



Document de soutien: Liberté de choix et encadrement professionnel

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	3
1.1. Objectif	3
1.2. Notions fondamentales.....	3
2. Le consentement.....	4
2.1. Validité du consentement	5
2.2. Le consentement implicite	5
2.3. Le consentement explicite.....	6
2.4. Communication des risques	7
3. La relation et le processus décisionnel	8
3.1. Refus de consultation	10
3.2. Refus de transfert	11
4. Des dérives et des écueils.....	12
4.1. Débalancement du pouvoir vers la femme.....	12
4.2. Peur de perdre le suivi avec la sage-femme.....	13
4.3. Débalancement du pouvoir vers le professionnel	14
4.4. Transgression de la règle avec justification de non-abandon.....	14
5. Mettre fin à un suivi	15
6. L'accouchement.....	17
6.1. Accouchement non assisté prévu	19
7. Les situations d'urgence	20
8. Décisions à propos du nouveau-né	21
9. Éléments au dossier.....	22
10. Transmission de renseignements personnels contenus au dossier	23
11. Conclusion	26
Annexes	27
Références	36

1. INTRODUCTION

Ce guide est né d'une volonté de répondre aux nombreuses questions transmises à l'Ordre des sages-femmes du Québec (ci-après appelé l'Ordre) à propos de situations cliniques complexes soulevant des tensions relationnelles et des dilemmes éthiques.

Professionnellement, les sages-femmes souhaitent que chaque femme soit écoutée, comprise et accompagnée tout au long de son cheminement dans la grossesse, l'accouchement et la vie de parent. La confiance dans l'autonomie des femmes est au cœur des valeurs professionnelles des sages-femmes.

Ainsi, les sages-femmes ont une préoccupation sincère d'accompagner la femme dans son processus décisionnel. Or, tout n'est pas toujours simple... Cela demande une bonne capacité d'adaptation et de grandes habiletés de communication.

1.1. Objectif

Ce guide vise à soutenir les membres qui se retrouvent dans des situations complexes où les situations cliniques et les choix des femmes les amènent dans des zones cliniques, relationnelles et éthiques moins confortables et parfois aux limites de leur champ de pratique.

1.2. Notions fondamentales

Pour ce faire ce guide discutera des notions suivantes :

- Le consentement
- Le choix en situations non urgentes
- Le choix en situations urgentes
- La tenue de dossier

2. LE CONSENTEMENT

Dans le suivi avec la sage-femme, comme dans tous soins de santé, différentes options d'examen, d'analyse, de geste clinique ou de traitement peuvent être proposées. La femme est appelée à faire un choix qui soit éclairé.

Il est important dans les soins de santé d'obtenir le consentement ou l'autorisation de la personne pour tous soins reliés à sa situation et les interventions proposées.

Devant les tribunaux, dans les causes concernant les soins de santé, les questions en litige sont surtout rattachées au consentement et à la compréhension de l'information donnée nécessaire à consentir ou non. Il n'est pas question de droit au choix.



Important: L'obligation d'obtenir le consentement n'équivaut pas à présenter les choix possibles.

Nous reprenons les éléments les plus importants sur cette question de manière générale.

Code civil du Québec¹⁴

« 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. »

2.1. Validité du consentement

Un consentement est reconnu comme valide, lorsqu'il est : ^{1,6,9}

- Donné par quelqu'un qui a l'aptitude à consentir
- Libre (obtenu sans contrainte, influence ou menace)
- Éclairé (décision prise en pleine connaissance de cause)

! **Important:** Le consentement peut être retiré, en tout temps, de manière verbale, même s'il a été donné par écrit auparavant.

! **À noter:** L'aptitude et l'inaptitude à consentir ne seront pas traitées extensivement ici, car ce sont des concepts trop complexes pour la portée de ce document. Si la sage-femme se retrouve devant des situations dans lesquelles elle dispense des soins à une femme enceinte mineure, ou à une femme majeure sous un régime de protection, ou bien qu'elle doute de l'état psychologique de la femme en suivi, elle doit se renseigner de manière plus approfondie sur la question auprès de son établissement ou de l'Ordre.

2.2. Le consentement implicite

Dans les soins de santé le consentement est dit implicite lorsqu'il va de soi dans les circonstances dans lesquelles les soins sont prodigués. En pratique, l'autorisation de procéder à des gestes de routine, non invasifs et non douloureux, est indirectement accordée par le fait même de se présenter à son rendez-vous. À cet effet, la femme devrait être informée en début de suivi, lors d'une discussion, par le biais d'un écrit ou lors d'une soirée d'information, ce qui est offert et attendu dans un suivi avec une sage-femme.

Lorsqu'une femme fait le choix d'un suivi de grossesse avec une sage-femme, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de la femme pour des gestes qui font normalement partie de la routine de suivi de grossesse de la sage-femme. Notons par exemple, la présence au rendez-vous, les questions sur son histoire de santé, la mesure de la hauteur utérine, la palpation...

2.3. Le consentement explicite

Le consentement explicite réfère à des interventions ou des soins pour lesquels la sage-femme doit demander de manière claire à la femme si elle consent aux gestes qui seront posés. Par exemple,

- Lorsque la sage-femme pose des gestes, qui peuvent être de routine, mais qui sont plus intimes, plus intrusifs ou créer de l'inconfort ou de la douleur, (notamment les examens vaginaux, l'examen des seins, les prélèvements sanguins).

Lorsque le consentement explicite est requis pour les soins et les interventions proposés, il est très important de transmettre à la femme l'information suffisante lui permettant de prendre sa décision.

L'ACPM rappelle dans son guide sur le consentement ce que la Cour Suprême du Canada a précisé en matière d'information requise pour l'obtention du consentement :

« La justesse ou la qualité des explications données au patient en vue d'obtenir son consentement doit être jugée en fonction de la norme du « patient raisonnable », soit ce qu'une personne raisonnable, placée dans la situation particulière du patient, se serait attendue à entendre avant de consentir. »¹

Le Collège des médecins du Québec résume ainsi dans son document sur le consentement sur ce que doit porter cette information.

« De manière générale, l'information portera sur :

- › le diagnostic ou du moins la nature de la maladie (si le diagnostic est incertain, fournir les précisions nécessaires) ;*
- › la nature et l'objectif des interventions, diagnostiques ou thérapeutiques, proposées (expliquer pourquoi ces interventions sont retenues plutôt que les autres) ;*
- › les risques prévisibles, probables des interventions ;*
- › les résultats escomptés, dont les chances de réussite du traitement, mais aussi leur impact sur la vie du patient ;*
- › les autres choix possibles : la nature, les risques et les bénéfices de chacun (le médecin n'a cependant pas l'obligation de présenter les traitements non conventionnels) ;*

- › les conséquences d'un refus, si envisagé ;
- › l'identité de la personne qui réalisera, en tout ou en partie, la procédure, l'intervention ou le traitement, si ce n'est pas le médecin avec qui la décision est prise »⁶

En plus de transmettre l'information suffisante, la sage-femme doit :

- Vérifier le niveau de compréhension de la personne qui fait le choix
- Utiliser un langage compréhensible et adapté à la personne devant elle
- Demeurer particulièrement vigilante aux possibles difficultés liées à la langue ou autres difficultés pouvant nuire à la compréhension dans des contextes grandement émotifs

