



Canadian Association of Midwives
Association canadienne des sages-femmes

Annual Report Rapport Annuel 2007

**Thursday November 1, 2007
Jeudi le 1 novembre, 2007
Renaissance Vancouver Hotel Harbourside
Vancouver B.C.**

Table of Contents - Table des matières

CAM 2007 Board of Directors and Executive Members.....	3
Membres du conseil d'administration et de l'exécutif de l'ACSF 2007	3
President Report for the Canadian Association of Midwives 2007	4
Le Rapport de la Présidente de l'Association canadienne des sages-femmes pour l'année 2007 ..	7
Provincial & Territorial Reports /	13
Rapports Provinciaux & Territoriaux	13
Alberta Association of Midwives (AAM)	13
L'Association des sages-femmes de l'Alberta.....	13
Midwives Association of British Columbia (MABC)	14
L'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique	15
Manitoba Association of Midwives (MAM)	17
L'Association des sages-femmes du Manitoba.....	18
Midwives Association of New Brunswick	19
L'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick.....	20
Association of Midwives of Newfoundland & Labrador (AMNL)	22
L'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador	23
Midwives Association of NWT	25
L'Association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest.....	26
Association of Nova Scotia Midwives.....	27
L'Association des sages-femmes de la Nouvelle-Écosse	28
Midwives Association of Nunavut (MAN).....	29
L'Association des sages-femmes du Nunavut	31
Association of Ontario Midwives (AOM)	32
L'Association des sages-femmes de l'Ontario	35
Prince Edward Island Midwives Association (PEIMA)	37
L'Association des sages-femmes de l'Île-du-Prince-Édouard.....	38
Regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ)	38
Le Regroupement les sages-femmes du Québec (RSFQ).....	43
Midwives Association of Saskatchewan (MAS)	48
Association des sages-femmes de la Saskatchewan	49
CAM/ACSF Committee Reports	53
Canadian Journal of Midwifery Research and Practice (CJMRP).....	53
National Working Group for the Emergency Skills Workshop for Midwives	54
Report from the International Bureau	55
CAM Members on External Committee Reports.....	58
National NRP Committee Report 2007	58
Registered Midwife Advisory Committee of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)	59
Report from the National Expert Committee (NEC) For Interprofessional Education For Collaborative Patient-Centered Practice	60

CAM 2007 Board of Directors and Executive Members
Membres du conseil d'administration et de l'exécutif de l'ACSF 2007

Executive / Exécutif

President / Présidente: Kerstin Martin (NS)
Vice President / Vice présidente: Gisela Becker (NWT)
Secretary / Secrétaire: Jennie Stonier (QC)
Treasurer / Trésorière: Sinclair Harris (QC)

Board of Directors / Membres du CA

Alberta: Patty Lenstra
British Columbia / Colombie-Britannique: June Friesen
Manitoba: Beckie Wood
New Brunswick / Nouveau Brunswick: Kate Nicholl
Newfoundland & Labrador / Terre Neuve & Labrador: Mary Hodge
North West Territories / Territoires du Nord-Ouest: Gisela Becker
Nova Scotia / Nouvelle Écosse: Kelly Chisholm
Nunavut: Natsiq Kango
Ontario: Stephanie Crouch
Prince Edward Island / Île-du-Prince-Édouard: Joyce England
Québec: Emmanuelle Hébert
Saskatchewan: Debbie Mpofu
Yukon: TBA

Executive Coordinator / Coordonnatrice exécutive: Tonia Occhionero
Administration: Rosalind Marchut

Contact Information

6555 chemin de la Côte-des-Neiges, bureau 442
Montréal, QC
H3S 2A6

Phone / téléphone: 514-807-3668
Fax / télécopieur: 514-738-0370
Email / courriel: admin@canadianmidwives.org
Website / site web: www.canadianmidwives.org

President Report for the Canadian Association of Midwives 2007

Report submitted by Kerstin Martin RM MA

As the national organization representing the profession of midwifery, the Canadian Association of Midwives promotes, supports and advocates for midwifery as a regulated, publicly funded and integral part of the primary health care system in all provinces and territories; participates in national initiatives for maternal/newborn health and high quality, sustainable maternity care that meets the needs of childbearing women and families; provides information about midwifery to the public, governments and other health professions; and represents Canadian midwifery internationally. On behalf of the CAM Board of Directors, I am pleased to present this report of our activities and accomplishments since our last Annual General Meeting in October 2006.

As of September 2007, CAM membership totalled 747 throughout Canada (up from 676 last year), including 624 midwives, 67 student midwives and 56 associate or non-practicing members. Membership in CAM is automatically conferred to members of provincial/territorial midwifery associations; allied membership is also offered to external groups and individuals who have an interest in joining and supporting our organization.

The CAM Board is composed of an executive (president, vice-president/ president-elect, secretary and treasurer) and representatives from each province and territory who are appointed by their respective midwifery associations. Board meetings are held by teleconference every 6-8 weeks and in person once a year at our annual conference; minutes are available to CAM members on request. We were delighted this year to welcome the Midwives Association of Nunavut as a new member association within CAM, and feel very fortunate to have the voice and participation of midwife Natsiq Kango as the Nunavut rep on our Board.

The CAM office in Montreal continues to operate smoothly under the very capable management of our executive coordinator, Tonia Occhionero, who administers all our organizational activities and projects, keeps the accounts, minutes and membership lists up to date, manages the website, distributes information to members, and answers numerous daily email and phone inquiries, in both French and English, from midwives and other professionals, government agencies, health organizations and research groups. Thanks to the generosity of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, we now have additional support in Ottawa. Last spring, CAM and AWHONN Canada set up a shared office space and jointly engaged Rosalind Marchut in an administrative coordinator position at SOGC headquarters. Rosalind is another capable multi-tasker, efficiently handling a variety of responsibilities for three organizations at once. Her assistance and particular talents as a conference organizer have been invaluable to us.

CAM's financial books are balanced, audited and in good order, thanks to the dedicated work of our treasurer Sinclair Harris, whose budget statement is included in this Annual Report. CAM operational expenses, including a modest salary for our executive coordinator and honorarium for the President, are almost entirely supported by membership fees and profits, if any, from our annual conferences. CAM for the most part still runs on volunteer labour and remains seriously under-resourced compared to other national health professional associations. This is an ongoing challenge for Board members that can only be addressed with external support.

The *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, supported and published by CAM, has taken a new direction under the co-editorship of Patty McNiven at McMaster University and Kathrin Stoll at UBC. Building on the vision and tremendous work of CJMRP founders and

former editors Eileen Hutton and Jude Kornelson, Patty and Kathrin have exciting ideas for developing the journal. Leanne Piper remains the managing editor and plays an instrumental role in the journal's layout, design and publication. We hear many favorable comments from readers about the polished look and substantial content of 2007 issues, and are confident that the new editorial team will ensure the vitality of the Journal for years to come.

In meetings over the past year, the CAM Board worked on a host of new (and old) issues. We developed a CAM anti-discrimination policy and finalized a policy on dissemination of research information and surveys to CAM members; we also reviewed existing policies and by-laws to determine where changes are needed, and worked on a new position statement on breastfeeding. We responded to requests for CAM/midwifery participation in a number of Health Canada initiatives, such as the current review of *Nutrition for a Healthy Pregnancy* guidelines: we also addressed several information requests from CIHI, including verification of the Professional Description of Midwives for a new edition of *Health Personnel Trends in Canada*. We submitted letters of support for the Canadian Midwifery Regulators Consortium regarding the *New Classes of Practitioners Regulations* under the Controlled Drugs and Substances Act, the National Assessment Strategy/Midwifery Bridging Program, and research projects of interest to midwives. We provided support and information to provincial/territorial governments at various stages of midwifery regulation and implementation, and of course also had regular discussions about our annual conference plans, subcommittee activities and ongoing CAM projects (described below).

Part of the work of CAM is ensuring that Canadian midwives are represented on important national committees. CAM representatives are regular participants on the Maternity and Newborn Care Committee of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Pediatric Society's NRP Committee, Breastfeeding Committee of Canada and the Canadian Perinatal Surveillance System. A CAM Board member now officially sits on the SOGC Registered Midwives Advisory Committee; another Board member is participating on the SOGC FASD committee. We also have a student midwife rep on the National Expert Committee on Interprofessional Education for Collaborative Patient Centered Practice. CAM Board members or delegates attended several professional events in 2007, including annual conferences of the SOGC, AWHONN and ACNM, the Primary Health Care Transition Fund conference, and an international symposium in London, UK on improving maternal health outcomes in developing countries. And least three CAM Board members are making plans to attend the ICM Triennial Congress in Glasgow, Scotland next year.

CAM continued its efforts this year to bring midwifery issues to the attention of the federal government. Recognizing that national governments in other countries have offices of midwifery and include midwives in health policy discussions, leaders of Health Canada's Office of Nursing Policy (ONP) invited CAM to meetings in November 2006 and February 2007 to discuss common goals and opportunities for joint policy development. In June, CAM participated in a larger meeting with the ONP and other divisions of Health Canada (Health Human Resources Strategies, First Nations and Inuit Health Branch, Data Analysis, and Bureau of Women's Health and Gender Analysis) to explore avenues of support for midwifery. Representatives of midwifery regulators and educators, along with CAM, presented an overview of the challenges we are facing as a growing but young health profession, in relation to regulation, education, database and policy development, HHR planning, Aboriginal midwifery initiatives, and the role of CAM. We will have another important opportunity to network and promote the development of the midwifery profession in upcoming discussions with representatives from federal, provincial and territorial Ministries of Health who monitor and advise on midwifery programs.

In 2006, CAM received a grant from Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) for a process of consultation and dialogue with Aboriginal midwives across Canada, beginning with a gathering of over fifty Aboriginal midwives and community organizers last October. Discussions at the gathering focused on birth/maternity care in Aboriginal communities, midwifery education and traditional knowledge, and the supports that are needed for Aboriginal midwifery to grow. CAM representatives also participated in the Inuit Nunaat Midwifery Gathering in Iqaluit in March 2007. Meetings and dialogues between CAM and individual First Nations, Metis and Inuit midwives, both traditional and registered, continued into the summer of this year. As a result of these discussions, Aboriginal participants formed a task group to plan another gathering at the 2007 CAM conference in Vancouver. CAM accordingly submitted a new proposal to FNIHB for a project that will be led by the Aboriginal task group, to create an ongoing forum in which Aboriginal midwives can network, share their own diverse realities and experiences, and discuss issues fundamental to bringing birth closer to communities. Strategies to support and strengthen Aboriginal midwifery voices at a national level will also be explored. Depending on the directions and decisions of the task group, this may include scenarios for strengthening Aboriginal representation and/or membership within CAM.

Along with other health professional organizations who were partners in the MCP2 initiative, CAM participated in several meetings in 2007 to review drafts of the SOGC's *National Birthing Strategy for Canada* (the current version is available on the SOGC website). In commenting on the strategy, CAM reiterated the need for meaningful consultation and partnership, and brought forward questions from midwives and other stakeholders regarding the content and development of the strategy. Many of us believe that a national strategy needs to include dialogue on the issues of primary maternity care, rising intervention rates, elective cesarean section and promotion of normal childbirth, in direct relation to concerns about provider shortages, inequities of access to care, safety and best practice. SOGC regards the Birthing Strategy a work-in-progress that will require major input and more detailed development once there is federal government approval. The focus at present is on securing federal funding to move forward with the next steps. CAM will continue to represent the views of midwives in the important discussions to come.

The Canadian Nurses Association (CNA) recently invited CAM to collaborate in a joint response to a survey on draft global standards for nursing and midwifery education, developed by WHO and Sigma Theta Tau International. The Canadian Network of Midwifery Education Programs and Canadian Association of Schools of Nursing were also involved in these discussions, which required sensitive attention to diverse educational issues and complex global realities. It was a significant gesture for CNA to include CAM in this consultation and a good precedent for working together on our common goals in the future.

In closing, I would like to express warmest appreciation and thanks to the staff and members of the Midwives Association of British Columbia for graciously organizing and hosting – in the full “spirit of midwifery” – our 2007 CAM conference in Vancouver. Very special thanks are also due to June Friesen who, in the midst of her already extremely busy life as a practicing midwife, president of MABC and CAM rep for BC, coordinated the program and other conference tasks. We are thrilled to be in BC not only to connect with each other and hear great speakers on topics we are passionate about, but to join together in all-out celebration of the first decade and success of regulated midwifery in this province. Congratulations BC midwives!

Canadian midwifery made significant gains from coast to coast to coast this year, with growing numbers in regulated provinces, imminent implementation of legislation in Saskatchewan and Nova Scotia and progress toward regulation in the last few unregulated provinces and territories. Midwives without doubt are a national presence with increasing influence on maternity/newborn care across the country. The credit is due to all of you out there in your own provinces and communities who work extremely hard for your profession, juggling midwifery practice with other responsibilities, committees and “files” of all kinds. But credit is also due to CAM Board members and staff who dedicate their vision and energy to advancing the goals and interests of Canadian midwives nationally. CAM will continue to affirm the core principles that guide woman-centered midwifery practice, promote and navigate the development of our profession, and present the Canadian midwifery perspective to the world of maternity care. We are always open to your suggestions and input on CAM activities, and look forward to your continued support in 2008.

Le Rapport de la Présidente de l’Association canadienne des sages-femmes pour l’année 2007

Rapport soumis par Kerstin Martin RM MA

En tant qu’organisme national qui représente la profession sage-femme au Canada, l’Association canadienne des sages-femmes (ACSF) exerce de la pression politique pour que la profession devienne un service essentiel, soit subventionné par les fonds publics et fasse partie des soins de maternité primaires dans tous les provinces et territoires; participe aux initiatives nationales pour la santé maternelle et la santé du nouveau-né; promeut des soins de maternités viables de haute qualité qui répondent aux besoins des femmes en âge de procréer et des familles; fournit de l’information sur la profession sage-femme au public, aux agences gouvernementales et aux autres professionnels de la santé; représente la profession sage-femme canadienne sur la scène internationale. Au nom du conseil d’administration de l’ACSF, je suis heureuse de vous présenter ce rapport de nos activités et de nos réalisations depuis notre dernière Assemblée générale annuelle en octobre 2006.

En date de septembre 2007, l’ACSF a un total de 747 membres à travers le Canada (une hausse du 676 de l’an dernier), dont 624 sages-femmes, 67 étudiantes-sages-femmes et 56 membres associées ou non-pratiquantes. Les membres des associations provinciales et territoriales de sages-femmes deviennent automatiquement membres de l’ACSF; la possibilité de devenir membre affilié de l’ACSF est offerte aux groupes et aux individus qui souhaitent s’impliquer et appuyer notre association.

Le Conseil d’administration de l’ACSF est composé d’un Comité exécutif (présidente, vice-présidente, ancienne présidente, secrétaire et trésorière) et de représentantes de chaque provinces et territoires qui sont nommées par leur propre association de sages-femmes. Les réunions du CA se font par téléconférence à toutes les 6 à 8 semaines et en personne une fois par année lors de notre conférence annuelle; les procès-verbaux sont disponibles aux membres de l’ACSF sur demande. Cette année, nous sommes heureuses d’accueillir l’Association des sages-femmes du Nunavut en tant que nouvelle association membre au sein de l’ACSF, et nous nous trouvons bien chanceuses d’avoir la voix et la participation de Natsiq Kango sage-femme, comme représentante de l’ASFN sur notre Conseil d’administration.

Le siège social de l’ACSF à Montréal continue de bien fonctionner sous la gestion efficace de notre coordonnatrice de direction, Tonia Occhionero, qui administre tous nos activités et projets

organisationnels, fait la comptabilité, met à jour nos procès verbaux et nos listes de membres, gère le site Web, distribue l'information aux membres et répond en français et en anglais aux nombreux appels et courriels qu'elle reçoit quotidiennement de la part de sages-femmes et d'autres professionnels, d'agences gouvernementales, d'organismes de la santé et de groupes de recherche. Grâce au généreux soutien de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), nous avons également un espace de bureau partagé à Ottawa. Au printemps dernier, l'ACSF et l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie (AWHONN Canada) ont conjointement embauché Rosalind Marchut au poste de coordinatrice administrative au siège social de la SOGC. Rosalind est une autre femme polyvalente et habile qui peut gérer efficacement une multitude de responsabilités pour trois organisations en même temps. Son aide et ses talents particuliers en tant qu'organisatrice d'événements nous ont été indispensables.

Les comptes financiers de l'ACSF sont mis à jour, vérifiés et en bons états grâce au travail dévoué de notre trésorière Sinclair Harris, son bilan financier est inclus dans ce rapport annuel. Les frais de fonctionnement de l'ACSF, incluant un salaire modeste pour notre coordonnatrice de direction et les honoraires pour la Présidente, sont presque entièrement financés par les cotisations des membres et les profits de nos conférences annuelles lorsqu'il y en a. Le fonctionnement de l'ACSF dépend en grande partie du travail de bénévoles et demeure gravement sous-financé comparativement aux autres associations professionnelles nationales de la santé. Pour le Conseil d'administration, ceci est un défi constant qui peut seulement être adressé par un soutien externe.

La *Revue canadienne de la recherche et de la pratique sage-femme* (RCRPSF), soutenue et publiée par l'ACSF, a pris une nouvelle direction sous la rédaction conjointe de Patty McNiven de l'Université McMaster et de Kathrin Stoll de l'Université de la Colombie-Britannique. Se basant sur la vision et l'ouvrage extraordinaire des rédactrices précédentes Eileen Hutton et Jude Kornelson, Patty et Kathrin ont de nouvelles idées excitantes pour le développement de la Revue. Leanne Piper demeure la rédactrice en chef et joue un rôle important en ce qui a trait à la mise en page, le design et la publication de la Revue. Nous avons reçu de nombreux commentaires favorables de la part des lecteurs concernant l'allure plus polie et le contenu plus substantiel des numéros de 2007 et nous sommes certaines que la nouvelle équipe de rédaction continuera d'assurer la vitalité de la Revue pour des années à venir.

Lors des réunions au cours de cette année, le Conseil d'Administration de l'ACSF a travaillé sur de nombreuses nouvelles (et vieilles) questions. Nous avons développé une politique anti-discriminatoire et avons finalisé une politique de diffusion de l'information de recherche et de sondages aux membres de l'ACSF; nous avons aussi révisé les politiques et les règlements actuels pour déterminer les changements nécessaires et avons travaillé sur un nouvel énoncé de principes sur l'allaitement maternel. Nous avons répondu aux demandes pour la participation de l'ACSF/sages-femmes sur de nombreuses initiatives de Santé Canada, dont l'étude en cours des lignes directrices nationales de *Nutrition pour une grossesse en santé* : nous avons également adressé plusieurs requêtes d'informations de la part de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), dont la vérification de la description d'une sage-femme professionnelle pour la nouvelle édition de *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada*. Nous avons fourni des lettres d'appuis pour le Consortium canadien des ordres de sages-femmes au sujet : du Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens sous la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDS); de la Stratégie nationale d'évaluation en pratique sage-femme et du programme intergouvernemental de formation d'appoint en pratique sage-femme, ainsi que

pour d'autres projets de recherche variés qui concernent les sages-femmes. Nous fournissons du soutien et de l'informations aux gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont rendus à différentes étapes en ce qui a trait à la réglementation et la mise en oeuvre de la pratique sage-femme, nous avons également eu des discussions de façon régulière sur nos projets de conférence annuelle, les activités des sous-comités, ainsi que sur les projets en-cours de l'ACSF (voir ci-dessous).

