2003.

Nous joignons l'avis formel du Conseil consultatif qui confirme son assentiment à ces 2 règlements.

Nous osons croire que toutes les formalités requises sont complétées et nous vous assurons de notre disponibilité au besoin.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mes salutations distinguées.

La présidente,



Raymonde Gagnon, SF

pj.



Québec, le 28 mai 2003

Madame Gyslaine Desrosiers
Présidente
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4

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

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

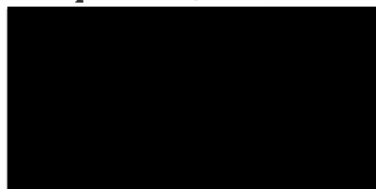
Madame la Présidente,

Je vous informe que le 13 mai 2003, l'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté deux règlements portant sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile par une sage-femme ainsi que sur la classification des cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Ces règlements ont été adoptés à la suite d'avis favorables du Conseil consultatif, où siège notamment un membre de votre ordre. Ils seront publiés à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* le 4 juin prochain pour commentaires des intéressés, dont évidemment l'Ordre des infirmières et infirmiers, avant d'être soumis au gouvernement pour approbation.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv



Québec, le 28 mai 2003

Monsieur Paul Fernet
Président
Ordre des pharmaciens du Québec
266, rue Notre-Dame Ouest, bureau 301
Montréal (Québec) H2Y 1T6

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

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

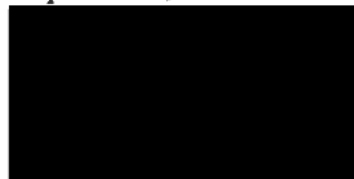
Monsieur le Président,

Je vous informe que le 13 mai 2003, l'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté deux règlements portant sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile par une sage-femme ainsi que sur la classification des cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Ces règlements ont été adoptés à la suite d'avis favorables du Conseil consultatif, où siège notamment un membre de votre ordre. Ils seront publiés à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* le 4 juin prochain pour commentaires des intéressés, dont évidemment l'Ordre des pharmaciens, avant d'être soumis au gouvernement pour approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv



Québec, le 28 mai 2003

Monsieur Yves Lamontagne
Président
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

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

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

Monsieur le Président,

Je vous informe que le 13 mai 2003, l'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté deux règlements portant sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile par une sage-femme ainsi que sur la classification des cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Ces règlements ont été adoptés à la suite d'avis favorables du Conseil consultatif, où siègent notamment deux membres de votre ordre. Ils seront publiés à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* le 4 juin prochain pour commentaires des intéressés, dont évidemment le Collège des médecins, avant d'être soumis au gouvernement pour approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv

Québec, le 29 mai 2003

Monsieur Juan Roberto Iglesias
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux du Québec
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

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

Règlement sur les cas nécessitant une
consultation d'un médecin ou un transfert de
la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

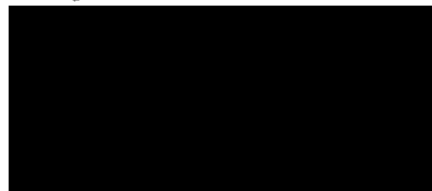
Monsieur le Sous-Ministre,

En août 2001 et janvier 2002, je transmettais à votre prédécesseur, pour commentaires, des avant-projets de règlements portant sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile par une sage-femme ainsi que sur la classification des cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin.

Je vous informe que ces deux règlements ont été adoptés par l'Ordre des sages-femmes du Québec le 13 mai 2003. Ils seront publiés à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* le 4 juin prochain afin d'obtenir les commentaires des intéressés, dont évidemment votre ministère. Ce n'est qu'ensuite qu'ils pourront être acheminés au gouvernement pour approbation.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration et vous prie d'agréer, Monsieur le Sous-Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



JEAN-K. SAMSON

DAB/nv

800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : (418) 643-6912
Sans frais : 1 800 643-6912
Télécopieur : (418) 643-0973
www.opq.gouv.qc.ca



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

BUREAU DU PRÉSIDENT



Le 5 juin 2003

0002157

Maître Jean-K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur le Président,

J'accuse réception de votre lettre du 28 mai dernier nous informant de la publication, dans l'édition du 4 juin de la *Gazette officielle du Québec*, de deux projets de règlements soumis par l'Ordre des sages-femmes du Québec, et vous en remercie.

Bien évidemment, le moment choisi pour soumettre ces projets de règlements à une prépublication ne favorise pas de vous acheminer des commentaires à l'intérieur des quarante-cinq jours prescrits, portant échéance au 19 juillet 2003.

De plus, je vous informe, si vous ne l'êtes déjà, de contacts fructueux que nous avons eus à l'occasion du Colloque sur l'interdisciplinarité tenu à Québec le 21 mars dernier, et qui se sont poursuivis lors d'une rencontre avec deux représentantes du Bureau de l'Ordre des sages-femmes, dont la présidente, madame Raymonde Gagnon. Il y a été convenu de nous revoir avant le début des vacances estivales pour approfondir notre intention mutuelle de soutenir l'intégration des sages-femmes en milieu hospitalier et pour convenir des conditions qui leur sont favorables. Nous souhaitons que ces discussions aboutissent positivement en cours d'automne 2003. Pour y arriver, nous croyons nécessaire de convenir ensemble des règles de bonnes pratiques visant la demande d'une consultation médicale, le suivi conjoint d'une grossesse et le transfert d'une parturiente (et de nouveau-nés, le cas échéant) à un médecin. D'ailleurs, les échanges que nous avons eus concernant les ajouts à la liste actuelle des médicaments et tests pouvant être prescrits par des sages-femmes, nous ramènent inévitablement à ces questions relatives aux conditions à rencontrer en vue d'une consultation ou d'un transfert, de façon à protéger la santé de la mère et de l'enfant à naître ou de son bébé.

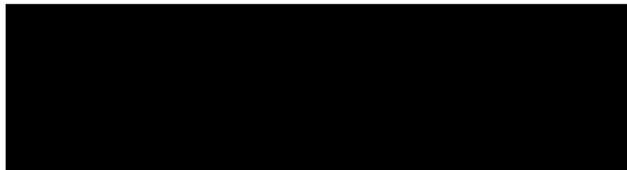
Vous comprendrez un peu notre surprise vis-à-vis de votre décision d'aller de l'avant pour rendre publics des projets de règlements dont nous aurions aimé voir au préalable la teneur, puisqu'ils font appel à la collaboration de médecins qui devront composer avec les conséquences de situations difficiles, pour lesquelles le caractère urgent est plus ou moins prévisible.

Pour la protection du public et la crédibilité du système professionnel, nous sommes persuadés que des précautions doivent être prises pour mieux gérer ces zones d'interface entre ordres professionnels. De notre point de vue, cette responsabilité appartient aux ordres eux-mêmes, mais aussi à l'Office des professions du Québec.

Malgré cet incident, nous demeurons ouverts à la discussion. Nous en avons informé la présidente de l'Ordre des sages-femmes le jour même de la prépublication des règlements. Nous comptons donc poursuivre nos démarches pour réaliser ce rapprochement nécessaire entre médecins et sages-femmes, au bénéfice des parturientes et des enfants. Nous attendons de l'Office qu'il soutienne ce processus.

Acceptez, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le président,

A large black rectangular box redacting the signature of Yves Lamontagne.

Yves Lamontagne, MD

Québec, le 16 juin 2003

Monsieur Yves Lamontagne, président
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu votre lettre du 5 juin dernier concernant la publication à la Gazette officielle du Québec, à titre de projet, de deux règlements adoptés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes concernant les conditions et les normes de pratique lors d'accouchements à domicile ainsi que les cas de consultation et de transfert à un médecin.

Je retiens de vos propos que les représentants de l'Ordre des sages-femmes et du Collège des médecins ont entamé des discussions en vue de convenir de conditions favorables à l'intégration de la pratique sage-femme en milieu hospitalier. Je comprends que parmi ces conditions figurent l'établissement de règles de bonnes pratiques visant la demande de consultation médicale, le suivi conjoint d'une grossesse et le transfert d'une femme et de son nouveau-né à un médecin.

Cette démarche m'apparaît prometteuse. Nous prendrons connaissance avec intérêt du résultat de vos discussions ainsi que tous autres travaux entrepris conjointement entre les deux ordres qui pourront venir éclairer l'Office à l'égard des deux règlements présentement en consultation en vue d'une recommandation au gouvernement.

Par ailleurs, c'est avec plaisir que nous échangerons avec vous sur le sujet si vous le jugez opportun.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,

JEAN-K. SAMSON



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Bureau de la présidente

Le 9 juillet 2003



0002410

0002411

Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800 Place d'Youville
Québec (Québec)
G1R 5Z3

Objet : *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors
d'accouchements à domicile
Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un
transfert de la responsabilité clinique à un médecin*

Monsieur le président,

Les contraintes dues à la période de vacances estivales nous occasionnent des retards dans l'analyse en collaboration des règlements mentionnés en titre, publiés à titre de projet dans la Gazette Officielle du Québec le 6 juin dernier. Pour ma part, je serai absente jusqu'au 22 août prochain. Nous vous serions donc reconnaissants de nous accorder un délai additionnel pour la formulation de commentaires, s'il y a lieu.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente et vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente,


Gyslaine Desrosiers

Québec, le 16 juillet 2003

Madame Gyslaine Desrosiers
Présidente
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4

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

Règlement sur les cas nécessitant une
consultation d'un médecin ou un transfert de
la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

Madame la Présidente,

Nous avons bien reçu votre lettre du 9 juillet dernier et nous vous en remercions. Nous prenons bonne note du fait que vous ne serez pas en mesure de nous transmettre vos commentaires à l'égard des deux règlements mentionnés en titre au cours de la période de consultation qui prendra fin le 19 juillet prochain. Nous vous invitons donc à nous transmettre ces commentaires dès que possible et nous vous assurons que l'Office en prendra connaissance avec intérêt.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



ANDRE ROCHON, avocat
Directeur des affaires juridiques

DAB/nv

GROUPE
maman

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*



Montréal, le 17 juillet 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

0002476

Monsieur,

Vous trouverez ci-joints les commentaires du Groupe MAMAN, Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel, concernant les deux **projets de règlements relatifs à la Loi sur les sages-femmes** (L.R.Q., c. S-0.1), publiés dans la Gazette officielle du Québec le 4 juin 2003.

Né en 1995, le Groupe MAMAN est un organisme sans but lucratif qui regroupe près de 200 membres provenant des différentes régions du Québec. La plupart de ces femmes ont utilisé les services des sages-femmes en Maison de naissance. L'un des principaux objectifs du Groupe MAMAN consiste à appuyer le développement de la pratique des sages-femmes parce que nous croyons que ces dernières offrent un service essentiel répondant aux besoins d'un nombre toujours croissant de femmes et de couples.

En effet, les valeurs promues par les membres du Groupe MAMAN se fondent sur la reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme processus naturels et comme expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles. Lorsque la femme est maîtresse d'œuvre de son accouchement, qu'elle est soutenue et encouragée plutôt que prise en charge, elle se découvre des compétences et une force insoupçonnées tout en se donnant la meilleure initiation qui soit à son rôle de mère. Nos membres sont donc fermement convaincues que : *"Les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement doivent avoir la liberté d'accoucher dans le lieu de leur choix et avec qui elles le désirent, y compris à domicile."*

Dans cette perspective, nous nous réjouissons de la parution des deux règlements mentionnés ci-haut et nous souhaitons qu'ils soient adoptés promptement par le gouvernement.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments distingués,


Bernadette Thibodeau
Présidente du Groupe Maman
4985, rue Dornal
Montréal (Québec) H3W 1W1
(514) 738-4145

GROUPE *manan*

*Mouvement pour
l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel*

Commentaires

sur les projets de règlements suivants :

1. Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile
2. Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Présentés à
Monsieur Jean-K. Samson, président
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville, 10^{ème} étage
Québec (Québec) H2Y 2K7

Juillet 2003

Le Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel) souhaite d'abord exprimer sa grande satisfaction devant l'adoption prochaine des deux règlements relatifs à la Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1) qui ont été publiés dans la Gazette officielle du Québec le 4 juin 2003.

En effet, le Groupe MAMAN milite depuis huit ans en faveur du développement de la pratique des sages-femmes au Québec en accord avec les revendications des femmes et des familles québécoises qui demandent depuis plus de trente ans des alternatives concrètes à l'accouchement médicalisé. En particulier, notre mouvement s'est engagé activement pour que les sages-femmes puissent à nouveau accompagner les femmes qui donnent naissance dans leur foyer. Nos membres proviennent de toute la province et la plupart d'entre elles ont reçu les services de sages-femmes. En 1997, nous avons organisé des groupes de discussion dans toutes les maisons de naissance du Québec afin de connaître l'appréciation des familles quant aux services de sages-femmes qu'elles ont reçus. Cet exercice a permis de dresser un bilan¹ qui exprime tant la satisfaction de la clientèle que ses inquiétudes et ses souhaits en ce qui concerne le développement de la pratique des sages-femmes. Pour celles et ceux qui ont eu recours à leurs services, les sages-femmes représentent les professionnelles par excellence de la grossesse et de l'accouchement normal. Elles sont le gage d'une naissance la plus naturelle possible, d'une écoute optimale de leurs besoins et d'une approche favorisant l'autonomie des femmes.

Les membres du Groupe MAMAN sont soulagés de pouvoir enfin compter sur la présence de sages-femmes lors de la naissance de leur enfant à la maison. En l'absence d'une réglementation à cet effet, plusieurs femmes et familles désirant donner naissance à un enfant dans leur foyer ont été privées de ce simple droit d'accoucher là où elles se sentent le plus à l'aise. Après quatre autres provinces canadiennes où ce droit est reconnu, notre tour est enfin venu. Les règlements en voie d'adoption viennent confirmer que l'intimité de notre maison et l'accompagnement d'une sage-femme compétente constituent l'environnement idéal pour accoucher en toute sécurité et vivre une expérience qui ouvre la voie à une parentalité autonome et enrichissante.

D'autre part, les cas nécessitant de la part de la sage-femme une consultation médicale ou un transfert ont été revus suivant des critères qui reconnaissent davantage la valeur et le jugement professionnel des sages-femmes. Nous nous réjouissons que soient ainsi reconnues les qualités particulières des sages-femmes du Québec qui ont toujours fait preuve d'un savoir-faire et d'un savoir être exemplaires². De plus, les études et les connaissances scientifiques actuelles appuient la latitude accordée aux sages-femmes dans ce règlement.

Pour conclure ce préambule, nous tenons à souligner que la grossesse et l'accouchement appartiennent avant tout aux femmes. Toutes les intervenantes en périnatalité devraient être conscientes que toute décision relative à la grossesse et à l'accouchement revient de droit aux femmes. Considérant que la pratique des professionnelles est régie par des lois et des

¹ Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maison de naissance, Groupe MAMAN, février 1998.

² Rapport final et recommandations, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.

règlements, le recours à leurs services doit se faire en toute autonomie et liberté ; en définitive, la décision ultime relève de chaque femme et il peut advenir qu'elle choisisse une alternative à la recommandation médicale.

Voici maintenant quelques commentaires plus spécifiques sur les deux règlements publiés dans la Gazette officielle du Québec.

1. Règlement sur les normes de pratiques et les conditions d'exercices lors de l'accouchement à domicile

À propos du consentement aux services

Le fait de demander aux femmes de signer un formulaire attestant qu'elles ont bien été informées sur les particularités et les risques inhérents aux différents lieux de naissance peut être vu comme un outil qui favorise l'autonomie et le choix éclairé. C'est pourquoi nous ne nous y objectons pas du tout. Cependant, le règlement ayant pour but de déterminer les normes de pratique des sages-femmes, il nous semblerait plus approprié que ce soit la sage-femme elle-même qui signe une attestation à l'effet qu'elle a fourni les renseignements en question. Quoi qu'il en soit, la femme ayant été bien informée quant aux trois lieux de naissance, il est clair que cette dernière est pleinement responsable du choix du lieu de naissance.