2.4. Communication des risques

Il peut s'avérer difficile d'évaluer qu'elle sera l'information nécessaire et essentielle à transmettre lors de la communication des risques d'une intervention, d'un traitement ou d'une situation. Au fil du temps, des décisions de tribunaux sont venues préciser ce que l'on attend comme transmission d'informations de la part du professionnel au niveau des risques.^{7,13}

Les risques qui doivent être discutés sont ceux qui sont considérés comme étant :⁹

- Probables
- Fréquents (plus de 1% d'occurrence)
- Graves (même si très rares)
- Importants pour la personne en particulier

L'ACPM précise ce qui constitue un risque important :

« Il est évident que l'importance d'un risque dépend également de la fréquence du risque éventuel ainsi que de sa gravité s'il en venait à se matérialiser. De façon générale, plus le risque est fréquent, plus l'obligation d'en parler avant le traitement est grande. Qui plus est, même les risques qui sont peu fréquents mais dont la gravité éventuelle est élevée devraient être divulgués. À cet égard, la Cour suprême du Canada a indiqué que, même si un risque n'est « qu'une simple possibilité », il faut le considérer comme important et par conséquent le divulguer au patient s'il entraînait des conséquences graves, telles une paralysie ou la mort. »¹

Le Collège des médecins et le Barreau du Québec précisent dans leur document sur le consentement :

« Outre la mort, on classe parmi les risques graves, la perte ou la diminution d'une fonction ainsi qu'une atteinte esthétique ayant des répercussions psychologiques ou sociales »⁶

3. LA RELATION ET LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Bien que la nécessité de l'obtention du consentement soit évidente pour les sage-femmes, la philosophie de pratique centrée sur l'autonomie décisionnelle des femmes amène une exigence plus grande que la simple obtention du consentement.

En choisissant professionnellement de se positionner de manière non-hiérarchique dans la relation, la sage-femme fait le choix de toujours encourager le processus de décision partagé et de valoriser l'autonomie de la femme, qu'elle soit en accord ou pas avec la décision prise par la femme.

C'est par le biais du dialogue et de la discussion que la sage-femme arrivera à établir une relation de confiance avec la femme. En agissant ainsi, la femme se sentira valorisée, écoutée et rassurée du fait qu'on lui offre une réelle possibilité de faire des choix. La sage-femme cherchera à trouver des options de soins qui répondent aux besoins et aux valeurs de chaque femme, tout en acceptant que le choix de la femme ne soit pas le sien.

Cette façon de faire peut amener la sage-femme à devoir parfois réfléchir à des situations complexes. Des femmes font parfois des choix de soins hors des pratiques routinières, contraires en partie aux valeurs de la sage-femme, ou qui peuvent mener cette dernière aux limites ou à l'extérieur de son champ de pratique.

Pour chaque situation rencontrée, la sage-femme discutera avec la femme afin de comprendre le réel besoin derrière la demande et tenter de trouver la meilleure façon d'y répondre à l'intérieur de la limite professionnelle.

En souhaitant que le choix appartienne vraiment à la femme, on tend parfois à présenter toutes les options comme égales alors qu'elles ne le sont pas. Par conséquent :

- Lorsque la sage-femme fait une recommandation et croit qu'il y a une façon d'agir qui est meilleure qu'une autre, elle doit être claire à cet effet.

Affirmer de manière professionnelle que l'on recommande quelque chose, parce que reconnu comme plus sécuritaire ou comme étant de bonnes pratiques, c'est fournir une information juste et non influencer un choix indûment.

De même, lorsqu'une femme décline une recommandation, la sage-femme s'assure que la femme comprend bien en quoi cela pourrait limiter la qualité des soins ou l'aspect préventif du suivi, si tel est le cas.


Kotaska mentionne que dans ces cas il doit être clair pour tous que le respect par le clinicien du choix de la femme n'équivaut pas à l'approbation du choix.

“ By refusing a caregiver’s recommendation, a pregnant woman’s choice may put her and the fetus at increased risk of harm. In continuing to care for her, it must be clear to everyone that her clinician is respecting her right to choose and not endorsing her choice.”⁸

Si la sage-femme vit un malaise ou une tension face au choix de la femme, elle doit s'interroger sur les racines de son malaise qui souvent peut provenir d'un dilemme éthique. Pour mieux comprendre la situation, la sage-femme peut avoir recours à divers moyens tels que :

- Des modèles de résolution de problèmes éthiques applicables à ces situations (voir annexe 1)
- La consultation auprès des collègues sages-femmes
- Un mécanisme de révision par les pairs afin d'approfondir la réflexion
- La consultation auprès d'un autre professionnel (médecin, travailleur social, psychologue, infirmière, éthicien...) qui certes peut lui donner un éclairage différent et constructif

Les décisions prises avec une femme peuvent impliquer les autres membres de l'équipe. Si tel est le cas, les collègues doivent être bien informées des choix de la femme. Ce partage d'information permet notamment le respect des choix de la femme en l'absence de la sage-femme principale.

 **Important:** La femme doit avoir consenti à ce que la sage-femme partage ses informations personnelles à des fins de consultation. Elle doit aussi être informée du résultat de ces consultations.

3.1. Refus de consultation

Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin ¹⁵ dresse une liste des cas nécessitant obligatoirement une consultation. En présence de ces situations, omettre ou négliger d'initier une consultation à un médecin peut engendrer une faute professionnelle ou une faute déontologique de la sage-femme.

Les conditions évoquées dans la liste des consultations obligatoires restent en partie dans le champ de pratique de la sage-femme. Cependant la sage-femme doit toujours demeurer vigilante et se demander si les résultats obtenus lors de la consultation lui permettent de traiter la situation à l'intérieur de son champ de pratique. Sa réflexion l'amènera à faire un choix parmi les options suivantes qui s'offrent à elle :

- Faire le transfert et l'arrêt de suivi
- Poursuivre le suivi
- Convenir des épisodes de soins simultanés entre le médecin et la sage-femme

La femme ne peut empêcher la sage-femme de consulter. Cependant la femme peut :

- Refuser que ses informations personnelles soient transmises
- Refuser d'entendre le résultat de la consultation

Lorsque cette situation se présente, la sage-femme peut faire une consultation sans divulguer les informations personnelles. Si le médecin demande à voir la femme, la sage-femme doit l'informer du refus de la femme de se présenter.

Il arrive que le médecin ne désire pas émettre d'avis si la situation clinique présentée n'est pas associée à un dossier. Dans de telles circonstances, la sage-femme doit tout de même :

- Tenter d'avoir un éclairage clinique d'un médecin pour confirmer qu'elle a bien considéré tous les aspects de la question et qu'elle en a bien informé la femme
- Toujours noter au dossier le résultat de la consultation

En guise de prévention, il est recommandé de discuter de manière générale de cette éventualité avec l'équipe médicale de référence et convenir de la procédure à suivre dans ces cas.