Une partie du travail de l'ACSF est de voir à ce que les sages-femmes soient représentées sur d'importants comités nationaux. Les représentantes de l'ACSF participent régulièrement sur différents comités dont le Comité en soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le comité du Programme de réanimation néonatale de la Société canadienne de pédiatrie et le comité canadien pour l'allaitement ainsi que sur le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Actuellement, une membre du CA de l'ACSF siège officiellement au comité consultatif des sages-femmes de la SOGC; une autre membre du CA participe au comité de la SOGC sur le syndrome d'alcoolisation fœtale. Nous avons également une étudiante-sage-femme comme représentante au Comité national d'experts (CNE) sur la Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP). Des membres du CA ou des déléguées de l'ACSF ont participé à de nombreux évènements professionnels au cours de l'année 2007, dont les conférences annuelles de la SOGC, de l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie (AWHONN Canada) et du Collège américain des infirmières-sages-femmes (ACNM); ainsi que la conférence du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), la conférence régionale de la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) en Argentine, un symposium international à Londres en Angleterre portant sur la réduction des risques liés à la grossesse dans les pays en voie de développement. Au moins trois membres du CA de l'ACSF prévoient assister à la Conférence triennale de la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) qui se tiendra à Glasgow en Écosse l'an prochain.

Cette année, l'ACSF a continué ses efforts de sensibilisation auprès du gouvernement fédéral quant aux questions relatives à la pratique sage-femme. Reconnaissant le fait que les gouvernements nationaux dans d'autres pays ont des bureaux de profession sage-femme et incluent les sages-femmes lors de leurs discussions sur les politiques de santé, les responsables du Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI) de Santé Canada ont invité l'ACSF à des rencontres en novembre 2006 et en février 2007, pour discuter des buts communs et la possibilité de l'élaboration d'une politique commune. En juin 2007, l'ACSF a participé à une plus grande réunion avec le Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI) et d'autres divisions de Santé Canada (Stratégie en matière de ressources humaines en santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPNI), Analyses des données, le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes) dans le but d'explorer les avenues pour le soutien de la pratique sage-femme. Des représentantes des ordres de sage-femme, des éducatrices ainsi que des membres de l'ACSF ont présenté un exposé des défis auxquels nous faisons face, en tant que jeune profession grandissante du domaine de la santé, en ce qui a trait à : la réglementation, la formation, le développement de bases de données et de politiques, la planification en matière de ressources humaines en santé, les initiatives pour la pratique sage-femme autochtone et le rôle de l'ACSF. Nous aurons une autre occasion de faire du réseautage et de promouvoir le développement de la profession sage-femme lors des prochaines discussions avec des représentants provinciaux, fédéraux et territoriaux des Ministères de la Santé qui contrôlent et avisent en matière de programmes en pratique sage-femme.

En 2006, l'ACSF a obtenu une subvention de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPNI) de Santé Canada pour un processus de consultation et de dialogue avec des sages-femmes autochtones à travers le Canada; commençant par une rencontre avec plus d'une cinquantaine de sages-femmes autochtones et d'organisatrices communautaires en octobre dernier. Les discussions à cette rencontre se sont concentrées sur l'accouchement et les soins obstétricaux dans les communautés autochtones, sur la formation en pratique sage-femme et le savoir traditionnel, et aussi sur le soutien nécessaire pour que la pratique sage-femme autochtone puisse grandir. Des représentantes de l'ACSF ont également participé à la Rencontre sage-femme Inuit Nunaat à Iqaluit en mars 2007. Des discussions entre l'ACSF et des sages-femmes autochtones traditionnelles et inscrites se sont déroulées au courant cet été. À partir de ces rencontres, les participantes autochtones ont formé leur propre groupe de travail pour la planification d'une autre rencontre lors de la Conférence annuelle 2007 de l'ACSF à Vancouver. À la suite de cela, l'ACSF a déposé une autre demande auprès de la DGPNI, pour un projet dirigé par le Groupe de travail autochtone, pour la création d'un forum continu dans lequel les sages-femmes des Premières nations, métisses et inuites pourront favoriser le réseautage, partager leur propre réalité et leurs diverses expériences ainsi que discuter sur les questions qui sont fondamentales à ramener l'accouchement plus près des communautés. Des stratégies pour appuyer et renforcer les voix de la pratique sage-femme autochtone à l'échelle nationale seront aussi explorées. Dépendamment des décisions et des directions choisies par le Groupe de travail autochtone, cela pourrait inclure des scénarios pour renforcer la représentation autochtone et /ou devenir membre au sein de l'ACSF.

Avec d'autres professionnels du domaine de la santé qui étaient partenaires dans l'initiative du Projet de soins primaires obstétricaux concertés (*MCP²*), l'ACSF a participé à l'étude des ébauches du document de la SOGC, *Une stratégie pancanadienne reliée à la naissance : un cadre pancanadien inclusif, intégré et exhaustif visant l'offre durable de soins à la mère et à l'enfant, axés sur la famille* (la version actuelle du document est disponible sur le site Web de la SOGC). En commentant la stratégie, l'ACSF a mis de l'avant des questions de la part de sages-femmes et d'autres acteurs intéressés portant sur le contenu et l'élaboration de la stratégie; l'Association a aussi réitéré le besoin de consultation significative et de partenariat entre tous ceux qui sont concernés. La SOGC considère le document *Une stratégie pancanadienne reliée à la naissance* comme un travail en cours qui va nécessiter d'importantes suggestions ainsi qu'une élaboration plus détaillée lorsqu'il y aura approbation de la part du gouvernement fédéral. En ce moment, l'accent est mis sur l'obtention du financement pour aller de l'avant avec les prochaines étapes. L'ACSF va continuer de représenter les opinions des sages-femmes lors des importantes discussions à venir.

Tout récemment, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) à inviter l'ACSF à collaborer à un énoncé conjoint sur un sondage portant sur un projet établissant des standards pour les programmes de formation en sciences infirmières et en pratique sage-femme, élaboré par l'Organisation mondiale de la santé et Sigma Theta Tau International. Le Réseau canadien de programmes en pratique sage-femme et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) ont aussi participé à ces discussions, qui exigeaient une attention toute particulière aux diverses questions en matière d'éducation ainsi qu'aux complexes réalités mondiales. Ce fut un geste important de la part de l'AIIC d'avoir inclus l'ACSF dans cette consultation, cela a également établi un excellent précédent pour travailler ensemble sur nos buts communs dans l'avenir.

Au nom de l'ACSF, je tiens à souligner ma grande reconnaissance et à remercier chaleureusement le personnel et les membres de l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique de nous accueillir et d'avoir si gracieusement organisé notre Conférence de l'ACSF 2007 à Vancouver, et ce, entièrement dans " l'esprit de la pratique sage-femme ". Un remerciement tout spécial est dû à notre collègue de l'ACSF, June Friesen qui, au milieu de sa vie très occupée de sage-femme et de présidente de l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique, s'est chargée de la coordination de la programmation ainsi que d'autres tâches liées à la conférence. Il nous fait extrêmement plaisir d'être en Colombie-Britannique, non seulement pour reprendre contact entre-nous et d'écouter d'excellents conférenciers parler de sujets qui nous passionnent, mais de se retrouver ensemble pour une grande célébration du succès de la première décennie de la pratique sage-femme réglementée dans cette province. Félicitations aux sages-femmes de la Colombie-Britannique!

La pratique sage-femme canadienne a fait de grands avancements cette année, et ce, partout au pays; avec la croissance des nombres dans les provinces réglementées, l'implémentation prochaine de la législation en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, et du progrès vers la réglementation dans les derniers territoires et provinces qui ne possèdent pas de lois régissant la pratique sage-femme. Les sages-femmes sont sans aucun doute une présence nationale avec une influence croissante en matière de soins de maternité et de soins néonataux à travers le pays. C'est à vous toutes qu'on doit attribuer ces réussites, à vous qui dans vos provinces et communautés travaillez fort pour votre profession, jonglez vos horaires de pratique sage-femme avec l'enseignement, la recherche, les comités et les "dossiers " de toutes sortes. Mais on doit aussi attribuer ces réussites aux membres et aux personnels dévoués du Conseil d'administration de l'ACSF qui partagent leur vision et leur énergie dans le but de faire avancer les objectifs et intérêts des sages-femmes à l'échelle nationale. L'ACSF continuera d'affirmer les principes de base qui guident les soins et la pratique sage-femme centrés sur la femme, de promouvoir et de diriger le développement de notre profession et de présenter la perspective sage-femme canadienne au monde des soins de maternité. Nous sommes toujours ouvertes à vos suggestions et commentaires en ce qui a trait aux activités de l'ACSF et sommes reconnaissantes de votre fidèle appui en 2008.

Kerstin Martin RM MA
Présidente, Association canadienne des sages-femmes

Provincial & Territorial Reports / Rapports Provinciaux & Territoriaux

Alberta Association of Midwives (AAM)

Report submitted by Patty Lenstra RM

Alberta midwives are slowly increasing in numbers despite the lack of provincial funding for midwifery care. As of Sept 1, 2007 Alberta has 31 Registered Midwives and 6 Student Midwives. Steering committees have been formed to address the initiation of midwifery education in the province. Funding continues to be our major issue, with some work being done with the Primary Care Networks. One rural network has incorporated a midwife into a shared care model, offering hospital based births. Currently Alberta is only funding hospital based midwifery services, the Stony Plain Shared Care program and the recently developed model in Rocky Mountain House, which employs one midwife. Ongoing discussions with both the province and regional health authorities will continue to persevere for a fully funded model offering full scope of midwifery care.

On a sad note, the only free standing birth center in Western Canada is threatening to close its doors due to rising costs and lack of public funding for midwifery. The Arbour Birth Centre, situated in Calgary, which has been in operation since 1993 announced in the spring that its doors may close in early 2008. Funding proposals have been submitted and we continue to wait for a response, as we remain ever hopeful.

Contact Information

Main PO Box 11957

Edmonton, Alberta , T5J 3L1

Phone: (403) 660-1696

Website: www.albertamidwives.com

Email: albertamidwives@shaw.ca

L'Association des sages-femmes de l'Alberta

Rapport soumis par Patty Lenstra RM

Le nombre de sages-femmes en l'Alberta augmente tranquillement malgré le manque de financement pour les soins sage-femme. En date du 1er septembre 2007, l'Alberta comptait 31 sages-femmes inscrites et 6 étudiantes sages-femmes. Des comités directeurs ont été formés pour adresser la mise en oeuvre d'un programme de formation sage-femme dans la province. Le financement continue d'être notre préoccupation majeure, avec du travail effectué par les Réseaux de soins primaires. Un réseau rural a incorporé une sage-femme dans son modèle de soins partagés, offrant des accouchements en centre hospitalier. Actuellement, l'Alberta ne finance que les services sage-femme en milieu hospitalier, dont le programme de soins partagés de Stony Plain et le modèle récemment développé au Rocky Mountain House; qui n'a embauché qu'une sage-femme. Les discussions en cours avec les ministères de la Santé provincial et régionaux vont continuer de persévérer pour l'obtention d'un modèle de pratique sage-femme entièrement financé qui offre des soins sage-femme complets.

Sur une triste note, la seule clinique de naissance indépendante dans l'Ouest canadien risque de fermer ses portes dû aux coûts croissants et au manque de financement public pour la pratique sage-femme. Le Arbour Birth Centre situé à Calgary, qui est en service depuis 1993 a annoncé

au printemps que ses portes pourront être fermées en début de 2008. Des demandes de financement ont été soumises et nous continuons à attendre de recevoir une réponse, en demeurant toujours pleines d'espoir.

Coordonnées

Main PO Box 11957

Edmonton, Alberta, T5J 3L1

Téléphone : (403) 660-1696

Site Web: www.albertamidwives.com

Courriel : albertamidwives@shaw.ca

Midwives Association of British Columbia (MABC)

Report submitted by June Friesen RM

The Midwives Association of BC welcomes members of CAM to enjoy beautiful Vancouver for the annual conference and AGM, when we will also be celebrating 10 years of Registered Midwifery in BC. We invite everyone to attend our 'official celebration' on Friday November 2nd, for an evening of music, food, art and the chance to catch up with friends from across the country. Please visit www.bcmidwives.com for complete information on this wonderful evening event.

2006/2007 has been a year of moving forward for the profession, with a large focus being the negotiation of our new contract with the Ministry of Health. We are nearing completion of a Midwifery Master Agreement that will remain in place until April 2010. We offer enormous amounts of gratitude to our negotiating team for their excellent work and ongoing commitment to this project. Some highlights of the work to date include:

- A joint policy group on midwifery issues in which the Ministry and the MABC will participate over the next three years.
- A decrease to the annual cost of Professional Liability Insurance (from \$4,000 to \$2,000 per annum).
- The creation of an continuing education fund for midwives (administered through the MABC)
- A signing bonus for all practicing midwives (for signing off on the agreement by the March 31, 2007 deadline).

We would like to take this chance to introduce the new Head of the Division of Midwifery at UBC, Saraswathi Vedam MSN, RM, CNM. A warm welcome to Saraswathi, who joins us from her most recent appointment as faculty of the Midwifery program at Yale University and who brings an extensive amount of clinical and academic midwifery experience to BC. Saraswathi will be presenting a Vision of Diversity at the conference on Saturday, November 3rd.

Two current projects that UBC, the College of Midwives of BC and the MABC are working on with the Ministry of Advanced Education are expansion of the existing UBC program, and funding for preceptors. Although midwives are continuing to precept students without remuneration, discussions appear to be moving towards equitable recognition for the work involved.

The MABC held its AGM in May 2007 with a record attendance of 60% of voting members. One particularly urgent set of issues that were discussed at the meeting are the challenges facing rural midwifery and maternity care in general. We are fortunate to have an active rural midwifery committee, the Rural Maternity Research Team as led by Jude Kornelson, the UBC Midwifery Program and the new Joint Policy Committee on Midwifery Issues as outlined in our contract with the MOH. All of these groups will be working to address rural maternity care issues over the next three years. Related to this issue is the privileging of midwives which can be an additional barrier to both rural and urban practice. The MABC conducted a survey of its members to get a clearer picture of the privileging process across the province, and presented the findings at the AGM. In addition, an initial draft of the MABC Strategic Plan was presented at the meeting will be completed by the end of this year.

Thank you all for attending the CAM conference. We look forward to visiting with many of you and hope you enjoy your time in Vancouver.

Sincerely,
MABC Board Members

June Friesen, RM President
Elizabeth Andrew, RM Past President
Shannon Norberg, RM Vice President
Joanna Norman, RM Treasurer/Secretary
Colleen Rode, RM Board Member
Jane Ballaro, RM Board Member
Liz Grose, RM Board Member
Yarra Vostricl, Student Liaison

And MABC Office Staff

Contact Information
#204-636 W.Broadway
Vancouver BC, V5Z 1G2
Tel.(604) 736-5976
Fax. (604) 736-5957
Website: www.bcmidwives.com
Email: adminone@telus.net

L'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique Rapport soumis par June Friesen RM

L'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique (MABC) souhaite la bienvenue aux membres de l'Association canadienne des sages-femmes et les invite à bien s'amuser à Vancouver lors de la Conférence et de l'Assemblée générale annuelle, où nous allons aussi célébrer le 10e anniversaire de la pratique sage-femme réglementé en Colombie-Britannique. Nous invitons tout le monde à assister à notre célébration officielle le vendredi 2 novembre, pour une soirée de musique, de bouffe, d'art et la chance de revoir des amies d'à travers le pays. Pour de plus amples informations sur cette merveilleuse soirée, veuillez visiter notre site Web au www.bcmidwives.com.

L'année 2006-2007 a été une année où les choses sont allées de l'avant avec la profession, avec un grand accent sur la négociation de notre nouveau contrat avec le ministère de la Santé. Nous approchons l'exécution d'une Convention collective cadre en pratique sage-femme qui demeurera en place jusqu'en avril 2010. Nous sommes énormément reconnaissantes envers notre équipe de négociation pour leur excellent travail et leur engagement soutenu envers ce projet. Certains points à souligner sur le travail effectué à ce jour inclus :

- Un groupe de politiques communes sur les questions relatives à la pratique sage-femme, dans lequel le ministère de la Santé et l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique vont participer au cours des trois prochaines années.
- Une baisse des coûts annuels d'assurance responsabilité civile professionnelle (de 4 000\$ à 2000\$ per annum).
- La création d'un fond pour la formation continue des sages-femmes (administré par le biais de l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique).
- Une prime d'embauche pour toutes les sages-femmes praticiennes (en signant l'entente pour la date d'échéance du 31 mars 2007).

Nous aimerions prendre cette occasion pour présenter la nouvelle directrice du programme en pratique sage-femme de l'Université de la Colombie-Britannique, Saraswathi Vedam MSN, RM, CNM. Nous offrons la bienvenue la plus chaleureuse à Saraswathi, qui nous vient de son plus récent poste en tant que membre du personnel enseignant du programme en pratique sage-femme de l'Université Yale, et qui apporte une expérience pratique et clinique extensive en pratique sage-femme à la Colombie-Britannique. Saraswathi présentera Vision de Diversité lors de la Conférence, le samedi 3 novembre.

L'Université de la Colombie-Britannique, l'Ordre des sages-femmes de la Colombie-Britannique et l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique, travaillent sur deux projets en cours avec le Ministère des études avancées, dont l'expansion du programme existant à l'Université ainsi que le financement pour le préceptorat. Quoique les sages-femmes continuent leur travail de précepte sans être rémunérées, les discussions semblent se diriger vers une reconnaissance équitable pour le travail impliqué.

L'Assemblée générale de l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique a eu lieu en mai 2007 avec une assistance record de 60% des membres avec droits de vote. Un volet de questions particulièrement pressantes discuté lors de la réunion concernait les défis auxquels est confronté la pratique sage-femme en milieu rural ainsi que les soins de maternité en général. Nous sommes chanceuses d'avoir un comité actif se penchant sur la pratique sage-femme en milieu rural, le Rural Maternity Research Team, sous la direction de Jude Kornelson, le programme de pratique sage-femme de l'Université de la Colombie-Britannique ainsi que le nouveau Comité de politiques communes sur les questions relatives à la pratique sage-femme, comme souligné dans notre convention collective avec le ministère de la Santé. Tous ces groupes travailleront dans le but de s'attaquer aux questions de soins de maternité en milieu rural au cours des trois prochaines années. Ce qui est lié à cette question est la pratique de privilégier les sages-femmes, ce qui peut être un obstacle additionnel pour les pratiques en milieu urbain ainsi qu'en milieu rural. L'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique a effectué un sondage auprès de ses membres pour avoir un portrait plus clair de la situation en ce qui a trait au processus de privilèges à travers la province, les résultats de ceci furent présentés lors de

l'AGA. De plus, une ébauche du Plan stratégique de l'Association qui fut présentée à la réunion sera complétée pour la fin de l'année.

