

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Guide de collaboration entre les infirmières et les sages-femmes lors d'un accouchement en centre hospitalier

Juillet 2024

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de Mme Marie-Josée Larocque, responsable des services de sage-femme, Direction du programme jeunesse du Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, qui a gracieusement partagé les outils et la documentation entourant la mise en place d'une entente de partenariat entre les infirmières en centre hospitalier et les sages-femmes lors des accouchements en centre hospitalier. Le document actuel est basé sur ces outils. Mme Marie-Josée Gaboury, coordonnatrice des soins infirmiers, périnatalité et pédiatrie, Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique du CISSS de la Montérégie Ouest a participé à faire des liens entre les différents établissements afin de soutenir le projet. Mme Catherine Leblanc, chef gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Suroît, et Mme Geneviève Reid, chef gynéco-obstétrique de l'hôpital Anna-Laberge, toutes deux de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique, ont participé de près à l'élaboration des outils. Les équipes des services de sage-femme de la Vallée et les équipes d'infirmières des unités de naissance relevant de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique, ont rendu cette collaboration possible. Ysabel Conway, conseillère en soins infirmiers, volet obstétrique et petite enfance, Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire a encadré le processus, Priscilla Fortier, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (intérim) a participé à l'élaboration du document et Mme Mélanie Dufour, agente de gestion du personnel, service aux cadres, du développement organisationnel et du leadership de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel a permis la fluidité des premiers échanges. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Le présent guide de collaboration est basé sur le document « Collaboration entre infirmières et sages-femmes », CISSS de Chaudière-Appalaches, 2020, 45 pages. Il a été ajusté à la réalité locale du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE.....	5
AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. CHAMPS D'APPLICATION	8
2. OBJECTIFS.....	8
3. MODALITES	10
4. STATUT DE LA FEMME LORS D'UN ACCOUCHEMENT PLANIFIE A L'HOPITAL.....	12
5. MODALITES ADMINISTRATIVES	13
6. INTERVENANTS CONCERNES.....	14
7. ROLES ET RESPONSABILITES.....	17
8. RESSOURCES NECESSAIRES	19
9. CONCLUSION	19

Liste des abréviations et des acronymes

AMPRO^{OB}	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
CDSF	Chef de département des sages-femmes
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
ICASI	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
I-CLSC	Système d'information Intégration CLSC
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
PV	Ponction veineuse
SSFV	Services de sage-femme de la Vallée, CISSS de la Montérégie Ouest

Lexique

Accouchement physiologique :

Accouchement qui se déroule selon la physiologie de la mère et du bébé, sans interventions pharmacologiques. Des interventions de nature mécanique afin de faciliter le déroulement du travail peuvent être entreprises.

Consultation :

Demande d'un avis médical concernant une situation clinique donnée.

Débriefage :

Exercice de retour sur les événements entourant une situation précise, auxquels l'ensemble des intervenants participent : la sage-femme, l'infirmière, l'aide natale et le cas échéant, le médecin.

Exercices de compétences :

Activités de simulation de situations cliniques dans le but de parfaire ses compétences. Peut s'effectuer en contexte eutocique ou de situation d'urgence.

Programme AMPRO^{OB} :

Programme visant l'amélioration continue des pratiques en obstétrique dans le but d'améliorer les issues pour les mères et les bébés.

Soins périnataux :

Soins entourant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale jusqu'à 6 semaines.

Transfert :

Transfert de la responsabilité clinique de la sage-femme vers le médecin.

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 11 600 personnes, 577¹ médecins répartis dans 123 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Dans la foulée des objectifs énoncés dans la Politique de périnatalité 2008-2018, voulant que 10 % des femmes puissent avoir accès à des services de sage-femme dans toutes les régions du Québec, et à la suite du cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) envisage la mise en place d'équipes périnatales concertées.

La norme actuelle de pratique professionnelle des sages-femmes demande la disponibilité de deux sages-femmes au moment de l'accouchement. La deuxième sage-femme intervient généralement au moment du travail actif pour assister les soins donnés à la fois à la mère et à l'enfant. Cette norme fait en sorte que deux sages-femmes doivent être de garde simultanément pour les accouchements, rendant difficile l'organisation des services dans une équipe avec effectifs réduits (moins de quatre sages-femmes).