Nous nous questionnons également sur un autre aspect du consentement aux services. Le fait d'exiger un tel consentement seulement pour une naissance à domicile sous-entend que cette option nécessite davantage de précautions et comporte un plus grand risque. Ce message implicite est bien paradoxal quand on sait que des résultats de recherche démontrent le contraire, à savoir que pour les grossesses sélectionnées, lorsque les naissances se déroulent hors d'un centre hospitalier, il y a moins d'interventions inutiles et de meilleurs résultats en terme de morbidité maternelle et néo-natale. Nous croyons donc qu'il serait utile et important d'exiger que toutes les professionnelles responsables de suivis de grossesse soient tenues d'informer les femmes sur les particularités des trois lieux de naissance, et ce, quel que soit le lieu de naissance choisi. Ainsi, toutes les femmes du Québec seraient mieux informées et plus à même d'effectuer un choix éclairé.

Enfin, la phrase « Je comprends que la planification d'un accouchement à domicile ne me le garantit pas pour autant », devrait plutôt spécifier que ce sont les services d'une sage-femme à domicile qui ne sont pas garantis.

2. Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.

À propos des transferts de responsabilité

On peut lire dans le règlement que, suite à une consultation médicale, la sage-femme peut :

- poursuivre le suivi ;
- poursuivre son suivi pendant un épisode de soins simultanés ;
- transférer la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin.

Nous comprenons que dans certains cas, la sage-femme doit transférer sa responsabilité clinique à un médecin et que, dans un tel cas, la sage-femme doit accompagner la femme jusqu'à la prise en charge médicale. Or, selon nous, lors d'un transfert, il est particulièrement important que la femme puisse continuer à bénéficier du suivi d'une sage-femme pour tous les autres aspects de la préparation à la naissance et au devenir parent.

Lorsque la situation sort des paramètres de la normalité et, par conséquent, du champ de pratique spécifique des sages-femmes, médecins et sages-femmes ont tout de même chacun leur place dans le suivi de la grossesse et l'accompagnement à la naissance. Ces professionnelles jouent des rôles différents et complémentaires. Alors que le médecin assure le suivi et l'intervention médicale requise, la sage-femme, suivant l'approche et la philosophie de sa profession, établit une relation de confiance avec la famille et favorise l'autonomie de la femme dans le cadre de rapports égalitaires. Les femmes ont recours aux services des sages-femmes notamment parce que leur approche est globale, fondée sur l'écoute des besoins de chaque personne, et qu'elle favorise l'accouchement le plus naturel possible, notamment par le recours judicieux aux interventions et à la technologie.

En nous basant sur ce que nous ont exprimé les femmes et les familles dans le cadre du bilan réalisé en 1997, nous considérons comme absolument nécessaire que les familles ayant choisi de recourir aux services des sages-femmes continuent à en bénéficier lors d'un transfert de responsabilité clinique. Il n'est pas souhaitable que dans une situation qui engendre justement des inquiétudes supplémentaires, une femme doive interrompre la relation établie avec sa sage-femme, briser la continuité et renoncer à un service qui correspond à ses valeurs et à ses besoins.

À propos de l'AVAC (accouchement vaginal après une césarienne)

Nous sommes heureuses de constater que les femmes ayant subi une césarienne antérieurement pourront dorénavant bénéficier de l'expertise des sages-femmes. Quand on sait que la principale raison pour laquelle on procède à une césarienne au Québec est le fait d'avoir déjà subi une telle opération³, on ne peut que se réjouir que les femmes qui préfèrent ne pas revivre cette expérience chirurgicale auront désormais la possibilité de s'adresser à une sage-femme.

³ Source : Fichier MED-ECHO.

À propos des accouchements débutant entre la 34^e et la 37^e semaine de grossesse ou après 42 semaines

Il est très soulageant de constater que, dans de tels cas, après que la sage-femme ait consulté un médecin, les femmes pourront dorénavant donner naissance à leur enfant en dehors d'un centre hospitalier. On considère donc que chaque situation est unique et que, bien que la vigilance soit de mise dans de tels cas, les sages-femmes ont toutes les compétences pour répondre aux exigences particulières de ces accouchements. Nous avons maintes fois constaté que l'obligation d'accoucher en centre hospitalier avant 37 semaines ou après 42 semaines générerait un stress néfaste chez les femmes.

À propos de la présentation du bébé à la naissance

Nous déplorons que toute présentation autre que vertex nécessite un transfert obligatoire. Les femmes qui portent un bébé qui se présente autrement ont d'autant plus besoin d'une sage-femme et du savoir-faire spécifique développé par celles-ci qui considèrent différemment les aspects mécaniques et anatomiques de l'accouchement. En effet, traditionnellement, les connaissances acquises par la palpation manuelle plutôt que par des moyens technologiques ont permis aux sages-femmes d'aborder autrement les différentes présentations ou les défis particuliers de l'accouchement, notamment par l'adoption de diverses positions. À l'heure actuelle, au Québec, on assiste à une disparition presque complète des accouchements par le siège, alors qu'environ la moitié de ces enfants devrait pouvoir naître par voie vaginale⁴.

Nous pensons que la réglementation devrait assurer la sécurité des naissances, mais aussi, encourager le maintien et le développement des habiletés particulières des sages-femmes puisqu'elles vont dans le sens de la santé et du respect de l'intégrité physique des femmes. Si l'accouchement présente un défi supplémentaire du fait d'une présentation autre que vertex, la sage-femme devrait pouvoir y amener son expertise spécifique.

En conclusion...

Il y a urgence !

Nous espérons de tout cœur, pour le bien-être des enfants à venir et pour toute la population québécoise, que l'accouchement à domicile deviendra sous peu une pratique de plus en plus répandue et ce, notamment, grâce à l'application sans délai des normes de pratique des sages-femmes à domicile.

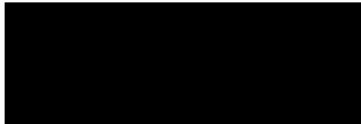
En effet, nous croyons qu'en permettant aux sages-femmes de pratiquer à la maison et en faisant plus de place à leurs compétences, cette réglementation aura un impact bénéfique sur toute la population. La tendance à la surmédicalisation est claire (augmentation des césariennes, épidurales et inductions). La présence d'un contre-courant fort, qui réaffirme la naissance comme un processus naturel, s'avère donc essentielle. Dans notre entourage, nous

⁴ Corporation des médecins du Québec, *Exercices de l'obstétrique*, mai 1996, p. 9.

observons de plus en plus de femmes qui perdent confiance en leur capacité d'accoucher sans intervention. Les médecins eux-mêmes semblent impuissants devant les demandes répétées d'épidurales et de césariennes. Il y a une grave banalisation des interventions, alors que toutes les recherches prouvent qu'y avoir recours abusivement augmente les risques de complications pour la mère et le bébé.

Que dire également des effets possibles sur la confiance qu'aura la mère dans ses compétences à mater son nourrisson si elle n'a pu prendre conscience de sa capacité à faire naître son enfant. La recherche documente de plus en plus les effets pervers des interventions sur le lien d'attachement dont l'importance fait l'unanimité. Les sages-femmes ont un rôle important à jouer pour influencer les pratiques dans tout le réseau de la santé et ainsi aider de plus en plus de femmes à reprendre confiance en leur capacité d'accoucher et d'être mère.

Mettre au monde son enfant à la maison est une expérience profondément intime qui renforce les liens familiaux et laisse une empreinte indélébile dans la vie d'une famille. Nous en parlons en connaissance de cause.



Bernadette Thibodeau
Présidente du Groupe MAMAN
4985, rue Dornal
Montréal (Québec) H3W 1W1
(514) 738-4145



ASSOCIATION POUR LA
SANTÉ
PUBLIQUE DU
QUÉBEC



0002550

Montréal, le 17 juillet 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur Samson,

Le 4 juin dernier, la gazette officielle du Québec publiait le projet de Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile, rédigé par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) salue avec joie cette parution qui donne espoir de voir enfin le jour où les sages-femmes auront accès au domicile de leurs clientes. Les mouvements de femmes revendiquent depuis des décennies le droit d'accoucher dans leur maison avec l'assistance d'une sage-femme en toute légalité.

Depuis plus de vingt ans, la périnatalité constitue un volet majeur des activités de l'ASPQ qui fait la promotion d'une approche favorisant l'autonomie des parents et le développement des soins primaires, ainsi que la prévention des problèmes reliés à la grossesse et à l'accouchement. Dans cette optique, nous avons beaucoup travaillé à la reconnaissance de la profession des sages-femmes. De plus, une de nos voies prioritaires de développement est de travailler sur la vision qu'a notre société de la naissance en s'en préoccupant dans une perspective culturelle davantage sociale et familiale que médicale. L'ASPQ est d'avis qu'il faut agir avec vigueur et détermination pour la promotion de l'accouchement « naturel » qui n'est pas très en vogue à l'heure actuelle si on considère les taux d'interventions obstétricales et l'adhésion croissante de la population à une vision technologique de la maternité.

Le 24 septembre 1999, après six années d'expérimentation en projets-pilotes (maisons de naissances) où la pratique sage-femme fut scrutée à la loupe, le gouvernement du Québec a légalisé cette profession. Les chercheurs ont reconnu et démontré que cette pratique est tout à fait sécuritaire et qu'elle a des effets positifs sur l'humanisation et la continuité des soins. De plus, avec les soins d'une sage-femme, on constate une réduction de la morbidité tant chez les bébés que chez les mères; en effet, cette pratique agit efficacement pour la prévention des naissances prématurées, des bébés de faible poids et, du côté des femmes, il y a une diminution importante des déchirures et des hospitalisations. C'est pourquoi le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a recommandé le développement de la pratique sage-femme dans l'ensemble des lieux de naissance (domicile, centre hospitalier et maison de naissance). Pourtant, à ce jour, aucune entente n'a été conclue avec les centres hospitaliers et le Règlement sur l'accouchement à domicile n'a toujours pas été adopté par l'Assemblée nationale.

819, Roy Est, Montréal (Québec) H2L 1E4
Téléphone : (514) 528-5811
Télécopieur : (514) 528-5590
info@aspq.org www.aspq.org

Lors de la légalisation, le ministère de la santé et des services sociaux a traité différemment les naissances en milieu institutionnel de celles devant avoir lieu à domicile, demandant à l'Ordre des sages-femmes du Québec, nouvellement créé, de rédiger un règlement concernant la pratique dans ce lieu spécifique. Le fait que des professionnelles de la santé aient à produire un règlement pour encadrer un lieu de pratique est tout à fait exceptionnel. Les lois professionnelles définissent les champs de pratique et les actes reliés à l'exercice de la profession, mais pas les lieux où elle s'exerce. C'est un autre des nombreux obstacles qui se sont posés en travers de la lente accession des femmes aux services des sages-femmes.

Les sages-femmes ont organisé leur pratique dans les maisons de naissances à l'image de leur longue expérience à domicile parce qu'elles ont constaté que ce lieu est bien normal pour mettre au monde un enfant. Elles ont comme philosophie que la naissance appartient aux femmes et à leur famille : quand une femme accouche dans sa propre maison, sur son territoire, qui peut lui imposer des choix? L'accouchement est un acte intime, physiologique et naturel, dans l'intimité de sa maison la femme peut mieux se concentrer dans son travail et les sources de dérangement sont mieux contrôlées.

Par ailleurs, les études internationales démontrent que le domicile est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, voire avantageux pour la santé et ce, avec une nette diminution des interventions obstétricales (épidurales, forceps, ventouses, épisiotomies...). Nous parlons d'accouchements planifiés, pour des femmes en santé, lorsque l'accouchement se déroule normalement et qu'un mécanisme de transfert vers un centre hospitalier est présent (Méta-analyse de Olsen, 1997). Notons que c'est dans ces mêmes conditions que se déroulent les accouchements en maison de naissance et que se dérouleront les accouchements à domicile en vertu des normes de pratique proposées dans le règlement.

Partout dans le monde, des sages-femmes pratiquent à domicile. Au Canada, l'accouchement à domicile est déjà légal et pratiqué en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario. L'Organisation mondiale de la santé définit le domicile comme le meilleur lieu pour la naissance d'un enfant, autant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Que l'hôpital soit désigné d'emblée comme LE lieu de naissance est un fait très récent dans l'histoire de l'humanité.

Dans la Charte d'Ottawa (OMS 1986), la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci en se donnant les moyens d'obtenir l'information, les aptitudes et la possibilité de faire des choix sains. La pratique sage-femme à domicile va en ce sens puisque qu'elle permet aux femmes et aux familles de se prendre en charge, de demeurer sur leur territoire, de s'approprier les événements, de faire leurs propres choix et de se faire accompagner par des professionnelles qui les assistent dans ces choix. Cela ne semble pas si évident : dans un contexte où 98% des femmes accouchent à l'hôpital, peux-t-on vraiment parler du choix d'un lieu de naissance? N'est-ce pas plutôt une norme sociale? Comme le dit Céline Lemay, sage-femme, « au fond, ce qui est marginal, ce n'est pas de choisir d'accoucher à la maison, c'est de choisir ».

Rappelons que les deux maisons de naissance situées sur l'île de Montréal, dans le quartier Côte-des-Neiges et dans l'arrondissement Pointe-Claire, refusent près de 800 demandes par années. Paradoxalement, de la première cohorte de finissantes de l'Université du Québec à Trois-Rivières, toutes n'ont pu se trouver du travail jusqu'à maintenant, la pratique étant toujours confinée à six maisons de naissance. Une nouvelle maison de naissance devrait cependant voir le jour sous peu à Nicolet. La population des

Laurentides de son côté, bien que ce soit la région où l'on trouve le plus haut taux de natalité au Québec, réclame en vain depuis dix ans l'ouverture d'une maison de naissance et on observe le même problème en Montérégie. Il reste donc beaucoup à faire pour développer un réseau satisfaisant et ainsi répondre à la demande sans cesse grandissante des familles.

Pour toutes ces raisons, l'imminence de l'adoption du Règlement sur la pratique à domicile est plus que réjouissante.

Les familles qui choisiront d'accoucher à la maison devront signer un formulaire de « *consentement aux services d'une sage-femme pour un accouchement à domicile* » où elles reconnaîtront avoir été informées des particularités et des risques inhérents aux différents lieux d'accouchement. L'idée n'est pas mauvaise. En effet, toutes les femmes devraient avoir la possibilité de faire un choix éclairé. Mais pourquoi seulement dans les cas d'accouchements à domicile? Cela ne laisse-t-il pas sous-entendre que ce lieu est moins sécuritaire? Demande-t-on aux femmes vivant dans les régions de signer un consentement parce qu'elles accouchent dans un hôpital sans l'assurance d'y trouver un gynécologue ou un anesthésiste sur place? Leur demande-t-on de signer un document les informant des risques d'exposition à des bactéries ou infections en milieu hospitalier? Toujours selon l'Organisation Mondiale de la santé, un nombre significatif de personnes (8-10%) acquièrent des infections et donc deviennent malades, parce qu'elles ont reçu des soins de santé dans un hôpital; environ 100,000 personnes aux États Unis et 8,500 au Canada en meurent chaque année (Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Canada).

À l'expiration du délai de 45 jours suivant sa parution dans la gazette officielle, le gouvernement pourra approuver, avec ou sans modification, le dit Règlement. Nous souhaitons ardemment qu'il soit adopté le plus tôt possible pour que de plus en plus de femmes puissent choisir, en toute connaissance de cause, de faire naître leur enfant dans l'intimité de leur foyer. Les économies que l'état accomplira, vu l'absence de frais de séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance, ne sont certes pas à négliger, sans compter l'économie en soins de santé qui sera réalisée grâce aux bénéfices préventifs de la pratique des sages-femmes sur la morbidité. Mais avant tout, nous pensons que l'investissement dans la création de conditions favorables entourant la naissance produit un impact immédiat et à long terme qui assure un meilleur avenir à la génération naissante. La pratique des sages-femmes, par son approche plus humaniste et son respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux et porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes et des familles, est garante d'un mieux-être dont pourront bénéficier tous les membres de notre société.

Pour toute question, veuillez communiquer avec Lysane Grégoire, directrice générale de l'ASPQ au 514-528-5811.


Renald Bujold ma
Président, Association pour la santé publique du Québec

LETTRE OUVERTE À
MONSIEUR JEAN-K. SAMSON, PRÉSIDENT DE L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
À PROPOS DU PROJET DE RÈGLEMENT SUR LES NORMES DE PRATIQUE ET CONDITIONS
D'EXERCICE
DES SAGES-FEMMES LORS D'ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

Le 4 juin dernier, la gazette officielle du Québec publiait le projet de Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile, rédigé par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) salue avec joie cette parution qui donne espoir de voir enfin le jour où les sages-femmes auront accès au domicile de leurs clientes. Les mouvements de femmes revendiquent depuis des décennies le droit d'accoucher dans leur maison avec l'assistance d'une sage-femme en toute légalité.