Nous vous remercions toutes d'assister à la Conférence de l'Association canadienne des sages-femmes. Nous avons hâte de voir plusieurs d'entre vous et souhaitons que vous passiez de bons moments à Vancouver.

Nos sincères salutations,
Les membres du Conseil de l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique

June Friesen, SF Présidente
Elizabeth Andrew, SF Ancienne présidente
Shannon Norberg, SF Vice-présidente
Joanna Norman, SF Trésorière / secrétaire
Colleen Rode, SF Membre du Conseil
Jane Ballaro, SF Membre du Conseil
Liz Grose, SF Membre du Conseil
Yarra Vostricl, Étudiante agente de liaison

Et l'Équipe du bureau de l'Association

Coordonnées

#204-636 W. Broadway
Vancouver BC, V5Z 1G2
Téléphone. (604) 736-5976
Télécopieur. (604) 736-5957
Site Web : www.bcmidwives.com
Courriel: adminone@telus.net

Manitoba Association of Midwives (MAM)

Report submitted by Beckie Wood RM

Midwifery has been a regulated and funded health practice in Manitoba for over 7 years. Midwives are employed by Regional Health Authorities and are paid a salary. Midwives are expected to fulfill a number of deliverables, which includes attending thirty births in the role of primary midwife, and working in the model of practice including continuity of care, choice of birth place, and informed choice. We continue to ensure that we have a diverse case load with clients from all walks of life, reaching our target of at least 50% of midwifery clients being from populations in need of health care, adolescent, poor, socially isolated etc. Primary liability insurance is provided through the employer. MAM provides a supplemental insurance for members

We are very excited to report that the Kanaci Otinawasowin baccalaureate program (**KOBP**) is continuing into its second year. Kanaci Otinawasowin means "sacred midwifery". KOBP is the Midwifery Education Program run by the University College of the North in the Pas and Norway House. There are 9 registered students. KOBP is known to be unique in the world, a baccalaureate program, specifically designed by incorporating cultural traditions and ways of knowing. KOBP is teaching and training midwives who hope continue to live and work within

their community, culture and traditions. We are very hopeful for the future of northern communities and families to begin to see birth returned to closer their home in the next decade.

There has been very little expansion of midwifery services over the last seven years in Manitoba. No new regional health authorities have introduced midwifery services. This reality is due in most part, to issues related to needs for more educational opportunity, recruitment and retention. Despite all this, midwifery continues to grow in popularity with women and families as the number of women trying to find a midwife continues to climb, but availability for being accepted into midwifery care is at a stand still. A consumers group was formed over the last year and is making efforts to lobby the government.

The College of Midwives of Manitoba continues to offer a yearly Prior Learning Education and Assessment.

There are currently 32 practicing midwives and 10 registered non-practicing midwives. Approximately 5% of births in Manitoba are attended by midwives.

Contact Information

c/o Women's Health Clinic
400 A Graham Ave
Winnipeg, Manitoba, R3C 0M3
Email: midwivesassociationofmanitoba@yahoo.ca

L'Association des sages-femmes du Manitoba

Rapport soumis par Beckie Wood RM

La pratique sage-femme est une pratique réglementée et financée depuis plus de sept ans au Manitoba. Les sages-femmes sont engagées par le ministère de la Santé et reçoivent un salaire.

Les sages femmes doivent répondre à certaines exigences dont celui de prêter assistance lors de trente accouchements en tant que sage-femme principale ainsi que de travailler dans le cadre d'un modèle de pratique qui comprend la continuité des soins, le choix du lieu de l'accouchement et le choix éclairé. Nous continuons d'assurer une diversité au sein de nos dossiers avec une clientèle issue de différents milieux, visant notre objectif qu'au moins 50% de notre clientèle soit issue d'une population à risque en besoin de soins de santé : adolescentes, femmes à faible revenu ou isolées socialement, etc. L'assurance responsabilité professionnelle de base est fournie par le biais de l'employeur. L'Association des sages-femmes du Manitoba (MAM) fournit une assurance supplémentaire pour ses membres.

Nous sommes très heureuses d'annoncer que notre programme de baccalauréat Kanaci Otinawawasowin (KOBP) se poursuit pour sa deuxième année. Kanaci Otinawawasowin veut dire "pratique sage-femme sacrée". KOBP est le Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones qui s'offre au Pas et au Norway House par le biais du College of the North. Il y a neuf étudiantes inscrites. KOBP est reconnu comme étant unique au monde, un programme de baccalauréat, conçu spécifiquement en incorporant traditions culturelles et savoir autochtone. Le KOBP offre un enseignement et une formation à des sages-femmes qui désirent travailler et demeurer

au sein de leur communauté, avec leur culture et leurs traditions. Nous sommes confiantes dans l'avenir et croyons que les communautés autochtones du Nord et leurs familles verront l'accouchement revenir plus près de chez eux dans la prochaine décennie.

Depuis les sept dernières années, il y a eu très peu de développement des services sage-femme au Manitoba. Il n'y a eu aucun nouveau service sage-femme mis en place pas les ministères régionaux de la Santé. Ceci est dû en grande partie à des questions liées aux besoins d'avoir plus de possibilités en matière d'éducation, de recrutement et de maintien des postes. Malgré tout cela, la pratique sage-femme ne cesse de croître en popularité auprès des femmes et des familles, le nombre de femmes qui cherchent une sage-femme continue d'augmenter, mais la disponibilité des services sage-femme demeure la même. Un groupe de pression formé au cours de la dernière année effectue du lobbying auprès du gouvernement.

L'ordre des sages-femmes du Manitoba continue d'offrir annuellement le Processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis (PERA).

Il y a actuellement 32 sages-femmes inscrites en pratique active et 10 sages-femmes inscrites qui ne pratiquent pas. Environ 5 % des accouchements au Manitoba sont assistés par des sages-femmes

Coordonnées

c/o Women's Health Clinic
400 A Graham Ave
Winnipeg, Manitoba, R3C 0M3
Courriel: midwivesassociationofmanitoba@yahoo.ca

Midwives Association of New Brunswick

Report submitted by Kate Nicholl RM

Joint Presentation to New Health Minister

Last September midwifery advocates in New Brunswick were disappointed by the change of government, as Minister Green had been supportive of the midwifery agenda, and was actively initiating some of the groundwork required. Contact was made early with the new Health Minister, and in February a joint presentation was offered on the potential contribution of midwifery to maternity care in the province. Those presenting included a pregnant member of Birth Matters, the midwifery advocacy group, a representative from the Aboriginal Women's Health community, a midwife, and a physician who had not only worked with midwives, but whose children were born at home with midwifery care.

Women requesting midwifery care were encouraged to write to the Minister at this time, and letters of support were obtained from the Canadian Association of Midwives, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The N.B. Advisory Council for the Status of Women has been continually supportive in helping to raise the profile of midwifery, and publishing data on areas of maternity care which need improvement.

May 16th Announcement in the Legislature

In May, midwives in the province were summoned to the legislature to hear 'an announcement'. Minister Murphy formally recognized the profession of midwifery, and introduced all five

midwives to the House. He announced his government's intention to introduce regulated and publicly funded midwives into the health care system. A working group would deliberate over the summer and advise the government in the fall, with a view to developing legislation over the winter months. Minister Murphy expected to see midwives practicing by the spring of 2008. However the issue of home birth was evaded at the time. Midwives made it clear to the media that the Canadian model of care included an informed choice of birth place.

Midwifery Stakeholder Committee

A committee was struck, composed of nurses, physicians, administrators, legal advisers, a pharmacist, a health human resource specialist, a mother, and one solitary midwife. The committee's purpose was to advise the Department of Health with regard to the legislation, regulation, implementation, recruitment and retention of midwives.

To date, the committee has met three times, and the major unresolved issue at this stage is that of home birth. Teleconferences with key professionals and administrators in Quebec, Ontario and Manitoba, have made it clear that home birth is an accepted component of midwifery practice in other provinces. However, the N.B. Medical Society supports the concept of midwifery, as long as home birth is not offered. The new R.C.O.G./R.C.M. statement promoting home birth in the U.K., and the new H.I.R.O.C. Joint Statement with regard to midwifery-physician collaboration have been very useful, and are currently being considered by the N.B.M.S. A draft report to the Minister is now available, and this will be revised at an October meeting prior to submission.

Growth of the Midwifery Profession

Four of the five midwives currently living in the province have trained outside Canada, and require access to a P.L.E.A. or I.M.P.P. program. One of these is currently attending the I.M.P.P. Concern has been expressed in the report to the Minister regarding the need for midwifery education and assessment programs locally.

It is anticipated that three to four Canadian registered midwives will be available to practice in N.B. in 2008/2009, and Fredericton is likely to be the first midwifery practice site. New Brunswick has benefitted from the work completed in Nova Scotia with regard to plans for an inter-disciplinary regulatory committee as an interim measure for a small but growing profession.

While delighted with the progress being made, mothers and midwives in N.B., as well as those midwives intending to return to N.B. to practice, remain concerned at the lack of acceptance for home birth. It is hoped that the position of the N.B.M.S. may be revised in the near future, to ensure that women who choose home birth may be safely cared for by professional midwives in a publicly funded system.

L'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick

Rapport soumis par Kate Nicholl RM

Coprésentation au nouveau ministre de la Santé

En septembre dernier, les partisans de la pratique sage-femme du Nouveau-Brunswick furent déçus par le changement de gouvernement puisque le ministre Green avait appuyé les projets sage-femme et était activement en train de mettre en oeuvre une partie du travail préliminaire nécessaire. La prise de contact avec le nouveau ministre de la Santé s'est faite tôt, et en février une coprésentation portant sur la contribution potentielle de la pratique sage-femme aux soins de maternité dans la province fut donnée. Les présentateurs comprenaient; une femme enceinte membre de Birth Matters, le groupe de pression pour la pratique sage-femme, une représentante

du groupe autochtone Aboriginal Women's Health community, une sage-femme, ainsi qu'un médecin qui avait non seulement travaillé avec des sages-femmes, mais dont les enfants sont nés à son domicile avec des soins de sages-femmes.

Les femmes désirant des soins sage-femme furent encouragées à écrire à ce moment au ministre de la Santé, et des lettres d'appui furent obtenues de l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), ainsi que de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). La commission consultative du Nouveau-Brunswick sur le statut de la femme a fourni un appui constant en aidant à augmenter la visibilité de la pratique sage-femme, et en publiant des données portant sur des aspects des soins de maternité qui ont besoin d'être améliorés.

La Déclaration du 16 mai à l'Assemblée législative

En mai, les sages-femmes de la province furent convoquées à l'Assemblée législative pour entendre 'une déclaration'. Le ministre Murphy a reconnu formellement la profession sage-femme et a présenté les cinq sages-femmes à la Chambre. Il a annoncé l'intention de son gouvernement à introduire des sages-femmes réglementées et financées par l'État au sein du système de soins de santé. Un groupe de travail délibérerait au cours de l'été et à l'automne il aviserait le gouvernement, avec l'optique de développer la législation au cours des mois d'hiver. Le ministre Murphy s'attendait à voir les sages-femmes pratiquer au printemps 2008. Toutefois, la question de l'accouchement à domicile avait été évitée à ce moment. Les sages-femmes ont fait comprendre clairement aux médias que le modèle de soins canadien comprenait le choix éclairé du lieu de l'accouchement.

Un comité d'acteurs intéressés par la pratique sage-femme

Un comité fut formé, composé d'infirmières, de médecins, d'administrateurs, de conseillers juridiques, un pharmacien, un spécialiste des ressources humaines en santé, une mère et une sage-femme solitaire. L'objet du comité était de conseiller le ministère de la Santé en matière de la législation, de la réglementation, de la mise en oeuvre, du recrutement ainsi que de la rétention des sages-femmes.

À ce jour, le comité s'est rencontré à trois reprises, et la question principale non résolue à ce stade est celle de l'accouchement à domicile. Des téléconférences avec des professionnels et des administrateurs clés au Québec, en Ontario et au Manitoba, ont clairement établi que l'accouchement à domicile est une composante acceptée de la pratique sage-femme dans les autres provinces. Toutefois, la Société médicale du Nouveau-Brunswick appuie le concept de la pratique sage-femme, pourvu que l'accouchement à domicile ne soit pas offert. La nouvelle déclaration du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et du Royal College of Midwives qui promeut l'accouchement à domicile au Royaume-Uni et la nouvelle déclaration du Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) en ce qui a trait à la collaboration des médecins et des sages-femmes ont été très utiles, et se font étudier à l'heure actuelle par la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Une version provisoire du rapport au ministre est présentement disponible, et sera révisée lors d'une rencontre au mois d'octobre avant sa soumission.

La croissance de la profession sage-femme

Quatre des cinq sages-femmes qui habitent actuellement dans la province ont été formées à l'extérieur du Canada, et ont besoin d'avoir accès soit au Processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis (PERA) ou au programme de formation d'appoint en pratique sage-

femme (IMPP). Dans le rapport au ministre, une inquiétude a été soulevée en ce qui a trait au besoin d'avoir des programmes de formation et d'évaluation à l'échelle locale.

Il est anticipé qu'il y aura de trois à quatre sages-femmes inscrites qui seront en mesure de pratiquer au Nouveau-Brunswick en 2008-2009, et que la ville de Fredericton sera le premier lieu de pratique sage-femme. Le Nouveau-Brunswick a bénéficié du travail accompli en Nouvelle-Écosse en ce qui a trait aux plans pour un comité interdisciplinaire de réglementation en tant que mesure par intérim pour une jeune profession en pleine croissance.

Quoique ravies du progrès en cours, les mères et les sages-femmes du Nouveau-Brunswick ainsi que les sages-femmes qui prévoient retourner au Nouveau-Brunswick pour y pratiquer demeurent inquiètes face au manque d'acceptation pour l'accouchement à domicile. Il est souhaité que la position de la Société médicale du Nouveau-Brunswick soit révisée dans un avenir rapproché, dans le but d'assurer que les femmes qui choisissent d'accoucher à domicile pourront être accompagnées de façon sécuritaire par des sages-femmes professionnelles dans un système financé par les fonds publics.

Association of Midwives of Newfoundland & Labrador (AMNL)

Report submitted by Mary Hodge

Executive Committee

President: Karene Tweedie, CNS, Southcott Hall, 100 Forest Road, St. John's, NL, A1E 1E5
Secretary: Karene Tweedie
Treasurer: Pamela Browne
CAM representative: Mary Hodge
Newsletter Editor: Pearl Herbert
Minute Recorder: Susan Felsberg
Cosigner: Susan Felsberg
Past President: Kay Matthews

Meetings: three times a year (January, March and September) by conference call. The March meeting is the annual general meeting.

Newsletter: four times a year (usually January, March, June, September). This is sent electronically in PDF format. A paper copy is placed in a binder in the reference section of the Memorial University Health Sciences Library.

Web Site is maintained on the university Internet and contains information primarily for students, but is accessed by many others from around the world (according to messages received.)

AMNL Membership is 14. Of these, two members are outside of the province, three are retired, two are casual workers. Of the remaining members, two are employed in St. John's and five in the north. About half of the members also belong to CAM.

Midwifery

There is no current midwifery legislation. There are no practicing midwives in the community. Midwives employed by the Labrador Grenfell Integrated Health Board have to be registered nurses, and are recognized as registered nurses. The Government of NL is not considering legislation, or progressing from the MIC at this time. Several of those with midwifery qualifications have become 'burnt out' with lobbying, and disappointed with "broken promises".

Some were appointed members on the Government's Midwifery Implementation Committee and spent many hours (some as many as 400 hours) developing the necessary documents needed for midwifery to be regulated. Nothing happened after all this work. Since then midwives have left AMNL as they do not see that midwives will ever be allowed to practice. Several of those with midwifery expertise have left the province, and others have either already or soon will reach retirement age. The Friends of Midwifery NL has lost most of its members as they have become disheartened with their lobbying work having no effect. But the women on the west coast of the Island are becoming mobilized so who knows what may happen. There is a provincial election on October 9.

Activities 2006 to 2007

On November 30, 2006, at the Health Sciences Centre there was a public launching of the AMNL/Friends of Midwifery DVD film *Gentle Beginnings: Giving Birth with Midwives in Newfoundland and Labrador*. It was introduced by Karene Tweedie, AMNL, and a panel discussion, "Keeping the 'Normal' in Normal Birth", was arranged and introduced by Kelly Monaghan, Friends of Midwifery. Approximately 90 people attended.

January 2007 Christine Saulnier, Atlantic Centre of Excellence for Women's Health wrote to the Members of the House of Assembly regarding midwifery. (She received one acknowledgement.)

April 2007, Karene Tweedie, President, AMNL wrote to the Minister of Health and Community Services reminding him of his promises before he reached this Cabinet position. There was no reply but in response to this letter AMNL members were invited to Confederation Building to a meeting with Reg Coates, Director Legislation and Regulatory Affairs, and Cathie Royle, Provincial Consultant (Prenatal and Early Child Development) Child, Youth and Family Programs, from the Department of Health and Community Services, which took place on September 13. Right from the beginning of the meeting it was clear that there was not going to be a positive decision regarding legislation of midwifery in Newfoundland and Labrador. Reg told us that it wouldn't be difficult to legislate midwifery, but it would not be proclaimed by the Government. There are too few midwives who might be practicing (a figure of 23 had been suggested), and Reg argued that legislation does not translate to an increase in midwives, or an increase in interest. We were also reminded that midwifery legislation in different jurisdictions varies according to the province or territory. The Government of NL does not directly regulate professions (as happened in Alberta.)

Spring 2007 AMNL was represented on the Health Coalition Breastfeeding Initiative Working Group. They submitted their report, *Making Breastfeeding a Public Health Priority*, to the Minister of Health and Community Services. Funding has now been allocated to support a breastfeeding coordinator position for the province.

Spring 2007, Karene Tweedie was invited to represent midwives on the Provincial Perinatal Committee.

Summer 2007 a scope of practice for midwives (i.e., RNs who have successfully completed a midwifery program from a recognized school/university) as approved by the Labrador Grenfell Integrated Health Board, was written by an AMNL member.

