

Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

N° Règlement : **REG-016**

N° Procédure découlant : Annexes au
présent règlement

Responsable de l'application : Direction générale

Adopté par :
Conseil d'administration

Date d'adoption:
2023-06-13

Date de révision :
2027-06-13

Destinataires : Toute personne exerçant ses fonctions à la Maison de naissance Anne-Courtemanche et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, incluant les sages-femmes (sur tous les sites) et les médecins

1. CONTEXTE

1.1 Objet

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (ci-après le « CIUSSS-EMTL ») a conclu des contrats de service avec des sages-femmes qui exercent notamment leur profession à la Maison de naissance Anne-Courtemanche.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en sa qualité de centre tertiaire en obstétrique et néonatalogie, est désigné pour offrir, lorsque requis, le support médical nécessaire aux sages-femmes, aux personnes qui bénéficient de leurs services ainsi qu'à leurs enfants.

Ce règlement établit les modalités relatives à ce support médical ainsi que les mesures nécessaires afin de procurer à la personne bénéficiant des services d'une sage-femme ou à son enfant, en cas de consultation et de transfert, les soins et les services requis par son état.

1.2 Fondement juridique

Ce règlement a été élaboré conformément aux articles 259.10 et 259.11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2). Il est en outre établi conformément aux dispositions de la *Loi sur les sages-femmes* (RLRQ, c. S-0.1) et de ses règlements.

1.3 Cadre de référence

Ce règlement tient également compte des indications comprises dans le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* ayant été élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 Installations visées

Ce règlement s'applique à la Maison de naissance Anne-Courtemanche et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

2.2 Personnes visées

Ce règlement vise les personnes exerçant leurs fonctions dans les installations visées, incluant les sages-femmes et les médecins.

3. OBJECTIFS

Aux conditions qu'il détermine, ce règlement établit les corridors de service et leur fonctionnement entre les services de sage-femme et les services spécialisés offerts à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

À cet effet, dans un esprit de collaboration et de complémentarité, il :

- Permet aux sages-femmes exerçant leur profession à la Maison de naissance Anne-Courtemanche de pratiquer des accouchements à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de poser tous les autres actes qui peuvent être requis dans les circonstances;
- Prévoit les droits et obligations relatifs à l'utilisation, par les sages-femmes de la Maison de naissance Anne-Courtemanche, des locaux et de l'équipement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- Prévoit les modalités de collaboration entre, d'une part, les sages-femmes et, d'autre part, les médecins et le personnel qui exercent leur profession à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ce personnel assure notamment, lorsque requis, le support médical à une sage-femme de même que les mesures nécessaires afin de procurer à la femme ou à son enfant, en cas de consultation et de transfert, les soins et les services requis par leur état;
- Prévoit les modalités d'admission et de congé que doivent appliquer les sages-femmes à l'égard des femmes et des enfants qui sont sous leur responsabilité;
- prévoit les conditions d'application de l'article 259.7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* portant sur la suspension du droit d'une sage-femme d'exercer sa profession en vertu du contrat de service lui ayant été octroyé lorsque cette dernière pose un acte à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- prévoit toute autre modalité administrative nécessaire au bon fonctionnement de ce règlement.

4. ÉNONCÉ

4.1 Collaboration des médecins

Tous les médecins exerçant leur profession à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont doivent se conformer aux conditions de collaboration prévues dans ce règlement.

4.2 Coordonnées des sages-femmes

La Maison de naissance Anne-Courtemanche doit maintenir une liste à jour sur laquelle figure, pour chacune des sages-femmes y exerçant leur profession :

- Leur prénom et nom;
- Le numéro de permis;
- Leur adresse courriel;

- Leur numéro de téléphone;
- Leur numéro de télécopieur.

Cette liste doit être mise à la disposition de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

4.3 Coordonnées des médecins

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont doit maintenir une liste à jour sur laquelle figure, pour chacun des médecins y exerçant leur profession, pour autant qu'ils soient susceptibles de devoir collaborer avec les sages-femmes de la Maison de naissance Anne-Courtemanche :

- Leur prénom et nom;
- Le numéro de permis;
- Leur adresse courriel;
- Leur numéro de téléphone;
- Leur numéro de télécopieur.

Cette liste doit être mise à la disposition de la Maison de naissance Anne- Courtemanche.

4.4 Demande de consultation et transfert en obstétrique

La sage-femme peut demander une consultation ou transférer les soins de l'usagère à un obstétricien de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en période prénatale, perinatale ou postnatale en suivant les procédures prévues à cet effet (annexes A.1, A.2, B.1 et B.2).

4.5 Demande de consultation et transfert en néonatalogie

La sage-femme peut demander une consultation ou transférer les soins du nouveau-né à un néonatalogiste de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en suivant la procédure prévue à cet effet (annexe C).

4.6 Demande de consultation et transfert en pédiatrie

La sage-femme peut demander une consultation ou transférer les soins du nouveau-né à un pédiatre de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en suivant la procédure prévue à cet effet (annexe D).

4.7 Admission et congé de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Lors d'un transfert de l'usagère et/ou de son nouveau-né à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'admission et le congé se font conformément aux règlements en vigueur à cette installation. Un accompagnement par une sage-femme peut avoir lieu durant certaines périodes de soins de l'hospitalisation. En cas de divergence, les dispositions aux annexes A.1, A.2, B.1, B.2, C et D prévaudront.

4.8 Accouchement réalisé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sous la responsabilité de la sage-femme

La sage-femme peut assumer à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont la responsabilité de pratiquer un accouchement. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est alors responsable du bon état des lieux ainsi que du bon fonctionnement des équipements. Une chambre de naissance doit notamment être libérée et mise à la disposition de la sage-femme, en suivant la procédure prévue à cet effet (annexe E.1).

4.9 Plan de débordement

En cas de débordement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la clientèle de la Maison de naissance Anne-Courtemanche a priorité sur la clientèle externe considérant que les sages-femmes n'ont pas d'entente avec un autre centre hospitalier. Les intervenants doivent suivre la procédure prévue à cet effet (annexe E.2).

4.10 Résolution des différends

Tout différend est résolu en suivant la procédure prévue à cet effet (annexe F.1).

4.11 Refus de traitement

En cas de refus de traitement de la part d'une usagère, les intervenants peuvent suivre la procédure prévue à cet effet (annexe F.2).

4.12 Règlements spécifiques à la pratique sage-femme

Le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* ainsi que le *Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession* sont disponibles aux annexes G.1 et G.2.

4.13 Communications

Dans l'intérêt des usagères et de leur famille, les personnes visées par ce règlement doivent déployer les efforts nécessaires pour assurer un climat favorisant la communication ouverte, collégiale et respectueuse de l'autonomie de chaque professionnel impliqué.

La responsable des services de sage-femme, les coordonnateurs médicaux, les chefs des départements des services d'obstétrique-gynécologie, de néonatalogie et de pédiatrie ainsi que les chefs de service de la salle d'accouchement, post-partum et néonatalogie communiquent entre eux, dans les délais souhaités, les exemples de bonnes communications à utiliser comme futur modèle ainsi que les difficultés pouvant nécessiter un ajustement au niveau des modalités.

4.14 Gestion des plaintes

Toute plainte formulée à l'égard des soins et services rendus en vertu de ce règlement est traitée conformément au *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers* (REG-009).