3.2. Refus de transfert

Le suivi des conditions nommées dans le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin qui imposent un transfert de responsabilité n'est pas dans le champ de pratique de la sage-femme. Puisqu'il s'agit de pathologies ou de conditions hors de la normalité qui présentent des risques à la santé de la mère ou du nouveau-né, elles doivent être évaluées et suivies par un médecin.

Lorsque la femme refuse un transfert, il est important pour la sage-femme de :

- Discuter avec la femme afin de bien comprendre les motifs de sa décision
- Valider auprès d'elle sa compréhension de la situation
- S'assurer que la discussion qui a lieu est claire et sans détour quant aux impacts possibles sur la santé et les issues de la grossesse

Lorsque cette situation se présente, la sage-femme doit :

- Informer la femme qu'elle ne peut pas assurer la responsabilité clinique d'une situation où la femme refuse un transfert de responsabilité pour une raison évoquée au règlement
- En aucun cas laisser entrevoir à la femme qu'elle pourrait continuer à être responsable du suivi
- Signifier clairement à la femme la fin de son suivi
- Documenter dûment la situation au dossier



Important: Les choix de la femme ne relèvent pas la sage-femme de ses obligations légales.

Parfois les femmes offrent de signer un engagement à ne pas poursuivre la sage-femme en cas de complications et de conséquences graves. Cela ne protège en rien la sage-femme, bien au contraire, son Code de déontologie lui interdit formellement de limiter sa responsabilité civile¹⁶. Même si tout se passait bien, le seul fait de ne pas agir selon la loi est répréhensible.

4. DES DÉRIVES ET DES ÉCUEILS

Malgré toutes les bonnes intentions, il arrive que l'on rencontre des situations dans lesquelles, pour des raisons diverses, la relation entre la femme et la sage-femme ne se développe pas de manière harmonieuse. Le partenariat et l'alliance thérapeutique sont fragilisés par des extrêmes lorsque le pouvoir est débalancé d'un côté ou de l'autre et que l'autonomie et la confiance ne sont plus mutuels. Les tensions alors ressenties peuvent entraîner des difficultés dans les décisions à prendre ou dans des choix cliniques à faire.

Il est question ici de cas rares, mais difficiles, pouvant même amener de la détresse psychologique de part et d'autre. Pour résoudre ces situations, il est souvent utile de se référer au cadre plus général entourant la pratique et les notions de consentement.

4.1. Débalancement du pouvoir vers la femme

Les sages-femmes valorisent la capacité de la femme de faire des choix. Cependant, la sage-femme ne doit jamais oublier :

- Que la responsabilité est partagée lors de la prise de décision clinique
- Qu'elle a un cadre de pratique à respecter
- Qu'elle se doit d'être respectée dans le déroulement des événements

Quelques fois la sage-femme peut sentir qu'elle est instrumentalisée et que le lien de confiance est fragilisé. La femme peut percevoir la sage-femme comme obligée de se plier à sa volonté et à ses choix. Dans ce contexte,

- La sage-femme doit réfuter cette fausse perception de la femme en lui expliquant clairement son rôle et en insistant sur l'importance de préserver son indépendance professionnelle.

Lorsque la femme fait des choix auxquels la sage-femme ne peut donner suite, la femme peut réagir d'une façon qui rendent les communications difficiles. Par exemple,

- La femme peut parfois dire qu'elle accouchera donc seule, laissant planer que si quelque chose se passe mal ce sera la faute de la sage-femme ;
- La femme ou la famille peuvent menacer de porter plaintes s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent ;
- Ils peuvent insister sur l'obligation de la sage-femme de rendre le service et de ne pas abandonner la femme ;

- Il peut être dit clairement ou insinué que la sage-femme qui n'appuie pas le choix de la femme va à l'encontre de sa philosophie de respect des femmes.

Dans bien des cas, ces situations viennent teinter les décisions et nuire au développement d'une relation de confiance mutuelle. Mais la sage-femme peut toujours, si elle en sent le besoin,

- Demander le soutien de son équipe pour l'aider à résoudre cette situation difficile.
- Consulter des professionnels en intervention ayant une expertise dans le domaine des communications difficiles.
- Proposer à la femme de rencontrer une autre sage-femme.
- Envisager une fin de suivi lorsque la discussion constructive est impossible et où l'on a tout tenté pour se faire comprendre.

4.2. Peur de perdre le suivi avec la sage-femme

Certaines femmes, bien au courant des limites professionnelles de la sage-femme, omettront volontairement de divulguer des informations ou refuseront des confirmations par analyse ou des examens supplémentaires, en se disant que tant que le soupçon subsiste, la sage-femme doit poursuivre le suivi. Si la sage-femme croit que c'est le cas, elle doit discuter ouvertement avec la femme des conséquences possibles sur sa santé de ne pas confirmer une condition qui pourrait mener à des issues négatives.

Il y a aussi des situations dans lesquelles la femme n'avait pas compris que des résultats d'examens ou analyses pouvaient mener à un transfert de soins et cela a pu provoquer pour certaines d'entre elles des déceptions, des mécontentes et possiblement des situations conflictuelles. Pour prévenir cela, la sage-femme devrait mentionner à la femme lors de la présentation des examens et analyses demandés, les résultats qui risquent de mener à un transfert de soin et les possibilités d'accompagnement, le cas échéant.



Important: Si la sage-femme croit, malgré l'absence d'objectivation claire de la condition de santé de la femme que le déroulement de la grossesse n'est plus physiologique, elle doit en aviser la femme et agir comme elle le ferait en présence d'une indication de transfert.

4.3. Débalancement du pouvoir vers le professionnel

D'un autre point de vue, il arrive que ce soit la sage-femme qui vienne à déséquilibrer la relation égalitaire en prenant une position d'autorité. Cette dérive du pouvoir vers le professionnel peut se manifester de différentes façons.

Comme les femmes accordent généralement une grande confiance dans l'avis professionnel de la sage-femme, la sage-femme pourrait en profiter pour diriger les décisions de la femme. Cette façon d'agir peut, pour certaines, paraître plus confortable, moins complexe, que l'acceptation du choix des femmes, ou moins à risque devant la peur anticipée de la réaction de l'équipe médicale face à certains choix qui leur sembleraient déraisonnables.

Utiliser son pouvoir d'autorité peut aussi prendre la forme d'une déformation de l'information de son partage partiel ou subjectif, de manière à ce que le choix ne soit pas éclairé, mais bien influencé.

La sage-femme pourrait aller jusqu'à exprimer que si la femme ne se conforme pas à sa demande, ce sera un arrêt de suivi, mais sans que cela ne soit justifié par une réelle limite professionnelle.

Cette dérive du pouvoir vers le professionnel peut aussi être la résultante de décisions d'équipe qui limitent le choix des femmes afin de répondre à des impératifs administratifs ou personnels.



Important: Une équipe vigilante devrait être en mesure de se rappeler l'importance de maintenir le partenariat et la relation de confiance avec les femmes comme étant au cœur de l'identité professionnelle des sages-femmes.

4.4. Transgression de la règle avec justification de non-abandon

Dans l'instantanéité des situations, avec toute sa compassion et sa compréhension des demandes des femmes, la sage-femme pourrait considérer qu'elle peut suivre la femme même si ses choix la mènent hors de son champ de pratique. Pour justifier sa décision, la sage-femme pourrait argumenter que le fait de ne pas accéder à la demande de la femme équivaudrait à un abandon, ce que proscrit notre code de déontologie.