L'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador
Rapport soumis par Mary Hodge

Conseil d'administration

Présidente : Karene Tweedie, CNS, Southcott Hall, 100 Forest Road, St. John's, NL, A1E 1E5
Secrétaire : Karene Tweedie Procès verbaux: Susan Felsberg
Trésorière : Pamela Browne Co-signataire: Susan Felsberg
Représentante à l'ACSF: Mary Hodge Ancienne présidente: Kay Matthews
Bulletin : Pearl Herbert

Réunions trois fois par année, en janvier, mars et septembre, par téléconférence.. L'Assemblée générale annuelle se déroule lors de la réunion du mois de mars.

Le Bulletin est publié quatre fois par année, normalement au mois de janvier, mars, juin et septembre. Il est envoyé électroniquement en format PDF. Une version papier est mise dans un cartable qui est déposé dans la section de références de la Bibliothèque des sciences de la santé de l'Université Memorial.

Site Web est maintenu sur le serveur de l'Université et contient de l'information destinée principalement aux étudiants, mais d'après les messages reçus, le site Web est visité par plusieurs personnes de partout dans le monde.

L'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador a 14 membres. De ces membres, deux sont présentement à l'extérieur de la province, trois sont retraitées, deux travaillent à temps partiel. Parmi, celles qui restent, deux sont employées à Saint-Jean et cinq dans le Nord. Environ la moitié des membres font aussi parties de l'ACSF.

La pratique sage-femme. Il n'existe présentement aucune législation. Il n'y a aucune sage-femme qui pratique dans la communauté. Les sages-femmes qui sont embauchées par le Labrador Grenfell Integrated Health Board doivent être infirmières autorisées et aussi être reconnues comme infirmières autorisées. Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador ne prévoit pas étudier la question de la législation, ni d'aller de l'avant avec le MIC pour l'instant. Plusieurs qui détiennent les compétences de sages-femmes sont épuisées de faire du lobbying et sont déçues par les promesses rompues. Certaines étaient membres attirées sur le Comité gouvernemental d'implantation de la pratique sage-femme et ont passé de nombreuses heures (certaines jusqu'à 400 heures) à mettre en place la documentation nécessaire pour que la pratique sage-femme soit réglementée. Après tant de travail, rien ne s'est passé. Depuis ce moment, les sages-femmes ont quitté l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador, car elles ne voient pas la possibilité qu'un jour les sages-femmes auront le droit de pratiquer. Plusieurs de celles qui ont une expertise en pratique sage-femme ont quitté la province, d'autres approchent l'âge de la retraite ou sont déjà retraitées. Le groupe de soutien, Friends of Midwifery NL, a perdu la plupart de ses membres puisqu'ils sont devenus découragés du fait que leurs efforts de lobbying n'ont aucun effet. Par contre, les femmes de la côte ouest de l'île se mobilisent, donc qui sait ce qui adviendra. Le 9 octobre, il y aura une élection provinciale.

Activités 2006 à 2007

Le 30 novembre 2006 au Health Sciences Centre, il y a eu le lancement public du DVD intitulé, *Gentle Beginnings: Giving Birth with Midwives in Newfoundland and Labrador*, produit par l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador et les Friends of Midwifery. Karene Tweedie de l'Association a présenté le DVD. Le panel "Keeping the 'Normal' in Normal Birth" fut organisé et présenté par Kelly Monaghan du groupe Friends of Midwifery.

Environ 90 personnes ont participé.

En janvier 2007, Christine Saulnier du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région Atlantique (CESFA) a écrit aux membres de la Chambre d'assemblée au sujet de la pratique sage-femme. Elle n'a reçu qu'un seul accusé de réception.

En avril 2007, Karene Tweedie, Présidente de l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador, a écrit au ministre de la Santé et des Services communautaires, lui rappelant les promesses qu'il avait faites avant d'atteindre son poste au sein du Cabinet. Il n'y a pas eu de réplique à la lettre, mais en réponse à celle-ci, les membres de l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador furent invitées au Confederation Building, à une rencontre avec Reg Coates, Directeur responsable de la législation et de la réglementation et Cathie Royle, Consultante provinciale (Développement prénatal et infantile) du Programme d'enfance, jeunesse et famille du ministère de la Santé et des Services communautaires, qui a eu lieu le 13 septembre. Dès le début de la rencontre, il était clair qu'il n'y aurait pas de réponse positive en ce qui a trait à la législation de la pratique sage-femme à Terre-Neuve et au Labrador. Reg nous a dit qu'il ne serait pas difficile de légiférer la pratique sage-femme, mais qu'elle ne serait pas proclamée par le gouvernement. Il y a trop peu de sages-femmes qui pourraient pratiquer (un nombre de 23 avait été suggéré) et Reg argumentait le point que la législation ne se traduisait pas à une hausse du nombre de sages-femmes, ni à une hausse de l'intérêt. On nous a également rappelé que la législation de la pratique sage-femme varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador ne réglemente pas directement les professions (comme il en est le cas en Alberta).

Printemps 2007, l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador était représentée au sein du Groupe de travail de la Coalition en santé sur l'initiative en allaitement maternel, le Health Coalition Breastfeeding Initiative Working Group. Ils ont soumis un rapport intitulé, *Making Breastfeeding a Public Health Priority*, au ministère de la Santé et des Services communautaires. Une subvention a maintenant été allouée pour financer un poste de coordinateur en allaitement maternel pour la province.

Printemps 2007, Karene Tweedie a été invité pour représenter les sages-femmes sur le comité provincial en périnatalité.

Été 2007, une membre de l'Association des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador a rédigé un document portant sur le champ de pratique sage-femme (c.-à-d., des infirmières autorisées qui ont complété avec succès un programme en pratique sage-femme d'une école ou d'une université reconnue) comme approuvé par la Commission de la santé, le Labrador Grenfell Integrated Health Board.

Midwives Association of NWT

Report submitted by Gisela Becker RM, MA

AGM

The Midwives Association of the NWT is planning its Annual General Meeting later this fall. Lesley Paulette, RM continues to be the President.

Bylaw Changes

The Midwives Association of the NWT has completed its bylaw revisions that reflect membership categories of a regulated jurisdiction; and the division of the NWT and Nunavut.

Initiatives and Committees

The Midwives Association of the NWT is represented on the NWT Perinatal Committee, the Midwifery Implementation Committee and one Registered Midwife is a member of the Territorial Credentialing Committee. The association is also represented on the territorial ISDM (Integrated Service Delivery Model) working group.

Current Events

The NWT continues to have three registered midwives, Lesley Paulette, Wendy Baker and Gisela Becker. Heather Redshaw, a midwife from Yellowknife will soon be registered in the NWT. The Midwifery Program of the Fort Smith Health & Social Services Authority, still the only one in the NWT, continues to expand; and provides now maternity care to almost all childbearing families in the community of Fort Smith. The Yellowknife Health and Social Services Authority has not been successful yet in establishing a midwifery program; however plans exist to launch the program in the near future. Inuvik in the Beaufort-Delta has one funded midwifery position; though a program has not been introduced at this time. Other regions, such as Fort Simpson continue to indicate their interest in midwifery services; but no concrete steps have been taking to implement services.

Contact Information

P.O. Box 995
Fort Smith, NT
X0E 0P0
Phone: 867-872-6253
Fax: 867-872-5516
Email: Midwives.nwt.nu@auroranet.nt.ca

L'Association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest

Rapport soumis par Gisela Becker RM, MA

Assemblée générale annuelle

L'Association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest prévoit tenir son AGA plus tard cet automne. Lesley Paulette, RM continue au poste de Présidente.

Changements aux règlements

L'Association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest a complété la révision de ses règlements en ce qui a trait aux catégories de membres d'un territoire réglementé; ainsi que la division des Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.

Initiatives et Comités

L'Association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest est représentée au sein du Comité des Territoires du Nord-Ouest en périnatalité, du Comité consultatif et une sage-femme inscrite est membre du Comité territorial pour l'accréditation. L'Association est également représentée au sein du groupe de travail territorial du Modèle de prestation de services intégrés (MPSI).

Événements courants

Les Territoires du Nord-Ouest continuent d'avoir trois sages-femmes inscrites : Lesley Paulette, Wendy Baker et Gisela Becker. Heather Redshaw, une sage-femme de Yellowknife sera bientôt inscrite dans les Territoires du Nord-Ouest. Le Programme en pratique sage-femme du ministère régional de la Santé et des services sociaux de Fort Smith demeure le seul dans les Territoires et continue de prendre de l'expansion; il fournit présentement des soins de maternité à presque toutes les femmes en âge de procréer dans la communauté de Fort Smith. Le ministère régional de la Santé et des services sociaux de Yellowknife n'a pas encore eu de succès quant à la mise en oeuvre d'un programme de formation sage-femme; toutefois, il existe des plans pour le lancement du programme dans un avenir rapproché. Inuvik dans le Delta de Beaufort a un poste financé pour une sage-femme; quoiqu'aucun programme n'a encore été mis en place pour l'instant. D'autres régions, tel que Fort Simpson continuent de démontrer leur intérêt pour des services sages-femmes; toutefois, aucune démarche concrète n'a été effectuée pour la mise en oeuvre des services.

Coordonnées

P.O. Box 995
Fort Smith, NT
X0E 0P0
Téléphone : 867-872-6253
Télécopieur : 867-872-5516
Courriel : Midwives.nwt.nu@auroranet.nt.ca

Association of Nova Scotia Midwives

Report submitted by Kelly Chisholm RM

It has been quite a year for us in Nova Scotia. Shortly after the CAM conference in Ottawa last year the Midwifery Act (Bill 107) was passed in the House of Assembly. The official date of the Bill reaching Royal Assent was November 23rd, 2007. Although thrilled with this speedy progress we knew the hard work had just begun.

In February 2007 the Department of Health struck a committee, the Midwifery Regulation Committee (MRC) dedicated to the task of drafting the Regulations and Bylaws that would govern the practice of midwifery in Nova Scotia. The MRC membership includes representatives from the Department of Health, policy specialists from the College of Registered Nurses of Nova Scotia and Doctors Nova Scotia, the CEO of the College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia and two local midwives.

Over the past several months we have been drafting regulations, bylaws and policies to ensure the Midwifery Regulatory Council (College) will have a template of working documents and can register midwives as soon as the Act is proclaimed. Our process for drafting these

comprehensive documents has involved scrutinizing regulations and bylaws from Canadian and international regulatory colleges in midwifery, nursing, nurse-midwifery and several other allied health professions. We felt it was important to build on the good work of our colleagues to frame the practice of midwifery for Nova Scotia.

The energy in Nova Scotia seems to have had some affect on our neighbours in New Brunswick and Prince Edward Island with announcements from those provinces on the heels of our Act passing. The region is also looking at some involvement with the National Assessment Strategy and Bridging Program which would make registration more attainable to midwives in our region.

While the MRC is reaching the final stages of drafting, we have recently received news that the Primary Health Care division of the Department of Health is striking a Midwifery Implementation Committee (MIC) to commence the laborious task of integrating midwives into mainstream Nova Scotia healthcare. With our limited numbers we know that the initial start will be small and the growth slight but we feel that Nova Scotians are ready for our arrival.

The Department of Health has been questioned on several occasions by the press, opposition members, midwives and consumers as to the future of midwifery as a funded service. Although they have yet to make a formal announcement, we are confident with so many sectors of the Department working on 'the midwifery file', it appears that the intention is to ingrate midwifery as a fully funded service.

Our Association members work persistently with so much work to be completed and so few members. However, we can't help but believe that: *if we build it, they will come!*

Contact Information

P.O. Box 2722

Halifax CRO

Nova Scotia

B3J 3P7

Email: kayuka@eastlink.ca

L'Association des sages-femmes de la Nouvelle-Écosse

Rapport soumis par Kelly Chisholm RM

Ce fut une grosse année pour nous en Nouvelle-Écosse. À la suite du congrès ACSF à Ottawa l'an passé, la Loi sur les sages-femmes (Projet de loi 107) fut adoptée par la Chambre d'assemblée. La date officielle de la sanction royale fut le 23 novembre 2007. Nous sommes épatés de ce progrès rapide, mais savons aussi que les labours ne font que commencer.

En février 2007, le Département de la santé mit sur pied un comité dénommé le Comité de réglementation de la pratique de sage-femme (« Midwifery Regulation Committee » ou MRC) qui entreprendra la rédaction des réglementations et règlements intérieurs gouvernant la pratique de sage-femme en Nouvelle-Écosse. La composition du comité « MRC » comprend des représentants du Ministère de la Santé, des spécialistes en politiques du Collège des infirmiers autorisé de la Nouvelle-Écosse (« College of Registered Nurses of Nova Scotia »), du Collège des médecins de la Nouvelle-Écosse, le chef de la direction du Collège des médecins et des chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, ainsi que deux sages-femmes de la région.

Au courant des derniers mois, nous entamons la rédaction de réglementations, règles internes et politiques pour assurer que le Conseil de réglementation de la pratique de sage-femme (« Midwifery Regulatory Council ») aura un modèle avec lequel ils pourront inscrire les sages-femmes aussitôt que la Loi sera mise en effet. Le processus de rédaction des documents exhaustifs comprend l'examen soigneux des réglementations et règles internes des collèges réglementaires canadiens et internationaux de la pratique de sage-femme, des infirmiers, des infirmiers sages-femmes et de plusieurs autres professions en soins de la santé. Nous croyons qu'il est juste de se baser sur le bon travail de nos collègues pour encadrer la pratique de sage-femme en Nouvelle-Écosse.

Les efforts de la Nouvelle-Écosse semblent motiver nos voisins au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard témoignés par leurs annonces à la suite de l'approbation de notre Loi. La région entreprend aussi une participation avec la stratégie nationale d'évaluation et programme de mise en parallèle (« National Assessment Strategy and Bridging Program ») qui rendrait l'inscription des sages-femmes dans notre région plus accessible.

Pendant que la MRC entreprend ces efforts finals en rédaction, nous avons appris que la division de soins de santé primaire du Ministère de la Santé (« Department of Health Primary Health Care division ») met sur pied un comité d'implémentation de pratique de sage-femme (« Midwifery Implementation Committee » ou MIC) qui œuvra vers l'intégration des sages-femmes dans le réseau principal de la santé de la Nouvelle-Écosse. Puisque nos membres sont peu nombreux, nous comprenons que ce sera un maigre début, et que sa croissance sera faible, mais nous croyons que les Néo-Écossais sont prêts à nous accueillir.

Le Ministère de la Santé aurait été cible de plusieurs questions relatives au statut de la pratique de sage-femme comme service subventionné posées par la presse, ainsi que les membres de l'opposition, les sages-femmes et les consommateurs. Même si aucune annonce formelle n'a été émise, nous sommes sûrs que le grand nombre de divisions du Ministère déjà impliquées au dossier de la pratique de sage-femme indique l'intention du Ministère d'intégrer la pratique de sage-femme comme un service entièrement subventionné.

Les membres de notre association persistent à leurs labours avec autant de travail à entreprendre avec si peu de membres. Mais, nous continuons à croire : *si nous le construisons, ils viendront!*

Coordonnées

P.O. Box 2722

Halifax CRO

Nouvelle-Écosse

B3J 3P7

Courriel : kayuka@eastlink.ca

Midwives Association of Nunavut (MAN)

Report submitted by Natsiq Kango RM

Midwives Association to hold conference

The Midwives Association of Nunavut is now a registered society. Midwives who practice in Nunavut no longer need to join the NWT Midwives Association. The association has formed a

board with members from across Nunavut; Regilee Ootova from Pond Inlet is serving as the interim president and Natsiq Kangoo of Iqaluit as the vice president.

The purpose of the Midwives Association of Nunavut is to support and promote the reintroduction of Inuit traditional midwifery as well as support the registered midwives practicing in Nunavut. The association will support the Department of Health and Social Services and Nunavut Arctic College in their work to develop programs and training for midwives. A gathering is planned for February 2007 in Iqaluit, where traditional midwives from across Nunavut will be honoured.

Maternity Care Worker/Midwifery Program

Congratulations to the first-ever grads of the one-year-long maternity care worker certificate program: Diane Tiktak and Rachel Jones. The second intake of five students began their studies in September at the Kivalliq Campus in Rankin Inlet. Two students are from Arviat and three from Rankin Inlet. After 8 weeks in Rankin Inlet, the Arviat students went home for practicum and further education. This was done to facilitate family life, accommodation for the students, and program involvement for the community. A clinical instructor went with the students to assist with the practicum.

Meanwhile, the curriculum for the second year is being tested and the practicum will take place in Rankin Inlet and Iqaluit. A successful completion of the second year will grant a diploma in midwifery. This will be followed by an internship year.

The University College of the North (UCN) works with Nunavut Arctic College on the midwifery program. UCN's involvement will ensure that the final part of the program, access to baccalaureate equivalent courses for midwives, will be available.

The MCW/M Program is designed to strengthen the skills and increase the number of Inuit staff in the field of Maternal and Child Health. Elders were involved in developing the curriculum. At two separate meetings, Elders from across Nunavut defined what the cultural components in the program should be.

As well, video interviews were conducted with traditional midwives to record their knowledge. This knowledge was integrated into each course and will also be available as a stand alone manual. We are looking forward to including Pauktuutit's extensive collection of traditional birthing knowledge into future coursework.

Our goal is to ensure that all registered midwives – that is, all midwives who meet professional standards – have a working knowledge of and respect for traditional Inuit practices around childbirth.

Legislation

The Government of Nunavut plans to have legislation in place by mid-2007 which will provide the legal framework that is needed to direct the practice of registered midwives in the territory.

A Working Group is reviewing existing legislation from other jurisdictions and determining what changes are needed to respond to the unique needs of Nunavut. A legislative drafter will prepare the actual legislation, which will be brought to the Legislative Assembly as a Bill.

Background

The effort to formally train and recognize midwives in Nunavut began more than a decade ago. In 1993 the Rankin Inlet Low Risk Birthing Project started after lobbying by women from the then Keewatin Region. A three year project was funded by the former Keewatin Regional Health Board and a Federal Government NHRDP Grant. The project granted low risk pregnant women the choice to give birth at the birthing centre in Rankin Inlet with midwives from the south. A maternity care worker was also hired with the intent to assist the midwives and to participate in a future training program for Inuit midwives.

In 1996 the Project was incorporated into the health care system as a new program and became known as the Rankin Inlet Birthing Centre which is still operating, now part of the new health centre in Rankin Inlet. Since 1996 there has been an ongoing difficulty to recruit and retain midwives, delaying the opportunity for expansion and program development.

In March of 2005 there was renewed activity to fulfill the recommendations from the project and stable staffing was in place which made it possible to move forward again. A Midwifery Implementation Committee has also been formed to examine and plan the expansion of midwifery services in Nunavut.

L'Association des sages-femmes du Nunavut

Rapport soumis par Natsiq Kango RM

Congrès de l'association de sages-femmes

L'Association des sages-femmes du Nunavut est maintenant une société enregistrée. Les sages-femmes pratiquantes au Nunavut n'ont dorénavant plus à s'inscrire à l'association des sages-femmes des Territoires du Nord-Ouest. Le conseil d'administration de l'association s'est formé avec des membres parvenant des régions différentes du Nunavut : Regilee Ootava de Pond Inlet occupe le poste de président par intérim tandis que Natsiq Kangoo d'Iqaluit occupe le poste de vice-président.