4.15 Suspension du droit d'une sage-femme d'exercer sa profession

Tout événement justifiant la suspension du droit d'une sage-femme d'exercer sa profession conformément à l'article 259.7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c S-4.2) doit être communiqué au chef de service d'obstétrique ou au chef de service de néonatalogie/pédiatrie, qui sollicite une réunion d'urgence avec la responsable des services de sage-femme et la présidente du conseil des sages-femmes ou à défaut, avec le président-directeur général du CIUSSS-EMTL.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

5.1 Responsable des services de sage-femme

Elle est responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour des annexes.

5.2 Conseil des sages-femmes

Il est responsable d'émettre des recommandations sur le Règlement applicable à ces membres

5.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Il est responsable de l'application de ce règlement à l'égard des médecins, dentistes et pharmaciens.

5.4 Direction du programme jeunesse et activités de santé publique

Elle est responsable de l'application de ce règlement à l'égard des personnes exerçant leurs fonctions dans les installations visées, à l'exception des sages-femmes et des médecins, dentistes et pharmaciens.

5.5 Comité de suivi

Pour assurer le suivi clinique et administratif du présent règlement, un comité de suivi est instauré.

Ce comité est composé des personnes suivantes :

- Directrice du programme jeunesse et des activités de santé publique;
- Directeur adjoint du mère-enfant et continuum pédiatrique;
- Responsable des services de sage-femme;
- Coordonnateur médical pédiatrique;
- Coordonnateur médical obstétrique;
- Représentant médical obstétrique (chef de service);
- Représentant médical néonatalogie (chef de service);
- Chef de service de la salle d'accouchement;
- Chef de service de la néonatalogie;
- Chef de service du département d'anesthésie ou son responsable de l'anesthésie obstétricale.

Le comité se réunit au moins deux (2) fois durant l'année de l'implantation du présent règlement et une (1) fois par année les années suivantes.

Il établit ses règles de fonctionnement, lesquelles prévoient notamment la liste des personnes dont la personne est obligatoire ou facultative.

Lorsqu'il se réunit, le comité aborde notamment :

- Le plateau de discussion;
- La révision des activités communes;
- Les procédures découlant du présent règlement;
- Les succès et les pistes d'amélioration;
- Les objectifs pour l'année à venir.

5.6 Calendrier de révision

Le présent règlement devra être révisé tous les quatre (4) ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

5.7 Élaboration, modification et suppression des annexes et des procédures

Le comité de suivi adopte, modifie et supprime les annexes et les procédures applicables en vertu du présent règlement.

Toute annexe et procédure ainsi adoptée, modifiée ou supprimée doit être autorisée par le conseil des sages-femmes (ou, à défaut, la responsable des services de sage-femme) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

6. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

6.1 Direction générale

Elle est responsable de la mise en application du présent règlement.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration (CA) et annule, par le fait même, tout autre règlement en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

8. ANNEXES

Le présent règlement comprend les annexes suivantes :

- Annexe A.1 – Procédure en cas de consultation et de transfert en période prénatale;
- Annexe A.2 – Procédure en cas de consultation et de transfert en période postnatale;
- Annexe B.1 – Procédure en cas de consultation en phase périnatale;
- Annexe B.2 – Procédure en cas de transfert en phase périnatale;
- Annexe C – Procédure en cas de consultation et de transfert en néonatalogie;
- Annexe D – Procédure en cas de consultation et de transfert en pédiatrie;
- Annexe E.1 – Procédure relative à l'accouchement réalisé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sous la responsabilité de la sage-femme;
- Annexe E.2 – Plan de débordement;
- Annexe F.1 – Procédure de résolution de conflits;
- Annexe F.2 – Procédure en cas de refus de traitement de l'usagère;
- Annexe G.1 – Règlement sur les cas nécessitant une consultation à un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin;
- Annexe G.2 – Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession.

Annexe A.1 – Consultation et transfert en prénatal

Destinataires : Sages-femmes, obstétriciens de garde et assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement

1. DÉFINITIONS

1.1 Consultation urgente

Une consultation est jugée urgente si la consultation doit avoir lieu dans les 24 heures.

1.2 Consultation semi-urgente

Une consultation est jugée semi-urgente si la consultation doit avoir lieu entre 24 et 72 heures.

1.3 Consultation non urgente

Une consultation est jugée non urgente si la consultation doit avoir lieu dans plus de 72 heures.

2. ÉTAPES COMMUNES

2.1 Se référer au règlement REG-016 – *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve.*

2.2 Les obligations de consultation et transfert sont définies par l'annexe G.1 – *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

3.1 La sage-femme informe l'usagère du motif de la consultation.

3.2 Consultation non-urgente ou semi-urgente en prénatal (lundi au vendredi de jour)

- La sage-femme fait une demande de consultation à la clinique externe de gynécologie et obstétrique via le formulaire *Demande de transfert ou de consultation de patientes en clinique de grossesse à risque ou suivi obstétrical normal.*
- La sage-femme fournit les documents pertinents selon le motif de la consultation par télécopieur au 514 252-3570 (tableau au point 6).
- En présence d'une situation clinique nécessitant une consultation semi-urgente, la sage-femme peut contacter l'obstétricien de garde de la clinique externe 514 251-3051 pour confirmer la réception et le traitement rapide de la demande de consultation.

3.3 Consultation téléphonique pour avis médical

- La sage-femme contacte l'obstétricien de garde via l'AIC de la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou la centrale d'appels au 514 252-4552.
- La sage-femme se présente et informe le médecin de la raison de l'appel téléphonique.
- La sage-femme fournit au médecin les informations suivantes : nom de l'usagère, GPA, DPA, AG et motif de la consultation.
- Suite aux recommandations du médecin, la sage-femme lui informe qu'elle lui enverra une demande de consultation médicale (formulaire AH-226) par télécopieur au 514 252-3580 en précisant la nature de la consultation.

3.4 Consultation urgente pour usagère avant 13 semaines

- La sage-femme réfère l'usagère à l'urgence de HMR.

3.5 Consultation urgente pour usagère après 13 semaines

- Selon la situation et son jugement clinique, la sage-femme contacte l'obstétricien de garde via la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou par la centrale d'appels au 514 252-4552.
- La sage-femme se présente et informe son interlocuteur de la raison de l'appel téléphonique.
- La sage-femme fournit les informations suivantes: nom de l'usagère, GPA, DPA, AG, motif de la consultation.
- La sage-femme confirme que l'usagère peut se rendre à la salle de triage au 7^e étage de HMR pour une consultation urgente.
- La sage-femme transmet les documents requis par télécopieur au 514 252-3580 (tableau au point 6).

3.6 La sage-femme fait un retour avec l'usagère sur la consultation ainsi que sur les recommandations et des limites de sa pratique conformément à la *Loi sur les sage-femmes*, si applicable.

3.7 La sage-femme reconnaît l'usagère comme principale décisionnaire des soins et du suivi pendant sa grossesse.

3.8 Suite à la discussion avec l'usagère, conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur :

- La sage-femme poursuit son suivi pendant la période de soins;
- La sage-femme transfère la responsabilité clinique de l'usagère à l'obstétricien (voir 3.9);
- En cas de refus, la sage-femme note dans le dossier la raison du refus et les éléments abordés durant la conversation, et se réfère à l'annexe G.2 - *Refus de traitement par l'usagère*.

3.9 Transfert en prénatal

- La sage-femme envoie le formulaire *Demande de transfert ou de consultation de patientes en clinique de grossesse à risque ou suivi obstétrical normal* à la

clinique externe d'obstétrique et gynécologie ainsi que les documents requis par télécopieur au 514 252-3570 (tableau au point 6).