La contribution d'une infirmière en obstétrique comme intervenante apparaît comme une solution évidente. L'infirmière est une professionnelle dûment formée et expérimentée pour offrir l'ensemble des soins périnataux et elle est déjà sollicitée dans le cadre de ses fonctions hospitalières. Elle vient ici compléter le duo professionnel nécessaire au bon déroulement des soins entourant l'accouchement dans une perspective alliant qualité et sécurité.

En plus d'améliorer l'accès aux services de sage-femme dans les régions, la collaboration sage-femme/infirmière en obstétrique favorise le partage des savoir-faire et contribue à renforcer une organisation des services fondée sur l'accouchement physiologique.

La collaboration entre les sages-femmes et les infirmières en obstétrique est une occasion idéale de marier les compétences des deux professions dans un souci d'efficacité et de solutions, encourageant une meilleure connaissance mutuelle et une offre de service adaptée à la demande des femmes.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, 2008, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*, 2015, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>

Ordre des sages-femmes du Québec, *Norme de pratique professionnelle des sages-femmes du Québec*, 2003, http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/04/presse_normes-professionnelles.pdf

1. Champs d'application

L'organisation du CISSS de la Montérégie-Ouest reconnaît que dans le cadre de leur pratique professionnelle, les sages-femmes sont entièrement autonomes et ne relèvent pas de la juridiction médicale. Elles sont soumises à la Loi sur les sages-femmes, aux règlements professionnels et au Code de déontologie de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ).

L'organisation du CISSS de la Montérégie-Ouest reconnaît également que dans le cadre de leur pratique professionnelle, les infirmières ont des activités réservées et sont soumises à la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, aux règlements professionnels et au Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ).

2. Objectifs

2.1 Travail en équipe interprofessionnelle

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour la clientèle et les professionnelles impliquées.

La communication entre les professionnelles est au cœur de la réussite de la collaboration. Préalablement à la mise en place d'une offre de service de sage-femme en collaboration avec les infirmières en obstétrique, il est suggéré de tenir une rencontre entre les équipes respectives, incluant les médecins accoucheurs et gynécologues afin d'apprendre à se connaître, de partager les réalités de la pratique professionnelle, d'exposer les attentes et d'explorer les façons de faire en vue de l'implantation.

Par la suite, plusieurs moyens peuvent être mis en place afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer une communication continue, par exemple :

- Mettre en communication l'infirmière responsable de l'unité (ICASI) avec la sage-femme à chaque quart de travail;
- Inviter les infirmières aux rencontres prénatales organisées par les sages-femmes afin de présenter leur rôle;
- Élaborer un plan de naissance avec la femme et le transmettre à l'équipe hospitalière afin de faire connaître la femme et ses volontés; encourager la femme à visionner la visite virtuelle afin de rencontrer l'équipe d'infirmières;
- Adapter la chambre de naissance et installer le matériel ensemble en vue de l'accouchement;
- Communiquer adéquatement toutes les informations concernant l'éventuel accouchement de la femme (ex. : fiche clinique, date prévue d'accouchement, plan de naissance, appel pour signifier l'arrivée de la femme en travail);
- Partager ses besoins (ex. : pauses) afin de se soutenir mutuellement;
- Partager ses notes et observations au dossier obstétrical et les consigner, si requis;
- Encourager les exercices de compétence et d'intervention en situation d'urgence en partenariat entre les équipes de sages-femmes et les équipes multidisciplinaires du centre hospitalier;
- Organiser des séances de débriefage systématiquement après chaque accouchement, peu importe le déroulement dans le but de consolider le travail de collaboration avec les différentes équipes. Voir l'exemple d'un outil de débriefage;
- Tenir des rencontres régulières entre les équipes pour faciliter les échanges et améliorer les pratiques collaboratives (comité de suivi par hôpital);

- Favoriser l'intégration de stagiaires infirmières et d'étudiantes sages-femmes;
- rendre accessible sur intranet le guide de collaboration et les autres outils de travail mis en place le cas échéant, le tout ayant pour but de faciliter l'intégration du nouveau personnel en poste.

Les sages-femmes et les infirmières devront déployer des outils spécifiques favorisant la communication et le travail d'équipe interprofessionnelle. Cela favorisera l'amélioration de l'efficacité et de la sécurité des soins, tel que présenté par le programme AMPRO^{OB}, pour notamment :

- Respecter les différences au quotidien;
- Développer une communication efficace;
- Instaurer une culture de débriefage;
- Faire un débriefage à chaque accouchement;
- Assurer le suivi des recommandations à toutes les personnes impliquées.