Le but de l'Association des sages-femmes du Nunavut est de porter un appui, de promouvoir la réintroduction de la pratique de sage-femme traditionnelle inuite ainsi que d'appuyer les sages-femmes accréditées au Nunavut. L'Association appuiera aussi le Département de santé et services sociaux et le « Nunavut Arctic College » à l'élaboration de programmes et de formations pour les sages-femmes. Une rencontre est anticipée au mois de février 2007 à Iqaluit durant laquelle plusieurs sages-femmes du Nunavut seront honorées.

Travailleur en soins de maternité/Programme de pratique de sage-femme

Félicitations aux premières finissantes du programme d'un an de certification en travail en soins de maternité : Diane Tiktak et Rachel Jones. La deuxième cohorte de cinq étudiants commencera ses études en septembre au campus Kivalliq à Rankin Inlet. Deux étudiants viennent d'Arviat et les trois autres de Rankin Inlet.

Après 8 semaines à Rankin Inlet, les étudiants d'Arviat y sont retournés pour leurs stages et pour une formation continue. Cette décision fut prise pour accommoder la vie familiale et les étudiants et pour aussi promouvoir l'intégration du programme dans la communauté. Un moniteur accompagne les étudiants pour assister à leurs stages.

Entre-temps, le curriculum de deuxième année est sous évaluation et le stage sera complété à Rankin Inlet et Iqaluit. Un diplôme en pratique de sage-femme sera conféré dès l'achèvement réussi de la deuxième année qui sera ensuite suivie d'une année d'internat. L'« University College of the North » (UCN) et le « Nunavut Arctic College » collaborent au sein du programme de pratique de sage-femme. La participation du UCN assure la disponibilité de la phase finale du programme, soit l'accès à des cours équivalents au baccalauréat pour les sages-femmes.

Le programme MCW/M est conçu pour l'amélioration des compétences et pour hausser le nombre du personnel inuit dans le domaine de la santé maternelle et de l'enfant. Les Anciens furent participants dans l'élaboration du curriculum. À la suite de deux réunions distinctes, plusieurs Anciens des régions du Nunavut ont élaboré les composants culturels du programme.

Des entrevues vidéos furent aussi entreprises avec des sages-femmes traditionnelles pour relever leurs connaissances. Ces connaissances furent intégrées à chaque cours et seront aussi disponibles en manuels hors programme. Nous anticipons l'intégration des amples connaissances de Pauktuutit en accouchement traditionnel dans le programme de cours.

Notre but est d'assurer que les sages-femmes accréditées, soit toutes sages-femmes qualifiées sous les normes professionnelles, ont des connaissances pratiques ainsi qu'un respect pour les pratiques traditionnelles inuites d'accouchement.

Législation

Le gouvernement du Nunavut anticipe la mise en œuvre de législation dès le milieu de l'année 2007 qui avancera un cadre législatif nécessaire à la gestion de la pratique accréditée des sages-femmes dans le territoire.

Un groupe de travail révisé présentement la législation courante de plusieurs autres juridictions pour déterminer les changements nécessaires à répondre aux besoins uniques du Nunavut. Un rédacteur juridique prépara le projet de loi à être soumis à l'Assemblée législative.

Historique

Il y a au-delà de dix ans qu'une démarche fut amorcée visant une formation et une reconnaissance formelle des sages-femmes du Nunavut. En 1993, le projet « Rankin Inlet Low Risk Birthing » fut entamé à la suite de lobbying par les femmes de la région connue à ce temps sous le nom Keewatin. Un projet de trois ans fut commandité par l'ancien Conseil de la santé régional du Keewatin et une subvention NHRDP du gouvernement fédéral. Le projet offrit aux femmes enceintes à faibles risques le choix d'accoucher à la maison de naissance Rankin Inlet auprès de sages-femmes des régions du Sud. Un travailleur en soins de maternité fut aussi embauché pour appuyer les sages-femmes et pour collaborer dans un programme de formation future visant les sages-femmes inuites. En 1996, le projet fut incorporé au système de soins de santé comme nouveau programme et fut dénommé « Rankin Inlet Birthing Centre » toujours en marche au sein du nouveau centre de santé de Rankin Inlet. Depuis 1996, les défis de recrutement et de rétention des sages-femmes demeurent importants et causent des retards relatifs à l'expansion et au développement du programme.

Le mois de mars 2005 a vu un renouvellement d'activités visant la réalisation des recommandations du projet, ainsi que la mise en place d'un personnel stable, qui permet la continuation des démarches. Un comité de mise en œuvre de pratique de sage-femme a été mis sur pied pour amorcer une révision et un plan de mise en œuvre pour l'expansion des services de sages-femmes au Nunavut.

Association of Ontario Midwives (AOM)

Report submitted by the AOM

Midwifery expansion

In August 2007, as a result of an intensive year of lobbying by the Midwifery Education Programme (MEP), Association of Ontario Midwives (AOM) and other stakeholders, the Ministry of Health and Long Term Care and the Ministry of Training, Colleges and Universities announced an expansion of the Ontario Midwifery Education Program (MEP). Effective September 2007, 20 additional students will be admitted to the MEP (for a total of 80 students),

with an additional 10 seats to be added in 2008. In addition, with this year's new graduates joining the pool of practicing midwives, the AOM has now exceeded 400 registered midwives in the province.

CURRENT STRATEGIES

Election Strategy

The October Ontario provincial election is an opportunity for midwives and supporters of midwifery to bring political attention to the issues of maternal and newborn care, including the pending shortage of primary maternity care providers. All AOM members were sent an election 2007 kit that included: postcards for clients and community members to indicate their support for midwifery; flyers intended to inform politicians about midwifery and maternity care issues; a supporter "election tool kit" to assist supporters of midwifery get involved in the election; and suggestions for how midwives can develop constructive, ongoing dialogue with their local MPPs after the election. Supporter election kits were also sent to midwifery consumer groups.

LHINs Strategy

Local Health Integration Networks (LHINs), part of a re-organization to a greater regional role in health care in Ontario, were recently given control of health care spending for their local hospitals. This has great potential to impact women's health care, including maternity care in hospitals. LHINs do not flow funds to community-based practitioners, such as midwives and physicians. All Ontario practice groups have been provided information regarding their respective LHINs by AOM, and provided with support from the AOM to engage with their own LHIN. The AOM has created Midwifery-LHIN list-serves and designated a LHIN "point person" from each practice. Point midwives and list-serves have been used to disseminate information as well as ensure that practices are not duplicating efforts. In order to ensure that midwives and consumers are represented in LHIN activity and decision-making, the AOM is supporting and encouraging midwives to meet with their local LHINs and participate on various committees, including the Health Professionals Advisory Committee.

PROJECTS

Negotiations preparation

In 2004-05, as part of the previous compensation review, the Ministry of Health committed to a next compensation review in three years time. AOM anticipates that negotiations with the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care regarding the Ontario midwifery funding agreement will begin in early 2008. Preparations for these negotiations are underway including a comprehensive workload analysis survey.

Hospital Privileges

All midwives maintain privileges in at least one hospital, and work collaboratively with other health care practitioners. The issue of obtaining hospital privileges remains significant in Ontario. The Association of Ontario Midwives, the Ontario Ministry of Health and Long Term Care and the Ontario Hospital Association continue to work collaboratively on this complex issue.

HIV/Sexual Health and Midwifery Project

The AOM, the Ontario Midwifery Program, and Ontario AIDS Bureau have collaborated to address the need for HIV capacity building among Ontario midwives. Capacity building includes

the development of best practices within the midwifery model for sexual health counseling and prenatal HIV testing, as well as facilitating and promoting information exchange and networking between the midwifery sector and other health care professions/sectors. A professional development module for midwives should be ready for distribution this fall by the Ontario Ministry of Health.

AOM Committee, Task Forces And Working Groups

The AOM has added considerably more committees to its roster in 2007 in an effort to increase member engagement and input in AOM activities. The new Policy Committee provides guidance and support on the AOM's policy work, in accordance with the strategic plan. It consults and supports the development of campaigns and materials to inform and engage government, midwives, consumers and stakeholders. The Workload Analysis Steering Committee was formed to guide our workload analysis project. A Negotiations Committee has been set to assist with preparations for funding agreement negotiations with the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Three new working groups to address rural issues, remote issues, and hospital privileges have been developed to provide strong member input into these key issues. The Insurance and Risk Management Committee and the ESW Working Group continue to support AOM activities in these important areas.

ONTARIO MIDWIFERY LINKS

Professional Association:

Association of Ontario Midwives: www.aom.on.ca

Regulatory Body:

College of Midwives of Ontario: www.cmo.on.ca

Midwifery Education Program

Ryerson University: <http://www.ryerson.ca/programs/midwifery.html>

McMaster University: <http://www-fhs.mcmaster.ca/midwifery/>

Laurentian University: <http://midwifery.laurentian.ca/>

International Midwifery Pre-Registration Program:

www.ryerson.ca/ce/midwife

Ontario Ministry of Health and Long Term Care:

<http://www.health.gov.on.ca/index.html>

Contact Information:

789 Don Mills Road, Suite 608

Toronto, ON

M5C 1T5

Phone: 416-425-9974

Toll Free in Ontario: 1-866-418-3773

Fax: 416-425-6905

Website: www.aom.on.ca

Email: admin@aom.on.ca

L'Association des sages-femmes de l'Ontario

Rapport soumis par l'AOM

Statut de la pratique de sage-femme en Ontario

Expansion de la pratique de sage-femme

En août 2007, à la suite de lobbying intense entrepris par le Programme d'éducation de pratique de sage-femme (« Midwifery Education Programme » ou MEP), de l'Association des sages-femmes de l'Ontario (« Association of Ontario Midwives » ou AOM), et de plusieurs autres parties prenantes, le Ministère de la Santé et des Soins à longue durée, et le Ministère de formation, des Collèges et des Universités ont confirmé une expansion du MEP. Dès septembre 2007, 20 étudiants additionnels seront admis au MEP (pour un total de 80 étudiants), et 10 sièges de plus seront offerts en 2008. De plus, avec l'intégration des nouveaux finissants dans la communauté de sages-femmes pratiquantes, l'AOM se dote de plus de 400 sages-femmes accréditées dans la province.

STRATÉGIES EN COURS

Stratégie électorale

Les élections provinciales de l'Ontario au mois d'octobre se présentent comme une opportunité pour les sages-femmes et les partisans de la pratique de sage-femme à souligner les enjeux politiques des soins maternels et néonataux, particulièrement la pénurie de fournisseurs de soins maternels primaires. Une trousse « élection 2007 » fut envoyée aux membres de l'AOM comprenant : des cartes postales pour les clients et membres de la communauté pour démontrer leur appui pour la pratique de sage-femme; des dépliants visant l'éducation des politiciens des enjeux de la pratique de sage-femme et des soins maternels; une trousse d'outils de participation pour les partisans de la pratique de sage-femme; et plusieurs suggestions pour aider les sages-femmes à amorcer des dialogues continus avec leurs membres du Parlement à la suite des élections. Les trousse « élection 2007 » ont aussi été envoyées aux associations de consommateurs de la pratique de sage-femme.

Stratégie LHINs

Les réseaux d'intégration de santé locaux (« Local Health Integration Networks » ou LHINs), faisant partie d'une réorganisation visant le rôle croissant des régions en soins de santé en Ontario, ont obtenu l'autorisation de dépenses des hôpitaux locaux. Ceci permet un impact important aux soins de santé des femmes, ainsi que les soins maternels dans les hôpitaux. L'LHINs ne subventionne pas directement les pratiquants communautaires, tels que les sages-femmes et les médecins. Les praticiens dans le milieu d'exercice de l'Ontario ont reçu de l'AOM l'information relative à leurs LHINs respectifs, ainsi que l'appui de l'AOM à s'engager auprès de leur propre LHIN. L'AOM à instaurer des LISTSERV LHIN/pratique sage-femme et entrepris la désignation de « personnel clé » de chaque domaine de pratique. Ces personnels clés et LISTSERVs circulent des informations et évitent la duplication des démarches des pratiques. Pour assurer la représentation des sages-femmes et des consommateurs dans les activités et prises de décision des LHINs, l'AOM appui et encourage les sages-femmes de se familiariser avec leurs LHINs régionaux et de participer au sein de leurs comités, tels que le comité consultatif des professionnels de la santé (« Health Professionals Advisory Committee »).

PROJETS

Préparation aux négociations

Durant la première étude de la rémunération de 2005-06, le Ministère de la Santé s'est engagé à une prochaine étude de la rémunération dans trois ans. L'AOM anticipe que les négociations avec le Ministère de la Santé et des Soins à longue durée sur les ententes de financement de la pratique de sage-femme ontarienne débuteront tôt en 2008. Les préparations pour ces négociations sont en cours et comprennent une enquête intégrée visant l'analyse des charges de travail.

Privilèges dans les milieux hospitaliers

Chaque sage-femme bénéficie de droit d'accès dans au moins un hôpital et travaille en collaboration avec d'autres pratiquants de soins de santé. L'enjeu des droits d'accès aux hôpitaux demeure important en Ontario. L'AOM, et le Ministère de la Santé et des Soins à longue durée et l'Association des hôpitaux de l'Ontario (« Ontario Hospital Association ») continuent à collaborer sur cet enjeu complexe.

VIH / hygiène sexuelle et le projet de pratique sage-femme

L'AOM, le Programme de pratique de sage-femme de l'Ontario (« Ontario Midwifery Program ») et le Bureau SIDA Ontario (« Ontario AIDS Bureau ») ont œuvré sur le renforcement des capacités VIH pour les sages-femmes ontariennes. Le renforcement des capacités comprend l'élaboration de pratiques d'excellence au sein du modèle de pratique de sage-femme visant le counseling en hygiène sexuelle et le dépistage VIH prénatal, ainsi que la promotion et l'aide-auxiliaire aux échanges d'information et au réseautage dans le secteur des sages-femmes et autres secteurs et professions en soins de santé. Un module de perfectionnement professionnel pour les sages-femmes devra être prêt pour une dissémination cet automne par le Ministère de la Santé de l'Ontario.

Comités et groupes de travail de L'AOM

L'AOM a mis sur pied plusieurs nouveaux comités à son actif en 2007 visant une hausse de l'engagement et de la participation de ces membres à ses activités. Le nouveau comité de politiques (« Policy Committee ») offre un appui et une orientation aux travaux d'analyse des politiques de l'AOM selon les stipulations du plan stratégique. Il a le mandat de consulter et porter un appui à l'élaboration des campagnes et des publications visant l'éducation et l'engagement du gouvernement, des sages-femmes, des consommateurs et des parties prenantes. Le comité des pouvoirs des analyses des charges de travail (« Workload Analysis Steering Committee ») fut mis sur pied pour la coordination du projet d'analyse des charges de travail. Un comité de négociation (« Negotiations Committee ») fut mis sur pied pour guider les préparations visant les négociations de l'entente du financement avec le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MOHLTC »). Trois nouveaux groupes de travail ont été mis sur pied pour entreprendre les enjeux ruraux, les zones reculées, et les privilèges en milieux hospitaliers et pour obtenir les avis nombreux des membres sur ces enjeux. Le comité d'assurance et gestion du risque (« Insurance and Risk Management Committee ») et le groupe de travail « ESW » continuent à appuyer l'AOM dans ces thèmes importants.

LIENS ONTARIENS DE PRATIQUE SAGE-FEMME

Association professionnelle: Association of Ontario Midwives: www.aom.on.ca

Organisme de réglementation: College of Midwives of Ontario: www.cmo.on.ca

Programme de formation pratique de sage-femme :

Ryerson University: <http://www.ryerson.ca/programs/midwifery.html>

McMaster University: <http://www-fhs.mcmaster.ca/midwifery/>

Laurentien University: <http://midwifery.laurentian.ca/>

Programme de préinscription international des sages-femmes :

www.ryerson.ca/ce/midwife

Ministère de la Santé et des Soins à longue durée de l'Ontario :

<http://www.health.gov.on.ca/index.html>

Coordonnées :

789 Don Mills Road, Suite 608

Toronto, ON

M5C 1T5

Téléphone : 416-425-9974

Sans frais en Ontario : 1-866-418-3773

Télécopieur : 416-425-6905

Site Web: www.aom.on.ca

Courriel : admin@aom.on.ca

Prince Edward Island Midwives Association (PEIMA)

Report submitted by Joyce England RM

There is still no legislation under which midwives can practice in PEI. However a change of government with more interest in midwifery is giving us some hope that women in PEI may have more birth options in the not so distant future.

In the early summer the PEI membership expanded from two to four. Our plan for the fall and winter is to become more organized as an association, and to continue to work with the BORN Coalition educating the new government and the public about midwifery, and to seek support for birth options for PEI families. BORN have secured funding through the CO-OP Secretariat to undertake a one year feasibility study related to the opening of a birthing centre and women's health centre in PEI.

We are anxiously waiting for the outcome of the Nova Scotia and New Brunswick government's announcement to legislate midwifery in their provinces. We hope it will encourage our new government to follow suit.

Contact Information

Joyce England, jie63@eastlink.ca,

L'Association des sages-femmes de l'Île-du-Prince-Édouard

Rapport soumis par Joyce England RM

Il n'existe toujours pas de législation sous laquelle les sages-femmes peuvent pratiquer en l'Île-du-Prince-Édouard (l'Î.-P.-É.). Toutefois, un changement de gouvernement qui démontre un intérêt plus marqué pour la pratique sage-femme nous laisse espérer que les femmes de l'Î.-P.-É. pourraient avoir plus de choix en matière de naissances dans un avenir non lointain.

Au début de l'été, l'effectif de l'Association s'est accru; passant de deux à quatre membres. Au cours de l'automne et de l'hiver, nous voulons devenir mieux organisées en tant qu'association et nous désirons continuer à travailler avec la coalition BORN dans le but d'éduquer le nouveau gouvernement ainsi que la population sur la pratique sage-femme et de chercher du soutien pour les familles de l'Î.-P.-É. en ce qui a trait aux choix de naissances. Par le biais du Secrétariat CO-OP, BORN a obtenu du financement pour entreprendre une étude de faisabilité d'un an, liée à l'ouverture d'une maison de naissance et d'un centre de santé pour femmes en l'Î.-P.-É.

Nous attendons avec impatience le résultat des proclamations des gouvernements de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à la législation de la pratique sage-femme dans leur province. Nous espérons que cela encouragera notre nouveau gouvernement à faire de même.

Coordonnées

Joyce England, jie63@eastlink.ca,

Regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ)

Report submitted by Jennie Stonier RM

A prevalent theme for Quebec midwives and women's support groups this year has centered around how to develop midwifery and make services more accessible, while maintaining the essence of "with woman" care.