Depuis plus de vingt ans, la périnatalité constitue un volet majeur des activités de l'ASPQ qui fait la promotion d'une approche favorisant l'autonomie des parents et le développement des soins primaires, ainsi que la prévention des problèmes reliés à la grossesse et à l'accouchement. Dans cette optique, nous avons beaucoup travaillé à la reconnaissance de la profession des sages-femmes. De plus, une de nos voies prioritaires de développement est de travailler sur la vision qu'a notre société de la naissance en s'en préoccupant dans une perspective culturelle davantage sociale et familiale que médicale. L'ASPQ est d'avis qu'il faut agir avec vigueur et détermination pour la promotion de l'accouchement « naturel » qui n'est pas très en vogue à l'heure actuelle si on considère les taux d'interventions obstétricales et l'adhésion croissante de la population à une vision technologique de la maternité.

Le 24 septembre 1999, après six années d'expérimentation en projets-pilotes (maisons de naissances) où la pratique sage-femme fut scrutée à la loupe, le gouvernement du Québec a légalisé cette profession. Les chercheurs ont reconnu et démontré que cette pratique est tout à fait sécuritaire et qu'elle a des effets positifs sur l'humanisation et la continuité des soins. De plus, avec les soins d'une sage-femme, on constate une réduction de la morbidité tant chez les bébés que chez les mères; en effet, cette pratique agit efficacement pour la prévention des naissances prématurées, des bébés de faible poids et, du côté des femmes, il y a une diminution importante des déchirures et des hospitalisations. C'est pourquoi le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a recommandé le développement de la pratique sage-femme dans l'ensemble des lieux de naissance (domicile, centre hospitalier et maison de naissance). Pourtant, à ce jour, aucune entente n'a été conclue avec les centres hospitaliers et le Règlement sur l'accouchement à domicile n'a toujours pas été adopté par l'Assemblée nationale.

Lors de la légalisation, le ministère de la santé et des services sociaux a traité différemment les naissances en milieu institutionnel de celles devant avoir lieu à domicile, demandant à l'Ordre des sages-femmes du Québec, nouvellement créé, de rédiger un règlement concernant la pratique dans ce lieu spécifique. Le fait que des professionnelles de la santé aient à produire un règlement pour encadrer un lieu de pratique est tout à fait

exceptionnel. Les lois professionnelles définissent les champs de pratique et les actes reliés à l'exercice de la profession, mais pas les lieux où elle s'exerce. C'est un autre des nombreux obstacles qui se sont posés en travers de la lente accession des femmes aux services des sages-femmes.

Les sages-femmes ont organisé leur pratique dans les maisons de naissances à l'image de leur longue expérience à domicile parce qu'elles ont constaté que ce lieu est bien normal pour mettre au monde un enfant. Elles ont comme philosophie que la naissance appartient aux femmes et à leur famille : quand une femme accouche dans sa propre maison, sur son territoire, qui peut lui imposer des choix? L'accouchement est un acte intime, physiologique et naturel, dans l'intimité de sa maison la femme peut mieux se concentrer dans son travail et les sources de dérangement sont mieux contrôlées.

Par ailleurs, les études internationales démontrent que le domicile est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, voire avantageux pour la santé et ce, avec une nette diminution des interventions obstétricales (épidurales, forceps, ventouses, épisiotomies...). Nous parlons d'accouchements planifiés, pour des femmes en santé, lorsque l'accouchement se déroule normalement et qu'un mécanisme de transfert vers un centre hospitalier est présent (Méta-analyse de Olsen, 1997). Notons que c'est dans ces mêmes conditions que se déroulent les accouchements en maison de naissance et que se dérouleront les accouchements à domicile en vertu des normes de pratique proposées dans le règlement.

Partout dans le monde, des sages-femmes pratiquent à domicile. Au Canada, l'accouchement à domicile est déjà légal et pratiqué en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario. L'Organisation mondiale de la santé définit le domicile comme le meilleur lieu pour la naissance d'un enfant, autant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Que l'hôpital soit désigné d'emblée comme LE lieu de naissance est un fait très récent dans l'histoire de l'humanité.

Dans la Charte d'Ottawa (OMS 1986), la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci en se donnant les moyens d'obtenir l'information, les aptitudes et la possibilité de faire des choix sains. La pratique sage-femme à domicile va en ce sens puisque qu'elle permet aux femmes et aux familles de se prendre en charge, de demeurer sur leur territoire, de s'approprier les événements, de faire leurs propres choix et de se faire accompagner par des professionnelles qui les assistent dans ces choix. Cela ne semble pas si évident : dans un contexte où 98% des femmes accouchent à l'hôpital, peux-t-on vraiment parler du choix d'un lieu de naissance? N'est-ce pas plutôt une norme sociale? Comme le dit Céline Lemay, sage-femme, « au fond, ce qui est marginal, ce n'est pas de choisir d'accoucher à la maison, c'est de choisir ».

Rappelons que les deux maisons de naissance situées sur l'île de Montréal, dans le quartier Côte-des-Neiges et dans l'arrondissement Pointe-Claire, refusent près de 800 demandes par années. Paradoxalement, de la première cohorte de finissantes de l'Université du Québec à Trois-Rivières, toutes n'ont pu se trouver du travail jusqu'à maintenant, la pratique étant toujours confinée à six maisons de naissance. Une nouvelle maison de naissance devrait cependant voir le jour sous peu à Nicolet. La population des Laurentides de son côté, bien que ce soit la région où l'on trouve le plus haut taux de natalité au Québec, réclame en vain depuis dix ans l'ouverture d'une maison de naissance et on observe le même problème en Montérégie. Il reste donc beaucoup à faire pour développer un réseau satisfaisant et ainsi répondre à la demande sans cesse grandissante des familles.

Pour toutes ces raisons, l'imminence de l'adoption du Règlement sur la pratique à domicile est plus que réjouissante.

Les familles qui choisiront d'accoucher à la maison devront signer un formulaire de « consentement aux services d'une sage-femme pour un accouchement à domicile » où elles reconnaîtront avoir été informées des particularités et des risques inhérents aux différents lieux d'accouchement. L'idée n'est pas mauvaise. En effet, toutes les femmes devraient avoir la possibilité de faire un choix éclairé. Mais pourquoi seulement dans les cas d'accouchements à domicile? Cela ne laisse-t-il pas sous-entendre que ce lieu est moins sécuritaire? Demande-t-on aux femmes vivant dans les régions de signer un consentement parce qu'elles accouchent dans un hôpital sans l'assurance d'y trouver un gynécologue ou un anesthésiste sur place? Leur demande-t-on de signer un document les informant des risques d'exposition à des bactéries ou infections en milieu hospitalier? Toujours selon l'Organisation Mondiale de la santé, un nombre significatif de personnes (8-10%) acquièrent des infections et donc deviennent malades, parce qu'elles ont reçu des soins de santé dans un hôpital; environ 100,000 personnes aux États Unis et 8,500 au Canada en meurent chaque année (Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Canada).

À l'expiration du délai de 45 jours suivant sa parution dans la gazette officielle, le gouvernement pourra approuver, avec ou sans modification, le dit Règlement. Nous souhaitons ardemment qu'il soit adopté le plus tôt possible pour que de plus en plus de femmes puissent choisir, en toute connaissance de cause, de faire naître leur enfant dans l'intimité de leur foyer. Les économies que l'état accomplira, vu l'absence de frais de séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance, ne sont certes pas à négliger, sans compter l'économie en soins de santé qui sera réalisée grâce aux bénéfices préventifs de la pratique des sages-femmes sur la morbidité. Mais avant tout, nous pensons que l'investissement dans la création de conditions favorables entourant la naissance produit un impact immédiat et à long terme qui assure un meilleur avenir à la génération naissante. La pratique des sages-femmes, par son approche plus humaniste et son respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux et porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes et des familles, est garante d'un mieux-être dont pourront bénéficier tous les membres de notre société.

Renald Bujold md
Président, Association pour la santé publique du Québec

- 30 -

*Source : pour toute question, veuillez communiquer avec
Lysane Grégoire, directrice générale de l'ASPQ
514-528-5811
lg@aspq.org*



*Regroupement
Les Sages-femmes
du Québec*



Montréal, le 16 juillet 2003

0002478

M. J-K. Samson, président
Office des professions du Québec

Objet : Projet de règlement, Loi sur les Sages-femmes

- Normes de pratique et conditions d'exercices lors d'accouchements à domicile.
- Règlement sur les cas nécessitant une consultation à un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.

Monsieur le Président,

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec se réjouit de la publication des deux règlements dans la Gazette officielle du 4 juin dernier. Nous croyons qu'ils permettront aux sages-femmes d'exercer leur profession pleinement et avec toute la rigueur nécessaire, en tenant compte du choix du lieu de naissance réclamé depuis longtemps par les femmes et les familles du Québec.

Dans un premier temps, nous constatons que le règlement sur l'accouchement à domicile est clair, et qu'il brille par sa sobriété. Il permettra aux sages-femmes de travailler à la fois de façon sensible et rigoureuse.

Dès maintenant, nous considérons donc que son adoption devrait être votée dans les plus brefs délais.

Cependant, nous désirons profiter de l'occasion pour vous faire part de quelques réflexions:

- Au Québec, les lois professionnelles définissent une profession par son champ de pratique et ses actes mais en aucun cas, elle n'indique le lieu où un professionnel peut exercer. Le présent règlement sur l'accouchement à la maison fait donc des sages-femmes du Québec la seule professionnelle qui se trouve à être définie par un lieu de pratique. Enfin, aucune loi sur les sages-femmes ailleurs au Canada n'indique une telle particularité par rapport à l'accouchement à la maison.

- Le seul fait de réglementer une pratique professionnelle parce qu'un accouchement se passe à la maison devient un révélateur de notre culture de la naissance. Nous sommes dans un contexte où la médicalisation de l'accouchement fait apparaître l'accouchement à la maison comme un choix risqué alors que tout le monde s'entend pour reconnaître la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques normaux du corps féminin.



*Regroupement
Les Sages-femmes
du Québec*

- Dans un même esprit de réflexion, le consentement aux services d'une sage-femme pour un accouchement à domicile va seulement s'appliquer à cette professionnelle alors qu'il est reconnu comme implicite pour les autres services offerts dans le système de santé québécois ainsi que pour un accouchement en milieu hospitalier. Ce qui est exigé pour les sages-femmes devrait l'être pour tous, mais doit-on l'inscrire dans un règlement alors que les lois professionnelles prévoient déjà le respect d'un code de déontologie et des normes de pratique?

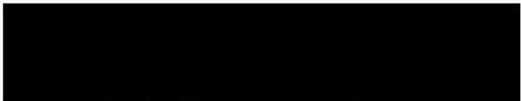
Dans un deuxième temps, voici nos commentaires quant au règlement sur les cas nécessitant une consultation médicale ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. D'une part, l'ajout d'une liste de situations nécessitant une consultation est une nette amélioration par rapport à ce qui existait lors des projets pilotes, c'est-à-dire uniquement des situations de transfert. D'autre part, nous croyons qu'un tel règlement permet une collaboration interprofessionnelle sous le signe de la clarté, du respect des différents champs de pratique et des lignes de soin. Pour nous, ce respect permettra de soutenir les identités professionnelles.

Comme pour l'autre règlement, nous croyons que son adoption devrait se réaliser dans les plus brefs délais, pour la bonne évolution de la profession sage-femme.

- Sans donner d'exemples précis de situations, notre réflexion portera sur l'évolution accélérée des connaissances dans le domaine biomédical et surtout de son impact sur la classification de certains cas. Ainsi, le classement d'une situation dans une catégorie consultation ou transfert actuellement, pourrait ne plus être pertinent dans deux ans. Il faudra trouver des mécanismes pour permettre l'ajustement des pratiques sans constamment modifier le règlement. Les sages-femmes sont soucieuses d'exercer en suivant l'évolution des connaissances tout en restant profondément engagées auprès des femmes.

- L'utilisation rigide et étroite d'un tel règlement pourrait, à la limite, être nuisible à une pratique sage-femme qui s'exerce aussi à partir de points de repères philosophiques et éthiques.

Nous vous remercions de votre attention. Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Céline Lemay, sage-femme.

Présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec



Naissance Renaissance
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS

0002447



Montréal, le 8 juillet 2003

Monsieur Jean-K. Samson
Président de l'Office des professions du Québec
800 place D'Youville
10^e étage
Québec (Québec)
H2Y 2K7

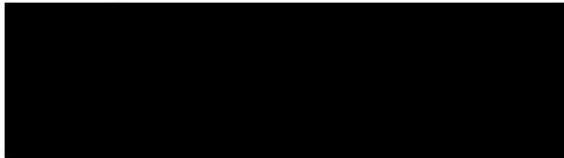
Monsieur Samson,

Il nous fait plaisir de vous transmettre les commentaires concernant les projets de règlements sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts adoptés en vertu de la Loi sur les sages-femmes au nom de la **Coalition pour la pratique sage-femme** dans le cadre des consultations publiques à la suite de la publication des ces projets de règlements dans la Gazette officielle le 4 juin dernier.

Le RNR travaille depuis près de 25 ans à l'humanisation de la naissance et des services en périnatalité à titre de porte-parole officiel des femmes et des familles du Québec qui vivent la période périnatale. Il représente près de quarante groupes membres, répartis dans treize régions du Québec. Depuis sa création en 1980, le RNR milite pour le développement et l'accessibilité des services de sage-femme dans tous les lieux et dans toutes les régions du Québec.

Pour tous renseignements supplémentaires et pour tous suivis concernant les commentaires des représentantes de la Coalition pour la pratique sage-femme, n'hésitez pas à communiquer avec la soussignée.

Nous vous prions d'agréer, monsieur Samson, l'expression de nos salutations distinguées.



Lorraine Fontaine
Coordonnatrice de la Coalition pour la pratique sage-femme
Regroupement Naissance-Renaissance

Coalition pour la pratique sage-femme

Commentaires concernant les projets de règlements (L.R.Q., c. R-18.1)
sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts
adoptés en vertu de la Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1).

Présenté à monsieur Jean-K. Samson
Président de l'Office des professions du Québec

Juillet 2003

La **Coalition pour la pratique sage-femme**, composée de différents groupes ayant mobilisé leurs forces pour faire reconnaître la profession de sage-femme au Québec et s'assurer du développement de leurs services pour répondre aux demandes des femmes et des familles québécoises, se déclare satisfaite des projets de règlements tels que publiés dans la Gazette officielle du Québec (4 juin, 2003, 135^e année, vol.23).

Par ailleurs, les membres de la Coalition demandent au gouvernement de les adopter et de les mettre en application le plus rapidement possible. Depuis plus de quatre ans, les Québécoises et les Québécois demandent un meilleur accès aux services de sages-femmes, incluant le respect de leur décision quant au choix du lieu de l'accouchement. Ce choix appartient aux femmes et aux familles, ce que l'adoption de ces règlements confirmera en droit.

Ces projets de règlements sont l'aboutissement d'un long cheminement. En 1999, après six années d'une expérimentation plus que positive en terme de retombées pour les familles et les services de santé, le gouvernement du Québec adoptait la *Loi sur les sages-femmes* (L.Q. c.S-0.1) et maintenait les services de sage-femme déjà existants dans les six maisons de naissance. Le gouvernement du Québec reconnaissait ainsi la qualité des services des sages-femmes et le fait que la sécurité de la mère et de l'enfant puisse être assurée hors centre hospitalier. Ces projets de règlements s'appuient sur ce que les recherches scientifiques démontrent, soit que l'accouchement à domicile :

- quand il est planifié;
- que les femmes sont en bonne santé;
- que l'accouchement se déroule normalement;
- qu'un bon mécanisme de transfert vers le centre hospitalier est présent

est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, et ce, avec moins d'interventions médicales (Olsen O., *Meta-analysis of the Safety of Home Birth*. Birth, 1997, cité dans le *Rapport final et recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes*, 1998).

Outre les questions de sécurité, il existe d'autres raisons qui devraient nous inciter à adopter ces règlements.