3. Modalités

3.1 Consentement aux soins

Durant la période prénatale, la femme doit être informée par la sage-femme des professionnelles qui seront responsables des soins prodigués pour elle et son nouveau-né lors de son accouchement (sage-femme, infirmière, aide natale, etc.). Pour ce faire, un document d'information concernant le modèle de collaboration infirmière et sage-femme ainsi que les rôles et les responsabilités de chaque professionnelle impliquée sera remis en période prénatale aux femmes suivies par le service. La sage-femme consignera au dossier le consentement de la femme à la présence d'une infirmière dans un rôle d'assistance auprès de la sage-femme.

3.2 Disponibilité des infirmières lors d'un accouchement par une sage-femme sur l'unité de naissance

Une infirmière désignée doit intervenir à la demande de la sage-femme lorsque la femme est au stade de dilatation complète ou à un autre moment opportun. C'est à partir de ce moment que l'infirmière intervient auprès de la femme en collaboration étroite avec la sage-femme. Par la suite, la sage-femme déterminera si la présence constante ou intermittente de l'infirmière est nécessaire, selon l'évolution du travail et les besoins de la femme. Si l'infirmière est présente de façon intermittente durant le deuxième et le troisième stade, elle doit demeurer disponible sur le département afin d'assurer une assistance immédiate. Normalement, l'infirmière quitte la chambre une fois le 3^e stade complété et les saignements contrôlés. Une infirmière désignée demeure disponible sur le département jusqu'au départ de la femme et du nouveau-né, soit entre trois et cinq heures suivant la naissance. La relève est assurée par une autre infirmière en place lorsque le quart de travail de l'infirmière désignée est complété.

La gestion du personnel infirmier est déterminée par la chef de service en collaboration avec l'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI). La priorisation du personnel à un ratio sécuritaire doit prendre en compte les besoins cliniques de la clientèle. Elle sera convenue d'un commun accord entre la chef de département des services de sage-femme et la chef de programmes gynéco-obstétrique, selon les situations cliniques des femmes présentes (ex. : une infirmière sera rendue disponible pour le médecin ou la sage-femme qui gère une urgence).

Procédure de communication pour le modèle collaboration sage-femme et infirmière

Lorsqu'il est souhaité que l'accouchement se réalise avec le modèle de collaboration, la sage-femme doit préalablement contacter l'ICASI lorsqu'elle vient à l'unité de naissance, et ce, afin de planifier l'utilisation du modèle sage-femme/infirmière.

Évidemment, si la situation du département change en cours d'accouchement, une bonne communication entre la sage-femme et l'ICASI est essentielle afin de trouver la meilleure solution pour les ressources dans les services. Advenant qu'une seconde sage-femme soit disponible, celle-ci se déplacera afin d'éviter du temps supplémentaire ou temps supplémentaire obligatoire pour le personnel infirmier. Par contre, si la seconde sage-femme est dans l'impossibilité de se déplacer, l'équipe infirmière offrira un soutien à l'équipe des sages-femmes, selon [DIR-10369 plan de contingence des services de sage-femme](#). Il est important de noter qu'une fois le modèle de collaboration accepté, l'infirmière ne peut être retirée tant qu'une relève sage-femme n'est pas arrivée sur l'unité.

3.3 Principes à respecter

Chaque sage-femme ou infirmière doit :

- Disposer d'un espace de travail adéquat en cas d'urgence;
- Disposer les déchets biomédicaux selon les normes de prévention des infections et de gestion des déchets biomédicaux;
- Garder un environnement propice pour favoriser l'attachement du nouveau-né chez les parents;
- Gérer ses pauses et ses repas de façon individuelle, mais concertée.

Consignation des notes au dossier

La sage-femme et l'infirmière doivent compléter les notes requises au dossier pour documenter les observations et les actes posés par chacune des professionnelles. Elles partagent leurs notes et observations au dossier et les consignent. Le partage des notes s'opère dans le cadre d'une communication interprofessionnelle efficace. La sage-femme et l'infirmière doivent au préalable valider les rôles et attentes de chacune, quant à la rédaction des notes au dossier. Étant donné l'absence de dossier papier, l'ensemble des informations sont consignées au dossier médical électronique. Le dossier médical électronique est accessible à partir de toutes les installations du CISSS de la Montérégie-Ouest.