- Lors d'un transfert avant 28 semaines :
 - La sage-femme transfère définitivement les soins.
- Lors d'un transfert après 28 semaines, selon la situation clinique et la conformité au champ de pratique de la sage-femme :
 - La sage-femme peut être présente à l'accouchement;
 - La sage-femme peut reprendre les soins après la normalisation de la situation clinique.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – OBSTÉTRICIEN DE GARDE

4.1 Consultation téléphonique

- Selon la situation clinique présentée par la sage-femme, l'obstétricien de garde émet ses recommandations verbales ou indique à la sage-femme s'il est préférable de référer l'usagère à la clinique externe en obstétrique pour une évaluation plus approfondie avant de transmettre un avis médical.
- Après réception du formulaire de demande de consultation envoyé par la sage-femme, l'obstétricien complète le formulaire et le retourne par télécopieur à la Maison de naissance au 514 356-4046.

4.2 Consultation urgente après 13 semaines

- L'obstétricien de garde est avisé de la demande de consultation de la sage-femme par l'AIC de la salle d'accouchement ou la centrale d'appels.
- L'obstétricien rejoint la sage-femme au numéro de téléphone indiqué par l'AIC ou le téléphoniste.
- L'obstétricien mentionne à la sage-femme qu'il accepte la demande de consultation urgente et qu'ils attendent la femme au triage de la salle d'accouchement.
- Suite à la consultation, l'obstétricien transmet le rapport de consultation par télécopieur à la Maison de naissance au 514 356-4046.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF (AIC) DU 7C

5.1 Consultation téléphonique

- L'AIC répond à l'appel de la sage-femme et la met en contact avec l'obstétricien.
- En cas de non-disponibilité de l'obstétricien, l'AIC note les coordonnées de rappel de la sage-femme afin que l'obstétricien puisse la rejoindre lorsqu'il en aura la possibilité.

5.2 Consultation urgente après 13 semaines

- L'AIC répond à l'appel de la sage-femme et la met en contact avec l'obstétricien.
- En cas de non-disponibilité de l'obstétricien, l'AIC indique à la sage-femme d'envoyer l'usagère directement au triage de la salle d'accouchement. Elle avertira le médecin de son arrivée dès qu'il sera disponible.

6. DOCUMENTS À TRANSMETTRE

PÉRIODE	URGENT < 13 SA	NON URGENT OU SEMI-URGENT	URGENT > 13 SA
Lieu de consultation	Urgences HMR	Clinique externe obstétrique et gynécologie	Triage 7 ^e étage
Télécopieur		514 251-3570	514 252-3580
Téléphone		514 251-3051	514 252-3447
Formulaire AH-226 complété*		X	X
OBS 1, 2, 3, 4		X	X
Formulaire GARE		X	
Et tout autre document pertinent selon le motif de consultation			

*Le formulaire AH-226 complété doit contenir les informations suivantes :

- **Identification de l'usagère :**
 - Nom et prénom
 - Numéro RAMQ
 - Date de naissance
 - Numéro HMR
 - Numéro de téléphone
- **Identification de la sage-femme :**
 - Nom et prénom
 - Numéro de permis
 - Numéro de cellulaire
- **Identification de la Maison de naissance :**
 - Adresse postale
 - Numéro de téléphone
 - Télécopieur

*Tous les formulaires doivent être identifiés au nom de l'usagère, de façon lisible, en lettres moulées ou avec une étiquette ou étampe.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

7.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

7.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

7.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

7.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe A.2 – Consultation et transfert maternel en postnatal

Destinataires : Sages-femmes, obstétriciens de garde, assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement et assistantes infirmières-chefs de l'urgence

1. DÉFINITIONS

1.1 Consultation postnatale maternelle précoce

Une consultation postnatale maternelle est jugée précoce si elle a lieu dans les 7 jours suivant l'accouchement.

1.2 Consultation postnatale maternelle tardive

Une consultation postnatale maternelle est jugée tardive si elle a lieu entre 7 jours et 6 semaines après l'accouchement.

2. ÉTAPES COMMUNES

2.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*

2.2 Les obligations de consultation et transfert sont définies par l'annexe G.1 - *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*

2.3 La sage-femme demeure l'intervenante pivot dans le suivi périnatal de l'usagère.

2.4 En cas de transfert de l'usagère en post-partum immédiat et que les parents peuvent fournir tous les soins nécessaires au nouveau-né, ce dernier accompagne sa mère, mais reste sous les soins de la sage-femme (celui-ci est donc non admis, seulement inscrit, et ne requiert aucun soin du personnel hospitalier).

2.5 En cas de transfert de l'usagère en post-partum immédiat et qu'aucun des parents n'est en mesure de fournir tous les soins nécessaires au nouveau-né ou si son état de santé le requiert, ce dernier sera admis au centre hospitalier selon les protocoles en vigueur.

2.6 Dès que la situation clinique le permet, la sage-femme reprend la responsabilité clinique de l'usagère pour le suivi des six semaines post-partum.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

3.1 La sage-femme informe l'usagère du motif de la consultation.

3.2 Consultation postnatale maternelle précoce

- La sage-femme contacte l'obstétricien de garde via l'AIC de la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou la centrale d'appels au 514 252-4552.

- La sage-femme se présente et informe le médecin de la raison de l'appel téléphonique.
- La sage-femme fournit au médecin les informations suivantes : nom de l'usagère, GPA, date d'accouchement et toute autre information pertinente au motif de la consultation.
- La sage-femme confirme que l'usagère peut bien se rendre à la salle de triage au 7ème étage du HMR.
- La sage-femme transmet les documents requis par télécopieur au 514 252-3580 (voir le tableau au point 7).

3.3 Consultation postnatale maternelle tardive

- La sage-femme contacte l'obstétricien de garde via l'AIC de la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou la centrale d'appels au 514 252-4552.
- La sage-femme se présente et informe le médecin de la raison de l'appel téléphonique.
- La sage-femme fournit au médecin les informations suivantes : nom de l'usagère, GPA, date d'accouchement et toute autre information pertinente au motif de la consultation.
- Si la situation clinique nécessite une évaluation médicale par l'obstétricien de garde, la sage-femme confirme avec l'obstétricien que l'usagère doit bien se rendre à l'urgence du HMR, et valide avec ce dernier s'il souhaite que des documents soient envoyés à son nom au télécopieur de la salle d'accouchement au 514 252-3580 ou à celui de l'urgence au 514 252-3566 (voir le tableau au point 7).
- La sage-femme contacte l'AIC de l'urgence pour l'aviser de l'arrivée de l'usagère suite à une consultation téléphonique avec l'obstétricien de garde, si le dossier de l'usagère a été envoyé par télécopieur à l'urgence et lui demande d'informer l'obstétricien de garde à son arrivée.

3.4 La sage-femme fait un retour avec l'usagère sur la consultation ainsi que sur les recommandations et des limites de sa pratique conformément à la *Loi sur les sages-femmes*, si applicable.

3.5 La sage-femme reconnaît l'usagère comme principale décisionnaire de ses soins et suivis.

3.6 Suite à la discussion avec l'usagère, conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur :

- La sage-femme poursuit son suivi pendant la période de soins;
- La sage-femme transfère la responsabilité clinique de l'usagère à l'obstétricien (voir le point 3.7);
- En cas de refus, la sage-femme note dans le dossier la raison du refus et les éléments abordés durant la conversation, et se réfère à l'annexe G.2 - *Refus de traitement par l'usagère*.