D'abord, les femmes et les familles du Québec qui demandent des services de sages-femmes depuis plus de trente ans ont travaillé fort pour obtenir la légalisation de cette pratique. La *Loi sur les sages-femmes* fut un premier pas réel vers le développement des services de sages-femmes à travers le Québec. Malheureusement, la légalisation telle que vécue au Québec ne donne qu'un accès limité aux services de sages-femmes en les restreignant aux maisons de naissance. De plus, chaque année, des centaines de femmes y sont refusées faute de ressources. L'accès aux services de sages-femmes à domicile permettra donc à un plus grand nombre de femmes et de familles de pouvoir enfin être suivies et assistées par une sage-femme et ce dans le lieu qu'elles ont choisi .

Ensuite, la première cohorte de sages-femmes, nouvellement diplômées du programme de formation pour les sages-femmes de l'Université du Québec à Trois-Rivières, vient tout juste de joindre les rangs des effectifs. Elles sont disponibles et prêtes à offrir leurs services aux femmes, mais il n'y a pas, à ce moment-ci, de maisons de naissance ni de postes permanents en nombre suffisants. La possibilité d'accoucher à domicile diminuerait en partie cette pénurie de lieux de naissance.

De plus, l'accouchement à domicile permettra au gouvernement de réaliser des économies de frais de séjour en maison de naissance et en centre hospitalier, ce dont bénéficieraient tous les contribuables.

Enfin, la liberté des femmes et des familles québécoises qui choisissent de mettre leur enfant au monde à leur domicile, après y avoir mûrement réfléchi, sera respectée. Elles n'auront plus à vivre le stress lié, entre autres, au sentiment d'être dans l'illégalité. Elles pourront accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme, compétente et outillée, en toute quiétude et en ayant la certitude que leurs décisions seront comprises et acceptées.

Enfin, les femmes québécoises seront égales à leurs consœurs des autres provinces canadiennes et à celles de dizaines de pays à travers le monde où se pratique l'accouchement à domicile.

Par conséquent, la *Coalition pour la pratique sage-femme* recommande l'adoption des règlements (L.R.Q., c. R-18.1) sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts, tel que publié dans la Gazette officielle du Québec.

Pour tout renseignement concernant le présent document, veuillez contacter Lorraine Fontaine, coordonnatrice de la *Coalition pour la pratique sage-femme*, au (514) 392-0308.

Ont signé pour les membres de la Coalition pour la pratique sage-femme :

Afeas (Association féminine d'éducation et d'action sociale)

Diane Brault, présidente

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Marielle Dion, Conseillère programmes clientèles

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

Rénald Bujold, président

Cercle des fermières

Yolande Labrie, présidente

Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (FQOCF)

Marie Rhéaume, présidente

Fédération des femmes du Québec (FFQ)

Michèle Asselin, présidente

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)

Francine Maillou, présidente

L'R des centres de femmes du Québec

France Bourgault, présidente

Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ)

Céline Lemay, présidente

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)

Annita Amoroso, présidente

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Fernande Ménard, présidente



Bureau du Président

0002734

Le 21 août 2003

Association des obstétriciens
et gynécologues
du Québec

Association of Obstetricians
and Gynecologists
of Quebec

2, Complexe Desjardins
Bureau 3000
C.P. 216, Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Téléphone (514) 849-4969
Télécopieur (514) 849-5011
Courriel aogq@fmsq.org

Maître Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec)
G1R 5Z3



**Objet : Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice
lors d'accouchements à domicile - Lois sur les sages-femmes**

Cher Maître,

Bien que nous soyons conscients qu'il y ait un délai à respecter pour faire des représentations à la suite d'une première lecture dans la Gazette officielle, notre association voudrait vous apporter des commentaires dans le cadre de la Loi sur les sages-femmes.

La section III - **Condition d'exercices** sous l'article 4, point 3^o, nous crée certaines interrogations. Le point se lit ainsi :

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 des soins généraux et spécialisés ;

Nous croyons que la Loi devrait prévoir un autre terme que *L'accès immédiat* et le remplacer par *Une entente préalable avec un établissement hospitalier offrant les soins généraux et spécialisés incluant un service obstétrical*. Il serait de bon aloi, en effet, d'éviter la même problématique que nous vivons actuellement avec les maisons des naissances, soit des transferts de patientes sans avis préalable et pouvant susciter des situations à la fois contrariante et litigieuse pour le médecin de garde au centre hospitalier concerné.

Ces commentaires sont apportés de façon à améliorer les relations médecins/sage-femmes et afin d'augmenter la sécurité des patientes qui ont choisi l'accouchement à domicile.

Nous souhaitons que ces commentaires soient pris en considération et vous en remercions. Nous vous prions d'agréer, cher Maître, nos salutations les meilleures.

Le président



Claude-A. Fortin, m.d.

CAF/lc



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Bureau de la présidente

Montréal, le 15 septembre 2003

Monsieur Jean K. Samson
Président
Office des professions du Québec
800, Place d'Youville
Québec (Québec)
G1R 5Z3



Objet : *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin -- Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice des accouchements à domicile*

Monsieur le Président,

En raison de l'importance des questions traitées par les règlements mentionnés en titre, nous désirons les porter à l'attention du Bureau de l'OIIQ à sa prochaine réunion, qui se tiendra les 2 et 3 octobre prochain. En conséquence, nous apprécierions obtenir ce délai additionnel pour vous faire part de la position de l'OIIQ quant à ces règlements.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente

Gyslaine Desrosiers



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Bureau de la présidente

Le 6 octobre 2003

Monsieur Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800 Place d'Youville
Québec (Québec)
G1R 5Z3



Objet : *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin
ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin --
Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice
lors d'accouchements à domicile*

Monsieur le président,

Nous avons examiné les projets de règlement mentionnés en rubrique, adoptés par le Bureau de l'Ordre des sages-femmes et publiés dans la Gazette Officielle du Québec le 6 juin dernier.

Concernant le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, nous n'avons pas de commentaires à formuler.

Quant au *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*, nous l'avons examiné en lien notamment avec les conditions d'exercice hors-centre hospitalier qui ont été identifiées dans les *Recommandations ministérielles* sur la pratique des sages-femmes (1998, Annexe 4).

Ces conditions se retrouvent en grande partie dans le projet de règlement, quoique certaines d'entre elles y sont prévues de façon très générale et par conséquent, relèvent principalement du jugement professionnel de la sage-femme, celui-ci étant balisé par d'autres obligations plus générales énoncées au règlement. Tel est le cas en ce qui concerne les mesures d'urgence à prendre en cas de complications et reliées au transfert de la patiente vers un centre hospitalier. À ce sujet, le règlement ne prévoit pas de distance maximale séparant le domicile d'un centre hospitalier, ni la nécessité pour la sage-femme de s'assurer qu'il y ait eu des ententes préalables avec les services hospitaliers et ambulanciers. En effet, le centre hospitalier où la femme sera transférée en cas d'urgence ne sera pas nécessairement celui qui est partie aux ententes conclues

en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹, notamment lorsque la femme habite plus près d'un autre centre hospitalier. Par ailleurs, le règlement ne prévoit pas la nécessité d'une assistance professionnelle à l'accouchement.

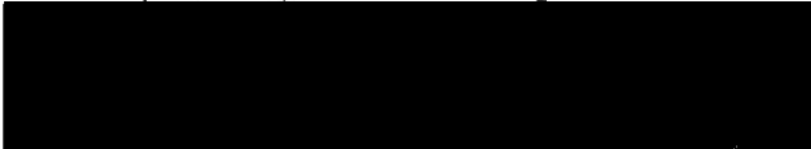
Cependant, compte tenu que les indications et précautions que la sage-femme devra respecter pour la pratique de l'accouchement à domicile seront complétées dans des directives et politiques de l'Ordre à l'intention des sages-femmes, n'y aurait-il pas lieu que le règlement, à défaut d'être plus spécifique sur certaines conditions, établisse un renvoi à ces règles complémentaires ou encore aux standards de pratique ou règles de l'art applicables aux sages-femmes et généralement reconnus dans la profession quant à la pratique des accouchements à domicile? Ceci aurait pour avantage d'informer le public sur l'existence de règles complémentaires et sur le fait que la sage-femme pratique l'accouchement à domicile en fonction de standards professionnels élevés.

Ce renvoi serait approprié pour certaines questions traitées dans ces lignes directrices et qui nous apparaissent fondamentales, telles que : la nécessité d'une assistance professionnelle lors de l'accouchement ; la nécessité pour la sage-femme de contacter au préalable les services ambulanciers et hospitaliers, afin de s'assurer des mesures de transport et d'accueil en cas d'urgence ; la distance séparant le domicile du centre hospitalier qui ne devrait pas excéder trente minutes ; la politique reliée au refus par la femme de suivre une recommandation fondée sur les normes de pratique sage-femme.

Par ailleurs, deux autres éléments qui ne font pas l'objet de ce règlement doivent être considérés en lien avec la pratique des accouchements à domicile. D'une part, l'expérience préalable de la sage-femme, compte tenu que ce lieu de naissance implique une grande expertise et un excellent jugement clinique. D'autre part, la nécessité pour la sage-femme de mettre à jour ses compétences et habiletés pour gérer les situations d'urgence, cette condition étant particulièrement justifiée pour l'accouchement à domicile. Il y aurait donc lieu que le *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile* soit complété par un règlement de formation continue obligatoire et que le nouveau code de déontologie des sages-femmes soit publié dès que possible, afin que le public ait un portrait global et actualisé des conditions que doit respecter la sage-femme dans sa pratique, incluant celles reliées à l'accouchement à domicile.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente et vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente,



Gyslaine Desrosiers

¹ Entente concernant le support médical et les services requis en cas de consultation et de transfert (art. 259.11 L.S.S.S.S.) et entente concernant la pratique des accouchements en centre hospitalier (art. 259.10 L.S.S.S.S.).



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC



Montréal, le 9 octobre 2003

RÉPONDANT: [REDACTED]
COLLABORATEUR: [REDACTED]
COPIE:

Maître Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

0003147

Monsieur le Président,

Dans un esprit de collaboration avec l'Office des professions, l'Ordre des sages-femmes du Québec aimerait vous informer des caractéristiques propres à la profession sage-femme ainsi que des projets en développement susceptibles d'actualiser la Loi sur les sages-femmes.

Au cours de nos quatre premières années de fonctionnement, l'Ordre des sages-femmes du Québec a su relever le défi de mettre en place des mécanismes pour bien remplir sa mission de protection du public tout en offrant un environnement favorable au développement professionnel des sages-femmes.

Nous avons à cœur de donner des services de qualité aux femmes et aux familles du Québec, tels qu'elles nous les demandent.

Nous en sommes à une étape cruciale dans la mise en place de notre profession car l'adoption de nos deux projets de règlements, soient le « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » et le « Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile » feront en sorte de donner aux sages-femmes toute la dimension professionnelle prévue dans la Loi des sages-femmes.

Nous sollicitons une rencontre pour faire connaissance mutuellement et avoir le privilège de vous faire part des besoins et des enjeux actuels de notre pratique professionnelle.

Dans l'attente de cette rencontre, veuillez agréer, Monsieur le Président, nos salutations distinguées.

La présidente,



Raymonde Gagnon, SF



Québec, le 15 octobre 2003

Madame Raymonde Gagnon
Présidente
Ordre des sages-femmes du Québec
430, rue Sainte-Hélène, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 2K7

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

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24
3210-23-83

Madame la Présidente,

Tel que convenu avec Mme Boissonneault, je vous transmets un résumé des commentaires reçus jusqu'à ce jour à la suite de la publication à titre de projet des deux règlements mentionnés en titre. Le cas échéant, ces résumés sont suivis de mes propres commentaires, qui apparaissent en italique.

Vous constaterez que seuls quelques aspects relativement mineurs sont touchés, la très grande majorité des lettres que nous avons reçues étant des témoignages d'appui au cheminement des règlements. Je vous rappelle toutefois que malgré l'expiration du délai officiel de consultation, d'autres commentaires sont toujours attendus.

Commentaires à l'égard du règlement sur l'accouchement à domicile

Article 2 :

- Le formulaire de consentement est une excellente idée – pourquoi n'est-il pas requis dans tous les cas, peu importe le lieu de naissance, puisqu'un choix éclairé doit toujours être fait?

Le commentaire m'apparaît intéressant – le code de déontologie pourra permettre de s'assurer qu'un choix éclairé peut effectivement être fait dans tous les cas.

...2

- Il serait plus approprié que ce soit la sage-femme qui signe une attestation à l'effet qu'elle a fourni les renseignements.

À mon avis, la rédaction de l'article crée déjà une obligation claire à la sage-femme de fournir les renseignements requis. Je ne verrais toutefois aucune objection à ce qu'une telle attestation soit prévue.

Article 4 :

- Au paragraphe 3°, remplacer « l'accès immédiat » par « une entente préalable avec un établissement hospitalier offrant les soins généraux et spécialisés incluant un service obstétrical », afin d'éviter la problématique actuelle des transferts de patientes sans avis préalable.

Je ne crois pas que la suggestion puisse être intégrée telle quelle à cet endroit du règlement. Serait-il opportun de la prévoir ailleurs?

Annexe I :

- Modifier la phrase « je comprends que la planification d'un accouchement à domicile ne me le garantit pas pour autant » pour spécifier que ce sont les services d'une sage-femme à domicile qui ne sont pas garantis.

La suggestion m'apparaît intéressante.

Commentaires à l'égard du règlement sur les cas de transfert :

- Lors d'un transfert, il est important que la femme puisse continuer à bénéficier du suivi d'une sage-femme pour tous les autres aspects de la préparation à la naissance et au devenir parent.

Annexe II :

- Le règlement devrait prévoir que l'accouchement avec une sage-femme est possible, dans certains cas, pour une grossesse de jumeaux.

Annexe III :

- Il est décevant que toute présentation autre que vertex nécessite un transfert obligatoire.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour me faire part de vos réactions à ces quelques commentaires. Vous pouvez par ailleurs être assurée que nous vous tiendrons informée de la réception des autres commentaires qui sont toujours attendus.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


DOROTHEE-ANNE BOURQUE, avocate
Direction des affaires juridiques

DAB/nv



Le 28 octobre 2003

Madame Raymonde Gagnon
Présidente
Ordre des sages-femmes
430, rue Sainte-Hélène, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 2K7

Madame la Présidente,

J'ai bien reçu votre lettre du 9 octobre dernier dans laquelle vous sollicitez une rencontre afin de me faire part des préoccupations de l'Ordre des sages-femmes et des enjeux de votre pratique professionnelle.

Plus particulièrement, vous faites état de la réglementation relative aux cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin, ainsi qu'aux normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile.

Dès mon entrée en fonction à titre de président de l'Office, j'ai été informé de l'état de situation de ces deux règlements. Par ailleurs, je comprends que des échanges sont en cours entre nos conseillers juridiques notamment au sujet des commentaires recueillis lors de la période de consultation, à titre de projet, à la *Gazette officielle du Québec*.

J'aurai l'occasion de communiquer prochainement avec vous afin que nous puissions convenir d'un moment pour une rencontre qui nous permettra de faire le point sur les suites à donner à cette consultation et d'échanger sur tout autre sujet qui préoccupe les sages-femmes.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,

Gaetan Lemoine

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

507, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTRÉAL (Qc) H2Y 2W8Téléphone : (514) 288-1101
Télocopieur : (514) 499-8548Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202
Courriel : jzaor@mzavocats.com

Montréal, le 4 novembre 2003

Par télécopieur et par courrielMe Dorothee-Anne Bourque
Direction des affaires juridiques
OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
800, Place d'Youville
10^e étage
Québec (Qc) G1R 5Z3

0003221

OBJET : ☒ *Règlement sur les normes de pratique et les conditions
d'exercice lors d'accouchement à domicile
et
Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un
médecin ou un transfert de la responsabilité clinique
à un médecin*
Vos dossiers : 3210-23-24 et 3210-23-83
Notre dossier : Z-400-01

Chère Conscœur,

Suite à la vôtre datée du 15 octobre 2003 adressée à Mme Raymonde Gagnon, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec (ci-après « **Ordre** »), veuillez trouver ci-après la position de l'**Ordre** en lien avec les commentaires reçus à la suite de la publication, à titre de projet, des deux règlements mentionnés en titre.

Commentaires à l'égard du règlement sur l'accouchement à domicile :**Article 2 :**

Le formulaire de consentement, dont il est fait état à l'article 2 s'inscrit uniquement dans le cadre du *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile*.

L'**Ordre** n'entend pas réglementer cet aspect pour les autres lieux de naissance.