En plus de ses obligations habituelles, la sage-femme doit se conformer à [l'Entente de partenariat relatif à la pratique des sages-femmes](#) dans sa documentation lors d'un transfert. Elle doit appliquer les trajectoires incluses dans les documents concernant les [consultation et transfert à l'hôpital du Suroît](#), les [consultations et transfert à l'Hôpital Anna-Laberge](#) et les [consultations et transfert en pédiatrie](#). L'infirmière procédera à l'admission de la cliente et consignera ses notes sur les feuilles qui seront archivées à l'hôpital (par le biais du dossier de l'usagère). L'infirmière devra également consigner la date et l'heure de la prise en charge ainsi que le nom du médecin.

3.4 Lors d'une réanimation néonatale ou maternelle

Dans ces situations, les procédures d'urgence en vigueur s'appliquent (par exemple : [PRO-10150 Réanimation cardiorespiratoire chez le nouveau-né de 30 jours et moins \(code rose néonatal\) en milieu hospitalier](#)).

4. Statut de la femme lors d'un accouchement planifié à l'hôpital

Il existe trois types d'usagers reconnus selon les Règlements sur l'organisation et l'admission des établissements.

- **Enregistré** : un usager qui, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, reçoit des services externes aux fins de diagnostic;
- **Inscrit** : un usager qui reçoit des services ne nécessitant pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas de lit figurant au permis de l'établissement;
- **Admis** : un usager nécessitant une hospitalisation ou un hébergement.

La femme, sous les soins de la sage-femme, qui accouche à l'hôpital et pour qui l'infirmière agit en contribution, devra avoir le statut « **inscrit** » **seulement**.

Le statut « inscrit » est requis puisque les infirmières sont des employées de l'établissement et ce statut correspond aux exigences établies par le Règlement sur l'organisation et l'admission des établissements.

La femme ou le nouveau-né obtient le statut « **admis** » seulement lorsque la sage-femme transfère la responsabilité clinique au médecin. Si la mère est admise et demeure hospitalisée, le bébé sera également admis. Il en sera de même inversement, si le bébé est admis, la mère le sera aussi.

En cas de situation de [transfert](#), voir l'algorithme du point des Services de sage-femme de la Vallée afin de bien comprendre à quel moment le bébé doit être admis ou non.

5. Modalités administratives

5.1 Entente permettant les accouchements en centre hospitalier

Bien qu'en vertu de l'article 259.10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une entente doit être convenue afin que les sages-femmes qui ont un contrat avec l'établissement puissent pratiquer des accouchements dans le centre hospitalier désigné; cette entente s'applique dans le cadre où l'hôpital et le service de sage-femme ne font pas partie du même établissement. Dans le cas du CISSS de la Montérégie Ouest, les Services de sage-femme de la Vallée, l'Hôpital Anna-Laberge et l'Hôpital du Suroît font partie du même établissement. Dans ce contexte, les ententes de collaboration entre les professionnelles sont suffisantes. Aucune autre entente n'est nécessaire.

5.2 Gestion des différends

En situation de différend entre l'équipe des sages-femmes et l'équipe de l'unité de naissance, une rencontre sera organisée entre les intervenantes impliquées. Au besoin, la rencontre pourra se faire en collaboration avec les gestionnaires des différentes équipes (CDSF, chef gynéco-obstétrique et coordonnatrice du secteur). Au terme de cette rencontre, des mécanismes seront mis en place afin de prévenir des situations similaires.

5.3 Les mécanismes de suivi et d'évaluation du modèle de collaboration

Afin d'assurer une implantation harmonieuse de cette nouvelle pratique, il est recommandé de se doter d'un mécanisme de suivi.

- Débriefage systématique : Suite à chaque accouchement, une rencontre est organisée entre la sage-femme et l'infirmière présentes, la responsable des services de sage-femme et le chef gynéco-obstétrique. L'objectif est d'accompagner les équipes et favoriser les meilleures issues pour la clientèle.
- Un comité de suivi formé de la CDSF, de la chef de programme gynéco-obstétrique, d'une sage-femme et des ICASI se rencontre chaque trimestre pour effectuer le suivi des collaborations, proposer des ajustements et faire un retour aux équipes sur la progression de la collaboration.
- Un questionnaire permettant de mesurer la satisfaction de la clientèle peut également être une source d'information intéressante pour documenter la pratique et identifier des pistes d'amélioration.