Elle pourrait aussi faire valoir que c'est un choix éthique et en lien avec notre philosophie de permettre à une femme d'accoucher dans le lieu qu'elle souhaite, comme elle le désire, en pleine connaissance des risques présents

! **Important:** Si la sage-femme contrevient aux lois ou aux règlements encadrant l'exercice de la profession de sage-femme, lesquels visent à protéger le public, sa responsabilité professionnelle ou déontologique est engagée, peu importe ses justifications.

5. METTRE FIN À UN SUIVI

Code de déontologie des sages-femmes

« 20. La sage-femme qui ne peut plus assumer le suivi sage-femme requis chez une femme ou un enfant doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que ceux-ci puissent continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire.


21. La sage-femme ne peut, sans raison suffisante, abandonner une femme ou un enfant nécessitant une surveillance ou refuser de leur rendre des services professionnels sans s'assurer d'une relève compétente.

22. La sage-femme ne peut refuser de rendre des services professionnels lorsque la vie d'une femme ou d'un enfant est en péril. »

Les articles 20 à 22 du code de déontologie des sages-femmes précisent des obligations quant à la fin de suivi et la référence à un autre professionnel. Ils couvrent des situations diverses : congés, départs, transfert, etc.


Dans l'éventualité où la femme refuse un transfert de responsabilité des soins à l'équipe médicale et que la sage-femme signifie une fin de suivi, on devra s'assurer que les points suivants ont été pris en considération au moment de la décision :

- La situation ne constitue pas une urgence
- La sage-femme a fait tout ce qui est possible pour assurer une relève compétente, même si la femme n'y consent finalement pas
- La sage-femme a demandé à la femme si elle accepte la transmission de ses informations personnelles à l'équipe médicale

 **À noter:** Cette situation n'est pas considérée déontologiquement comme un abandon, bien que la femme puisse le vivre ainsi.

Comme dans tout suivi, la qualité de la communication est primordiale entre la femme et la sage-femme. Dans ces situations problématiques, il se peut que la qualité de la communication ou de la relation ne soit plus optimale et qu'il y ait du mécontentement, des conflits ou une perte de confiance réciproque.

Il est également possible que la femme ne se présente pas à ses rendez-vous et que des discussions aient lieu au téléphone.

 **Important:** Dans ces situations, tous les échanges doivent être bien documentés, y compris les échanges verbaux ou par textos, courriels ou autres moyens électroniques.

Dans les cas plus tendus et complexes, la sage-femme transmettra par lettre recommandée (ou dont la réception peut être prouvée) :

- La confirmation de la cessation des services de la sage-femme ainsi que les raisons motivant cette décision tout en rappelant les options de suivi fortement recommandées à la femme

Parallèlement,

- Une copie de la lettre sera déposée au dossier de la femme

Si la femme refuse que ses informations soient transmises, à ce moment-là, sachant qu'elle ne peut révéler l'identité de la femme, la sage-femme verra :

- À aviser l'équipe médicale de référence de la possibilité que la femme se présente à eux, avec ou sans dossier, pour des soins ;
- À les informer de la situation de manière à assurer un filet de sécurité autour de la femme et de son bébé ;
- Si pertinent, à informer d'autres centres accoucheurs de la région de la situation ;
- À aviser la responsable des services de sages-femmes qui contactera la direction de l'établissement.

6. L'ACCOUCHEMENT

Philosophie des sages-femmes

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

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

Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

Des demandes ou décisions de certaines femmes peuvent être déstabilisantes pour la sage-femme, et ce encore plus au cours du travail et de l'accouchement. Il n'en demeure pas moins que la sage-femme verra à répondre au meilleur de ses capacités aux demandes de la femme, toujours dans le respect de son champ de pratique.

Lors de la préparation à l'accouchement

La plupart du temps, la préparation de l'accouchement est un moment propice pour :

- Discuter des demandes, souhaits, préférences et exigences de la femme lors de l'accouchement ;
- Développer un terrain d'entente, un sentiment de respect et une confiance mutuelle ;
- Mûrement réfléchir sur les demandes qui vont à l'encontre des recommandations.



Important: Même si tout a été discuté, il faut se souvenir que :

- Le consentement peut être retiré en tout temps, simplement de manière verbale.
- La femme peut changer d'idée en tout temps et l'on doit respecter la volonté qu'elle exprime à ce moment.

En cours d'accouchement

En cours d'accouchement, il peut y avoir des décisions à prendre de manière assez rapide sans que le sujet ait été abordé en prénatal. Il est tout de même du rôle de la sage-femme de :

- Prendre le temps de bien présenter, d'expliquer la situation et d'obtenir le consentement libre et éclairé de la femme.



Important: Malgré l'intensité de l'accouchement, l'aptitude de la femme à consentir est toujours reconnue.

Il faut se rappeler qu'en tout temps, la décision appartient à la femme, qu'elle doit être prise sans contrainte et que les personnes qui l'accompagnent ne peuvent pas décider pour elle.

Par exemple,

- Dans une situation où la sage-femme recommande un transfert, même si le ou la partenaire désire fortement et insiste que le transfert soit fait, si la femme refuse, la décision appartient à la femme.
- De même si la femme dit à quelqu'un de décider à sa place, la sage-femme doit valider le consentement de la femme. La sage-femme devra prendre le temps d'expliquer clairement cette obligation au couple.

Lors d'un refus de transfert

Dans une situation où une femme refuse un transfert obligatoire par la loi, mais qui ne constitue pas une situation urgente au moment de la discussion, la sage-femme doit :

- Exprimer clairement à la femme qu'elle se trouve hors de son champ de pratique et que la situation requiert une expertise médicale ;
- Éviter que la femme puisse penser que l'on était complaisant à l'idée de donner des soins hors de son champ de pratique ;
- Inscrire les notes au dossier car elles sont des plus importantes dans ces situations.

La sage-femme devrait dans ces situations :


- Aviser la responsable des services des sages-femmes.
- Appeler le médecin de garde vers qui le transfert serait effectué pour lui expliquer la situation.
- Par mesure préventive, appeler les services ambulanciers afin qu'ils soient prêts à intervenir si l'on croit que la situation risque de devenir urgente.

Il peut aussi être aidant de :

- Demander à une collègue d'expliquer dans ses mots la situation à la femme et faire à nouveau le processus décisionnel avec elle.

Ou bien de contacter :

- Un professionnel en éthique de l'établissement pour aider à l'intervention.

 **À noter :** Il est difficile de prévoir toutes les situations qui pourraient se présenter. L'accouchement étant en évolution, les paramètres de décisions sont changeants. Il est essentiel de revalider les décisions à la lumière de nouvelles données cliniques quand la situation évolue.

Il y a des situations considérées non urgentes où il serait approprié de signifier un arrêt de suivi.

6.1. Accouchement non assisté prévu

Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement appartient à la femme. Il se peut que des femmes choisissent d'accoucher sans professionnel à leur côté dans un choix réfléchi et assumé, un choix que respectent les sages-femmes.