Midwifery has served as a self-regulating profession legislated under the Quebec Ministry of Health and Social Services (MSSS) since 1999. Over the years, numerous formal links with community groups have assured that midwifery practice in Quebec continues to be informed by women and families. This year much concern over midwifery's future directions, and how to best conserve a community model of care has been expressed in the wake of the Ministry's expansion plan proposed in their 2006 *Politique en périnatalité*. In late spring 2006 a document entitled "*Les Enjeux de l'intégration des sages-femmes : s'intégrer sans se désintégrer, Actes du Colloque*", voiced some of these initial concerns in the form of recommendations for further development and integration of midwifery in Quebec. (Both documents are available from the RSFQ office.) Over a year later, while demand for midwifery services increases (birth centre waiting lists range from 80 to 800), the final version of the Ministry's Policy document has yet to be released, creating a striking disconnect between government policy, funding, and the efforts of the university midwifery program to strengthen the profession. Nonetheless, the freeze is predicted to thaw by winter, and it is expected that some of the concerns expressed over the last two years will be addressed. In any case, a sizable representation of women and midwives are ready to respond.

Legislation and regulation:

The evaluation of a 5 year pilot project funded by the MSSS involving midwifery practice in out-of-hospital birth centers gave rise to the 1999 Quebec Midwifery Act which prescribes the regulation of midwifery through the Ordre des Sages Femmes du Québec (OSFQ), the professional organization which serves to protect the public. The Regroupement des Sages Femmes du Québec (RSFQ) is the main provincial association working on behalf of the professional interests of midwives while striving to develop the profession according to its model and philosophy of care.

Midwifery Model of Care:

Midwives offer comprehensive primary maternity care in home, birth centers and hospital settings. The model is founded on 4 guiding precepts which are intimately connected and contribute to fundamental concepts of responsibility and safety:

- Confidence and respect for the physiological process of pregnancy and birth
- Confidence and respect for the competency, autonomy and personal choices of childbearing women
- Continuity of care and the care relationship
- Development and fostering of personal and egalitarian relationships *with* women

These principles assume a subtle shift away from a paradigm where an expert provides care, advise and education to the beneficiary, to one that values accompaniment and exploration within the context of a relationship developed over time. The objective of this relationship is not to change or fix the individuals involved. Rather, it encourages the possibility of mutual trust and empowerment by focusing on the whole person through dialogue and deep listening. The midwifery model is inclusive of a biomedical approach, but extends and complements the biomedical model of maternity care through its regard for each woman's unique expression of what is normal to the birth process.

Funding and remuneration:

Midwifery services in Quebec are fully funded by the MSSS. Women have access to services covered by provincial health care insurance.

The RSFQ signed a preliminary agreement regarding working conditions with the Health Ministry in December 2004. Negotiations continue, however, with the intension of better aligning remuneration and working conditions with the reality of midwifery practice and perspective.

Requirements for registration:

The OSFQ registers midwives who have either passed through the 4 year Midwifery Baccalaureate Program at the Université du Québec à Trois Rivières (UQTR), or otherwise demonstrated competency and safety to practice according to requirements set out in their bylaws. The Midwifery Program at UQTR graduated nine midwives this year. The program has seen 47 graduates since it opened in 1998.

The OSFQ is presently developing a formal Prior Learning and Education Assessment tool, which is to contain an orientation component for midwives educated or experienced in jurisdictions outside the Quebec system.

Implementation and development:

Midwives are considered primary care workers and so are employed through regional community health centers (CSSS), which serve as umbrella organizations for the 11 maternity centres throughout southern and northern Quebec. An additional maternity centre in the Laurentian region of Quebec opened its doors this year, and budgeting has been approved for two more centers each in the Montreal and Quebec City regions. These services are intended to target, in part, certain “vulnerable populations”.

Care and follow-up is primarily provided out of these maternity centers. Women have the choice to give birth at home, in the maternity center or in hospital. To date, however, despite political and financial pressure for hospital based midwifery care, given the option, most women followed by midwives in Quebec still choose to give birth in their homes or in birth centres.

In response to results of its 2005 survey of women’s maternity care preferences, the MSSS proposed within the context of its 2006 *Politique en périnatalité* to increase the projected number of Quebec women having access to midwifery services by 10% within the next 10 years.

Statistics:

The number of births attended by the 93 practicing midwives in Quebec and recorded by the maternity centers this year was slightly over 2% of the approximated 70,000 births per year in Quebec. This represents a rise of almost 200% since 1994.

Two years ago the Health Ministry took initial steps to standardize data collection for all the maternity centers. However, implementation of these programs is now indefinitely on hold. A promotional package prepared by the RSFQ is available from their office. It outlines in more detail some of the statistical findings related to midwifery care in Quebec, including results from studies comparing women followed by midwives with a similar population of women followed by doctors.

Additional RSFQ initiatives:

The work of the RSFQ board has been particularly preoccupied with the issue of development this year. The Association has taken the lead and spent many hours educating policy makers on the needs and benefits of our profession. Recommendations have focused on supporting the Ministry’s initiatives, while calling for ongoing dialogue among all implicated partners in order to honor the essential principles of midwifery and articulate its role as “guardian of normal birth” to colleagues in the field.

In collaboration with the OSFQ and the Group Maman, the RSFQ produced a working definition of the “Maison Naissance” (Maternity Centre). This initiative was intended to permit the RSFQ to take an official position on the subject, and to serve as a means to preserve the philosophy of care applied in these community based locations.

Somewhat in the spirit of “small is beautiful” (and so is intimacy, confidence in normal birth, and all the rest...) and that care is strengthened through relationship and continuity, the following definition emerged from the June 2007 AGM:

Maison de naissance

« Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur d'une communauté, un lieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, mais faisant partie du réseau public de la santé. C'est une petite installation où est

basée la pratique sage-femme et qui accueille environ 300 naissances par année, afin de garder son caractère familial et humain.

En maison de naissance se donnent uniquement des services de première ligne. Les sages-femmes qui y travaillent, offrent aux femmes et à leur famille, un accompagnement global de la naissance, comprenant entre autres ; le suivi de grossesse, l'accouchement, le postnatal de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 semaines. Son environnement et la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent favorisent l'accouchement naturel. C'est l'endroit privilégié du développement de la pratique sage-femme, de la formation et de la recherche.

Une maison de naissance répond aux besoins de la communauté dans laquelle elle est installée. On y développe une vision sociale et citoyenne de la naissance. Ceci implique un partenariat avec les familles et les citoyenNEs à toutes les étapes de la vie de la maison de naissance. Des activités communautaires en lien avec la parentalité et la santé peuvent s'y tenir et créer aussi de nouvelles solidarités”

The RSFQ continues to produce its newsletter, *Mes Sages*. This publication encourages the sharing of narrative, and promotes the importance of the tradition of storytelling in making visible the diverse events which occur around birth and, consequently, in generating midwifery knowledge.

Northern midwifery:

Nunavik's Inuulitsivik midwifery service and education program celebrated its 20th anniversary last October. There are 3 maternity centers on the Hudson Bay Coast (serving 7 villages). Midwives follow 100% of pregnant women from that region, accounting for about 200 births per year. They also provide well-woman and baby care within the three village communities.

The Quebec Midwifery Act recognized 5 of the local midwives practicing in Nunavik in 1999 by granting them regional licenses. However, the Act did not provide for the ongoing education of future midwives in this region, and consequently, the 4 community midwives who have since graduated from the apprentice based Inuulitsivik Midwifery Program have no legal status. They continue to provide comprehensive care in Inuitut to women and families in their communities, nonetheless, along with 11 students and a number of part time midwives serving as mentors and preceptors from different regions of southern Canada.

The scope of practice for northern midwives is broader in the areas of emergency care and community health due to the remote nature of the region. Statistics are comparable to those for midwives practicing in southern Quebec, although intervention rates tend to be slightly lower and the C-section rate has ranged between 1.7 and 2.4 since the practice began. The transfer rate ranges from 8-11%.

Inuulitsivik Health Centre, with the help of the Ontario Health Ministry and Ryerson Midwifery Program received a Health Canada grant to conduct a 20 year retroactive study of childbirth related outcomes for the coast. This is being seen as a major step towards gaining long awaited recognition for the Inuulitsivik Midwifery Program, as well as a way to validate bringing birth closer to remote communities.

Inuulitsivik midwives and students joined Inuit from across the north, health professionals, and government representatives in Iqaluit for the first Nunavut Inuit Nunaat Midwifery Gathering to share experiences, concerns, elder wisdom, and politics..

Some positive discussion about solutions regarding recognition and regulation of Nunavik midwives took place between the Department of Aboriginal Affairs and Northern Regions, the Quebec Department of Health representative, Jeannine Auger and Nunavik midwives. The potential for a Nunavik or Arctic Assessment Process that could be accepted by the OSFQ and/or by a Pan-Arctic Body was also seriously discussed. While there seemed to be general support for a Pan Arctic Midwifery Association network board, there was also recognition that the unique and diverse needs existing among the Arctic Inuit Communities would have to be addressed differently by such an organization.

Meanwhile, Tulatavik Hospital in Kuujjuak has posted a positions for 3 midwives to help set up midwifery services for the Ungava Coast. These communities have expressed a desire to have services based on the Inuulitsivik model.

The James Bay Cree under the auspices of the Cree Health Board and the Awash Healthy Children Program continue to move forward on establishing midwifery services and a local midwifery education program for their region. The Cree Board has hired a registered midwife to start the process of developing midwifery services beginning with the villages of Mistissini and Chisassibi. Funding for a birth center in Mistissini was approved last spring.

Representatives from both the James Bay and Nunavik regions have joined a core group of aboriginal midwives from across Canada to organize a second Aboriginal Midwifery Gathering to be held in conjunction with the CAM Vancouver Conference. This group will also be exploring, over the next year, the possibility of creating a National Aboriginal Midwifery Council.

Looking back on this year of reflection and movement, one perspective on Quebec Midwifery that still rings true resonates from the words of a mother from a remote community in James Bay: *“We hope that by sharing our stories and deepening bonds of communication and reflection among women, midwives and other health care workers, we can bring to light the memory of what is essential to maternity care as it evolves across regions and cultures.”*

Contact information:

RSFQ

Céline Lemay, President
6555 Côtes-des-Neiges, bureau 442
Montréal, QC H3S 2A6
514-738-8090
sages.femmes.qc@bellnet.ca
www.rsfq.org

OSFQ

ordresagesfemmes@osfq.org
www.osfq.org

Nunavik Midwifery Association

Brenda Epoo, President
Inukjuak Maternity
Inukjuak, Nunavik, QC J0M 1G0
819-254-0172
brenda.epoo@ssss.gouv.qc.ca

UQTR

www.uqtr.org

Le Regroupement les sages-femmes du Québec (RSFQ)

Rapport soumis par Jennie Stonier RM

Cette année, un thème qui prévalait pour les sages-femmes et les groupes de soutien aux femmes cherchait à voir comment développer davantage la pratique sage-femme et de rendre ses services plus accessibles tout en maintenant l'essence des soins 'centrés sur la femme'.

La pratique sage-femme est une profession autoréglementée qui est légiféré sous le ministère de la Santé et des services sociaux depuis 1999. Au cours des années, les nombreux liens formels qui se sont établis avec des groupes communautaires ont assuré que les femmes et les familles contribuent à la pratique sage-femme au Québec. Cette année, il y a eu beaucoup de réflexion sur les directions futures de la pratique sage-femme, ainsi que sur la manière de maintenir un modèle de soins communautaire, et ce, en réponse au plan d'expansion du ministère proposé dans *Politique en périnatalité* de 2006. À la fin du printemps 2006 un document intitulé "*Les Enjeux de l'intégration des sages-femmes : s'intégrer sans se désintégrer, Actes du Colloque*", exprimait certaines préoccupations initiales sous forme de recommandations pour une intégration et un développement plus important de la pratique sage-femme au Québec. (Ces deux documents sont disponibles au bureau du RSFQ). Au-delà d'un an plus tard, tandis que la demande pour les services sage-femme est à la hausse (les listes d'attente dans les maisons de naissance varient de 80 à 800), la version définitive de la Politique du ministère n'a pas encore été publiée, créant un grand écart entre la politique gouvernementale, le financement et les efforts du programme universitaire en pratique sage-femme pour renforcer la profession. Néanmoins, on prédit que le gel va fondre d'ici l'hiver et on s'attend à ce que certaines des préoccupations exprimées au cours des deux dernières années soient adressées. De toute manière, une représentation importante de femmes et de sages-femmes sont prêtes à y répondre.

La législation et la réglementation

L'évaluation du projet-pilote financé par le MSSS sur la pratique sage-femme en maison de naissance hors de centre hospitalier a donné lieu à la Loi sur les sages-femmes de 1999, qui prévoyait la réglementation de la pratique par le biais de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), l'organisme professionnel qui a le mandat de protéger le public. Le Regroupement des Sages Femmes du Québec (RSFQ) est la principale association provinciale qui travaille pour les intérêts professionnels des sages-femmes tout en faisant son possible pour développer la profession en accord avec ses normes de pratique professionnelle et sa philosophie.

Les normes de pratique professionnelle sage-femme

Les sages-femmes offrent des soins de maternités primaires complets à domicile, en maisons de naissance et en milieux hospitaliers. Les normes de pratique sont fondées sur quatre fondements propres qui sont intimement liés et qui contribuent aux concepts fondamentaux de responsabilité et de sécurité :

- La confiance et le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux
- La confiance et le respect pour la femme dans ses compétences, son autonomie et ses choix personnels
- La continuité des soins et la relation de confiance avec la femme

- Développer et maintenir une relation égalitaire et personnelle avec la femme

Ces principes impliquent une transition subtile du paradigme où l'expert prodige les soins, les recommandations et l'éducation à la bénéficiaire vers un paradigme qui met de l'importance sur l'accompagnement et l'exploration dans le contexte d'une relation qui se développe au fil du temps. Le but de cette relation n'est pas de changer ni de réparer les individus concernés. Elle encourage, plutôt, la possibilité d'une confiance mutuelle et de l'empowerment en mettant l'emphase sur la personne dans sa totalité par le biais du dialogue et de l'écoute active. Le modèle de pratique sage-femme comporte une approche biomédicale, mais il complète et agrandit ce modèle biomédical des soins de maternité par le biais de l'égard qu'il a pour chaque femme en ce qui a trait à sa vision personnelle de ce qui est normal dans le processus de naissance.

Le financement et la rémunération

Les services sage-femme sont entièrement financés au Québec par le MSSS. Les femmes ont accès aux services couverts par l'assurance maladie provinciale. Le RSFQ a signé un accord préliminaire sur les conditions de travail avec le ministère de la Santé en décembre 2004. Les négociations se poursuivent, toutefois, avec l'intention de mieux aligner la rémunération et les conditions de travail avec la réalité de la pratique et des perspectives sage-femme.

Exigences pour l'inscription en pratique sage-femme

L'OSFQ inscrit les sages-femmes qui ont soit complétées le Programme, de quatre ans, de baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), ou qui ont autrement démontré leurs compétences et habiletés à pratiquer selon les exigences stipulées dans leurs règlements. Cette année, neuf sages-femmes ont gradué du programme en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Depuis son ouverture en 1998, le programme a vu 47 finissantes. L'OSFQ est en train de développer son propre processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis, ce dernier comportera aussi un volet pour les sages-femmes formées ou qui ont travaillé dans des provinces ou territoires autres que le Québec.

La mise en oeuvre et le développement

Les sages-femmes sont considérées comme des intervenantes de première ligne et sont embauchées par les Centres régionaux de santé et services sociaux (CSSS), qui servent d'organismes parapluie pour les 11 maisons de naissance à travers le sud et le nord du Québec. Une autre maison de naissance dans la région des Laurentides a ouvert ses portes cette année, le financement pour deux autres maisons de naissance a été approuvé, une pour la région de Montréal et l'autre pour la région de Québec. Ces services sont censés viser, en partie, certaines populations à risque. Les soins et les suivis sont principalement fournis par les maisons de naissance. Les femmes ont le choix d'accoucher à domicile, à la maison de naissance ou en milieu hospitalier. À ce jour, malgré la pression financière et politique pour des soins sage-femme en milieu hospitalier, lorsqu'on leur donne le choix, la plupart des femmes suivies par une sage-femme choisissent de donner naissance à domicile ou à une des maisons de naissance.

Pour faire suite aux résultats de son sondage de 2005, portant sur les préférences des femmes en matière de soins de maternité, le MSSS a proposé dans le contexte de sa *Politique en périnatalité* de 2006 d'augmenter le nombre projeté de femmes du Québec ayant accès à des services sage-femme de 10 %, et ce, d'ici les dix prochaines années.

Statistiques

Le nombre de naissances assistés par les 93 sages-femmes praticiennes au Québec et enregistrées par les maisons de naissance était légèrement au-dessus de 2 % des 70,000 naissances approximatives par année au Québec. Ceci représente une hausse de près de 200 % depuis 1994. Il y a deux ans, le ministère de la Santé a pris des mesures pour standardiser la collecte de données pour toutes les maisons de naissance. Toutefois, la mise en oeuvre de ces programmes a été mise en attente, et ce, pour un temps indéfini.

Le RSFQ a préparé une trousse d'information qui est disponible à leur bureau. On y souligne en plus de détail les données statistiques reliées à la pratique sage-femme au Québec, dont les résultats d'études comparant des femmes suivies par des sages-femmes avec une population semblable de femmes suivies par des médecins.

D'autres initiatives du RSFQ

Le Conseil du RSFQ a été particulièrement intéressé par la question du développement dans le cadre de son travail. L'Association a pris la tête et a passé de nombreuses heures à éduquer les décideurs sur les besoins et les bénéfices de la profession sage-femme. Les recommandations se sont concentrées sur l'appui des initiatives du ministère tout en demandant que le dialogue se poursuive entre tous les partenaires concernés, dans le but de respecter les principes essentiels à la pratique sage-femme et aussi d'articuler son rôle en tant que gardienne "de l'accouchement normal" auprès de ses collègues dans le domaine.

En collaboration avec l'OSFQ et le Groupe Maman, le RSFQ a élaboré une définition pratique de la 'Maison de naissance'. Cette initiative était faite dans le but de permettre au RSFQ de prendre une position officielle sur le sujet, ainsi qu'à servir de moyens de préserver la philosophie des soins tels qu'ils sont appliqués dans ces lieux situés au coeur de la communauté.

Un peu dans l'optique du "small is beautiful", la beauté se retrouve dans les petites choses (et aussi, l'intimité, la confiance dans l'accouchement normal, et tout le reste...) et que les soins sont renforcés par le biais de la relation et de la continuité, la définition suivante a vue le jour lors de l'Assemblée générale annuelle en juin 2007 :

Maison de naissance

« Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur d'une communauté, un lieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, mais faisant partie du réseau public de la santé. C'est une petite installation où est basée la pratique sage-femme et qui accueille environ 300 naissances par année, afin de garder son caractère familial et humain.