6. Intervenants concernés

6.1 Modèles de pratique des sages-femmes et des infirmières au Québec

Bien que les professions de sage-femme et d'infirmière soient définies par des champs de pratique autonomes et distinctifs, elles se retrouvent ici autour d'un but commun : celui d'accompagner une femme à mettre au monde son enfant. Avec leur perspective propre, leurs façons de faire, parfois différentes, sages-femmes et infirmières doivent concourir au même exercice de prodiguer les soins nécessaires à la mère et l'enfant en respectant ses volontés et son intimité. C'est cette famille et ses besoins qui doit être au cœur de la pratique de collaboration.

Les convictions et les valeurs qui soutiennent la pratique tant infirmière que sage-femme² :

- La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels et porteurs de sens dans la vie des femmes;
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle;
- Les parents sont compétents;
- La qualité de la relation d'attachement à l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement social, affectif et cognitif;
- L'humanité, la prévention et la sécurité dans les soins.

Ainsi, peu importe le lieu où les professionnelles qui les accompagnent, les femmes qui accouchent doivent bénéficier d'un environnement qui favorise le respect du caractère naturel de l'accouchement et qui prévient le recours aux interventions obstétricales non médicalement requises.

Avec le même objectif en tête et des valeurs communes, la pratique professionnelle peut alors s'exercer dans le cadre de ses paramètres usuels avec toute l'autonomie que cela suppose.

6.2 Modèle de pratique de sage-femme

Le champ d'exercices des sages-femmes est défini par les articles 6 à 8 de la [Loi sur les sages-femmes](#). Il consiste, lorsque tout se déroule normalement, à donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et à donner à une femme et à son enfant les soins et les services requis durant les six premières semaines de la période postnatale.

Ces soins et services professionnels comprennent ce qui suit :

- Surveiller et évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage des conditions anormales chez la femme ou son enfant;
- Pratiquer l'accouchement spontané;
- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation, ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée;

² *Politique de périnatalité*, précitée, note 1

- Prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste du [règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession](#).

Une sage-femme peut également :

- Conseiller et informer les parents sur la préparation à leurs rôles, la planification des naissances, la contraception, la préparation à l'accouchement et à l'allaitement, les soins usuels à donner à l'enfant, notamment concernant l'alimentation, l'hygiène et la prévention des accidents ainsi que sur les ressources offertes dans la communauté;
- Conseiller et informer le public sur l'éducation sanitaire en périnatalité;
- Les situations où la sage-femme doit consulter un médecin ou lui transférer la responsabilité des soins sont définies par le [règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin](#).

6.3 Modèle de pratique des infirmières³

L'article 36.0 de la section VIII de la [Loi sur les infirmières et les infirmiers \(LII-i-8\)](#) définit le champ d'exercice des infirmières comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Dans le cadre de l'exercice infirmier, des activités réservées à l'infirmière sont au cœur de la pratique des accouchements.

Contribuer à la pratique des accouchements et au postpartum immédiat⁴

Cette activité réservée à l'infirmière reconnaît sa contribution dans le domaine de la périnatalité, notamment dans la pratique des accouchements, l'évaluation et la surveillance clinique de la mère et de son bébé en postpartum. Ainsi, l'infirmière est appelée à exercer plusieurs activités, mais elle n'a pas l'entière responsabilité des activités médicales inhérentes à la pratique des accouchements. De ce fait, elle est habilitée à poser des actes complexes ou présentant des risques de préjudice en étroite collaboration avec la sage-femme ou le médecin, mais la portée de l'activité ne s'applique pas de façon pleinement autonome⁵.

Durant le travail

Les activités d'évaluation et de surveillance de l'infirmière sont importantes pendant le travail et l'accouchement. Afin de prévoir les répercussions d'un problème sur l'état de santé de la femme et du fœtus, l'infirmière est habilitée à faire l'évaluation de la condition physique et mentale en tenant compte des facteurs culturels et psychosociaux de la parturiente ainsi que la surveillance clinique qui en découle. Lorsqu'elle procède à l'examen physique de la femme, l'infirmière peut évaluer, entre autres, le col utérin, la position du fœtus, les contractions et l'évolution du travail. L'infirmière peut aussi être appelée à ajuster la médication selon une ordonnance, à pratiquer un accouchement précipité et à procéder à la réanimation cardiorespiratoire de la mère ou du nouveau-né.