Lorsqu'une femme désirant accoucher seule choisit un suivi pré et postnatal avec la sage-femme, cette situation requiert de la part de la sage-femme :

- Beaucoup de discussions, notamment sur la pertinence du suivi ;

- La nécessité d'exprimer clairement à la femme les limites de la sage-femme;
- Réfléchir sur sa responsabilité professionnelle qui découlent des conseils et du suivi offerts;
- Faire bien comprendre à la femme que si une situation d'urgence survient lors de l'accouchement seule à domicile, ce n'est pas la sage-femme qui doit être appelée, mais bien l'ambulance.

De plus, la sage-femme ne devrait pas hésiter à :

- Discuter de la question en équipe et partager ses réflexions sur l'offre de suivi dans une situation où les services ne répondent pas totalement à la demande de femmes désirant accoucher avec une sage-femme.

7. LES SITUATIONS D'URGENCE

L'accouchement n'est pas considéré comme une situation urgente. Cependant, dans l'exercice de la profession de sage-femme, la majorité des situations urgentes qu'elle rencontrera sera lors d'un accouchement.

La notion d'urgence vient modifier les règles concernant l'obtention du consentement aux soins.

Code civil du Québec

« 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. »

Code de déontologie des sages-femmes

« 22. La sage-femme ne peut refuser de rendre des services professionnels lorsque la vie d'une femme ou d'un enfant est en péril. »

Dans son document intitulé « *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada* », l'Association canadienne de protection médicale résume ainsi les critères attribuables à une situation urgente où le consentement n'est pas nécessaire :

« il [le médecin] doit démontrer que le patient éprouvait des souffrances intenses ou qu'une menace imminente pesait sur la vie ou la santé du patient. Le professionnel de soins de santé ne doit pas avoir agi pour sa commodité personnelle ou par préférence personnelle ; la nécessité de procéder au moment où l'acte a été posé ne doit laisser aucun doute. De plus, en situation d'urgence médicale, les traitements ne devraient comporter que ce qui est nécessaire pour prévenir des souffrances indues ou pour contrer les menaces immédiates à la vie ou à l'intégrité du patient. »¹

Cependant, si une volonté a été exprimée de refus de soins et qu'elle était connue des professionnels avant la situation d'urgence, il faudra :

- Respecter cette volonté s'il est impossible de valider le consentement au moment de l'urgence.



Important: En situation d'urgence, on a l'obligation de prendre en compte et de respecter les décisions prises au préalable par la personne qui reçoit les soins.

8. DÉCISIONS À PROPOS DU NOUVEAU-NÉ

Code civil du Québec

« 14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

[...]

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement ; (...)

[...]

18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur ; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents. ».

Au Canada, le droit ne reconnaît aucune existence juridique au fœtus. La femme enceinte est donc seule à prendre des décisions concernant sa santé en grossesse. Toutefois, il est important de souligner que :

- À la naissance, les décisions concernant les soins sont la responsabilité des deux parents et non seulement celle de la mère.
- La loi prévoit certains devoirs des intervenants en matière de protection des enfants qui peuvent interférer avec le droit de décider des parents.

! **À noter:** Les tableaux présentés à l'annexe 2 visent à clarifier l'aspect juridique du consentement et du refus pour les mineurs de 14 ans et moins, incluant le nouveau-né, notamment en l'absence d'un parent ou lorsqu'il y a des désaccords entre eux, qu'ils soient en couple ou séparés.

9. ÉLÉMENTS AU DOSSIER

Les décisions prises par la femme ayant fait l'objet de discussions doivent être consignées au dossier sans délai.

! **À noter:** Il est recommandé de consulter le « Guide de tenue de dossier ⁴ » de l'OSFQ pour les bonnes pratiques générales à ce sujet.

À propos du consentement et du choix éclairé, il est en plus recommandé de mettre les éléments suivants au dossier :

- Éléments requis pour le consentement et la communication des risques, sans oublier de mentionner que la compréhension a été validée (voir section sur le consentement);
- Éléments significatifs dans la réflexion de la femme entourant son choix;
- Tous les appels et démarches relatifs aux soins et aux consultations, en notant les heures et les dates (médicales, autres professionnels ou à l'équipe);
- Résultats de consultations, avec formulaire s'il y a lieu ;
- Discussion avec la femme à la suite des consultations et décision de la femme.

S'il s'agit d'enjeux plus complexes :

- Ceux-ci peuvent faire l'objet d'un document écrit auquel la femme appose sa signature. La femme confirme ainsi que les informations lui ont été données, mais la portée du document reste tout de même limitée.

À cet effet, l'Association canadienne de protection médicale précise que :

« Le formulaire constitue simplement une confirmation écrite que des explications ont été fournies et que le patient a accepté ce qui lui était proposé. Un formulaire de consentement signé sera d'assez peu de valeur plus tard si le patient réussit à convaincre le tribunal que les explications fournies étaient insuffisantes ou, pis encore, qu'aucune explication ne lui a été fournie. »¹

10. TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONTENUS AU DOSSIER



À noter : Les renseignements personnels tenus au dossier ne peuvent être transmis à un autre professionnel sans l'accord de la personne concernée par le dossier.

De même que pour le consentement, il y a des situations qui relèvent le professionnel de son obligation de confidentialité :

- Inaptitude
- Danger à soi
- Danger aux autres
- Pour signalement à la DPJ lorsqu'on « a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis »

Code civil

37. Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier et elle ne peut sans le consentement de l'intéressé ou l'autorisation de la loi, les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution ; elle ne peut non plus, dans la constitution ou l'utilisation du dossier, porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation.

Code des professions⁵

« 60.4. Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Pour l'application du troisième alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable. »

Code déontologie des sages-femmes

« 36. La sage-femme qui, en application du troisième alinéa de l'article 60.4 du Code des professions (chapitre C-26), communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit le faire sans délai et mentionner :

1° l'identité et, si possible, les coordonnées de la personne ou du groupe de personnes exposées au danger ;

2° l'identité et, si possible, les coordonnées de la personne qui a proféré les menaces ;

3° la nature des menaces proférées ;

4° si elles sont connues, les circonstances dans lesquelles les menaces ont été proférées.

Elle doit ensuite consigner ce qui suit au dossier de la femme ou de l'enfant :

1° les motifs au soutien de la décision de communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel ;

2° la date et l'heure de la communication ;

3° le contenu de la communication, le mode de communication utilisé et l'identité de la personne à qui la communication a été faite »

Loi sur la protection de la jeunesse¹⁹

« 39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur (...)

Toute personne visée au présent article peut, à la suite du signalement qu'elle a effectué, communiquer au directeur toute information pertinente liée au signalement concernant la situation de l'enfant, en vue d'assurer la protection de ce dernier. »

11. CONCLUSION

Les sages-femmes accompagnent les femmes dans un moment bien particulier de leur vie, la venue d'un enfant au monde. C'est un temps important de transformation et de nouveauté. Les femmes sont confrontées à une multitude de décisions à prendre à l'égard de leur suivi de grossesse, de l'accouchement et de leur nouveau-né.