3.7 Transfert en postnatal

- La sage-femme suit les étapes pertinentes à la situation clinique parmi les points 3.1 à 3.6 et s'assure que tous les documents requis ont été envoyés par télécopieur à la salle d'accouchement au 514 252-3580 (tableau au point 7).

- Rebours de soins vers la sage-femme :
 - La sage-femme demande à la femme de l'aviser lorsqu'elle obtient son congé du CH ou du suivi médical pour poursuivre le suivi des six semaines post-partum habituel;
 - La sage-femme s'assure qu'elle a bien reçu le résumé et/ou tout autre document pertinent du dossier médical.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – OBSTÉTRICIEN DE GARDE

4.1 L'obstétricien de garde est avisé de la demande de consultation ou de transfert de la sage-femme par l'AIC de la salle d'accouchement ou la centrale d'appels.

4.2 Le médecin rejoint la sage-femme au numéro de téléphone indiqué par l'AIC ou le téléphoniste.

- En cas de consultation maternelle précoce, le médecin mentionne à la sage-femme qu'il accepte la demande de consultation et qu'ils attendent la femme au triage de la salle d'accouchement.
- En cas de consultation maternelle tardive et en présence d'une situation clinique nécessitant une évaluation en personne de sa part, le médecin mentionne à la sage-femme qu'il accepte la demande de consultation, mais que la femme doit se rendre à l'urgence de l'HMR. Celui-ci s'y rendra pour effectuer la consultation lorsqu'il sera avisé par l'AIC de l'urgence :
 - Le médecin indique à la sage-femme s'il préfère que les documents (voir le tableau au point 7) soient envoyés à la salle d'accouchement ou directement à l'urgence de HMR.
- Suite à une consultation (maternelle précoce ou tardive) nécessitant un transfert de soins, l'obstétricien contacte la sage-femme par téléphone pour l'en aviser.
- En cas d'un appel pour une demande de transfert postnatal, le médecin mentionne à la sage-femme qu'il accepte la demande de transfert et que l'usagère sera admise au CH selon les protocoles en vigueur.

4.3 Rebours de soins vers la sage-femme suite à une consultation ou un transfert :

- L'obstétricien transmet le rapport de consultation et/ou tout document pertinent du dossier médical à la Maison de naissance au 514 356-4046 dans les 24 heures suivant le congé de l'usagère;
- Si un suivi médical est nécessaire, le médecin informe la sage-femme et l'usagère et explique à cette dernière les modalités de prise de rendez-vous.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF DU 7C

5.1 L'AIC répond à l'appel de la sage-femme et la met en contact avec l'obstétricien.

5.2 En cas de non-disponibilité de l'obstétricien et selon la situation clinique :

- L'AIC note les coordonnées de rappel de la sage-femme afin que l'obstétricien puisse la rejoindre lorsqu'il en aura la possibilité;
- ou :
- Indique à la sage-femme d'envoyer l'usagère directement au triage de la salle d'accouchement (consultation maternelle précoce) ou à l'urgence (consultation maternelle tardive). Elle avertira le médecin dès qu'il sera disponible.

6. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF DE L'URGENCE

6.1 L'AIC répond à l'appel de la sage-femme.

6.2 L'AIC s'assure de récupérer les documents envoyés par la sage-femme au nom de l'obstétricien de garde qui a accepté la demande de consultation au télécopieur de l'urgence, le cas échéant.

6.3 L'AIC avise l'obstétricien de garde au moment de l'arrivée de l'usagère à l'urgence.

7. DOCUMENTS À TRANSMETTRE

PÉRIODE	PRÉCOCE	TARDIVE
Lieu de consultation	Salle de triage 7 ^e étage	Urgence HMR*
Télécopieur	514 252-3580	514 252-3566*
Téléphone	514 252-3447	514 252-3400, p. 7177
Demande de consultation médicale AH-226**	✓	✓
OBS 1-2-3-4-7	✓	✓

*En cas de consultation maternelle tardive, les documents peuvent être envoyés au télécopieur de l'urgence ou à la salle d'accouchement selon les préférences de l'obstétricien de garde préalablement avisé au téléphone par la sage-femme.

**Le formulaire AH-226 complété doit contenir les informations suivantes :

- Identification de l'usagère
 - Nom et prénom
 - Numéro RAMQ
 - Date de naissance
 - Numéro HMR
 - Numéro de téléphone
- Identification de la sage-femme :
 - Nom et prénom
 - Numéro de permis
 - Numéro de cellulaire
- Identification de la Maison de naissance :
 - Adresse postale
 - Numéro de téléphone
 - Numéro de télécopieur

Tous les formulaires doivent être identifiés au nom de l'usagère, de façon lisible, en lettres moulées ou avec une étiquette ou étampe.

8. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

8.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

8.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

8.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

8.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe B.1 - Consultation en période périnatale

Destinataires : Sages-femmes, obstétriciens de garde et assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*
- 1.2 Les obligations de consultation sont définies par l'annexe G.1 - *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*
- 1.3 Si la consultation se déroule en centre hospitalier (CH), l'échange entre l'obstétricien et la sage-femme a de préférence lieu hors de la chambre de l'usagère et dans un endroit où la confidentialité est conservée.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES– SAGE-FEMME

- 2.1 La sage-femme informe l'usagère du motif de la consultation.
- 2.2 La sage-femme contacte l'obstétricien de garde.
 - Lors d'un accouchement à la Maison de naissance (MDN) ou à domicile : via l'AIC de la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou la centrale d'appels au 514 252-4558.
 - Lors d'un accouchement en CH, la sage-femme avise le poste infirmière (# 3477) ou se déplace au poste, selon la situation.
- 2.3 La sage-femme fournit à l'obstétricien de garde les informations suivantes : Nom de l'usagère, GPA, DPA, AG et motif de la consultation.
- 2.4 Suite aux recommandations de l'obstétricien, la sage-femme lui propose de lui envoyer la demande de consultation médicale (formulaire AH-226). Si tel est le cas, elle lui remet en format papier ou l'envoie par télécopieur au 514 252-3580 en précisant la nature de la consultation.
- 2.5 À la suite de la consultation, la sage-femme informe l'usagère des recommandations de l'obstétricien et des limites de sa pratique conformément à la *Loi sur les sages-femmes*.
- 2.6 Par la suite, en tenant compte de la décision de l'usagère et conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur :
 - Elle poursuit son suivi pendant la période de soins;
 - Elle transfère la responsabilité clinique de l'usagère à l'obstétricien (voir Annexe B.2 – *Transfert de la mère en phase périnatale*).

2.7 En cas de refus, la sage-femme note dans le dossier la raison du refus et les éléments abordés durant la conversation, et se réfère à l'annexe G.2 - *Refus de traitement par l'usagère*.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – OBSTÉTRICIEN DE GARDE

3.1 L'obstétricien de garde est avisé de la demande de consultation de la sage-femme par l'AIC ou la centrale d'appels.

3.2 L'obstétricien de garde rejoint la sage-femme (par téléphone, au poste d'infirmière ou à la chambre de l'usagère).

3.3 L'obstétricien émet ses recommandations verbales à la sage-femme. Si la situation nécessite un transfert de la responsabilité clinique de l'usagère à l'obstétricien, se référer à l'annexe B.2 – *Transfert de la mère en phase périnatale*.