³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^e édition, 2016

⁴ Ordre des infirmières du Québec, précitée note 4, p. 56 et suivantes

⁵ Ordre des infirmières du Québec, *Standards de pratique de l'infirmière, Soins de proximité en périnatalité*, 2015

Postpartum immédiat

En postpartum immédiat, l'infirmière peut procéder à l'examen initial du nouveau-né et à la surveillance de signes précoces de complications, entre autres, les difficultés respiratoires, la tachypnée transitoire du nouveau-né ainsi que chez la nouvelle accouchée (hémorragie, hypotension, tachycardie, etc.).

L'infirmière, dans le cadre des différentes phases de l'accouchement et du postnatal, évalue la condition physique et mentale de la mère et du bébé. Il est de son rôle de constater les écarts observés entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, mais ces constats doivent être transmis à la sage-femme ou au médecin qui ont la responsabilité clinique.

7. Rôles et responsabilités

7.1 Rôles et responsabilités des professionnelles lors de l'accouchement

Les parties reconnaissent que lorsqu'une femme souhaite accoucher avec une sage-femme en centre hospitalier, elle demeure, ainsi que son enfant, sous la responsabilité de la sage-femme et du Centre intégré de santé et de services sociaux tant qu'il n'y a pas de transfert à l'équipe d'obstétrique du centre hospitalier. À la suite d'un transfert, le centre hospitalier du CISSS identifié comme centre de référence et le médecin répondant assument la responsabilité administrative et clinique de la femme ou de l'enfant transféré.

Dans le cadre légal de leur pratique, les sages-femmes sont entièrement autonomes et ne sont aucunement sous la juridiction médicale. Au cours d'un accouchement en centre hospitalier, et ce, bien que les soins soient donnés en collaboration avec les infirmières œuvrant en obstétrique, c'est la sage-femme qui assume la responsabilité clinique de la femme et de son bébé à naître durant le travail, à l'accouchement et après ce dernier.

L'infirmière qui accompagne la sage-femme lors de l'accouchement engage sa responsabilité professionnelle à l'égard des décisions cliniques qu'elle prend et des interventions qu'elle effectue auprès de la femme. Conséquemment, l'infirmière communique à la sage-femme toutes les observations, les écarts entre la normalité et l'anormalité de même que les impressions cliniques pertinentes chez la femme ou le nouveau-né, tout comme elle le fait lorsque la femme est sous les soins d'un médecin.

Lorsque la situation le requiert, la sage-femme initie la consultation ou le transfert de la femme ou de son enfant au médecin, en fonction des dispositions prévues au [règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin](#). Lors d'un transfert de responsabilités au médecin par la sage-femme, l'infirmière assure le suivi clinique et procure les soins requis par l'état de santé de la femme et de l'enfant, selon les outils cliniques en vigueur établis du centre hospitalier en collaboration avec le médecin qui a accepté le transfert. La sage-femme agit alors en soutien à l'équipe médicale et à la famille.

La sage-femme ne peut déléguer la responsabilité de la surveillance de la femme et de son enfant à l'infirmière. Si elle doit quitter l'hôpital, la sage-femme devra s'assurer d'une relève au même titre professionnel ou transférer la femme.

Voici un tableau résumant les rôles ainsi que les responsabilités des sages-femmes et infirmières :