Les sages-femmes ont au cœur de leur identité professionnelle la reconnaissance de l'autonomie des femmes et la relation égalitaire. Elles encouragent les femmes à faire les choix qui leur conviennent et qui sont les meilleurs pour elles.

Les sages-femmes ont aussi un champ de pratique bien délimité centré sur la physiologie de la période périnatale.

Dans certaines situations, des tensions peuvent exister créées à la fois par le choix des femmes et par les limites professionnelles de la sage-femme. Pour en débattre sereinement et de manière à proposer des avenues pour résoudre ces tensions, nous avons clarifié la notion de consentement et discuter de l'importance de la relation entre la femme et la sage-femme dans le but de favoriser l'autonomie de la femme et d'actualiser sa capacité à faire des choix.

Nous avons ensuite abordé des situations plus complexes, des situations urgentes et les décisions touchant le nouveau-né. Nous avons aussi fait des rappels concernant la tenue de dossier et la transmission des renseignements personnels.

Naviguer parmi les demandes, les limites, l'unicité de chaque personne, l'élaboration d'une relation, la qualité des soins et la multitude des besoins requiert un grand art de la part des sages-femmes : ouvrir son esprit, ouvrir son cœur et prendre le temps de réfléchir, de parler, d'écouter... Prendre le temps d'accompagner!

ANNEXES

Annexe 1

1^{er} temps

Identifier

En supervision clinique, j'aborde l'éthique lorsque je discute des thèmes suivants...

- l'affectation des ressources et le rôle du médecin de famille comme gardien de la porte d'entrée du système de soins.
- les relations avec les collègues spécialistes, avec les collègues médecins de famille, avec les collègues d'autres professions.
- le collègue incompetent; le collègue en détresse.
- la continuité des soins; les responsabilités reliées à la garde.
- la confidentialité et le respect de la vie privée; les écarts potentiels du dossier patient électronique.
- les cadeaux des patients; les patients comme amis; l'inconduite sexuelle.
- la relation patient-médecin: les difficultés relationnelles avec un patient (transfert contre transfert) ainsi que les proches de ce dernier; la non observance chez le patient.
- la prise de décisions au nom d'autrui, l'impulsivité, le consentement éclairé.
- les relations avec les entreprises pharmaceutiques et les conflits d'intérêt.
- la recherche médicale (recrutement de patients, intégrité scientifique, usage des placebo).
- certaines aspects touchant la reproduction, la fertilité, la contraception et l'avortement.
- certaines aspects reliés à la génétique, aux tests diagnostiques et au dépistage pré-symptomatique.

- les volontés de fin de vie, l'euthanasie, l'aide médicale au suicide.
- l'erreur médicale et l'obligation de la déclarer.
- les problématiques interculturelles.
- la déontologie médicale, les différences normes médicales et professionnelles qui nous régissent.
- l'attitude professionnelle, les valeurs et pratiques clés inhérentes au rôle de médecin (empathie, flexibilité intellectuelle, le respect, la responsabilité, la prudence, etc.)
- les incidents critiques, les différencs de valeurs et conflits survenant avec les patients ou les autres à leur service.

2^e temps

Choisir

Choisir consciemment de faire une place à l'éthique dans cette supervision-ci.

3^e temps

Se donner un moyen

Comment faire émerger la dimension éthique?

en mots

en images

Le JE c'est nous, c'est le médecin qui a ses connaissances, ses expériences, ses valeurs.

Le TU c'est le patient qui a ses propres conceptions de sa maladie basées sur ses connaissances, ses expériences, ses valeurs.

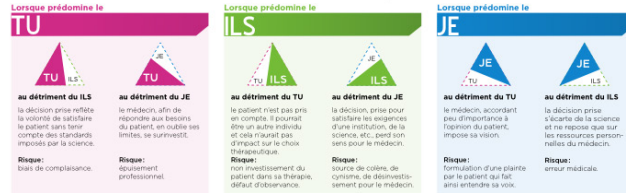
Le ILS c'est les autres, nos collègues, les institutions dans lesquelles nous pratiquons, la science avec ses recommandations et ses guides de pratiques, etc.

Le JE, le TU, le ILS, l'éthique.

3 questions simples peuvent nous aider à y parvenir.

- «Quel est le sens de mon action?» Pour ce patient particulier, la souffrance dans laquelle nous nous trouvons...
- «Qu'est-ce qui ne va pas?» Dans cette consultation, l'absence de vie...
- «Quelles sont mes limites?» En tant que soignant, être humain...

Une décision médicale adaptée résulte d'une recherche d'équilibre de ces trois polarités.



Est-ce que cette décision que je prends, cette action que je pose me permet d'agir dans le souci de bien faire par un équilibre de ces polarités ?

L'éthique clinique... un espace de délibération facilitant la prise de décision.

L'aborder... un pas de plus vers une pratique réflexive.

ABORDER L'ÉTHIQUE EN SUPERVISION CLINIQUE : Approche en 3 temps

Sylvie Beaulieu MD, Université de Montréal
Pierre Fortin MD, Université de L'Égo

Le triangle du 3^e temps a été inspiré des travaux des Drs RB, Faynes et C. Sicily.

Université de Montréal

GRILLE D'ANALYSE DE CAS EN ÉTHIQUE (GUY DURAND ET CÉLINE CROWE)

1.	Identifier la question
2.	Identifier les faits Faits cliniques: <ul style="list-style-type: none">• Maladie actuelle, maladies concomitantes• Fonctions mentales supérieures• Diagnostic, pronostic Faits psychosociaux: <ul style="list-style-type: none">• Histoire sociale• Dynamique familiale• Volonté du patient Réactions du patient et de la famille face à la situation Réactions de l'équipe de soins Validation de la question
3.	Option spontanée (prise de conscience personnelle qu'il n'est pas nécessaire d'aborder en groupe)
4.	Identifier les valeurs Valeurs du patient: <ul style="list-style-type: none">• Morales• Religieuses ou de sa culture religieuse• Valeurs de sa famille ou de son groupe d'appartenance Valeurs des intervenants: <ul style="list-style-type: none">• Personnelles (morales ou religieuses)• Professionnelles
5.	Préciser les enjeux éthiques Dégager les valeurs en jeu Identifier les valeurs qui viennent en conflit créant ainsi des dilemmes éthiques
6.	Identifier les options Énumération de toutes les options possibles en évoquant les aspects normatifs et légaux s'y rapportant (incluant des solutions par étapes) Conséquences probables de chacune Valeurs qui sous-tendent chaque option Argumentation sur la priorité éventuelle à établir
7.	Retour sur son option spontanée (prise de conscience personnelle qu'il n'est pas nécessaire d'aborder en groupe)
8.	Décision (avis) Recommandation Justification

Source: Céline Crowe et Guy Durand, Centre hospitalier Côte des neiges et Centre d'accueil Alfred Desroches.
Reproduit dans: DURAND G., Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils., Montréal/Paris, Fidès/Cerf, 1999. Page 444.

**GRILLE D'ANALYSE DE CAS EN ÉTHIQUE CLINIQUE : UNE MÉTHODE DE SCÉNARIOS
(HUBERT DOUCET)**

Étape 1: Dans la situation clinique présentée, indiquer trois scénarios (lignes de conduite) que l'équipe de soins pourrait choisir.