Nous tenons pour acquis que le devoir d'information est omniprésent pour tous les actes professionnels à être posés et comme vous le soulignez vous-même, le *Code de déontologie* érige ce devoir en principe réglementaire. En effet, tel qu'il est prévu à l'article 16 du *Code de déontologie* actuellement à l'étude à l'Ordre, la sage-femme « doit fournir à la femme les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qu'elle lui rend ».

Nous sommes d'avis que cette disposition réglementaire répond adéquatement à ce premier commentaire formulé à l'égard de l'article 2, d'autant plus que la loi habilitante exige l'adoption d'un règlement qu'en lien avec l'accouchement à domicile.

Sur le deuxième commentaire, nous sommes d'accord avec votre propos à l'effet que l'article 2 du règlement crée une obligation claire à la sage-femme de fournir les renseignements requis. Partant, nous ne voyons aucune utilité d'alourdir le règlement en prévoyant une attestation à être signée par la sage-femme. Qui plus est, nous ne croyons pas qu'il serait plus approprié que la sage-femme soit celle qui signe une attestation à l'effet qu'elle a fourni des renseignements à la femme. Cette dernière doit être considérée comme la créancière de l'obligation d'information et il est selon nous beaucoup plus approprié que ce soit la femme qui atteste avoir reçu les renseignements requis plutôt que la débitrice (la sage-femme) de cette obligation.

Article 4 :

Nous n'entendons pas apporter de modifications au paragraphe 3 de l'article 4. Comme vous le savez, l'article 259.11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit :

« Un établissement qui exploite un centre local de services communautaires identifié par la régie régionale en vertu des dispositions de l'article 347 et qui a conclu un contrat de services avec une sage-femme, en application de l'article 259.2, doit conclure avec un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés une entente assurant, lorsque requis, le support 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. »

Tenant pour acquis cet état de droit, il est clair que les membres de l'Ordre tiendront compte de cette réalité lors d'accouchement à domicile, d'où notre intention de ne pas incorporer cet article de loi à l'intérieur de notre règlement.

Par ailleurs, nous sommes tout à fait au fait qu'il puisse arriver que l'établissement hospitalier le plus près du domicile de la femme n'ait pas conclu une entente avec un centre local de services communautaires (CLSC).

Pour cette catégorie de notre clientèle, il est clair que la sage-femme devra aviser l'établissement hospitalier le plus près, car ces démarches sont prévues dans les documents d'accompagnement qui sont remis à la clientèle des sages-femmes.

En outre, nous rappelons qu'en cas de transfert il y a impérativement un avis donné au professionnel-médecin ou au centre hospitalier par le truchement de l'article 4.3 du présent règlement ou encore de l'article 7 du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

Annexe I :

La modification proposée quant à la phrase « *je comprends que la planification d'un accouchement à domicile ne me le garantit pas pour autant* » ne nous apparaît pas être une suggestion intéressante. Il doit être compris de cette phrase qu'elle ne concerne pas les services d'une sage-femme à domicile. Ces services sont garantis et adhérer à la modification pourrait laisser croire qu'une sage-femme peut en tout temps se désengager vis-à-vis sa cliente. Cette phrase veut couvrir la seule éventualité où la femme n'est plus éligible au suivi sage-femme, soit à la suite d'un changement dans sa santé ou soit compte tenu d'éléments de lieu et de temps qui ne favoriseraient pas un accouchement à domicile sécuritaire.

Position de l'Ordre en lien avec les commentaires émis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

Commentaire :

« ... Le règlement ne prévoit pas de distance maximale séparant le domicile d'un centre hospitalier, ni la nécessité pour la sage-femme de s'assurer qu'il y a eu des ententes préalables avec les services hospitaliers et ambulanciers. En effet, le centre hospitalier où la femme sera transférée en cas d'urgence ne sera pas nécessairement celui qui est partie aux ententes conclues en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment lorsque la femme habite plus près d'un autre centre hospitalier. »

Position de l'Ordre :

En ce qui a trait à la préoccupation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur la distance maximale séparant le domicile d'un centre hospitalier, l'Ordre rappelle que cet élément a fait l'objet de documentation et de discussions approfondies par le Conseil consultatif, d'autant plus que cet aspect avait été soulevé dès 1998 dans un avis ministérielle intitulé *Recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes*.

Comme le soulignait le Conseil consultatif à l'intention du ministère de la Santé et des Services Sociaux, il se déclarait satisfait des dispositions énoncées par l'Ordre dans son *Document d'encadrement pour les accouchements à domicile à l'intention des sages-femmes*.

Ce document apporte des précisions relatives aux modalités et dispositions particulières, ce qui pour le conseil consultatif est satisfaisant tant au niveau du texte que du choix de l'Ordre de l'inscrire hors du règlement.

Sans limiter la portée des propos énoncés plus haut en lien avec les ententes préalables, nous jugeons utile à ce stade de rappeler que la sage-femme est à contrat de services avec le CLSC. Ceci implique donc que tous les services sages-femmes, incluant ceux visant l'accouchement à domicile sont assurés par le CLSC, lequel bénéficie, comme établissement du réseau, des services ambulanciers requis.

Qui plus est, nous retenons que le service ambulancier sera fourni à la femme comme toute autre bénéficiaire du système de santé du Québec. Celle-ci sera prioritairement dirigée vers un centre hospitalier où des ententes auront été préalablement discutées ou à défaut vers un autre centre hospitalier qui aura été préalablement avisé de l'accouchement à domicile.

Commentaires :

« Le règlement ne prévoit pas la nécessité d'une assistance professionnelle à l'accouchement. »

(...)

« L'expérience préalable de la sage-femme, compte tenu que ce lieu de naissance implique une grande expertise et un excellent jugement clinique. »

(...)

« La nécessité pour la sage-femme de mettre à jour ses compétences et habilités pour gérer les situations d'urgence, cette condition étant particulièrement justifiée pour l'accouchement à domicile. »

Position de l'Ordre :

En réaction à ces commentaires, nous désirons rappeler que les sages-femmes sont habilitées à exercer, et ce, peu importe le choix du lieu de naissance. L'Ordre n'a jamais voulu créer de catégories de sages-femmes, préférant au contraire prévoir des normes et standards de pratique les plus élevés possibles pour toutes les sages-femmes confondues. Pour confirmer notre propos, nous rappelons que les exigences reliées à la pratique comprennent notamment la certification en réanimation néonatale avancée et la certification en urgence obstétricale. Ces connaissances doivent être actuelles et régulièrement mises à jour.

Enfin, nous complétons ces commentaires en disant que le présent règlement s'imbrique à l'intérieur d'un ensemble de normes, directives et politiques qui le complètent et répondent selon nous aux préoccupations soulevées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Commentaires à l'égard du règlement sur les cas de transfert :

Nous prenons acte du premier commentaire à l'effet qu'il est important qu'une femme qui est ou qui a dû être transférée puisse continuer à bénéficier du suivi d'une sage-femme. Notre cliente ne juge pas par ailleurs nécessaire de créer une obligation à cet égard.

Nous prenons acte des commentaires faits en lien avec les annexes II et III et sommes d'accord à l'effet qu'il aurait été bien accueilli par les membres sages-femmes de pouvoir dans certains cas suivre une femme pour une grossesse gémellaire ou encore une femme qui a une présentation autre que vertex.

Voilà donc la réaction de notre cliente, l'Ordre des sages-femmes du Québec, aux quelques commentaires qui ont été reçus à l'Office des professions du Québec, incluant bien sûr ceux de Mme Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Nous comprenons que vous analyserez cette position de notre cliente afin d'enrichir le mémoire que vous verrez à transmettre aux autorités compétentes de l'Office des professions du Québec, et ce, en vu de leur séance du 20 novembre prochain.

Nous profitons de la présente pour exprimer notre souhait le plus cher à l'effet que lors de cette séance les règlements pourront poursuivre leur cheminement sans autre délai. Bien que vous nous ayez laissé entendre que d'autres commentaires étaient toujours attendus et comprendre ici ceux à être émis par le Collège des médecins du Québec, nous rappelons que ces règlements ont été publiés dans la Gazette officielle du Québec le 4 juin 2003 et que près de cinq mois se sont écoulés depuis lors.

Il est ainsi limpide que le délai de consultation de 45 jours est largement expiré et qu'il serait extrêmement dommage que la non-réception de ces commentaires retarde l'adoption des règlements sur l'accouchement à domicile et sur les cas de consultation et de transfert.

Rappelons que depuis l'adoption de la loi habilitante, qui remonte à septembre 1999, notre cliente travaille sur ces règlements et votre document *Suivi de la réglementation – Ordre professionnel des sages-femmes du Québec* fait largement état de toutes et chacune des démarches accomplies par notre cliente. En outre et fait important à souligner, ce projet de règlement a fait l'objet de moult discussions avec un nombre important d'intervenants de qualité, que ce soit pour en nommer que quelques-uns le Conseil consultatif, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère de la Justice et les intervenants à l'Office des professions du Québec.

Compte tenu de votre statut, vous avez été un témoin privilégié de toutes et chacune de ces démarches et vous savez, tout comme nous, les différentes étapes qui ont été franchies pour permettre à ce projet de règlement d'être rendu là où il est. Nous comptons sur vous pour faire valoir à qui de droit ce qu'il en a été.

Soyez assurée que nous saurons nous rendre disponible pour tout autre détail concernant la présente et dans l'intervalle, veuillez agréer, Me Bourque, nos salutations distinguées.

Signée en l'absence de

JOANN ZAOR

/mg

c.c. Mme Raymonde Gagnon, présidente
ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

ACCCOUCHEMENT À DOMICILE : INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Présenté à

L'Office des professions du Québec

Préparé par

L'Ordre des sages-femmes du Québec

Décembre 2003

Nous avons compris que plusieurs interlocuteurs sont inquiets de la distance qui sépare le domicile d'un hôpital, si le temps pour atteindre celui-ci dépasse 30 minutes.

Quelques éléments sont à prendre en compte pour mieux comprendre la problématique :

- les femmes suivies par des sages-femmes ont une grossesse qui se déroule normalement
- les femmes qui accouchent à l'hôpital peuvent avoir une grossesse à risque et demander une intervention rapide d'un spécialiste. Pour cette raison il est exigé des médecins qui ne sont pas de garde sur place à l'hôpital, de pouvoir se rendre à la salle d'accouchement dans un délai de 30 minutes comme mentionné dans la recommandation de la SOGC :
« Dans tous les hôpitaux communautaires ou ruraux, un médecin doit être disponible à la salle d'accouchement en l'espace de 30 minutes, et il doit être prêt à répondre rapidement aux demandes du personnel hospitalier. »
- La femme qui arrive à l'hôpital y arrive seule et aura une évaluation complète seulement lorsqu'elle sera admise au centre hospitalier et sera en présence du médecin.
- La femme qui accouche à domicile est déjà en présence d'une professionnelle compétente puisque la sage-femme est avec elle.
 - o Selon la loi sur les sages-femmes, art. 6 : « Ces soins et services professionnels consistent : À surveiller (...), et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant »
 - o « Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, ... ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né »
 - o Les sages-femmes sont soumises à une obligation de formation en réanimation néonatale et adulte, ainsi qu'en urgences obstétricales.
- La sage-femme est habituée à fonctionner hors centre hospitalier et ainsi à avoir un jugement exercé de la nécessité d'initier un transfert. En effet, la distance qui sépare la femme de l'hôpital sera prise en compte au moment de la décision de transfert, et la femme aura été clairement informée de cette réalité pour laquelle elle et sa famille ont fait un choix éclairé et ont accepté de collaborer.
- Selon un rapport de l'OMS, *Les soins liés à un accouchement normal* 1996 :
« Sous l'effet du phénomène mondial de l'urbanisation croissante, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à accoucher dans des services d'obstétrique qu'elles aient un accouchement normal ou compliqué. La tentation existe de traiter tous les accouchements systématiquement avec le même niveau élevé d'intervention requis par ceux qui se relèvent compliqués. Il s'ensuit malheureusement toute une gamme d'effets négatifs dont certains ont des incidences graves. »

Parmi ces effets nous pouvons citer, selon le rapport du Dr Pierre Diemunsch (CHU de Hautepierre-Strasbourg-France) (www.sfm.net/publications/anesth/pericomplic.htm) :

Les complications de la péridurale

On peut notamment constater :

- 1) L'anesthésie loco-régionale est responsable du quart des morts maternelles dues à l'anesthésie; 70% de ces décès sont imputables à la péridurale. La toxicité systémique des anesthésiques locaux et l'extension exagérée des blocs sont les deux complications dominantes.
- 2) Le taux de complications non-mortelles est de l'ordre de 1 pour 1000 auquel il faut ajouter les effractions dureméro-arachnoïdiennes dont l'incidence varie de 0,26 à 2,6%

3) ...

4) La rapidité du traitement des hypotensions est déterminante pour la gravité de leurs conséquences maternelles et fœtales

5) etc.

Le rapport de l'OMS dit aussi ceci :

« En procédant à une évaluation initiale et continue des chances qu'a une femme d'accoucher normalement, il est néanmoins possible de prévenir et/ou de déceler l'apparition de complications et de prendre les décisions nécessaires concernant les soins appropriés. »

« Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel »

« La sage-femme semble être le dispensateur de soins de santé le plus approprié et du meilleur rapport coût-efficacité pour les soins pendant une grossesse et un accouchement normaux, y compris pour l'évaluation des risques et la reconnaissance des complications. »

« ...Ces recommandations désignent la sage-femme comme le dispensateur de base des soins obstétricaux pour les accouchements dans les centres de santé, les villages et à domicile, et peut-être aussi dans les hôpitaux (OMS 1994). Les sages-femmes sont les dispensateurs de soins de santé primaires les plus appropriées à qui doivent être confiés les soins pour les accouchements normaux... »

DÉCLARATION DU PARLEMENT EUROPÉEN :

Dans la *Charte des droits de la parturiente*, il est reconnu que :

« Le Parlement européen,

...

- estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social
- demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants :

....

- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement. »

Beaucoup d'autres considérations pourraient être énumérées ici, mais nous avons plutôt choisi de vous présenter une revue des renseignements qui ont pu être obtenus dans différents lieux où les accouchements à domicile sont possibles. Nous pouvons constater qu'en grande majorité il n'y a aucune notion de distance maximale entre le domicile et un hôpital qui y est rattaché. Bien entendu, il est toujours question

de l'information qui est donnée par la sage-femme à la femme et à sa famille pour que celle-ci puisse faire un choix en toute connaissance de cause.

Il est à noter que de nombreuses familles font des choix de vie qui correspondent à leurs besoins personnels et que ces choix impliquent parfois que ces familles habitent à des distances importantes d'un centre hospitalier, quel que soit le soin dont ils ont besoin.

Il est pourtant démontré dans le rapport *Presentation to Standing Committee on September 15, 2003*, by The Midwives Association of the NWT and Nunavut, que les résultats sont meilleurs en ce qui concerne les accouchements lorsqu'une femme peut rester dans sa communauté (...).

Voici donc les renseignements obtenus :

AU CANADA : Partout ailleurs où il y a des sages-femmes, elles peuvent pratiquer des accouchements à domicile. Il n'y a aucune restriction face à la distance. Le choix d'accoucher à domicile est un choix informé.

Territoires du Nord-Ouest :

« ...En 1998, la SOGC (Société des gynécologues-obstétriciens du Canada), le Collège des médecins de famille du Canada et la Société des médecins ruraux du Canada ont adopté une position conjointe qui dit que c'est acceptable et sécuritaire d'offrir des services sages-femmes même en région éloignée et même dans l'impossibilité que le CH le plus près offre de césariennes d'urgence.

...Les femmes ont moins de problèmes quand elles sont suivies par un professionnel compétent et dans leur communauté. Il a été démontré que les résultats périnataux sont meilleurs pour ces femmes comparativement aux femmes qui doivent sortir de leur communauté pour accoucher dans un CH, où il y a l'accessibilité à une césarienne d'urgence....

....Le femmes sont considérées comme des femmes prenant des décisions. Pour des femmes qui habitent dans une juridiction où les sages-femmes sont légales et en l'absence de raison justifiable (température, moyen de transport,...), ce serait nier les droits de la personne que de leur refuser de choisir une sage-femme ou l'endroit où elles vont donner naissance.