RÔLES ET RESPONSABILITÉS (résumé)	
Sage-femme	Infirmière
• Est autonome professionnellement; n'est pas sous juridiction médicale; • Assume la responsabilité clinique de la femme et son bébé à naître pendant le travail, l'accouchement et après ce dernier; • Lorsque nécessaire, initie la consultation ou le transfert de la femme ou son bébé au médecin selon le Règlement sur les cas nécessitant une consultation médicale ou un transfert. Si transfert, dois documenter l'heure et le nom du médecin; • Le transfert s'effectue en conformité avec l'entente de partenariat relative à la pratique des sages-femmes. • Ne peut déléguer la responsabilité de la surveillance de la femme ou de l'enfant à l'infirmière, si elle doit quitter le centre hospitalier. Elle doit s'assurer d'une relève au même titre professionnel ou transférer la femme; • Peut quitter la chambre temporairement, mais doit s'assurer d'écrire les éléments de surveillance à faire par l'infirmière sur la feuille d'ordonnance; • Doit être accessible rapidement (cellulaire) lorsqu'elle quitte la chambre temporairement; • Installe la chambre et vérifie le matériel; • Doit connaître la procédure locale du code rose.	• Engage sa responsabilité professionnelle à l'égard des décisions cliniques qu'elle prend et des interventions qu'elle effectue auprès de la femme; • Communique à la sage-femme toutes les observations, les écarts entre la normalité et l'anormalité ainsi que les impressions cliniques pertinentes qu'elle constate chez la femme ou le nouveau-né; • Assure le suivi clinique lors d'un transfert de la sage-femme au médecin et procure les soins nécessaires pour la femme et l'enfant, selon les outils cliniques en vigueur du centre hospitalier, en collaboration avec le médecin qui a accepté le transfert; • Se réfère au règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer pour connaître les médicaments que la sage-femme peut demander. • Collabore au bon fonctionnement du travail et de l'accouchement, (lieu physique, etc.).
RESPONSABILITÉS LORS D'ACCOUCHEMENT PAR SAGE-FEMME SUR L'UNITÉ	
• Avise l'infirmière de la dilatation complète de la femme au moment opportun; • Détermine si la présence constante ou intermittente de l'infirmière est nécessaire; • Complète les notes requises au dossier; • Partage ses notes et consigne le dossier (copie) #7, l'évaluation du nouveau-né sera placée au dossier;	• Collabore aux soins avec la sage-femme dès les premières poussées expulsives ou avant, au besoin; • Demeure disponible jusqu'au départ de la femme et du nouveau-né, soit entre trois et cinq heures suivant la naissance; • Collige toutes ses interventions cliniques, observations, etc., les notes d'évolution du travail sur la feuille #5 fournie par la sage-femme;

• Consigne ses notes d'évolution du travail sur la feuille #5 de façon conjointe avec l'infirmière; • Complète la feuille #7 et la feuille d'évaluation du nouveau-né; • Complète la documentation officielle : Carnet de vaccination, Déclaration de naissance, formulaire de dépistage des maladies métaboliques.	• Peut contribuer à compléter la feuille #7 avec la sage-femme.
PRINCIPES À RESPECTER POUR TOUS LES COLLABORATEURS	
• Dispose d'un espace de travail adéquat en cas d'urgence; • Garde un environnement propice au lien d'attachement du nouveau-né chez les parents; • Gestion des pauses et repas de façon individuelle, mais concertée; • La sage-femme devra être accessible en tout temps.	

8. Ressources nécessaires

La collaboration entre sage-femme et infirmière requiert certaines ressources afin d'en assurer la fonctionnalité.

- Accès aux outils de communication : Les sages-femmes doivent être accessibles sur leur téléphone cellulaire. L'infirmière doit être joignable en tout temps sur le département. Pour ce faire, la sage-femme la signale au poste ;
- Utilisation du même dossier obstétrical;
- Accès à du matériel connu : Les sages-femmes ont leur propre matériel pour les accouchements afin de travailler avec du matériel connu, peu importe le lieu de naissance. D'autre part, tout le matériel nécessaire à l'accouchement se trouve dans les chambres de naissance. Les infirmières étant plus à l'aise avec le matériel de l'hôpital, elles peuvent y recourir au besoin, plutôt que d'utiliser les bacs d'accouchement avec le matériel des sages-femmes ;
- Accès aux outils de débriefage : L'équipe doit avoir accès à un document de débriefage suite à chaque accouchement.

9. Conclusion

Le présent document constitue un guide de collaboration entre les sages-femmes des Services de sage-femme de la Vallée et les équipes d'infirmières des unités de naissance du CISSS de la Montérégie Ouest. L'équipe interprofessionnelle a convenu des trajectoires de services en regard des consultations et transferts sécuritaires d'une femme et de son nouveau-né entre l'équipe sage-femme/infirmière et l'équipe périnatale courante (infirmière, gynécologue, omnipraticien et pédiatre).

Le détail de ces trajectoires se retrouvent dans l'[entente de partenariat relatif à la pratique des sages-femmes](#), la procédure clinique [Consultations et Transferts – Services d'obstétrique-gynécologie et urgences - Hôpital du Suroît](#), la procédure clinique [Consultations et transferts – Services d'obstétrique-](#)

[gynécologie et urgences - Hôpital Anna-Laberge](#) et la procédure clinique [Consultation et Transfert - Pédiatrie - Services de sage-femme vers les services de pédiatrie](#).