3.4 L'obstétricien s'entend avec la sage-femme sur la nécessité ou non de remplir le formulaire de demande de consultation médicale. Si tel est le cas, l'obstétricien transmet le rapport de consultation par télécopieur à la MDN.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF

4.1 L'AIC répond à l'appel de la sage-femme et la met en contact avec l'obstétricien de garde.

4.2 En cas de non-disponibilité de l'obstétricien, l'AIC note les coordonnées de rappel de la sage-femme afin que l'obstétricien puisse la rejoindre lorsqu'il en aura la possibilité.

5. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

5.5 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

5.6 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

5.7 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

5.8 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe B.2 – Transfert de l'usagère en période périnatale

Destinataires : Sages-femmes, ASSS-aide natale (ASSS-AN), obstétriciens de garde et assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*
- 1.2 Les obligations de transfert sont définies par l'annexe G.1 - *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*
- 1.3 L'échange des informations entre l'obstétricien et la sage-femme a de préférence lieu hors de la chambre de l'usagère et dans un endroit où la confidentialité est conservée. Le plan de soins est discuté pour permettre une communication harmonieuse auprès de l'usagère par les deux parties. En cas d'urgence, la discussion aura lieu dans la chambre de l'usagère.
- 1.4 Si la situation nécessite un transfert direct de l'usagère vers la salle d'opération de l'Urgence, se référer à l'algorithme 1 (page 7).
- 1.5 La sage-femme demeure l'intervenante pivot dans le suivi périnatal de l'usagère.
- 1.6 En cas de transfert de l'usagère en post-partum immédiat et que les parents peuvent fournir tous les soins nécessaires au nouveau-né, ce dernier accompagne sa mère mais reste sous les soins de la sage-femme (celui-ci est donc non admis, seulement inscrit, et ne requiert aucun soin du personnel hospitalier).
- 1.7 En cas de transfert de l'usagère en post-partum immédiat et qu'aucun des parents n'est en mesure de fournir tous les soins nécessaires au nouveau-né ou si son état de santé le requiert, ce dernier sera admis au CH selon les protocoles en vigueur.
- 1.8 Dès que l'usagère obtient son congé du CH, un retour des soins vers la sage-femme pour le suivi des six semaines post-partum est favorisé.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

- 2.1 La sage-femme informe l'usagère des motifs du transfert.
- 2.2 La sage-femme informe l'usagère ou son partenaire des politiques du centre hospitalier (CH).
- 2.3 Si l'accouchement se déroule hors CH, la sage-femme décide du moyen de transport le plus adapté selon son jugement clinique et la situation (ex: voiture, taxi, ambulance).
- 2.4 La sage-femme remplit la demande médicale AH-226 en précisant la nature du transfert.

Cette demande peut être complétée une fois sur place au CH en cas de transfert urgent, après vérification auprès de l'obstétricien de garde.

2.5 La sage-femme entreprend la démarche de transfert :

- La sage-femme contacte l'obstétricien de garde et lui explique la nature du transfert et le délai probable avant l'arrivée de l'usagère.
 - Lors d'un accouchement à la Maison de naissance (MDN) ou à domicile: via l'AIC de la salle d'accouchement au 514 252-3447 ou la centrale d'appels au 514 252-4558.
 - Lors d'un accouchement en CH, la sage-femme avise l'AIC au poste d'infirmière (#3477) ou sonne la cloche (en cas d'urgence uniquement).
- Selon la situation, la sage-femme ou l'ASSS-AN appelle les services Urgences-Santé au 911 pour le transport en ambulance.
- La sage-femme ou l'ASSS-AN imprime ou fait une copie du dossier de l'usagère (voir tableau 1, page 5).

2.6 En cas de transfert obligatoire et/ou urgent mais non possible (conditions climatiques, distance à parcourir, etc.) :

- La sage-femme doit rejoindre l'obstétricien de garde par téléphone pour obtenir son avis (voir annexe B.1).
- Noter au dossier l'heure et le contenu de la discussion.
- Suivre les recommandations de l'obstétricien jusqu'à ce que le transfert en CH soit envisageable.

2.7 La sage-femme demande au couple la carte d'assurance maladie ainsi que la carte d'hôpital de l'usagère.

2.8 À l'arrivée des paramédics, la sage-femme :

- Se présente.
- Mentionne la raison du transfert, et si celui-ci est urgent ou non urgent, et les informe de la stabilité de la situation.
- Précise qu'elle conserve la responsabilité clinique jusqu'au transfert de soins à l'obstétricien de garde.
- Collabore en répondant à leurs questions au besoin.
- Leur remet la carte d'assurance maladie et la carte d'hôpital de l'usagère.
- Peut leur demander de prendre les signes vitaux de l'usagère pendant le transport.

2.9 Dans le transport en ambulance, la sage-femme fournit aux paramédics l'information pertinente à fournir à l'AIC de l'urgence (514 252-3400, poste 7177), tel que la nécessité ou non d'un transfert direct en salle d'opération.

2.10 À l'arrivée au CH, la sage-femme :

- Guide les ambulanciers jusqu'au 7C.
- Récupère la carte d'assurance maladie et la carte d'hôpital de l'usagère auprès des ambulanciers.
- Se dirige au poste, se présente et s'informe du numéro de la chambre assignée à l'usagère.
- Accompagne l'usagère jusqu'à la chambre.

- Donne un rapport verbal à l'infirmière et à l'obstétricien de garde.
- Remet les documents nécessaires au transfert à l'obstétricien de garde (voir tableau 1).

2.11 Une fois le transfert complété, la sage-femme peut quitter ou rester pour accompagner l'usagère.

2.12 En cas de transfert de l'usagère en post-partum immédiat :

- Si le transfert de l'usagère s'effectue en ambulance, le nouveau-né reste à la Maison de naissance avec le père et la 2^e sage-femme. Lorsque le post-natal immédiat du nouveau-né est complété et que la situation le permet, le père et le nouveau-né peuvent venir rejoindre la mère au CH.
- La sage-femme reste responsable du suivi post-natal du nouveau-né.
- Si aucun des deux parents n'est en mesure d'offrir les soins nécessaires au nouveau-né ou que son état de santé le requiert, celui-ci sera admis au CH.
 - La sage-femme avise alors le pédiatre de garde pour l'admission du nouveau-né et lui transmet les documents du dossier du nouveau-né (consulter l'annexe D).

2.13 Rebours de soins vers la sage-femme :

- La sage-femme demande à la femme de l'aviser lorsqu'elle obtient son congé du CH pour poursuivre le suivi des six semaines post-partum habituel.
- La sage-femme s'assure qu'elle a bien reçu le résumé et/ou tout autre document pertinent du dossier médical.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSS-AIDE NATALE (ASSS-AN)

3.1 Si l'ASSS-AN est présente lors du transfert, celle-ci aide la sage-femme dans la démarche de transfert.

3.2 S'il s'agit d'un transfert urgent et que la sage-femme ne peut quitter la chambre de l'usagère, l'ASSS-AN :

- Compose le numéro de téléphone pour rejoindre l'obstétricien de garde (via la centrale d'appels au 514 252-4558);
- Met le téléphone sur haut-parleur;
- S'identifie et initie le contact pour la sage-femme, qui répondra par la suite aux questions de l'obstétricien de garde ou de l'AIC.