À cause du modèle de pratique des sages-femmes au Canada qui respecte le droit des femmes de faire un choix informé quant au lieu de naissance, la femme est considérée comme une partenaire responsable et fiable. La sage-femme donne les informations pour éclairer ce choix, mais c'est la femme qui prend l'ultime décision et aucun autre organisme ne devrait décider à sa place. »

Les données ayant servi à l'adoption de ce projet de loi s'appuient sur les résultats documentés de la pratique des sages-femmes de Rankin et Puvirnituk. Dans ces deux régions les résultats obtenus sont excellents pour les indicateurs de santé et sociaux malgré le fait que la disponibilité d'une césarienne d'urgence soit à plusieurs heures en avion ambulance. (Note : Un transfert pour une mère ou un nouveau-né prend environ 6 heures de transport...)

Extrait de : *Midwife Association of the NWT and Nunavut*, Présentation du projet de loi à l'Assemblée législative du NWT, 2003.

NOTES SUR L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE ET DISTANCE D'UN CENTRE HOSPITALIER

AU CANADA :

SUJETS	COLOMBIE BRITANNIQUE	MANITOBA	ONTARIO
MENTION DANS LA LOI OU UN RÈGLEMENT DE NOTION DE DISTANCE	Non	Non	Non
NORME CONCERNANT LA DISTANCE	Pas de norme	Pas de norme	Non La seule norme qui existe est pour les AVAC (accouchement vaginal après césarienne) où pour ces situations on accepte qu'elles puissent accoucher à domicile mais dans un délai de 30 min. d'un CH
DISTANCE : MOTIF DE REFUS	NON La distance n'est pas une raison pour ne pas respecter la décision de la femme	NON	NON
COMMENTAIRES	800 à 1000 accouchements à domicile/année. Le temps de transport varie entre 15 et 93 minutes.	90 accouchements en 2002. Si le domicile est à plus de 30 minutes, un plan détaillé est fourni aux services ambulanciers	1634 acc.à dom.(2001-2002) 9574 acc.à dom (1994-2002)

AILLEURS DANS LE MONDE :

SUJETS	ANGLETERRE	HOLLANDE
MENTION DANS LA LOI OU UN RÈGLEMENT DE NOTION DE DISTANCE	Non	Non
NORME CONCERNANT LA DISTANCE	Pas de norme en Angleterre. Pour les régions rurales, l'usage veut que le centre hospitalier doit être à environ 40 milles (chemins sinueux, montagnes,...); ce qui demande près d'une heure...	Pas de norme
DISTANCE : MOTIF DE REFUS	NON La distance n'est pas une raison pour ne pas respecter décision de la femme	NON
COMMENTAIRES	La distance doit être un sujet de discussion entre la SF et la femme et faire partie de la décision.	Env.190,000 naissances/année Plus de 80 % femmes suivies par des sages-femmes 30 % des accouchements ont lieu à domicile.

Pour tous ces pays, aucune mention de distance au niveau de la législation :

- L'ALLEMAGNE
- L'AUSTRALIE
- LA BELGIQUE
- LE DANEMARK
- LA FRANCE
- LA SUISSE

Liste non-exhaustive

Aux États-Unis, la situation est complexe parce que la législation varie pour tous les états.

Pour tous ces états : Alaska, Alabama, Arkansas, Californie, Minnesota, Florida, Georgie, Louisiane, Montana, New York, Oregon, Tennessee, Texas, Vermont, aucune restriction face à la distance, sauf pour le Colorado où il est mention de 30 minutes.

RÉSUMÉ NOTES DE RECHERCHE

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES: www.rcm.org.uk

January 2002

Chamberlain et al. 1997 : les bébés nés de naissance planifiées à domicile démontrent :

- ◊ Moins d'Apgar bas
- ◊ Moins de besoin de réanimation
- ◊ Moins de blessures à la naissance (*birth injuries*)

Choisir d'accoucher à domicile est un droit (exceptions : prisonnières et aux femmes sous tutelle.)

Il est implicite dans les politiques gouvernementales : Le gouvernement veut, lorsque la situation est adéquate au plan clinique, que si une femme veut accoucher à domicile, elle devrait recevoir le support nécessaire des services de santé.

Le Secrétaire d'État ajoutait : « Nos standards devraient permettre à toutes les femmes de recevoir des bons soins incluant le choix d'accoucher à domicile. »

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM)

« Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure d'assurer la supervision et de donner les soins et les conseils nécessaires, à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa propre responsabilité et prodiguer les soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage-femme joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais aussi pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent, et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

Le Code d'éthique mentionne seulement :

- ◊ Consulter et référer lorsque nécessaire quand cela dépasse ses compétences

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC

Les femmes suivies par des sages-femmes sont des femmes en bonne santé dont la grossesse s'est déroulée normalement.

Les sages-femmes dépistent les conditions anormales et transfèrent dès qu'il y a augmentation du facteur de risque. Toutes les sages-femmes sont formées et renouvellent régulièrement leur certification en réanimation néonatale avancée et en urgences obstétricales. Elles ont l'équipement nécessaire et les compétences leur permettant d'intervenir en situation d'urgence et de donner les soins requis jusqu'à la prise en charge par l'équipe médico-hospitalière s'il y a lieu.

La sage-femme est présente auprès de la femme dès qu'elle est en travail actif, pour toute la durée de l'accouchement et pour le post-natal immédiat.

Depuis 1994, la pratique des sages-femmes s'est déroulée exclusivement hors-centre hospitalier.

Au 31 décembre 2002, 6 045 naissances ont eu lieu en Maison de naissance pour un total de 8 403 naissances (incluant les transferts durant le travail et l'accouchement et les transferts en grossesse que les sages-femmes ont accompagnés au moment de l'accouchement).

Les statistiques sont excellentes, et ce, en tenant compte que les délais sont parfois de plus de 30 minutes avant la prise en charge des situations de transferts au moment de l'accouchement. (Maison de naissance Colette-Julien et le Centre de maternité Innulistik). De plus, lors de transferts de nouveau-nés, pour les Maisons de naissance Côtes-des-Neiges et CLSC Lac St-Louis, il est convenu entre les équipes médicales et les sages-femmes que c'est l'équipe du Montreal Children qui vient chercher les nouveau-nés et les délais varient alors entre 20 minutes et 1 heure. Il en est de même à Sherbrooke. Dans les autres régions ce sont les sages-femmes qui sont responsables des soins tout au long du transfert vers le centre hospitalier. Ces différences sont principalement dû à la disponibilité des équipes spécialisées. Que ce soit dans une région où une autre, les résultats sont comparables. Ce sont les sages-femmes qui donnent les soins durant cette période, et ce, avec les mêmes connaissances et le même équipement dont elles disposeront lors d'un accouchement à domicile.

DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

En 2001-2002, nous avons préparé deux documents d'accompagnement pour les accouchements à domicile, soit : *Le Document d'encadrement pour les accouchements à domicile à l'intention des sages-femmes* et *L'accouchement à domicile : Un libre-choix éclairé/Document à l'intention de la clientèle*. Ces documents avaient pour but d'aider les sages-femmes à permettre aux femmes et à leur conjoint de faire un choix informé en regard de l'accouchement à domicile et ainsi faciliter l'application du règlement. Ces documents avaient également pour but d'informer les différentes personnes en regard de la pratique des sages-femmes et l'accouchement à domicile.

Ces documents ne font pas partie intégrante du projet de règlement. En aucun temps il n'a été dans l'intention de l'Ordre de limiter l'accouchement à domicile pour les femmes demeurant au-delà d'un délai de 30 minutes du lieu de transfert envisagé, mais simplement d'attirer l'attention des femmes et des sages-femmes sur l'importance de mesurer pleinement les implications de cette distance dans le choix du lieu d'accouchement. Durant les années qui ont suivi, notre travail a porté principalement sur le texte réglementaire lui-même et ces documents n'ont jamais été révisés. Cet automne, en vue de l'adoption prochaine de ce règlement, nous avons confié cette tâche à un comité *ad hoc*. Ce travail n'est pas encore complété, mais devrait l'être sous peu. Certaines corrections seront apportées, notamment :

Pour le document à l'intention de la clientèle :

Page 3, point 2, 2^e paragraphe :

« La littérature permet de conclure que l'accouchement à domicile est aussi sécuritaire qu'à..... » au lieu de «... n'est pas plus risqué qu'à l'hôpital.. »

page 15, annexe IV :

Le 3^e paragraphe devrait être remplacé par : « La sage-femme a le devoir d'informer la femme qui planifie un accouchement à domicile des implications liées à la distance qui sépare son domicile d'un centre hospitalier.

L'OSFQ recommande à ses membres de prendre contact avec les services ambulanciers. »

Pour le document à l'intention des sages-femmes :

Page 4, point 2.3 :

Le dernier paragraphe sera modifié en conséquence.

Ces modifications sont nécessaires afin d'apporter une formulation juste et conforme à nos plus récentes recherches.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE :

Dans les provinces et les pays industrialisés où les accouchements à domicile se pratiquent, les excellents résultats obtenus en cas de transferts, le sont par la collaboration avec le centre hospitalier qui reçoit le transfert et la rapidité avec laquelle la femme est traitée une fois admise.

Plutôt que de restreindre la distance, les actions devraient porter, s'il y a lieu, à renforcer les collaborations avec le centre hospitalier qui reçoit le transfert et à améliorer la rapidité d'intervention des équipes en place après l'admission.

EN CONCLUSION

La sécurité de l'accouchement à domicile est clairement démontrée par les recherches. La notion de limitation de distance entre la maison et l'hôpital n'apparaît pas un facteur de sécurité de l'accouchement à domicile.

Il est important de se rappeler que bien que le règlement sur l'accouchement à domicile vienne encadrer la pratique des sages-femmes à domicile, il s'agit essentiellement de rendre accessible aux femmes le droit qu'elles ont d'accoucher à domicile avec une aide professionnelle.

Bibliographie non exhaustive¹ :

Charte des droits de la parturiente, Résolution (doc. B2-712-86) présentée conformément à l'article du règlement et votée par le Parlement Européen, Strasbourg, juillet 1988.

Danish Midwives Association

Homebirth Australia

International Confederation of Midwives

Midwives Association of the NWT and Nunavut, Présentation du projet de loi à l'Assemblée législative du NWT, 15 septembre 2003.

Ontario Midwifery Program 1994-2002 Statistics, report as of October 2002.

Rapports statistiques sur la pratique au Québec, disponibles à l'Ordre des sages-femmes du Québec.

The North American Registry of Midwives (NARM), législation de chaque état.

Entrevues avec :

Betsy Dolin, Collège des sages-femmes du Manitoba

Jane Kiltnei, registraire au Collège des sages-femmes de la Colombie-Britannique

Lynn Smith, The Royal College of Midwives

Robin Kilpatrick, registraire au Collège des sages-femmes de l'Ontario

Paul De Reu, sage-femme de Hollande

¹ Veuillez noter que la majorité des références ayant servi à préparer ce document est incluse dans le corps du texte.



Le 1^{er} décembre 2003

Madame Andrée Gendron, directrice générale
Association des CLSC et des CHSLD du Québec
1801, de Maisonneuve Ouest, bureau 600
Montréal (Québec) H3H 1J9

Objet : Normes de pratique et conditions d'exercice pour les
sages-femmes lors d'accouchements à domicile

Madame la Directrice générale,

L'Ordre des sages-femmes du Québec a adopté, en vertu de la *Loi sur les sages-femmes*, un règlement prévoyant les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile. En juin 2003, conformément au *Code des professions*, le Règlement a été publié à titre de projet à la *Gazette officielle du Québec* pour consultation. Par la suite, le gouvernement verra à l'approuver, avec ou sans modification. Je joins d'ailleurs à la présente lettre, une copie de ce Règlement.

Au moment de la consultation, l'Office a recueilli des commentaires et pour certains d'entre eux, je souhaite solliciter la réaction de votre association. Compte tenu que les sages-femmes exercent leur profession au sein d'un établissement qui exploite un centre local de services communautaires, les commentaires de votre association compléteront le tableau des services sages-femmes que vos établissements désirent offrir à la population.

Je souhaite donc connaître votre réaction concernant les mesures d'urgence à prendre en cas de complications et reliées au transfert de la femme et de son enfant vers un centre hospitalier. Le Règlement, tel que publié, prévoit de façon générale certaines dispositions à l'égard des mesures d'urgence mais ne spécifie pas notamment de distance maximale séparant le domicile et un centre hospitalier, ni la nécessité pour la sage-femme de s'assurer qu'il y ait eu préalablement une entente avec les services hospitaliers et ambulanciers. Une telle entente viendrait particulariser le support médical et les mesures nécessaires afin de procurer à la femme et à son enfant, en cas de consultation et de transfert, les soins et les services requis par leur état. Notons qu'outre des com-

MAYNARD & ZAOR
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

507, Place d'Armes - Bureau 1101
MONTREAL (Qc) H2Y 2W8

Téléphone : (514) 288-1101
Télécopieur : (514) 499-8548

Ligne directe : (514) 288-1101 poste 202
Courriel : jzaor@mzavocats.com

Montréal, le 16 décembre 2003

*Par télécopieur et
original par courrier*

Mme Raymonde Gagnon
ORDRE DES SAGES FEMMES DU QUÉBEC
430, rue Saint-Hélène
Bureau 405
Montréal QC H2Y 2K7

OBJET : *Règlement sur les normes de pratique et les conditions
d'exercice lors d'accouchement à domicile*
Avis juridique
Notre dossier : Z-400-01

Chère Madame,

En lien avec le règlement mentionné en exergue, vous requerrerez notre avis juridique suite aux commentaires émis par Mme Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

Celle-ci dans sa lettre datée du 6 octobre 2003 adressée à M. Gaétan Lemoyne, président de l'Office des professions du Québec, suggère qu'il y ait à l'intérieur de votre projet de règlement un renvoi sur certaines lignes directrices, dont celle édictant que la distance séparant le domicile du centre hospitalier ne devrait pas excéder 30 minutes.

Nous présumons que cette suggestion s'inscrit dans la foulée de ce qui avait été mentionné dans le rapport du Conseil d'évaluation des projets pilotes.

À cette époque, le Conseil proposait que les normes comprennent des critères d'exclusion tels l'insalubrité des lieux et la distance.

Nous savons qu'il n'y a pas à l'intérieur de votre loi habilitante de tels critères d'exclusion.

Partant, est-il souhaitable aujourd'hui de réintégrer le critère de la distance pour qu'il fasse partie de votre règlement, soit directement ou par le biais d'un renvoi?

En préliminaire, nous nous sommes interrogée sur le fondement de la suggestion faite par Mme Desrosiers en nous questionnant sur l'existence ou l'inexistence de son assise législative.

Au terme de notre analyse, nous croyons qu'il ne serait pas adéquat de procéder à un tel renvoi et nous justifions notre position par le libellé même de la *Loi sur les sages-femmes*.

À l'article 6 il est prévu :

« Constitue l'exercice de la profession de sage-femme, tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement ... :

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.

(...) »

Quant à l'article 61, il est mentionné :

« Les accouchements à domicile ne peuvent être pratiqués avant l'entrée en vigueur du règlement du Bureau pris en application du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 5. »

Les principes d'interprétation modernes commandent qu'une loi ou un règlement s'interprète en tenant compte de son contexte et de ses objectifs d'application. La *Loi sur les sages-femmes* n'échappe pas à ces principes.

Ceci mentionné, le législateur québécois prévoit ce que constitue l'exercice de la profession sage-femme sans égard au lieu où est exercée cette profession.

De plus, la loi prévoit que les sages-femmes pourront pratiquer l'accouchement à domicile dès qu'un règlement à cet effet entrera en vigueur.

À aucun endroit ne retrouve-t-on dans la loi, une indication à l'effet que le domicile devrait ou devra être situé à un endroit géographique précis pour que soit permis l'accouchement à domicile.

Or, comme le « domicile » n'est pas défini dans la loi, il ne peut l'être davantage dans le règlement.

Il n'est certainement pas inutile ici de vous rappeler sur ce point qu'au tout début de la rédaction de ce projet de règlement, nous avons suggéré à l'Office des professions du Québec une définition du mot « domicile ».

Me Dorothee-Anne Bourque, avocate à la Direction des affaires juridiques de l'Office des professions du Québec, nous avait fait la remarque, dans sa lettre datée du 1^{er} novembre 2001, que cette définition était inutile.