En maison de naissance se donnent uniquement des services de première ligne. Les sages-femmes qui y travaillent, offrent aux femmes et à leur famille, un accompagnement global de la naissance, comprenant entre autres; le suivi de grossesse, l'accouchement, le postnatal de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 semaines. Son environnement et la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent favorisent l'accouchement naturel. C'est l'endroit privilégié du développement de la pratique sage-femme, de la formation et de la recherche.

Une maison de naissance répond aux besoins de la communauté dans laquelle elle est installée. On y développe une vision sociale et citoyenne de la naissance. Ceci implique un partenariat

avec les familles et les citoyenNEs à toutes les étapes de la vie de la maison de naissance. Des activités communautaires en lien avec la parentalité et la santé peuvent s'y tenir et créer aussi de nouvelles solidarités.''

Le RSFQ continue de publier son bulletin, Mes Sages. Cette publication favorise le partage de narratifs et promeut l'importance de la tradition de conteuse en rendant visible les divers événements qui se déroulent autour d'une naissance et par conséquent contribue au savoir sage-femme.

La pratique sage-femme dans le Grand Nord

Le programme de formation et de service sage-femme d'Inuulitsivik au Nunavik a célébré son 20e anniversaire en octobre dernier. Il y a trois maisons de naissance sur la côte de la Baie d'Hudson (desservant 7 villages). Les sages-femmes suivent 100 % des femmes enceintes de cette région, cela représente environ 200 naissances par année. Ils effectuent l'examen périodique de routine des femmes en santé et offrent aussi le suivi des bébés de façon générale au sein des 3 collectivités des villages.

La Loi sur les sages-femmes du Québec a reconnu cinq sages-femmes locales pratiquant au Nunavik en 1999 en leur octroyant un permis régional. Toutefois, la Loi ne faisait pas de provision pour la formation continue de futures sages-femmes dans cette région, et conséquemment, les quatre sages-femmes de la communauté qui ont depuis gradué du Programme de formation sage-femme d'Inuulitsivik, basé sur l'apprentissage, n'ont aucun statut légal. Elle continue toutefois de fournir des soins de santé complets aux femmes et aux familles de leurs communautés à Inuitut, et ce, avec onze étudiantes et un nombre de sages-femmes à temps partiel de différentes régions du sud du Canada qui servent de mentors et de préceptrices.

Le champ de pratique des sages-femmes du Nord est élargi dans le domaine des soins d'urgences et des soins communautaires à cause de la nature éloignée de la région. Les statistiques sont comparables à celles de sages-femmes pratiquant dans le sud de la province, toutefois les taux d'interventions ont tendance à être légèrement plus bas et le taux de césarienne entre 1.7 et 2.4 depuis le début de la pratique. Le taux de transfert varie de 8 à 11 %.

Le centre de santé Inuulitsivik, avec l'aide du ministère de la Santé de l'Ontario et le Programme sage-femme de l'Université Ryerson, a reçu une subvention de Santé Canada pour entreprendre une étude rétroactive de 20 ans sur les accouchements portant sur les résultats pour la Côte. Ceci est vu comme étant une étape importante vers une reconnaissance longtemps attendue pour le programme sage-femme d'Inuulitsivik, ainsi qu'une façon de valider que les accouchements soient rapprochés des communautés éloignées.

Des sages-femmes et des étudiantes Inuulitsivik se sont jointes à des Inuites venant de partout à travers le Grand-Nord, à des professionnels de la santé ainsi qu'à des représentants gouvernementaux à Iqaluit lors de la Première Rencontre sages-femmes Inuites Nunaat au Nunavut, et ce, pour partager leurs expériences, leurs préoccupations, la sagesse des aînés et la politique. Il y a eu des discussions positives sur des solutions concernant la reconnaissance et la réglementation des sages-femmes du Nunavik, entre le Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada et la représentante du ministère de la Santé provincial, Jeannine Auger, et des sages-femmes du Nunavik. La possibilité d'un processus d'évaluation pour le Nunavik ou l'Arctique qui pourrait être accepté par l'OSFQ et/ou par un organisme Pan-arctique a également été sérieusement discutée. Quoiqu'il semblerait y avoir un appui général pour un conseil de

réseau pour une Association sage-femme Pan-arctique, il était également claire que les besoins uniques et divers qui existent entre les communautés inuites arctiques auraient besoin d'être adressé différemment par un tel organisme.

Entretemps, le Centre hospitalier Tulatavik à Kuujuaq a affiché un poste pour trois sages-femmes pour aider à mettre sur pied des services sage-femme sur la côte d'Ungava. Ces communautés ont exprimé le désir d'avoir des services basés sur le modèle d'Inuulitsivik.

Les Cris de la Baie-James sous les auspices du Conseil Cri de la santé et le Programme Awash pour la santé des enfants, vont de l'avant avec la mise en oeuvre des services sage-femme, ainsi qu'avec la création d'un programme de formation en pratique sage-femme pour leur région. Le Conseil Cri a embauché une sage-femme inscrite pour entreprendre le processus de développer les services sage-femme en commençant par les villages de Mistissini et Chisasibi. Le financement pour une maison de naissance a été approuvé au printemps dernier.

Des représentantes des régions de la Baie-James et du Nunavik se sont jointes à un groupe de sages-femmes autochtones venant de partout à travers le Canada pour organiser une deuxième Rencontre de sages-femmes autochtones, qui aura lieu en conjonction avec la Conférence de l'ACSF à Vancouver. Au cours de l'année qui s'en vient, ce groupe explorera la possibilité de former un Conseil national de sages-femmes autochtones.

En pensant à cette année de réflexions et de mouvements, une perspective sur la pratique sage-femme au Québec qui paraît juste nous vient d'une mère qui vit dans une communauté éloignée à Baie-James. " Nous espérons qu'en partageant nos histoires et qu'en approfondissant les liens de communication et de réflexion entre femmes, sages-femmes et autres intervenants en santé, nous allons pouvoir faire émerger ce qui est essentiel aux soins de maternité dans son évolution à travers les régions et les cultures. "

Coordonnées:

RSFQ

Céline Lemay, Présidente
6555 Côtes-des-Neiges, bureau 442
Montréal (Québec) H3S 2A6
514.738.8090
sages.femmes.qc@bellnet.ca
www.rsfq.org

Association des sages-femmes du Nunavik

Brenda Epoo, Présidente
Inukjuak Maternity
Inukjuak, Nunavik (Québec) J0M 1G0
819.254.0172
brenda.epoo@ssss.gouv.qc.ca

OSFQ

ordresagesfemmes@osfq.org
www.osfq.org

UQTR

www.uqtr.org

Regroupement Naissance Renaissance

www.cam/org~rnr

Groupe Maman

www.groupemaman.org

Midwives Association of Saskatchewan (MAS)

Report submitted by Debbie Mpofu RM

Legislation and Regulation

Proclamation of midwifery in Saskatchewan was scheduled to take place on August 28th 2007. Midwifery proclamation has been delayed because Bill 51 of the Midwifery Act, section 23, does not authorize midwives to: a) conduct home births and b) perform after birth care of mother and newborn infant for the six weeks postpartum. The Midwifery Association of Saskatchewan (MAS) strongly opposed passing a deficient act that would not allow midwives to perform their full scope of practice. MAS received support from provincial, national and other organizations including support from the Transitional Council and Saskatchewan Health Regions.

It is the Saskatchewan government's intention that the Midwifery Act will be amended at the next Fall sitting, or soon after.

Legislation and Regulatory Challenge

- possible provincial election in the Fall of 2007, this would delay the amendments likely until Spring of 2008

Funding

Midwifery will be fully funded in Saskatchewan. Midwives are to be Health Region employees. There are discussions taking place to possibly fund private midwifery practice, as there is recognition that once proclamation is in place, demand for midwifery services is likely to exceed available supply.

Funding Challenge

MAS is researching how liability insurance for self employed midwives will be addressed

Prior Learning Assessments and Registration

Foreign trained midwives in Saskatchewan, currently, have the option of attending the Ontario Ryerson University IMPP, or go through the PLEA process as offered by Alberta and Manitoba. A bursary is being offered by government as assistance to both foreign trained midwives and midwives registered on a Bachelor of Health Sciences midwifery degree in Canada, and are intending to work in Saskatchewan on completion of the midwifery education program. To date, one midwife has successfully completed the IMPP program, and four midwives have challenged the PLEA 2007, Fall exams.

An interim registrar's position until March 31st 2008, has been established and Karen Pollock is the current registrar. Tel (306) 787 1874 e-mail <kpollock@health.gov.sk.ca>.

Provincial Association and AGM

As of September 2007, MAS is made up of :

- six midwives (one is a retired member)
- three student midwives, and
- two other members

MAS holds its AGM in the Fall of each year. This last year there has been an attempt to hold regular monthly meetings to keep abreast of developments. MAS members have tried using computer based Pal-talk to hold some meetings. This exercise was full of challenges and has been discontinued. Telephone conference calls and face to face options though expensive, appear to be the best options.

Challenge

The expense in time and money of holding regular meetings with midwives scattered all over the province, continues to be a major challenge

Current Initiatives

Following some research reviewing midwifery data collection methods by other provinces, Saskatchewan is working with the department of Community Health and Epidemiology at the University of Saskatchewan, to establish an appropriate midwifery data collection mechanism from the outset.

www.health.gov.sk.ca/midwifery

Health Regions scheduled to offer midwifery first in the province following proclamation

www.rqhealth.ca

www.saskatoonhealthregion.ca

Contact Information

101 Albert Avenue

Saskatoon, SK

S7N 1E6

Tel : (306) 933 9867

Email: rosalindlydiate@gmail.com

Website: *coming soon*

Association des sages-femmes de la Saskatchewan

Rapport soumis par Debbie Mpofu RM

Législation et Réglementation

La proclamation de la pratique sage-femme en Saskatchewan devait avoir lieu le 28 août 2007. Celle-ci a été reportée à cause de l'article 23 du projet de loi 51 de la Loi sur les sages-femmes, car ce dernier n'autorisait pas les sages femmes à : a) prodiguer des soins lors d'un accouchement à domicile et b) offrir la continuité des soins à la mère et au nouveau-né jusqu'à six semaines postpartum. L'Association des sages-femmes de la Saskatchewan (MAS) s'opposait fortement à la promulgation d'une loi déficiente qui ne permettait pas aux sages-femmes d'exercer de façon complète leurs champs de pratique. Le MAS a reçu l'appui d'organismes provinciaux, nationaux ainsi que d'autres organismes, dont le Transitional Council et le Saskatchewan Health Regions. Le gouvernement de la Saskatchewan a l'intention d'amender le projet de loi lors de la séance d'automne ou peu après.

Défi quant à la Législation et la Réglementation

La possibilité d'une élection provinciale au cours de l'automne 2007, cela retarderait probablement les amendements, et ce, jusqu'au printemps 2008.

Financement

La pratique sage-femme en Saskatchewan sera entièrement financée. Les sages-femmes seront des employées du ministère de la Santé. Des discussions ont lieu dans le but de possiblement financer la pratique sage-femme privée, car on reconnaît qu'une fois que la proclamation sera mise en place, la demande pour les services sage-femme va vraisemblablement excéder les services disponibles.

Défi quant au Financement

Le MAS étudie comment s'attaquer à la question de l'assurance responsabilité civile pour les sages-femmes qui sont en pratique autonome.

Reconnaissance des Acquis et Inscription

Actuellement en Saskatchewan, les sages-femmes formées à l'étranger ont l'option de suivre le programme de formation d'appoint en pratique sage-femme (IMPP) de l'Université Ryerson en Ontario, ou de compléter le Processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis (PERA) offert par l'Alberta et le Manitoba. Le gouvernement offre une bourse pour venir en aide aux sages-femmes formées à l'étranger ainsi qu'aux sages-femmes inscrites à un baccalauréat en science de la santé pour un diplôme en pratique sage-femme au Canada qui ont l'intention de travailler en Saskatchewan une fois leurs études terminées. À ce jour, une sage-femme a complété avec succès le programme de formation d'appoint en pratique sage-femme (IMPP) et quatre sages-femmes sont inscrites aux examens d'automne 2007 pour le PERA.

Un poste de registraire par intérim a été établi et il sera comblé jusqu'au 31 mars 2008. Karen Pollock est la registraire actuelle. Téléphone : (306) 787 1874. Courriel : kpillock@health.gov.sk.ca.

Association Provinciale et l'Assemblée générale annuelle

En date du mois de septembre 2007, le MAS compte:

- Six sages-femmes (dont une qui est retraitée)
- Trois étudiantes sages-femmes, et
- Deux autres membres

L'Assemblée générale annuelle du MAS a lieu en automne à chaque année. Cette année, des efforts ont été faits pour tenir des réunions mensuelles pour se tenir au courant des développements. Les membres du MAS ont tenté d'utiliser le système informatique Pal-talk pour tenir certaines réunions. Puisque ces essais engendraient trop de difficultés, ils ont été abandonnés. Les conférences téléphoniques ainsi que les réunions en personne quoique dispendieuses s'avèrent être les meilleures options.

Défi

Le coût en temps et en argent de tenir régulièrement des réunions avec des sages-femmes qui sont dispersées à travers la province continue d'être un défi majeur.

Initiatives en cours

La Saskatchewan suit des études, effectuées par d'autres provinces, analysant les méthodes de collectes de données en ce qui a trait à la pratique sage-femme et travaille avec le département de Community Health and Epidemiology de l'Université de la Saskatchewan dans le but d'établir, dès le départ, un mécanisme de collecte de données approprié.

www.health.gov.sk.ca/midwifery

Régions de la Santé qui sont censées offrir des services sage-femme lorsque la proclamation aura eu lieu.

www.rqhealth.ca

www.saskatoonhealthregion.ca

Coordonnées

Association des sages-femmes de la Saskatchewan (MAS)

101 Albert Avenue

Saskatoon (SK)

S7N 1E6

Téléphone : 306-933-9867

Courriel : rosalindlydiate@gmail.com

Site Web: à venir

CAM/ACSF Committee Reports

Canadian Journal of Midwifery Research and Practice (CJMRP)

Report submitted by Patricia McNiven and Kathrin Stoll

Our first year as editors has been filled with challenge. But it has also been exciting and rewarding. We have succeeded in publishing three editions since becoming involved with the journal in March 2007. Due to editorial difficulties in 2006, only two editions were published. As new editors, we are committed to make this up to the membership by publishing two enlarged editions.

We have initiated a number of changes including:

- The addition of a humanities section which welcomes art, poetry or literature submissions.
- The development of a blinded peer review process.
- An invitation to submit letters to the editors.
- Where possible we would like to provide book or article review and commentaries.
- A new look.
-

Changes we are working on:

- The development of an on-line interface for past editions. (details attached)
- Increase French language items, improved translation.
- Publishing student submissions
- A regular ICM report.
- Increased revenue from appropriate advertisers (no formula advertisements)
-

Our greatest challenges appear to be funding and volume of manuscripts received. For both of these challenges we look to the membership for support. We have undertaken a process to identify new advertisers. We continue to enjoy funding from SSHRC for another year. Financial statements are attached.

Online Interface of CJMRP

The editors of the CJMRP want to develop a fully functional online interface, using an editor-operated journal management and publishing system called Open Journal System . This system provides an open source solution to managing and publishing scholarly journals online. It has been designed to improve the record-keeping and efficiency of editorial processes. It can improve the scholarly and public quality of our publishing capacity through a number of innovations, from making journal policies more transparent to improving indexing. The Open Journal System assists with all stages of the referee process, from submissions through to online publication and indexing.

Selected Open Journal System features:

- Editors configure requirements, sections, review process, etc.
- Review process can be managed online
- Online submission and management of all content.
- Subscription module with delayed open access options.
- Comprehensive indexing of content.
- Reading Tools for content, based on field and editors' choice.
- Email notification and commenting ability for readers.

For more information about the open journal system you may visit: <http://pkp.sfu.ca/?q=ojs>
So far we have uploaded the following to the CJMRP website:

- general information about the journal
- instructions to author
- art work to customize the website

We plan on uploading all back issues over the next year and will publish current and upcoming issues online with a 6 months delay. Articles will be indexed using the keywords provided by authors at the time of submission. We are also considering moving the review and submission process online. Tonia Occhionero is working on a second interface for the journal that contains general information, including information about advertising and subscription rates. All CJMRP content will be removed from the CAM website, but links to the two new websites will be provided.

CJMRP Financial Report October 2007

The Journal has published two volumes in 2007, with a third coming out in November. Journal revenues (from subscribers other than CAM members and advertisers) are deposited into a fee for service account. We are actively seeking new advertisers to reduce the cost of the journal for members. The Journal is jointly funded by CAM and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (this funding will expire in 2008).

Journal Expenses

The major expenses of the journal include printing (approximately \$ 4500 per issue), postage (approximately \$ 3,000 per issue), French translation and copy- editing (approx. \$ 1,000 per issue), and errors and omissions insurance (approx 2,500 per annum). Other expenses include the hourly salary of the managing editor, financial administration, and teleconference fees. UBC has instituted a 2% Administrative overhead fee for this account which they will begin charging us soon. At present we have a balanced budget.

Contribution from CAM

The circulation of the journal has increased to 820. The amount contributed to the journal from CAM has not increased in response to the increased membership and larger journal. We are concerned that when the SSHRC grant runs out we will be insufficiently funded to meet basic operating expenses. There are also inflationary increases in the costs of printing, translation and the workload of the managing editor. The co-editor positions are unpaid volunteer positions.

National Working Group for the Emergency Skills Workshop for Midwives

Report submitted by Past Chair, June Friesen, RM

The Working Group looks forward to meeting face to face just before the CAM 2007 AGM

Completed Projects

- Workshops have been held over the past year in Quebec – “Urgences Obstetrical”, and in Nunavik, Ontario, Manitoba – “Emergency Skills for Level 1 Providers”, Alberta, Nunavut, and British Columbia.
- Last year the ESW Instructor Training prepared more than 15 instructors from Nova Scotia, Quebec, Ontario, Nunavut, North West Territories, and Manitoba.

- We've created the process for ESW instructors to register with CAM.
- We've outline procedures for a variety of situations where ESW is requested.
- CAM has received requests to have ESW offered outside of Canada. Cathy Ellis has used ESW as the basis for the workshop she has presented to practicing midwives in Uganda, and Zambia.

Planned projects

Sharing the work provinces have developed.

Working more closely with AOM to update the content and presentation of the ESW.

We welcome to the Working Group members from Nova Scotia, Nunavut and Northwest Territories.

Working Group members representing various parts of the country.

June Friesen,
Betsi Dolin
Sinclair Harris
Patty Lenstra

Report from the International Bureau

Report submitted by Betty-Anne Daviss RM

The last three years of reporting indicate somewhat where the members of the International Bureau have been heading:

2004: We reported on a number of activities of midwives in the International Bureau who had worked with NGOs, in particular, with Medecins Sans Frontiers and Medecins du Monde in Afghanistan and CPHA in Kosovo.