3.3 L'ASSS-AN appelle les services Urgences-Santé au 911 pour demander un transport en ambulance.

3.4 Si l'accouchement se déroule à la Maison de naissance :

- L'ASSS-AN imprime ou effectue une copie du dossier de l'usagère;
- L'ASSS-AN sort le sac de transfert pour la sage-femme.

3.5 L'ASSS-AN se rend à l'entrée de la Maison de naissance ou du domicile pour attendre et accueillir les ambulanciers et les guider vers la chambre de naissance.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – OBSTÉTRICIEN DE GARDE

4.1 L'obstétricien de garde est avisé de la demande de transfert de la sage-femme par l'AIC de la salle d'accouchement ou la centrale d'appels.

- 4.2 L'obstétricien rejoint la sage-femme le plus rapidement possible (par téléphone, au poste d'infirmière ou à la chambre de l'usagère).
- 4.3 L'obstétricien remplit le *Formulaire de transfert maternel 2B* avec les renseignements mentionnés par la sage-femme. L'obstétricien pose des questions au besoin pour s'assurer d'avoir toutes les informations pertinentes.
- 4.4 L'obstétricien mentionne à la sage-femme qu'il accepte le transfert et qu'ils vont préparer une chambre pour leur arrivée.
 - En cas de débordement, l'obstétricien fait des démarches pour trouver un centre hospitalier qui accepte le transfert de soins. Celui-ci avise l'obstétricien de garde du CH receveur de la situation et lui transmet les coordonnées de la sage-femme à contacter.
 - En cas de transfert direct de l'usagère vers la salle d'opération, se référer à l'algorithme interne en vigueur (*Algorithme - Transfert direct de l'usagère vers la salle d'opération de l'Urgence*, page 7).
- 4.5 L'obstétricien avise l'AIC de la salle d'accouchement du transfert et lui demande de réserver et préparer une chambre au nom de l'usagère.
- 4.6 À l'arrivée de l'usagère et de la sage-femme, l'obstétricien rejoint la sage-femme pour le rapport verbal. La sage-femme lui remettra à ce moment tous les documents nécessaires au transfert (*Documents à transmettre*, page 5).
- 4.7 L'obstétricien nomme clairement à la sage-femme qu'il est maintenant responsable des soins.
- 4.8 Le nouveau-né qui est né sous les soins de l'obstétricien est pris en charge selon les procédures en vigueur à HMR.
- 4.9 Rebours de soins vers la sage-femme :
 - L'obstétricien transmet le résumé de l'accouchement et/ou tout autre document pertinent du dossier médical à la Maison de naissance au 514 356-4046 dans les 24 heures suivant le congé de l'usagère.
 - Si un suivi médical est nécessaire, le médecin informe la sage-femme et l'usagère et explique à cette dernière les modalités de prise de rendez-vous.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF (AIC) DU 7C

- 5.1 L'AIC répond à la sage-femme, avise l'obstétricien de garde de la demande de transfert et précise le moyen de communication avec la sage-femme (par téléphone, au poste d'infirmière ou à la chambre de l'usagère).
- 5.2 Si l'obstétricien de garde n'est pas disponible, l'AIC prend les informations de la sage-femme et complète le *Formulaire de transfert maternel 2B* et avise l'obstétricien de garde dès que possible du transfert.
- 5.3 L'AIC réserve une chambre pour l'usagère selon la procédure interne.

6. DOCUMENTS À TRANSMETTRE

TRANSFERT PERNATAL	
Lieu de transfert	7C
Télécopieur	514 252-3580
Téléphone	514 252-3447
Formulaire AH-226 complété*	✓
OBS 1, 2, 3, 4	✓
OBS 5	✓
Laboratoires & échographies	✓
Carte d'assurance maladie	✓
Carte d'hôpital	✓
Et tout autre document pertinent	

* Le formulaire AH-226 complété doit contenir les informations suivantes :

- Identification de l'usagère
 - Nom et prénom
 - Numéro RAMQ
 - Date de naissance
 - Numéro HMR
 - Numéro de téléphone
- Identification de la sage-femme :
 - Nom et prénom
 - Numéro de permis
 - Numéro de cellulaire
- Identification de la Maison de naissance :
 - Adresse postale
 - Numéro de téléphone
 - Télécopieur

* Tous les formulaires doivent être identifiés au nom de l'usagère, de façon lisible, en lettres moulées ou avec une étiquette ou étampe.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

7.1. Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

7.2. Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

7.3. Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

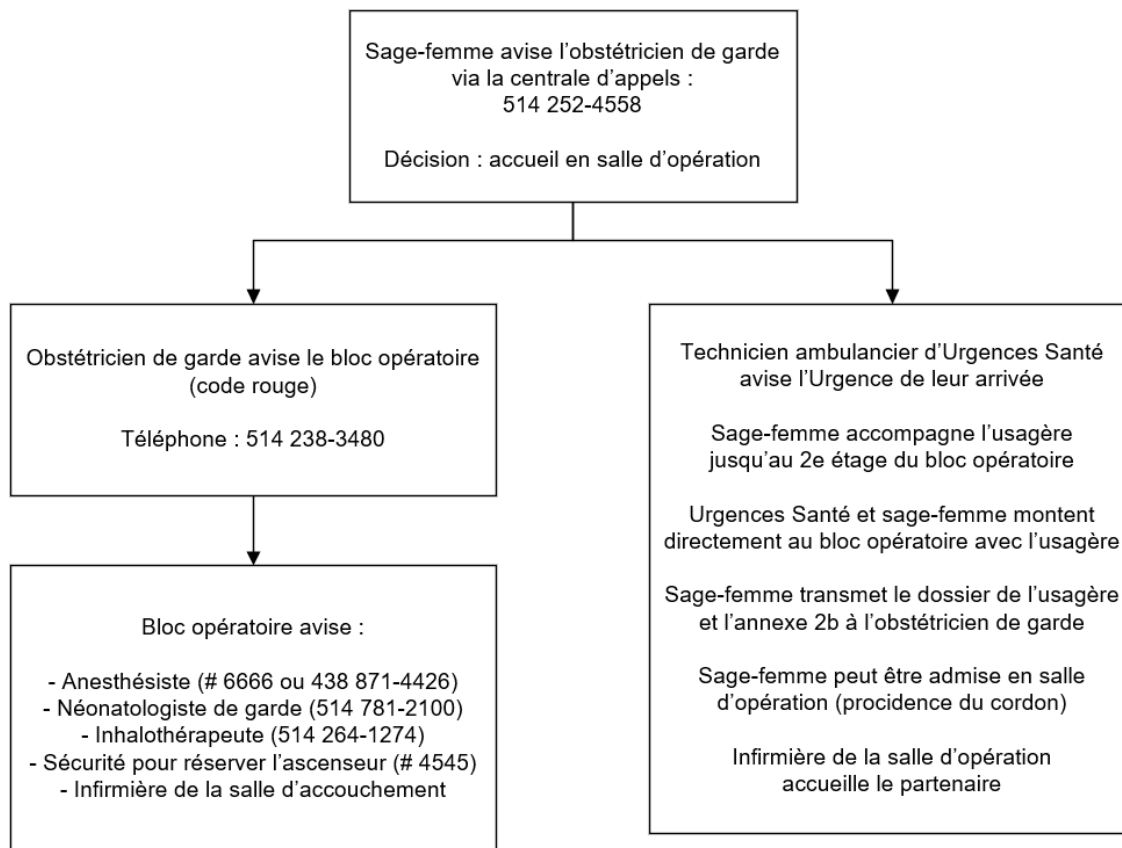
7.4. Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

9. ALGORITHME – TRANSFERT DIRECT DE L'USAGÈRE VERS LA SALLE D'OPÉRATION DE L'URGENCE



Annexe C – Consultation et transfert du nouveau-né en néonatalogie (< 24 heures de vie)

Destinataires : Sages-femmes, ASSS-AN, néonatalogistes de garde et assistantes infirmières-chefs de l'urgence

1. DÉFINITIONS

1.1 Détresse vitale

État qui nécessite des soins médicaux immédiats afin de prévenir une détérioration importante de l'état de santé du nouveau-né.