Références

Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, Association Canadienne des Sages-Femmes, Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, *Énoncé de position commun : Les infirmières et les sages-femmes collaborent aux soins centrés sur le client*. (2011). Consulté 21 novembre 2024, [Joint PS Nurses Midwives f.pdf](#)

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, *La collaboration interprofessionnelle énonce de position*. (2011). Consulté 21 novembre 2024, à l'adresse https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/La_collaboration_interprofessionnelle_enonce_de_position.pdf

Association Canadienne des Sages-Femmes, *Énoncé de principe : Pratique sage-femme et accouchement normal*, Montréal, 2010 [Microsoft Word - Midwifery Care and Normal Birth Jan 20, 2010](#)

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, Pub. L. No. Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8 a.3), Code des professions chapitre C-26 a.87 (2008).
https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiq-code-deontologie.pdf

Collectif, *Manuel de réanimation néonatale*, 8^e édition, American Academy of Pediatrics, American Heart Association, Société canadienne de pédiatrie, Ottawa, 2022.

Collège des Médecins du Québec, Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, , Ordre des Pharmaciens du Québec. « Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins », 2015, 7. [3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf](#)

Durand, Suzanne, Harvey, Barbara, D'Anjou, Hélène, *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^{ème} édition, Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, 2016, 110. [Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières, 3e édition, 2016](#)

Durand, Suzanne, Harvey, Barbara, *Standards de pratiques pour l'infirmière, Soins de proximité en périnatalité*, 2015, <https://www.oiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie », s. d., 164. [Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. « Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec », mars 2015, 140. [Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)

Ordre des sages-femmes du Québec. « Normes professionnelles », avril 2021, 12, [OSFQ-normes-professionnelles-2021-web.pdf](#)

Organisation Mondiale de la Santé, *Nursing and midwifery services : Strategic directions 2011-2015*, Genève; Réseau de professions de la santé, Bureaux des soins infirmiers et obstétricaux,

Services des ressources humaines pour la santé, 2011, extrait de
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HP_N_10.1_eng.pdf

Peterson, Wendy E., Jennifer M. Medves, Barbara L. Davies, et Ian D. Graham. « Multidisciplinary Collaborative Maternity Care in Canada: Easier Said than Done ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada: JOGC* 29, n° 11 (novembre 2007): 880-86. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32659-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32659-7).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Rapport final MCP2 (Projet de soins primaires obstétricaux concertés)*, 2006, Ottawa. [Synthesis Report](#)

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Cynthia Perreault, responsable des services de sage-femme	2023-10-15
Personnes consultées	Marie-Josée Gaboury, coordonnatrice des soins infirmiers mère-enfant et pédiatrie	2025-01-28
	Catherine Leblanc, Chef de programme gynéco-obstétrique de l'hôpital du Suroît	2023-12-05
	Geneviève Reid Chef gynéco-obstétrique de l'hôpital Anna-Laberge,	2023-12-05
	Shelbie Guy-Lajoie, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, Centre mère-enfant de l'hôpital du Suroît	2023-12-05
	Anne Falardeau, assistante infirmière-chef, Centre mère-enfant de l'hôpital du Suroît	2023-11-08
	Linda Arsenault, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, Pavillon de naissance, Hôpital Anna-Laberge	2023-11-08
	Alexandra Lepage, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, Pavillon de naissance, Hôpital Anna-Laberge	2023-11-08
	Émilie Cliche, infirmière clinicienne	2023-11-08
	Geneviève Poirier, sage-femme	2023-11-03
	Marlène Yonlonfoun, sage-femme	2023-11-03
	Elizabeth Parent, sage-femme	2024-11-24
	Marie-Michèle Myre, sage-femme	2024-11-24
	Ysabel Conway, Conseillère en soins infirmiers volet obstétrique et petite enfance, Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	2023-12-05
	Priscilla Fortier, Conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers, volet des programmes jeunesse et activités de santé publique, DSIEU (intérim)	2023-12-05
	Christelle Robert, Conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers volet soins critiques et outils cliniques, DSIEU	2025-01-12
	Dre Josée Hébert, Directrice des Services Professionnels adjointe	2025-01-17

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Conseil des infirmiers et infirmières	2024-11-21

Historique du document		
Adopté par	Isabelle Papineau	2025-07-16
Commentaires		