Pour la paraphraser, elle nous écrivait : « ... la définition de « domicile » doit purement et simplement être supprimée. Suivant le juge Conrad : « ... words in a statute already have a meaning, given to them by the legislature. They do not lie dormant waiting for the delegate to give them definition... » (Johnson c. Federated Mutual Insurance Co (1998) 48 D.L.R. (4th) 728, 739 ».

Puisqu'il faut donner aux mots leur signification habituelle, il faut tenir pour acquis que le législateur a voulu que toutes les femmes du Québec, peu importe leur lieu de domicile, aient la liberté de retenir les services d'une sage-femme.

Limiter l'accès aux services sages-femmes aux femmes dont le domicile est situé à moins de 30 minutes d'un centre hospitalier constituerait selon nous une mesure discriminatoire qui pourrait constituer une atteinte à l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Jusqu'à présent, nous comprenons qu'aucune preuve n'a été faite ni apportée à l'effet qu'il est plus périlleux d'accoucher à domicile que dans un centre hospitalier pour une femme en bonne santé et lorsque « tout se déroule normalement ».

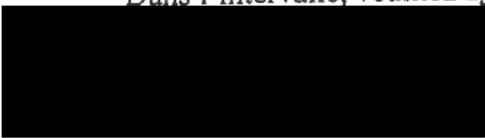
Ceci nous permet donc d'affirmer que le renvoi suggéré par Mme Desrosiers n'est pas souhaitable puisque la ligne directrice ne trouve aucun fondement dans votre loi.

Compte tenu que la séance de l'Office des professions du Québec est prévue pour jeudi le 18 décembre prochain, le temps nous manque pour pouvoir faire une étude exhaustive de la question.

De toute façon, nous ne sommes pas convaincue de la nécessité d'une telle étude puisqu'il nous semble peu plausible que le droit à « l'accouchement à domicile » prévu à la loi habilitante puisse être réduit et emporter ainsi une limitation à la liberté des femmes et des sages-femmes du Québec.

Voilà donc qui vous donne l'essentiel de nos arguments en lien avec le commentaire suggéré par Mme Desrosiers et nous demeurons bien sûr à votre disposition pour discuter plus avant de cet avis, le cas échéant.

Dans l'intervalle, veuillez agréer, chère Raymonde, nos salutations distinguées.



JOANN ZAUR

/mg



ASSOCIATION POUR LA
SANTÉ
PUBLIQUE DU
QUÉBEC



M. Gaétan Lemoyne, président
Office des professions
800, Place d'Youville, 10^{ème} étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchement à domicile.

Monsieur,

Depuis plus de vingt ans, l'Association pour la santé publique du Québec s'intéresse de près à tout ce qui touche la périnatalité et tout particulièrement aux dossiers concernant la pratique sage-femme afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble des bébés, des femmes et des familles du Québec.

Suite aux réticences émises par l'Ordre des infirmières du Québec, lors de la parution dans la gazette officielle du Projet de règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchement à domicile, nous désirons affirmer notre appui indéfectible au règlement tel que présenté par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Doit-on imposer un délai maximum de 30 minutes pour un éventuel transfert vers un centre hospitalier lors d'un accouchement à domicile assisté par une sage-femme?

Restreindre l'accouchement à domicile aux seules femmes habitant dans un « périmètre de sécurité », nous apparaît comporter des effets pervers. Premièrement, établir un tel « périmètre » laisse croire à la population que sans la proximité d'un hôpital, point de salut, point de santé. Cela laisse croire aussi que les risques existent seulement en dehors de l'hôpital, alors que les autorités en santé publique sont de plus en plus préoccupées par l'augmentation des risques pour la santé des personnes qui y séjournent, que l'on parle des travailleurs ou des patients. Cette idée contribue enfin à faire croire que l'hôpital est synonyme d'équipe d'urgence, scalpel à la main, prête à intervenir à tout moment. Pourtant, si on accouche de nuit dans un des nombreux hôpitaux régionaux du Québec, alors que le chirurgien et l'anesthésiste de garde dorment paisiblement chez eux tandis que la tempête sévit (tableau typique de nos hivers québécois) est-ce vraiment le cas? De plus, est-ce vraiment sur ce type d'intervention que doit s'appuyer la notion complexe de sécurité?

La question sur laquelle nous souhaitons attirer votre attention est : à quel point veut-on tisser serré le filet de sécurité pour viser la santé? Nous croyons qu'il faut bien sopeser les avantages et les désavantages avant de modifier le maillage. Nous pourrions être portés à croire que plus le filet est serré, plus nous serons en sécurité. Nous pourrions aussi être portés à croire que grâce à tous les dépistages et au contrôle total, les taux de mortalité et de morbidité puissent être réduits à zéro? La poursuite de cette illusion mène pourtant à des dérives largement documentées dans la littérature sociologique et anthropologique sur les systèmes médicaux. Cette ligne de pensée est aussi très loin d'une vision de la santé telle que développée dans la Charte d'Ottawa.

Par ailleurs, sans introduire une quelconque notion de délai de temps maximum pour un éventuel transfert à l'hôpital, de nombreuses études internationales telle que la méta-analyse d'Olsen en 1997, démontrent que le domicile est aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, voire avantageux pour la santé (moins de prématurité et d'insuffisance pondérale notamment) et ce, avec une nette diminution des interventions obstétricales (épidurales, forceps, ventouses, épisiotomies...). C'est logique, plus on se rapproche de l'institution médicale, plus il est simple et facile d'utiliser sa technologie. Or, pour de plus en plus de femmes,

819, Roy Est, Montréal (Québec) H2L 1E4

Téléphone : (514) 528-5811

Télécopieur : (514) 528-5590

info@aspq.org. www.aspq.org

il est très important d'accoucher dans un environnement qui limite le recours aux interventions aux seules situations qui le nécessitent vraiment. Cette préoccupation est d'ailleurs partagée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec dans sa politique de périnatalité dont l'un des neuf objectifs est de diminuer le taux d'interventions obstétricales et principalement les taux de césarienne et d'épisiotomie. Enfin, comment comprendre les démarches du Québec, de Santé Canada et de la SOGC pour soutenir une pratique sage-femme dans les régions du Nord où les Centres de naissance sont situés à environ huit heures d'avion des lieux où l'on peut utiliser des forceps, pratiquer une césarienne et fournir divers soins tertiaires à la mère et à l'enfant et en même temps réglementer le délai pour un accouchement à la maison dans le Sud, sans penser à de la discrimination face à une population ou l'autre ?

L'accouchement à domicile devrait donc être encouragé et ce pour plusieurs raisons. Choisir et se préparer à accoucher à domicile implique une responsabilisation des familles ce qui, dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (OMS 1986), est un facteur favorisant la santé. Pour quiconque veut promouvoir la santé, on y stipule qu'il faut « conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci en se donnant les moyens d'obtenir l'information, les aptitudes et la possibilité de faire des choix sains ». Selon la sage-femme Isabelle Brabant : « Accoucher chez soi n'est pas qu'une question de confort: c'est aussi et surtout une vision différente de la responsabilité et de la sécurité. Il n'y a pas d'institution présente qui crée cette illusion "qu'on s'occupe" de ce qui doit être fait. La responsabilité est celle des parents, d'abord et avant tout ». La santé n'appartient pas aux professionnels. En Angleterre, comme ailleurs au Canada, on semble avoir compris ce principe car la distance entre le domicile de la mère et l'hôpital doit être un des sujets de discussion entre la sage-femme et la femme qui fait donc partie du processus décisionnel plutôt que d'être soumise à une règle appliquée de façon systématique. Aider une femme à faire un choix éclairé implique qu'on ne le fait pas pour elle.

Nous ne disons pas qu'un mécanisme de transfert vers un centre hospitalier est inutile, au contraire. Nous affirmons plutôt qu'il serait discriminatoire de restreindre l'accouchement à domicile aux femmes qui demeurent près des grands centres. Des solutions alternatives peuvent très bien être envisagées, par exemple, à l'instar de ce qui se fait au Manitoba, si le domicile est à plus de 30 minutes d'un hôpital, un plan détaillé pourrait être fourni aux services ambulanciers.

Rappelons que pour les cas qui nous préoccupent, on parle de femmes en santé dont la grossesse s'est déroulée normalement. Ainsi les cas qui nécessitent un transfert très urgent sont rarissimes. On ne le répètera jamais assez : la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques normaux du corps féminin. C'est la base théorique la plus fondamentale de la formation de tout professionnel de la santé. Dans les pays développés où l'accouchement à domicile est une pratique connue et depuis longtemps expérimentée, il n'existe pas de restriction telle qu'un délai de 30 minutes pour un transfert à l'hôpital, pas plus que dans les provinces canadiennes qui ont déjà légiféré à ce sujet. Qui plus est, leurs résultats statistiques sont comparables aux nôtres. Pourquoi alors au Québec voudrait-on introduire une telle réglementation? Penser qu'il faut réglementer les délais pour les transferts vient d'une culture de la naissance habitée par la peur d'une catastrophe imminente à toutes les naissances. Les sages-femmes doivent être prêtes à agir rapidement, peu importe le lieu de la naissance, mais elles font émerger une culture de la confiance dans les femmes et la naissance au Québec, ce que l'ASPQ soutient depuis plus de vingt ans.

« L'accouchement n'est pas aussi dangereux que les médecins veulent nous le faire croire. Ils tendent à organiser leur travail sur la base du "pire cas", envisageant chaque accouchement comme si un désastre pouvait survenir à tout moment » (Brody & Thompson, 1981).

Dans le même ordre d'idées, en Australie, le National Childbirth Trust (NCT, 1995) a émis un rapport couvrant 144 régions sur l'attitude des médecins généralistes à l'égard de l'accouchement à domicile. Ce rapport témoigne de l'attitude négative et même

discriminatoire des médecins à l'égard des femmes désirant un accouchement à domicile ou simplement de l'information à ce sujet. À l'instar du NCT qui en formule la demande au *Royal College of General Practitioners*, nous croyons qu'il est urgent d'établir des lignes directrices à l'adresse des médecins afin de « clarifier leurs responsabilités et les choix qu'ils doivent offrir aux femmes désirant un accouchement à domicile ».

L'Association pour la santé publique du Québec croit que le gouvernement doit soutenir le développement de la pratique des sages-femmes en protégeant les principes qui ont guidé son émergence au Québec, principes évoqués dans la Philosophie adoptée par le Regroupement des sages-femmes du Québec. Nous faisons référence ici plus précisément aux principes suivants : une pratique basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux; la responsabilité des professionnels 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 décisions résultent d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnels de la santé, la décision finale appartenant à la femme; enfin, les sages-femmes assistent les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.

Pour soutenir ce choix « sain » des femmes et dans l'intérêt de la santé publique, nous vous enjoignons de recommander au Conseil des ministres et ce, dans les plus brefs délais, l'adoption du *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchement à domicile* tel que rédigé par l'Ordre professionnel des Sages-femmes du Québec et sans ajout d'autres restrictions.

Veillez accepter, monsieur Lemoyne, nos très sincères salutations.


Renald Bujold MD
Président
Association pour la santé publique du Québec

Cc Raymonde Gagnon, présidente, Ordre professionnel des Sages-femmes du Québec



ASSOCIATION
DES CLSC
ET DES CHSLD
DU QUÉBEC

0003567



Montréal, le 15 décembre 2003

Monsieur Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

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

Monsieur le Président,

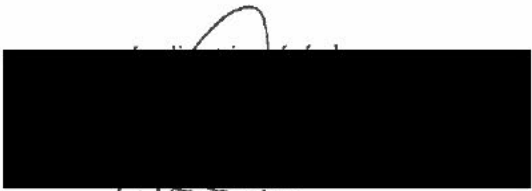
Le projet de règlement sur l'accouchement à domicile publié en juin dernier a été le fruit d'un long travail de la part de l'Ordre des sages-femmes et du Conseil consultatif. Tous les aspects de ce règlement incluant la distance et les mesures à prendre en cas de transferts ont été considérés en fonction des données existantes tant au plan national qu'international.

La pratique des sages-femmes est encadrée par différents règlements et normes qui s'appliquent peu importe le lieu de naissance. Différentes mesures visant à assurer la dispensation des services sécuritaires à la population relèvent également de la responsabilité des établissements à mission CLSC où exercent les sages-femmes.

Les sages-femmes sont des professionnelles compétentes qui connaissent bien les risques liés à l'accouchement. Elles sont en mesure de considérer tous les aspects permettant de donner des soins sécuritaires dans le meilleur respect des besoins de leur clientèle.

En conséquence, nous vous demandons de recommander sans plus tarder, au gouvernement du Québec, l'adoption du règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile ainsi que celui sur les consultations et transferts tels que publiés dans la Gazette officielle en juin dernier.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.


/ Andrée Gendron

AG/SF/lp

c.c. : Ordre des sages-femmes du Québec

Le 16 décembre 2003

Maître Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Projet de règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile

Monsieur le Président,

À sa réunion du 12 décembre courant, le Bureau du Collège des médecins du Québec a résolu de vous transmettre les commentaires suivants relatifs au projet de règlement cité en rubrique, qui fut publié dans la Gazette officielle du Québec le 4 juin 2003.

Dans un premier temps, le Bureau veut vous signifier qu'il n'est absolument pas favorable à la pratique des accouchements à domicile. Cette position ne repose aucunement sur des motifs moraux ou idéologiques. Elle s'appuie sur la nature et l'importance des risques que comporte l'accouchement à domicile pour la femme enceinte et l'enfant à naître. Bien qu'une présélection prudente des candidates à l'accouchement à domicile soit effectuée par la sage-femme, il n'en demeure pas moins que dans certains cas, le travail ou l'accouchement peut connaître une issue non seulement malheureuse, mais désastreuse. À tout le moins, les obligations de moyens faites au médecin conduisent plutôt à considérer le milieu hospitalier comme l'environnement sécuritaire permettant l'exercice d'un libre choix entre l'assistance d'une sage-femme et celui d'un médecin. De plus, les membres du Bureau s'interrogent sur le consentement éclairé et le respect du changement d'opinion qu'une femme peut exprimer à l'endroit de l'accouchement à domicile.

Cela dit, s'il est dans l'intention de l'Office de faire approuver un tel règlement, le Collège demande de considérer très sérieusement les commentaires que l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec acheminait à l'Office en date du 21 août 2003, relativement à ce projet de règlement.

Nous souhaitons ces commentaires utiles pour votre gouverne et vous transmettons, Monsieur le Président, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le directeur général et secrétaire,

André Garon, M.D.

AG/mp

c.c. D^r Yves Lamontagne
M^{me} Raymonde Gagnon



ORDRE DES
SAGES FEMMES
DU QUÉBEC

Montréal, le 16 décembre 2003

Monsieur Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place d'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3



Monsieur le Président,

Je vous envoie, tel que convenu, la documentation complémentaire qui viendra supporter la présentation du projet de règlement sur l'accouchement à domicile lors de la prochaine séance de l'Office des professions.

Dans le document *Accouchement à domicile : information complémentaire - décembre 2003*, nous vous faisons part des principaux éléments à prendre en considération, afin de mieux comprendre les différents aspects reliés au domicile comme lieu de naissance. De plus, nous vous présentons les différentes données recensées à travers le Canada et ailleurs dans le monde sur la notion de distance et l'accouchement à domicile.

À la lecture du document préparé à votre intention, vous serez à même de constater les différents aspects reliés à la pratique sage-femme au Québec. Enfin, nous vous apportons certaines précisions quant aux documents d'accompagnement sur l'accouchement à domicile destinés aux femmes et aux sages-femmes.

Vous recevrez sous peu une lettre d'appui de l'Association des CLSC-CHSLD qui a pris connaissance de ce dossier et de la nature de cette demande. De plus, l'Association pour la santé publique du Québec a confirmé son intérêt à supporter l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile tel que publié dans la *Gazette officielle* et devrait également vous faire suivre une correspondance à cet effet dans les meilleurs délais.

Nous vous faisons parvenir un avis juridique de notre procureure, à l'effet de ne pas inclure la notion de distance à cette réglementation.

De plus, nous joignons à cet envoi différentes lettres des centres hospitaliers de référence confirmant que les sages-femmes avisent lors des transferts. Ces missives ont pour but de dissiper les rumeurs persistantes à l'effet « ...qu'il y aurait des transferts de patientes sans avis préalable et pouvant susciter des situations à la fois contrariantes et litigieuses pour le médecin de garde au centre hospitalier concerné ». Comme vous pouvez le constater, les médecins qui collaborent avec les sages-femmes sont à même de confirmer qu'ils sont avisés par les sages-femmes des situations de transferts dans des délais sécuritaires.