1.2 État stable

Nouveau-né ne nécessitant pas de soins continus, pouvant être transféré en ambulance ou dans le véhicule des parents selon l'état clinique du nouveau-né.

1.3 Centre demandeur

Établissement qui fait la demande pour un service de transport dans le cadre de la présente entente.

1.4 Centre receveur

Établissement vers lequel le nouveau-né est transféré.

2. ÉTAPES COMMUNES

2.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve.*

2.2 Les obligations de consultation et de transfert sont définies par l'annexe G.1 - *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*

2.3 La sage-femme demeure l'intervenante pivot dans le suivi post-natal du nouveau-né.

2.4 En cas de transfert du nouveau-né, favoriser la conservation de la dyade mère-enfant.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

3.1 Nouveau-né en état stable en provenance de la Maison de naissance ou du domicile (sera vu aux urgences pédiatriques de l'Urgence de HMR)

3.1.1 La sage-femme informe les parents du motif de la consultation ou du transfert et des limites de sa pratique conformément à la *Loi sur les sages-femmes*.

3.1.2 La sage-femme contacte le néonatalogiste de garde de HMR au 514 252-3400, poste 6740. Elle transmet les informations suivantes :

- Raison de la consultation ou du transfert;
- Informations pertinentes sur l'accouchement (copie du formulaire 7, résumé du travail et accouchement) :
 - Date et heure de naissance;

- LA clair ou méconial;
- Membranes rompues depuis combien d'heures?
- Strep B couvert par plus de 4 heures d'antibiotique prophylactique.
- Grossesse normale vs particularités :
 - Labos - sérologies AgHbs, HIV, syphilis, rubéole, noté avec le résultat la date du dépistage de chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae, échos (morpho très important), ATCD (copies des résultats et rapports).
- Examen du nouveau-né (selon les données disponibles sur le formulaire d'examen objectif du nouveau-né AH-285 DT- 9106) :
 - Âge gestationnel et sexe du bébé;
 - APGAR et poids de naissance;
 - Poumons;
 - Cœur, palpations pouls fémoraux;
 - Saturation (main droite).

3.1.3 À la suite de l'appel, la sage-femme informe les parents des recommandations du néonatalogiste et note le contenu des discussions dans le dossier.

3.1.4 Par la suite, en tenant compte de la décision des parents et conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur :

- La sage-femme poursuit son suivi pendant la période de soins (avec recommandations de surveillance clinique du néonatalogiste)
- Elle transfère la responsabilité clinique du nouveau-né au néonatalogiste :
 - La sage-femme décide du moyen de transport le plus adapté selon son jugement clinique et la situation (ex. : voiture, taxi, Urgences-Santé pour le transport en ambulance).
 - La sage-femme remplit la demande médicale AH-226 en précisant la nature du transfert ou consultation
 - La sage-femme envoie les documents requis (voir tableau 2) à HMR, par télécopieur au 514 252-3515.
 - Selon la situation clinique, la sage-femme peut accompagner ou non le nouveau-né et les parents aux Urgences pédiatriques de HMR.
 - La sage-femme reste responsable du suivi post-natal de la mère.

3.2 Nouveau-né en détresse vitale en provenance de la Maison de naissance (équipe de transport de CHU Ste-Justine – voir Entente néonatale sages-femmes du 25-01-2020)

3.2.1 En présence d'un nouveau-né en détresse vitale, la sage-femme effectue les manœuvres attendues auprès du nouveau-né et demande l'assistance d'une 3^e sage-femme si possible.

3.2.2 La sage-femme contacte le néonatalogiste de garde de HMR toujours au 514 252-3400, poste 6740. Elle transmet les informations suivantes :

- Raison du transfert;

- Informations pertinentes sur l'accouchement (copie du formulaire 7, résumé du travail et accouchement) :
 - Date et heure de naissance;
 - LA clair ou méconial;
 - Membranes rompues depuis combien d'heures?
 - Strep B
 - Grossesse normale vs particularités, si possible.
 - État clinique du nouveau-né (selon données disponibles formulaire examen objectif du nouveau-né AH-285 DT- 9106) :
 - Âge gestationnel et sexe du bébé;
 - APGAR et poids de naissance;
 - Poumons;
 - Cœur, pouls fémoraux palpable;
 - Saturation (main droite).
 - Les manœuvres en cours;
 - Confirme que le HMR est le centre receveur et qu'il accepte le transfert;
 - Mentionne qu'elle doit appeler l'équipe du CHU Ste-Justine pour le transport du nouveau-né vers HMR, et que l'heure de départ de la Maison de naissance vers HMR lui sera communiquée dès que connue.
- 3.2.3 Dès que possible, la sage-femme ou l'ASSS appelle l'équipe de transport du CHU Sainte-Justine au 514 345-4712 (téléphone sur haut-parleur).
- La sage-femme transmet les informations cliniques pertinentes au néonatalogiste de garde du CHU Sainte-Justine (voir le point 3.2.2).
 - La sage-femme indique le centre receveur et le nom du néonatalogiste de garde d'HMR qui accepte le transfert.
- 3.2.4 En attendant l'arrivée de l'équipe de transport, la sage-femme poursuit les manœuvres de réanimation avec le support téléphonique du néonatalogiste de HMR ou de Ste-Justine.
- 3.2.5 À l'arrivée de l'équipe de transport du CHU Sainte-Justine :
- La sage-femme complète et remet le formulaire de demande de transport du CHU Ste-Justine;
 - Rappelle le néonatalogiste du HMR pour confirmer l'heure de départ de l'équipe de transport vers HMR et le nom du néonatalogiste de Sainte-Justine;
 - Donne l'état clinique du nouveau-né au départ de la maison de naissance.
- 3.2.6 Après le départ de l'équipe de transport :
- La sage-femme remplit la demande médicale AH-226 en précisant la nature du transfert;
 - La sage-femme envoie les documents requis (voir tableau 2) à HMR, par télécopieur au 514 252-3515;
 - La sage-femme reste à la Maison de naissance pour finaliser le post-partum immédiat de la mère et pour coordonner le maintien de la dyade mère-bébé selon la situation.

3.3 Nouveau-né en détresse vitale provenance du domicile (à l'Urgence HMR)

3.3.1 En présence d'un nouveau-né en détresse vitale, la sage-femme effectue les manœuvres attendues auprès du nouveau-né et demande l'assistance des paramédics ou d'une 3^e sage-femme si possible.