Option 1:

Option 2:

Option 3:

Étape 2: Étudier chaque choix retenu en examinant.

Par exemples: le choix du malade, sa qualité de vie, une crise à l'intérieur de l'équipe de soins, les coûts pour la société, l'état du droit, les conséquences à long terme sur la vie du malade ou de sa famille.

1- Le pronostic médical possible:

2- Les conséquences à d'autres plans:

Étape 3: Examiner pour le scénario en discussion.

1- les valeurs ou les principes moraux qui sont privilégiés:

2- les valeurs et les principes moraux qui sont négligés:

3- si ces valeurs ou principes sont plus proches de l'une ou l'autre profession engagée dans la situation ou la discussion:

Étape 4: Nommer pour chaque choix le fondement moral qui vous permettrait de le retenir.

Étape 5: Choisir l'option qui vous paraît la meilleure et indiquer les motifs de votre préférence.

Étapes suivantes.

Communication de la décision

Évaluation de l'option choisie, de l'impact de son application

GRILLE D'ANALYSE DE LA DÉCISION DÉLIBÉRÉE (ADAPTÉ DE GEORGES A. LEGAULT)

PHASE I: Prendre conscience de la situation

Étape 1: Quel sont les éléments majeurs de la situation?

Étape 2: Formuler le dilemme d'action sous la forme: « proposition A ou proposition non A »

Étape 3: Résumer la prise de décision spontanée:

Étape 4: Analyser la situation des parties impliquées dans la décision:

- Identifier les parties impliquées dans la situation: le décideur, le patient, sa famille, les soignants, l'institution, la société...
- Identifier les conséquences positives et négatives de chaque option de choix, pour les différentes parties impliquées et la probabilité qu'elles se produisent

Étape 5: Analyser la dimension normative de la situation:

- Énumérer les dispositions légales et réglementaires impliquées
- Énumérer les règles non écrites du milieu impliquées (le cas échéant)
- Énumérer les normes morales impliquées (le cas échéant)

PHASE II: Clarifier les valeurs conflictuelles

Étape 6: Identifier les émotions dominantes dans la situation (valeurs associées)

Étape 7: Nommer les valeurs agissantes dans les situations

- Reprendre les conséquences positives et négatives énumérées à l'étape 4 et identifier les valeurs associées
- Nommer les valeurs associées aux normes énumérées à l'étape 5

Étape 8: Identifier le principal conflit de valeur

- Quelles sont les valeurs agissantes dans les deux choix qui s'opposent
- Quelles sont les valeurs qui s'opposent et constituent le noyau de la décision?
- Éliminer les éléments qui n'ont qu'un poids secondaire dans la décision

PHASE III: Prendre une décision raisonnable

Étape 9: Identifier la valeur qui a préséance dans la situation

Étape 10: Quel est mon argument principal dans la résolution du conflit de valeur?

Argument lié aux conséquences ou Argument lié aux normes?

Étape 11: Préciser les modalités de l'action retenue

- Plan d'actions incluant les mesures envisagées pour équilibrer les valeurs conflictuelles ou en corriger les inconvénients
- Communication de la décision

Phase IV: Établir un dialogue réel entre les personnes impliquées

Étape 12: Faire une réflexion critique sur le caractère universalisable des raisons d'agir

Étape 13: Développer une argumentation théorique basée sur: l'utilité, la justice, le droit ou la nature

PHASE I — Étape 4: Analyser la situation des parties

Parties impliquées	Conséquences positives et négatives. Si choix = A	Conséquences positives et négatives. Si choix = Non A
Décideur:		
Autrui:		

Annexe 2

RÈGLES GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS DU MINEUR DE MOINS DE 14 ANS

SITUATION	CONSENTEMENT	REMARQUES
Situation d'urgence	Consentement du titulaire de l'autorité parentale ¹ n'est pas requis	Sauf si le consentement du titulaire de l'autorité parentale peut être donné en temps utile OU lorsque les soins sont inutiles, devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne (a. 13 C.c.Q.) ²
Évaluation d'une situation à la suite d'une demande de l'enfant (ex. : problèmes familiaux, problèmes de drogues, idées suicidaires)	Consentement du titulaire de l'autorité parentale non requis pour la première rencontre d'évaluation	Si la situation requiert par la suite un suivi de l'enfant, le consentement du titulaire de l'autorité parentale est requis (a. 14, al. 1 C.c.Q.)
Intervention de nature préventive (ex. : conseils, prévention sur les MTS) à la demande de l'enfant	Consentement du titulaire de l'autorité parentale non requis	Il ne s'agit pas de soins au sens de l'article 11 du Code civil du Québec
Soins requis par l'état de santé de l'enfant	Consentement du titulaire de l'autorité parentale est requis	Examen, prélèvement, traitement, vaccination, hébergement, évaluation psychologique ou sociale, etc. (a. 14, al. 1 C.c.Q.)
Soins non requis par l'état de santé de l'enfant	Consentement du titulaire de l'autorité parentale est requis	Par exemple, chirurgie esthétique L'autorisation du tribunal est requise, si les soins non requis présentent un risque sérieux pour la santé de l'enfant OU s'ils peuvent lui causer des effets graves et permanents, (a. 18 C.c.Q.)
Refus aux soins par le titulaire de l'autorité parentale	Autorisation du tribunal est requise ou faire un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse	Il suffit qu'un seul des parents refuse pour devoir saisir le tribunal, par l'autre parent ou par l'établissement (a. 16, al. 1 C.c.Q.) ou faire un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse (a. 38 b) l ^o ii) L.P.J. ³ Ce refus doit être injustifié

¹ À défaut du titulaire de l'autorité parentale, par le tuteur (article 14 C.c.Q.).

² Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64.

³ Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1.

RÈGLES GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS DU MINEUR DE 14 ANS ET PLUS

SITUATION	CONSENTEMENT	REMARQUES
Situation d'urgence	Si le consentement de l'enfant ne peut être donné en temps utile (par ex. : est dans le coma), le consentement de l'enfant n'est pas requis	Lorsque les soins sont inutiles, devenus inutiles OU que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne, le consentement de l'enfant est requis (a. 13, al. 2 C.c.Q.) Si son état exige qu'il demeure dans un établissement pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale doit en être informé (a. 14, al. 2 C.c.Q.)
Évaluation d'une situation à la suite d'une demande de l'enfant (ex. : problèmes familiaux, problèmes de drogues, idées suicidaires)		Le consentement de l'enfant est donné implicitement
Soins requis par l'état de santé de l'enfant	Consentement de l'enfant est requis	Examens, prélèvements, traitements, vaccination, hébergement, évaluation psychologique ou sociale, etc. (a. 14, al. 2 C.c.Q.)
Refus de l'enfant de recevoir des soins requis par son état de santé	Autorisation du tribunal est requise	Sauf en situation d'urgence ET que la vie de l'enfant ou son intégrité est menacée. Dans ce cas, le consentement du titulaire de l'autorité parentale suffit (a. 16, al. 2 C.c.Q.)
Soins non requis par l'état de santé de l'enfant	Consentement de l'enfant est requis	Le consentement du titulaire de l'autorité parentale est requis si les soins présentent un risque sérieux pour la santé de l'enfant ET peuvent lui causer des effets permanents (a. 17 C.c.Q.)