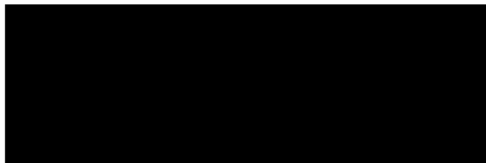
Nos membres sont des professionnelles responsables qui comprennent toute l'importance de s'assurer de la collaboration requise lors des transferts. Des dispositions à cet effet sont prévues dans le règlement sur les consultations et transferts eu égard au lieu de naissance. Dans le souci de donner les meilleurs soins aux femmes qu'elles suivent, nos membres ont toujours initié ces contacts par le passé, même face à des intervenants et des milieux faisant preuve de « réticence ».

Tous les aspects de ce projet de règlement ont été longuement documentés tant par nous que par notre conseil consultatif. En conséquence nous vous demandons de recommander au gouvernement, l'adoption du *Règlement sur les normes de pratique et conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile* et le *Règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique d'une sage-femme à un médecin*, sans modification.

Soyez assuré de notre collaboration, afin de donner les meilleurs soins et services professionnels requis aux femmes et à leur famille.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

La présidente,



Raymonde Gagnon, SF

p.j.



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

0003568



Le 16 décembre 2003

Maître Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

**Objet : Projet de règlement sur les normes de pratique et les conditions
d'exercice lors d'accouchements à domicile**

Monsieur le Président,

À sa réunion du 12 décembre courant, le Bureau du Collège des médecins du Québec a résolu de vous transmettre les commentaires suivants relatifs au projet de règlement cité en rubrique, qui fut publié dans la Gazette officielle du Québec le 4 juin 2003.

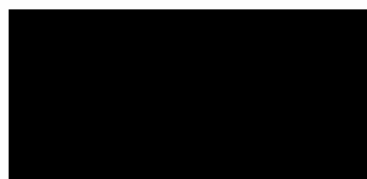
Dans un premier temps, le Bureau veut vous signifier qu'il n'est absolument pas favorable à la pratique des accouchements à domicile. Cette position ne repose aucunement sur des motifs moraux ou idéologiques. Elle s'appuie sur la nature et l'importance des risques que comporte l'accouchement à domicile pour la femme enceinte et l'enfant à naître. Bien qu'une présélection prudente des candidates à l'accouchement à domicile soit effectuée par la sage-femme, il n'en demeure pas moins que dans certains cas, le travail ou l'accouchement peut connaître une issue non seulement malheureuse, mais désastreuse. À tout le moins, les obligations de moyens faites au médecin conduisent plutôt à considérer le milieu hospitalier comme l'environnement sécuritaire permettant l'exercice d'un libre choix entre l'assistance d'une sage-femme et celui d'un médecin. De plus, les membres du Bureau s'interrogent sur le consentement éclairé et le respect du changement d'opinion qu'une femme peut exprimer à l'endroit de l'accouchement à domicile.

.../2

Cela dit, s'il est dans l'intention de l'Office de faire approuver un tel règlement, le Collège demande de considérer très sérieusement les commentaires que l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec acheminait à l'Office en date du 21 août 2003, relativement à ce projet de règlement.

Nous souhaitons ces commentaires utiles pour votre gouverne et vous transmettons, Monsieur le Président, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le directeur général et secrétaire,



André Garon, M.D.

AG/mp

c.c. D^r Yves Lamontagne
M^{me} Raymonde Gagnon



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*



Le 18 décembre 2003

Maître Gaétan Lemoyne
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Sages-femmes; projet de règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Monsieur le Président,

À sa réunion du 12 décembre courant, le Bureau du Collège des médecins du Québec a résolu de vous transmettre les commentaires suivants, relativement au projet de règlement cité en rubrique. Ces commentaires sont en droite ligne avec le contenu d'un projet de guide de pratique qui a été transmis à l'Office il y a déjà quelques semaines. Nous avons d'abord présumé que ce projet de guide pourrait remplacer le projet de règlement dont on parle. Toutefois, les sages-femmes préfèrent s'en tenir à l'habilitation conférée par la Loi sur les sages-femmes et s'appuyer sur un règlement plutôt que sur un guide de pratique. Nous verrons avec elles s'il y a tout de même lieu de compléter le règlement par un guide de pratique qui aborde d'autres aspects importants et non couverts.

Relativement au projet de règlement, nous attirons d'abord votre attention sur son article 1. Nous croyons qu'il doit être clair qu'on réfère à une activité de dépistage, et non de diagnostic. L'article pourrait plutôt se lire comme suit :

«La sage-femme initie une consultation auprès d'un médecin dès qu'elle suspecte ou qu'elle dépiste une condition anormale dans les cas prévus par l'une des annexes au présent règlement...». Par ailleurs, il y aurait lieu de rajouter, peut-être dans un second alinéa de cet article, une obligation à l'effet que «en prévision d'une urgence, la sage-femme s'assure de pouvoir rejoindre en tout temps un médecin».

À l'article 2, nous croyons qu'il y a lieu de compléter le devoir d'information en reformulant cette disposition comme suit :

«La sage-femme informe la femme des motifs de la consultation et des principales contraintes avec lesquelles elle devra composer, notamment celle de ne pouvoir choisir le médecin consulté en cas d'urgence».

À l'article 3, nous croyons que la disposition serait améliorée en référant plus généralement au motif de la consultation et en confirmant le moment de la demande de consultation. Ainsi, la disposition pourrait se lire comme suit :

«La sage-femme fournit au médecin consulté tous les renseignements et les documents pertinents à la consultation, en précisant les motifs de la consultation, notamment le cas de consultation visé à l'une des annexes au présent règlement. Elle inscrit la date et l'heure de la demande et la signe.»

Le 2^e paragraphe de l'article 4 réfère à un suivi pendant un épisode de soins simultanés. Nous portons à votre attention que le champ d'exercice d'une sage-femme tel que défini par la loi entraîne que dès qu'une femme enceinte suivie par la sage-femme présente un problème de santé, elle doit être transférée au médecin. En conséquence, nous voyons difficilement comment maintenir une telle disposition dans un règlement.

À l'article 7, après les mots «en fonction de la nature du cas de transfert obligatoire», nous rajouterions «et du degré d'urgence».

Voilà donc l'essentiel des commentaires que nous tenions à vous soumettre. Encore une fois, nous croyons qu'un guide conjoint précisant des obligations faites aux sages-femmes et aux médecins aurait été plus avantageux que ce projet de règlement.

Je souhaite ces commentaires utiles pour votre gouverne et vous transmets, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le directeur général et secrétaire,



André Garon, M.D.

AG/mp

c.c. D^r Yves Lamontagne
M^{me} Raymonde Gagnon



Le 19 janvier 2004

Monsieur Juan Roberto Iglesias
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux du Québec
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

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

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un
transfert de la responsabilité clinique à un médecin

N/D : 3210-23-24 et 3210-23-83

Monsieur le Sous-Ministre,

À sa séance du 18 décembre dernier, l'Office des professions du Québec a recommandé au gouvernement d'approuver les règlements mentionnés en titre. Ces règlements seront donc acheminés sous peu à Me Marc Bellemare, ministre responsable de l'application des lois professionnelles, et pourront par la suite être inscrits à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres.

Nous nous rappellerons qu'au mois de janvier 2003, deux fonctionnaires de votre ministère avaient eu l'occasion d'échanger avec les membres du conseil consultatif de l'Ordre des sages-femmes au sujet de ces règlements. Selon les informations dont nous disposons, cette rencontre avait permis de répondre à plusieurs interrogations et d'en arriver à une compréhension commune des mesures proposées.

Par ailleurs, le 29 mai 2003, nous portons à votre attention la publication à titre de projet, à la *Gazette officielle du Québec*, des deux règlements.

L'entrée en vigueur du Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile aura pour effet de permettre aux sages-femmes de pratiquer des accouchements à domicile, conformément aux normes et aux conditions déterminées. Le développement de ce volet de la profession s'inscrit dans la lignée de la *Loi sur les sages-femmes* qui ouvrait la porte à trois lieux de naissance : le domicile, le CLSC et le centre hospitalier. Il sera donc possible dorénavant à un CLCS d'offrir les services à domicile d'une sage-femme avec laquelle il a conclu un contrat.

.../2

À la lumière des commentaires qui nous ont été transmis depuis la publication du règlement à titre de projet, l'Office souhaite s'assurer que les femmes qui choisiront d'accoucher à domicile recevront dans les meilleures conditions possibles tous les soins et services qui pourraient être requis par leur état. Il nous paraît donc important que les mesures reliées au transfert d'une femme ou d'un enfant à partir d'un domicile soient prévues aux ententes qu'un CLSC doit conclure avec un centre hospitalier conformément à l'article 259.11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Nous croyons notamment utile que ces mesures prévoient un avis à donner au centre hospitalier dès qu'une sage-femme constate la nécessité d'un transfert. Cet avis préalable devrait favoriser un transfert harmonieux et faciliter l'accueil de la femme ou de l'enfant au centre hospitalier. En ce sens, je compte sur votre habituelle collaboration pour que les CLSC concernés soient sensibilisés aux préoccupations de l'Office.

Soyez assuré que nous demeurons disponibles pour discuter plus amplement de toute mesure liée au développement de la profession de sage-femme.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous-Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



Gaetan Lemoyné

DAB/nv

c.c. Association des CLSC et des CHSLD du Québec

0004040

Le 27 février 2004



M^{re} Liette Harvey
Greffière adjointe
Ministère du Conseil exécutif
835, boulevard René-Lévesque Est
Édifice Honoré-Mercier, 2^e étage
Québec (Québec) G1A 1B4

Madame la Greffière adjointe,

Je vous prie de trouver, annexée à la présente, une note explicative à l'intention du Conseil des ministres, ayant pour objet un projet de décret concernant l'approbation par le gouvernement du Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile, à laquelle sont joints, notamment, les textes français du projet de décret et du règlement.

Sur la recommandation de l'Office des professions du Québec dont copie est jointe à la présente, formulée en application de l'article 95 du *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), je recommande l'approbation de ce règlement par le gouvernement et compte sur votre collaboration afin qu'il soit inscrit à l'ordre du jour d'une séance du Conseil des ministres et approuvé dans les meilleurs délais.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, Madame la Greffière adjointe, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Marc Bellemare



Monsieur Jean-K. Samson
Président de l'Office des professions du Québec
800 place D'Youville
10^e étage
Québec (Québec)
H2Y 2K7

Objet : Commentaires concernant les projets de règlements sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts adoptés en vertu de la Loi sur les sages-femmes

Monsieur Samson,

Je vous implore de faire tout en votre pouvoir pour vous assurer que le gouvernement adopte les règlements sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts et les mette en application le plus rapidement possible. Je sais que depuis plusieurs années les femmes québécoises demandent un meilleur accès aux services de sages-femmes. On attendait ces règlements depuis que la profession a été légalisée en 1999. La décision du lieu de l'accouchement appartient aux femmes et aux familles et l'adoption de ces règlements confirmera ce droit.

Je sais que plusieurs femmes sont refusées chaque année dans les maisons de naissance faute d'espace et de ressources. L'accès aux services de sages-femmes à domicile permettra à grand nombre de femmes de pouvoir enfin être suivies et assistées par une sage-femme dans le lieu qu'elles choisissent.

Neuf nouvelles sages-femmes diplômées de l'Université du Québec à Trois-Rivières viennent tout juste de joindre les rangs des effectifs. Elles sont disponibles et prêtes à offrir leurs services aux femmes, mais il n'y a pas un nombre suffisant de maisons de naissance ni de postes permanents. La possibilité d'accoucher à domicile réglerait en partie cette pénurie de lieux de naissance.

L'Ordre des sages-femmes du Québec a participé à la rédaction de ces règlements. J'en ai pris connaissance et je crois qu'ils sont suffisamment détaillés pour bien encadrer la pratique de l'accouchement à domicile.

La signature d'un document de consentement se fait déjà lorsqu'une femme choisit de faire son suivi de grossesse et son accouchement avec l'aide d'une sage-femme en maison de naissance. Je crois qu'un tel document devrait être signé par toutes les femmes quel que soit le lieu où elle accouche (en centre hospitalier, en maison de naissance et à domicile) Nous devrions toutes être pleinement informées afin de faire des choix éclairés.

Je vous assure que le jour où ces règlements seront adoptés ce sera une grande avancée pour l'humanisation de toutes les naissances et le respect du choix des femmes et des familles. Les femmes n'auront plus à vivre le stress lié, entre autres, au sentiment qu'elles sont dans l'illégalité. Elles pourront accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme en toute quiétude et dans la certitude que l'accouchement se déroulera dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, les femmes québécoises bénéficieront des mêmes droits que leurs consœurs des autres provinces canadiennes et celles de dizaines de pays à travers le monde où se pratique l'accouchement à domicile.

Par conséquent, je recommande l'adoption des règlements (L.R.Q., c. R-18.1) sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts.

Veuillez accepter, Monsieur Samson, l'expression de mes sentiments les plus sincères,

Signée en date du

04/03/04

[Redacted signature]

Monsieur Jean-K. Samson
Président de l'Office des professions du Québec
800 place D'Youville
10^e étage
Québec (Québec)
H2Y 2K7



Objet : Commentaires concernant les projets de règlements sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts adoptés en vertu de la Loi sur les sages-femmes

Monsieur Samson,

Je vous implore de faire tout en votre pouvoir pour vous assurer que le gouvernement adopte les règlements sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts et les mette en application le plus rapidement possible. Je sais que depuis plusieurs années les femmes québécoises demandent un meilleur accès aux services de sages-femmes. On attendait ces règlements depuis que la profession a été légalisée en 1999. La décision du lieu de l'accouchement appartient aux femmes et aux familles et l'adoption de ces règlements confirmera ce droit.

Je sais que plusieurs femmes sont refusées chaque année dans les maisons de naissance faute d'espace et de ressources. L'accès aux services de sages-femmes à domicile permettra à grand nombre de femmes de pouvoir enfin être suivies et assistées par une sage-femme dans le lieu qu'elles choisissent.

Neuf nouvelles sages-femmes diplômées de l'Université du Québec à Trois-Rivières viennent tout juste de joindre les rangs des effectifs. Elles sont disponibles et prêtes à offrir leurs services aux femmes, mais il n'y a pas un nombre suffisant de maisons de naissance ni de postes permanents. La possibilité d'accoucher à domicile réglerait en partie cette pénurie de lieux de naissance.

L'Ordre des sages-femmes du Québec a participé à la rédaction de ces règlements. J'en ai pris connaissance et je crois qu'ils sont suffisamment détaillés pour bien encadrer la pratique de l'accouchement à domicile.

La signature d'un document de consentement se fait déjà lorsqu'une femme choisit de faire son suivi de grossesse et son accouchement avec l'aide d'une sage-femme en maison de naissance. Je crois qu'un tel document devrait être signé par toutes les femmes quel que soit le lieu où elle accouche (en centre hospitalier, en maison de naissance et à domicile) Nous devrions toutes être pleinement informées afin de faire des choix éclairés.

Je vous assure que le jour où ces règlements seront adoptés ce sera une grande avancée pour l'humanisation de toutes les naissances et le respect du choix des femmes et des familles. Les femmes n'auront plus à vivre le stress lié, entre autres, au sentiment qu'elles sont dans l'illégalité. Elles pourront accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme en toute quiétude et dans la certitude que l'accouchement se déroulera dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, les femmes québécoises bénéficieront des mêmes droits que leurs consœurs des autres provinces canadiennes et celles de dizaines de pays à travers le monde où se pratique l'accouchement à domicile.

Par conséquent, je recommande l'adoption des règlements (L.R.Q., c. R-18.1) sur l'accouchement à domicile et sur les consultations et transferts.

Veuillez accepter, Monsieur Samson, l'expression de mes sentiments les plus sincères,

Signée en date du 17 février 2004



N.B: Pour mes 3 grossesses, j'ai bénéficié des services d'une sage-femme. Mes 3 accouchements se sont déroulés dans un climat de confiance avec beaucoup de chaleur humaine et caractérisant mes attentes ~~en~~ en rapport avec le déroulement.