2005: Most activities that were reported on were connected with the SOGC or FIGO projects. The resolution on the traditional midwives was presented; it had been attempted the year prior to this but there was no quorum and then no president.

2006: The resolution on traditional midwives, which came from the International Bureau, was passed, as well as one on changing the definition of midwives to include a person recognized by her "community." More of us were in limbo, not working on specific international projects, except for Moya Crangle and Catherine Mason who were both working in Africa, and Cathy Ellis who was continuing with her projects out of UBC.

Embarking On Our Own Projects

This year, we will be reporting more on some critical meetings that we have been attending and what we have been publishing, but we are starting to notice a shift in the thinking of a number of our members. On separate occasions in discussion with each other, but in a similar spirit, Charlotte Landry, Lise Gagnon, Gisela Becker, Betty-Anne Daviss, and Kerstin Martin, have expressed an interest in getting away from doing projects for other organizations, and embarking on doing something on our own.

This year, for the first time, we are starting to see our way more clearly to actually initiate something together. We would like to create and develop something by Canadian midwives for our own organization rather than for another group. We are in early planning stages, but the seed has been set.

In March of this year, Betty-Anne traveled back to Guatemala to tour around with Jenna Houston, who has been co-ordinating the group Midwives for Midwives. Jenna is leaving and would love to have someone take over for her. Betty-Anne feels this could be a good project for us to take on together, doing a relay system where someone from Canada is always there, but no one person has to stay for a long time. Julia Atkins, however, has just freed up some time and may be the person to “hold down the fort” for a few years. We have several ideas about how to proceed both for funding and for what we will actually do. It involves education of the traditional midwives, but the larger plan is to re-introduce a midwifery school.

Those who have expressed an interest, if not actually immediately being involved, are Melida Jimenez, Cathy Ellis, Julia Atkins (who may be the most available to put major time and effort into it), Aileen Moorehouse, and Anessa Maize. If anybody else would like to be involved, please contact Betty-Anne at (613)730-0282 email:betty-anne@rogers.com.

Individual Input this year:

Sinclair Harris and Betty-Anne: Sinclair and Betty-Anne Daviss attended the ICM in Argentina. Sinclair represented CAM and informed the attendants about the upcoming resolutions on traditional attendants and B.Anne and Ken presented on their home birth study.

Karyn Kaufman: Continues to work with the midwifery education program in Haiti.

Anessa Maize: Is spending lots of time in Mexico, but is not established doing any specific midwifery project. Could be available for our Guatemalan work at some point.

Ann Montgomery:

Ann published an article in the Ottawa Citizen this year about the project for which she has ongoing involvement in Nepal. She also attended the IMMPACT meeting in Britain in February. This is a group of researchers who are developing tools to measure strategies to improve maternal health care. The majority of their funding comes from the Gates Foundation, and they are coordinated from the University of Aberdeen in Scotland--but the researchers are from all over the world. (Note from Betty-Anne: This was the same group that did the evaluations of the projects that Betty-Anne was working on with FIGO. We have been looking for methods by which to assess the project planned in Guatemala. CDC has come up with one system, specifically for people in low resource countries with few resources. The IMMPACT system is another and more comprehensive program and we will be evaluating it to see which one would be most appropriate. There have been some concerns with IMMPACT because of the lavish amount of time, attention to detail, and funds required to use their programs and in particular be evaluated by them, but that may have changed.):

Ann reports:

“The purpose of the IMMPACT Symposium was to launch the 'tools' for use in assessment, evaluation and monitoring maternal health. As you may know, Safe Motherhood, since the inception of the concept 20 years ago, has been rife with initiatives that fell short of the goal of improving outcomes for women delivering in resource-poor settings. Coming up with 'flavour-of-the-month' initiatives without the research to back their implementation, and without the

ongoing monitoring once in place, discredited many programs and wasted time and money. For example, midwives attending women at home had very good, or very bad outcomes--why the difference? It wasn't until someone pointed out that the midwives with very good outcomes had transportation and communication with centres with surgical services and blood bank 24 hours a day within 2 hours of home--which was not the case for the midwives whose care showed no improvement in maternal mortality (this may seem self-evident to us in Canada however to Ministry of Health policy makers and NGOs in the 80s in Indonesia and Bangladesh, it was not obvious that midwives need back-up)...

Conversely, it is hard to measure outcomes with limited funds--whereas you can get information on the Coca-Cola consumption in Sub-Sahara Africa, you can not get accurate information on maternal mortality in the same setting. IMMPACT developed measurement tools--good sampling techniques for people who do not always access the health care system, indicators to measure things indirectly (expected birth rate minus admission to hospital gives you a rough estimate of the number of women delivering unattended in the community), and interviewing methods to determine the rate of maternal morbidity...which can be implemented on-going or in the form of a research study--for relatively inexpensive rates...in order to direct policy and monitoring for ongoing quality of care.

.... It was an enormous privilege to attend as a representative of CAM, and I am very grateful that the Board deemed me a worthy representative. The event was extremely valuable for me, and has already contributed greatly to my future involvement in the Safe Motherhood initiative.”

Betty-Anne: I have just sent off to UCLA press, with Robbie Davis-Floyd, Lesley Barclay and Jan Tritten, the first of two texts about models for mother/baby friendly initiatives internationally. We are calling the first volume “Models That Work.” We are trying to get beyond the usual critique of programs and put together first, in one volume, exemplary models. In this volume are those from Uganda, Mexico, the Philippines, Britain, New Zealand, Ontario, the Centering Pregnancy model, New Mexico and several others. In a second volume, which so far I would like to call “Models In the Works,” will be chapters on Afghanistan, the Canadian North, the Home-Based Skills Learning conducted by the ACNM, Models for Breech delivery (in Norway and among the Amish in Pennsylvania), Models for disaster relief (e.g. the Tsunami), and models for reducing PPH.

Cathy Ellis: I am a mentor for the FIGO Kosovo project with the SOGC. I travelled to Kosovo in April 2007 with Dr. Ferd Pauls (from Winnipeg) to meet with the local team of physicians and midwives regarding their obstetrics protocols and to give support during one of their ALARM International courses.

I am also working on a UBC project which is assisting the development of a new Health Sciences University at Patan, Nepal. I am involved in an investigation into rural women's birthing experiences and needs. The results of this study may inform the curriculum development of the new university.

I continue to work with UBC Midwifery in our Global Student Placement project by organizing summer placements for students in Uganda and Zambia. While in these countries with our students and Dr Mickey Rostoker, we do some theoretical and practical teaching with local midwives and students.

CAM Members on External Committee Reports

National NRP Committee Report 2007

Report submitted by Kim Campbell RM

The national NRP steering committee met in June 2007 in Montreal and marked its second year under the wing of the Canadian Pediatric Society. The committee has a core membership from neonatology, nursing, respiratory therapy, and liaisons from the Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada, Canadian Nurses Association, Canadian Pediatric Anaesthesia Association and Can Respiratory Therapist Association as well as delegates from each province and territory. The steering committee reports to the Fetus Newborn Committee of the CPS. The transfer from Canada Heart and Stroke two years ago to the CPS has enabled restructuring of the administrative functions, creation of national provider and instructor databases, sales revenue from the NRP materials, access to education and support materials and a stronger research presence. The CPS provides office space and an administrative assistant to support the work of the committee.

The committee reviewed the terms of reference of the steering committee and subcommittees for education and research. It also established directives for the role of NRP steering committee and representation on international committees including ILCOR and the AAP NRP committee.

There were two important discussions that arose that are of interest to midwives: The first was related to intubation and UV cannulation skills and the second related to delayed cord clamping.

UV Cannulation

First, concerns about the ability of and requirement for midwives to obtain and maintain competency in intubation and UV catheterization (UVC) was brought forward by the CAM liaison. UVC is in scope and practiced by midwives in Manitoba, Quebec and NWT. BC has just introduced UVC skill to midwives. Intubation has been in the regulation of all midwives except Ontario since regulation. The Ontario regulator has requested an increase in scope and continues to wait for the Ontario government response. The NRP workbook states an NRP provider with skills to intubate, deliver medications and fluids be immediately available at all births. Executive committee members concluded it would be inappropriate and indefensible for practitioners to place themselves in situations where they might be called upon to resuscitate if they had not taken recommended skills training to respond to those rare events. They were not prepared to change the minimum requirement.

Simulation learning was discussed at length as this may be the best way for learners to practice and prepare for neonatal resuscitation. The difficulty all generalists experience in maintaining skills for rarely occurring events was acknowledged and discussed at length. It was agreed that clinical situations requiring intubation and UVC are infrequent making in vivo practice unlikely for midwives and family physicians. Therefore simulation practice remains the primary means for skill development. The committee executive stated that midwives and family physicians would not be expected to be experts in intubation and UVC line placement, but they would be expected to practice and do the best they could if faced with the urgent need for these procedures. They stressed the rare need for epinephrine, and that the emphasis should be on ventilation. In addition, there was discussion around the degree of difficulty for the skills that

might help resuscitate. The order from easy to most difficult was LMA insertion, UVC and much further up the scale, intubation.

Delayed cord clamping

The CAM rep reintroduced a request that delayed cord clamping be included in NRP as an early resuscitation step. The current NRP does not discuss timing of cord clamping. It was agreed that current NRP protocol can be fulfilled with a delay in cord clamping. The NRP committee feels timing of cord clamping remains the decision of the birth attendant. Although NRP guidelines make no statement about cord clamping, the Canadian Association of Midwives could make a statement on this point. An FAQ for the website will be developed by the midwife member for the education subcommittee's review. In addition, a process will be established to review evidence as it comes available so that practice can be more responsive to best practice and research evidence. It was decided that the NRP Steering Committee cannot take responsibility for reviewing the science and coming up with answers, but rather can provide instructors with the new information so that they can make informed decisions within their regions/organizations. The administration of NRP education remains the domain of provincial / territorial processes. The next national steering committee will be held in Victoria BC in June 2008.

Registered Midwife Advisory Committee of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)

Report submitted by Gisela Becker RM, MA

In 2001, Dr. Eileen Hutton, RM became the first registered midwife to sit as an associate member of the SOGC Council. Eileen was elected by the midwife membership of the SOGC which had grown to greater than 50 associate midwife members.

The SOGC Registered Midwife (RM) Advisory Committee was formed and chaired by Dr. Hutton. Members were recruited from the midwife members of the Society across the country and terms of reference were developed and adopted.

The objective of the Committee is to provide a forum in which Associate Midwife Members can express opinions and make recommendations pertaining to issues affecting midwifery and maternity practice across the country. The Committee will also promote the profession of midwifery to physicians, medical students, other associate members and the community which will enhance integration and communication between the health disciplines.

The Registered Midwife Advisory Committee is made up of one (1) representative from each of the five (5) SOGC Regions (including West, Central, Ontario, Québec and Atlantic) and a chair whom is elected by the Associate Midwife Membership. Recently, the Committee has requested to create an additional representative on the RM Advisory Committee for the Yukon, the Northwest Territories and Nunavut with the understanding that the Canadian North is unique in its population demographics and geography differ from the rest of Canada, and therefore has separate and distinct needs in women's and Aboriginal health care, especially with respect to maternity care.

The Committee allows for a national voice for midwives within the SOGC. The Chair of the Registered Midwife Advisory Committee holds a position on Council. This Council seat helps

ensure that Associate Midwife Member's concerns, ideas and/or needs are heard. Additionally, Associate Midwife Members will have input to the different Committees of the SOGC.

The CAM Board Representative on the Committee has been appointed by the CAM Board; this new position on the Committee provides CAM members with a voice on the RM Advisory Committee and the SOGC. CAM members are encouraged to share their ideas and concerns with CAM and the CAM Board Representative.

Report from the National Expert Committee (NEC) For Interprofessional Education For Collaborative Patient-Centered Practice

Report submitted by Meghanne Reburn

Background on the NEC

The 2003 Health Accord articulated a blueprint for action that will see fundamental changes to how health care is delivered in Canada. The goal is to provide a more integrated health care system across all health sectors in Canada.

A determinant of success of the various renewal strategies that are proposed by Health Canada will be the availability of health professionals equipped to work in a 'new' health care system. Interprofessional education for collaborative patient-centered practice has been identified by the Accord and the Budget as one of three mechanism of addressing current and emerging health human resource issues and as a significant mechanism towards ensuring that health providers have the necessary understanding, knowledge, training and tools to enable them to put into practice the new vision for health care.

Interprofessional collaborative patient-centered practice, as midwives well know, enhances client/patient and family centered goals and values, provides mechanisms for continuous communication among care givers, optimizes staff participation in clinical decision making within and across all disciplines and fosters respect for the disciplinary contributions of all professionals.

The National Expert Committee on Interprofessional Education for Collaborative Patient Centered Practice is intended to be a forum for innovative forward thinking and broad strategic advice to Health Canada on interprofessional education for collaborative patient centered practice. Responsibilities of its members are to provide advice and assist in the process of implementation and in the promotion of the initiative.

2007 Update

The NEC has been working in the following areas:

- **Legislation and Regulation:** Progress in interprofessional education and practice is hindered because collaboration is fraught with frustrations and knowledge gaps about regulation and scope-of-practice. The IECPCP Secretariat is exploring the possibility of future work in this area. This project has been completed and can be found at: <http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=1960>
- **Liability:** Collaborative practice is strained because providers are unsure of legal ramifications and who exactly will be held accountable for possible outcomes. The IECPCP Secretariat is exploring the possibility of future work in this area. This project has now been completed and the final report can be found at: <http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=1979>

- **Accreditation:** This project will establish a set of common, or joint accreditation principles and standards for pre-licensure IECPCP education through the collaboration and consensus of accrediting bodies and other key stakeholders. The Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) hosted a consultation with other key health professional bodies to develop a proposal to integrate IECPCP into the various pre-licensure health education accreditation processes. A proposal outlining how best to proceed with the next steps of the project is currently being reviewed by Health Canada staff.
- **Clinical Placements:** This project focuses on identifying issues and strategies for interprofessional clinical placements including costing nursing clinical placements in Canada and the evaluation of simulated clinical learning experiences. This project has been completed, but the final report has not yet been submitted to Health Canada. The IECPCP Secretariat is exploring the possibility of future work in this area.
- **Leadership:** The goal of this project was to focus on the leadership and buy-in necessary to move IECPCP forward. A background paper, followed by an invitational meeting in February 2006 that identified barriers and enablers for IE practice at a systems level was completed. This project has now been completed and the final report can be found at: http://www.cihc.ca/projects/complementary_projects.php. IECPCP staff is currently exploring next steps.
- To coordinate efforts on a national level, a new informal network called the **Canadian Health Leadership Network (CHLNet)** has been formed by a variety of health and health care organizations.
- **Academic Barriers:** This research addresses academic barriers to IECPCP within the education system. The final report outlined recommendations on how to engage leaders in academic institutions. The final report can be found at: http://www.cihc.ca/projects/complementary_projects.php

Future Initiatives: The NEC's final meeting will be held in October 2007. The goal of this meeting is to identify future initiatives and directions that the IECPCP may take. The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) will provide ongoing linkages and collegial exchange amongst all of IECPCP's projects.

National Health Sciences Students Association (NaHSSA): Formed in January 2005, the National Health Sciences Students Association (NaHSSA) is the first and only national interprofessional student association in the world. As a diverse network of university and college-based chapters, NaHSSA seeks to address the unmet need of actively involving Canada's health and human service students in interprofessional education while promoting the attitudes, skills, and behaviors necessary to provide collaborative patient-centered care.

The NEC and IECPCP is a strong supporter of the NaHSSA. Although, as I previously reported, membership in this association is limited to institutions with medical schools, after lobbying, the NaHSSA is now open for other schools with any health science discipline. In order to continue to stay active in the field of interprofessional education and collaboration, I am working to establish a chapter at Ryerson and will be attending (and tentatively presenting at) the annual conference in Saskatoon, Saskatchewan in January 2008.

Interdisciplinary and interprofessional education is a key component in collaboration with other professionals within the Canadian health care system. I encourage all midwives and students to become as involved as possible in interprofessional opportunities.

Any feedback or comments are welcome.

Thank You,

Meghanne Reburn

mreburn@ryerson.ca

National Expert Committee Membership

- Co-chair: Dr. Carol Herbert, Dean of Medicine & Dentistry, University of Western Ontario
- Co-chair: Ms. Sandra MacDonald-Rencz, Executive Director, Office of Nursing Policy, Health Canada
- Dr. Judith Shamian, CEO, Victorian Order of Nurses, Ottawa
- Dr. Louise Nasmith, Chair, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto. In June 2007, Dr. Nasmith will be assuming the role of Principal, College of Health Disciplines, University of British Columbia.
- Dr. Marlene Smadu, Associate Dean, Undergraduate Programs, Regina Site, College of Nursing, University of Saskatchewan
- Mr. John Peddle, Executive Director, Newfoundland & Labrador Health Boards Association
- Dr. Tawny Hung, Former President, National Health Sciences Students Association, University of British Columbia
- Ms. Linda Jones, Consultant, Ottawa
- Dr. John H.V. Gilbert, Professor Emeritus, University of British Columbia
- Dr. Danielle D'Amour, Associate Professor and Director of the FERASI Centre, Faculty of Nursing, University of Montreal
- Ms. Jeannette Edwards, Director, Community Development, Winnipeg Regional Health Authority
- Dr. Judith Bartlett, Professor, Department of Community Health Sciences, University of Manitoba
- Dr. Michel Brazeau, Director of Professional Services and Medical Affairs, Gatineau Centre for Health and Social Services
- Dr. Vernon Curran, Director of Academic Development, Assistant Professor, Medical Education, Memorial University of Newfoundland
- Mrs. Yhetta Gold, Consumer, Winnipeg
- Dr. Raymond Th  berge, Director General, Council of Ministers of Education, Canada
- Ms. Nancy Milroy-Swainson, Director, Primary Health Care, Health Canada
- Mr. Robert Shearer, Director, Health Human Resource Strategies Division, Health Canada
- Dr. Robert Sindelar, Dean, Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of British Columbia
- Dr. Judith McFetridge-Durdle, Associate Professor, Dalhousie School of Nursing
- Lorie Shekter-Wolfson, Dean, Faculty of Community Services and Health Sciences, George Brown College
- Dr. Joshua Tepper, Assistant Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario (*Dr. Tepper will be sitting on the NEC until the position of Provincial Chief Nursing Officer for Ontario is filled*)
- Dr. Andrew Padmos, Chief Executive Officer, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Stephen Oakley, Consumer, Newfoundland & Labrador
- Meghanne Reburn, Midwifery Student, Ontario
- Paula Bond, Assistant Deputy Minister, Clinical Innovation and Integration and Chief Nurse Executive, Ministry of Health, British Columbia
- Susan Deane, Manager, University Relations, The Council on Post Secondary Education, Manitoba