CONSENTEMENT AUX SOINS DE L'ENFANT DE MOINS DE 14 ANS

PARENTS FAISANT VIE COMMUNE	
SITUATION	RÈGLES
Consentement d'un parent	Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale (a. 600 C.c.Q.). Le consentement de l'un présume du consentement de l'autre (a. 603 C.c.Q.)
Refus d'un des deux parents	Si l'intervenant est informé du refus de l'autre parent, soit : 1) si l'intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis : signalement au DPJ (a. 38 b) 1 ^o ii) et a. 39, LPJ) OU 2) requête au tribunal par le parent qui consent aux soins. Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 604 C.c.Q.) OU 3) requête au tribunal par l'établissement (a. 16 C.c.Q.). Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 33 C.c.Q.)
Refus des deux parents	Dans ce cas, soit : 1) si l'intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis : signalement au DPJ (a. 38 b) 1 ^o ii) et a. 39, LPJ) OU 2) requête au tribunal par l'établissement (a. 16 C.c.Q.). Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 33 C.c.Q.)

- 1 -

CONSENTEMENT AUX SOINS DE L'ENFANT DE MOINS DE 14 ANS

PARENTS SÉPARÉS OU DIVORCÉS		
SITUATION		RÈGLES
Parent gardien	Parent non gardien	
Consentement du parent gardien		Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale (a. 600 C.c.Q.) Le consentement de l'un présume du consentement de l'autre (a. 603 C.c.Q.) Le parent non gardien est aussi titulaire de l'autorité parentale sauf lorsque cet attribut de l'autorité parentale est confié au parent gardien par jugement ou lorsqu'il est déchu de l'autorité parentale en vertu d'une décision du tribunal (a. 606 C.c.Q.)
Consentement du parent gardien	Parent non gardien ne peut être joint	Le consentement du parent gardien pourrait suffire si le parent non gardien n'est pas en mesure de manifester sa volonté (a. 600 C.c.Q.)
Refus du parent gardien	Consentement du parent non gardien	Dès qu'un des deux parents refuse, soit : 1) si l'intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis : signalement au DPJ (a. 38 b) 1 ^o ii) et a. 39 LPJ) OU 2) requête au tribunal par le parent qui consent aux soins Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 604 C.c.Q.) OU 3) requête au tribunal par l'établissement (a. 16 C.c.Q.) Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 33 C.c.Q.)

PARENTS SÉPARÉS OU DIVORCÉS		
SITUATION		RÈGLES
Parent gardien	Parent non gardien	
Refus du parent gardien	Le parent non gardien ne peut être joint	Dans ce cas, soit : 1) si l'intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis : signalement au DPJ (a. 38 b) 1 ^o ii) et a. 39 LPJ) OU 2) requête au tribunal par l'établissement (a. 16 C.c.Q.) Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 33 C.c.Q.)
Refus du parent gardien	Refus du parent non gardien	Dans ce cas, soit : 1) si l'intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis : signalement au DPJ (a. 38 b) 1 ^o ii) et a. 39 LPJ) OU 2) requête au tribunal par l'établissement. (art. 16 C.c.Q.) Le tribunal statuera dans l'intérêt de l'enfant (a. 33 C.c.Q.)

REMARQUES PARTICULIÈRES

L'autorité parentale comprend notamment les attributs suivants: la garde, la surveillance, l'éducation, l'entretien et l'obligation alimentaire (a. 599 C.c.Q.). Ce n'est pas parce qu'un parent a obtenu la garde de l'enfant que le parent non gardien perd les autres attributs de l'autorité parentale. (a. 605 C.c.Q.). Par ailleurs, notons que le conjoint des pères et des mères ne peut donner un consentement en remplacement du titulaire de l'autorité parentale.

Tout refus aux soins d'un enfant sera considéré comme injustifié si celui-ci ne s'inscrit pas dans l'intérêt de l'enfant. En effet, toute décision concernant l'enfant doit être prise dans son intérêt et dans le respect de ses droits (a. 12 et a. 33 C.c.Q.).

Pour les parents séparés ou divorcés et en situation conflictuelle, nous recommandons que l'établissement obtienne le consentement de l'autre parent. Lorsque l'autre parent ne peut être joint, l'intervenant doit indiquer au dossier les démarches entreprises pour contacter ce parent : téléphone, lettre, etc. ou mentionner les motifs pour lesquels il n'a pu contacter le parent (ex. : aucune coordonnée du parent). Lorsqu'un des parents ne peut être joint, malgré des efforts pour le contacter, le consentement de l'autre parent pourrait suffire dans ce cas (a. 600 C.c.Q.).

Lors d'un refus d'un parent ou des deux parents, les choix d'action proposés ne sont pas dans un ordre particulier et le choix d'action dépendra de chaque cas d'espèce.

EXTRAITS DES LOIS PERTINENTES

CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, c. 64)

SECTION I

DES SOINS

Art. 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Art. 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Art. 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile

1

EXTRAITS DES LOIS PERTINENTES

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne

Art. 14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

Art. 16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

Art. 17. Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

Art. 18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

EXTRAITS DES LOIS PERTINENTES

CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, c. 64)

SECTION I

DES SOINS

Art. 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Art. 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Art. 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile

1

EXTRAITS DES LOIS PERTINENTES

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne

Art. 14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

Art. 16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

Art. 17. Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

Art. 18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

RÉFÉRENCES

1. ACPM, Kenneth G. Evans, Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada, Quatrième édition : Mai 2006 / Révisé : Juin 2016 <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians>
2. Bec Jenkinson, Sue Kruske, Sue Kildea, Refusal of recommended maternity care: Time to make a pact with women? *Women and Birth* 31 (2018) 433–441
3. Bec Jenkinson, Sue Kruske, Sue Kildea, The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis *Midwifery* 52 (2017) 1–10
4. Code civil du Québec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
5. Code de déontologie des sages-femmes: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/S-0.1,%20R.%205.pdf>
6. Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec: Le médecin et le consentement aux soins document de référence, 09/2018, <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>
7. Hopp c. Lepp [1980] 2 RCS 192
8. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth*.2017;00:1–5. <https://doi.org/10.1111/birt.12281>
9. Ménard Martin avocats, site web Vos droits en santé: <http://www.vosdroitsensante.com/le-consentement-aux-soins>
10. Par le personnel de SickKids, Choix éclairé et consentement éclairé <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=389&language=French>
11. Philosophie des sages-femmes: <http://www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>
12. Règlement consultation transfert: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/S-0.1,%20R.%204.pdf>

13. Reibl c. Hugues [1980] 2 RCS 880
14. chapitre CCQ-1991
15. chapitre S-0.1, r. 4
16. « 32.La sage-femme engage pleinement sa responsabilité civile dans l'exercice de sa profession. Elle ne peut l'é luder ou tenter de l'é luder, ni requé ir d'une personne une renonciation à ses recours en cas de faute professionnelle de sa part.»
17. OSFQ, 2018
18. RLRQ, chapitre C-26
19. RLRQ, chapitre P-34.1