3.3.2 La sage-femme appelle les services Urgences-Santé au 911 pour le transport en ambulance.

3.3.3 La sage-femme contacte le néonatalogiste de garde du HMR au 514 252-3400, poste 6740. Elle transmet les informations suivantes :

- Raison du transfert;
- Informations pertinentes sur l'accouchement :
 - Date et heure de naissance;
 - LA clair ou méconial;
 - Membranes rompues depuis combien d'heures?
 - Strep B.
- Grossesse normale vs particularités, si possible;
- État clinique du nouveau-né (selon données disponibles) :
 - Âge gestationnel et sexe du bébé;
 - APGAR et poids de naissance;
 - Poumons;
 - Cœur;
 - Saturation.
- Les manœuvres en cours et la réponse;
- Confirme que le HMR est le centre receveur et accepte le transfert.

3.3.4 À l'arrivée des paramédics, la sage-femme :

- Continue les manœuvres attendues auprès du nouveau-né;
- Se présente (nom, sage-femme);
- Mentionne la raison du transfert, réanimation en cours ou post réanimation et les informe de la stabilité de la situation;
- Précise qu'elle conserve la responsabilité clinique jusqu'au transfert de soins au néonatalogiste de garde;
- Collabore en répondant à leurs questions au besoin;
- Les paramédics collaborent avec la sage-femme selon ses instructions jusqu'à l'arrivée à l'Urgence de HMR

3.3.5 À son arrivée aux urgences pédiatriques, la sage-femme :

- Poursuit les soins au nouveau-né jusqu'à la prise en charge par l'équipe de l'Urgence et le néonatalogiste de garde;
- Fait un rapport concis de la situation et de l'état clinique du nouveau-né au néonatalogiste de garde.

3.3.6 Après la prise en charge du nouveau-né par l'équipe de néonatalogie :

- La sage-femme remplit la demande médicale AH-226 en précisant la nature du transfert;

- La sage-femme remet une copie des documents requis (voir tableau 2) au néonatalogiste de garde ou les envoie par télécopieur au 514 252-3515 dès que possible;
- La sage-femme s'assure de coordonner le post-partum immédiat de la mère et le maintien de la dyade mère-bébé selon la situation.

3.4 Nouveau-né en provenance de l'HMR (détresse vitale ou état stable)

- 3.4.1 La sage-femme effectue les manœuvres attendues auprès du nouveau-né.
- 3.4.2 La sage-femme contacte le néonatalogiste de garde du HMR, par téléphone au 514 781-2100.
- 3.4.3 À l'arrivée du néonatalogiste de garde, la sage-femme lui fait un rapport concis de la situation et de l'état clinique du nouveau-né et précise s'il s'agit d'une consultation ou d'un transfert de soins. Cela dépend de l'état clinique du nouveau-né.
- 3.4.4 En cas de transfert de soins:
- Le néonatalogiste assumera les soins cliniques du nouveau-né. Selon l'examen médicale le nouveau-né sera admis dans l'USIN ou accompagnera sa mère dans le post-partum sous la responsabilité pédiatrique. (Même procédure d'admission qu'un bébé né sous responsabilité d'un médecin en CH)
 - La sage-femme remplit la médicale AH-226 en précisant la nature du transfert.
 - La sage-femme remet les documents requis (voir tableau 2) au néonatalogiste de garde.
- 3.4.5 Dans tous les cas, la sage-femme poursuit le post-partum immédiat de la mère. Elle reste responsable du suivi post-natal de cette dernière jusqu'à sa sortie de la chambre dès son congé obtenu par la sage-femme.

3.5 Rebours de soins vers la sage-femme suite à un transfert du nouveau-né

- 3.5.1 La sage-femme demande aux parents de l'aviser lorsque le nouveau-né obtient son congé du CH pour poursuivre le suivi des six semaines post-partum tel que prévu dans les services.
- 3.5.2 La sage-femme prend connaissance du rapport d'hospitalisation et ajuste le plan de soins en conséquence. Elle valide que les parents aient reçu les informations avant le congé de leur nouveau-né par le médecin.
- 3.5.3 Le médecin responsable pour les soins du nouveau-né transmet le rapport et le plan de soins futurs à la sage-femme (télécopie ou par le biais des parents)

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSS-AIDE NATALE

- 4.1** Si le transfert a lieu à partir de la MDN et que l'ASSS-natale est présente, celle-ci aide la sage-femme dans la démarche de transfert.
- 4.2** Si le nouveau-né est en détresse vitale et que la sage-femme doit effectuer des manœuvres en continu, l'ASSS-natale :
- 4.2.1 À la demande de la sage-femme, établit le contact avec le néonatalogiste de garde du HMR :
- Compose le numéro de téléphone : 514 252-3400, poste 6740

- Met le téléphone sur haut-parleur.
 - S'identifie et initie le contact pour la sage-femme
- 4.2.2 À la demande de la sage-femme, établit le contact avec l'équipe de transport du CHU Ste-Justine (voir l'entente avec CHU Sainte-Justine) :
- Compose le numéro de téléphone : 514 345-4712
 - Met le téléphone sur haut-parleur.
 - S'identifie et initie le contact pour la sage-femme, qui répondra par la suite aux questions du néonatalogiste du CHU Sainte-Justine.
- 4.2.3 Selon la situation et la disponibilité de la sage-femme, l'ASSS rappelle le néonatalogiste du garde du HMR pour l'informer de l'heure de départ de l'équipe de transport de la Maison de naissance vers HMR.

4.3 Dans toutes les situations de transfert, l'ASSS-natale :

- 4.2.1 Effectue une copie des documents requis (voir tableau 2)
- 4.2.2 Descend au rez-de-chaussée pour attendre, accueillir l'équipe de transport ou les ambulanciers et les guider vers la chambre de naissance.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES– NÉONATOLOGISTE DE GARDE

5.1 Le néonatalogiste de garde de l'HMR est avisé de la demande de consultation ou de transfert de la sage-femme et la rejoint par téléphone le plus rapidement possible (par téléphone ou à la chambre d'accouchement).

5.2 Nouveau-né en détresse vitale : transfert en provenance de la Maison de naissance ou du domicile

- 5.2.1 Le néonatalogiste mentionne à la sage-femme qu'il accepte le transfert.
- En cas de débordement, le néonatalogiste du CHU Ste-Justine ou du CUSM feront des démarches pour trouver un centre hospitalier qui accepte le transfert de soins. Celui-ci avise le néonatalogiste de garde du CH receveur de la situation et lui transmet les coordonnées de la sage-femme à contacter.
- 5.2.2 Lorsqu'il est informé de l'heure d'arrivée du nouveau-né, le néonatalogiste de garde accueille la sage-femme et le nouveau-né aux urgences pédiatriques pour les nouveau-nés qui arrivent en ambulance avec la sage-femme que ce soit de la MDN ou du domicile. Par contre, pour un nouveau-né qui arrive par transport néonatal du CHU-Ste-Justine ou du CUSM, ce nouveau-né arrive directement dans l'USIN de l'HMR.
- 5.2.3 Le néonatalogiste nomme clairement à la sage-femme qu'il est maintenant responsable des soins.
- 5.2.4 La sage-femme devra suivre les recommandations de la politique des visiteurs dans l'USIN de l'HMR.
- 5.2.5 Le nouveau-né est pris en charge selon les procédures en vigueur à l'HMR.

5.3 Nouveau-né en détresse vitale : transfert en provenance de l'HMR

- 5.3.1 Le néonatalogiste nomme clairement à la sage-femme qu'il est maintenant responsable des soins.
- 5.3.2 Le nouveau-né est pris en charge selon les procédures en vigueur à HMR.

5.4 Nouveau-né en état stable : consultation ou transfert

5.4.1 Le néonatalogiste émet ses recommandations verbales à la sage-femme :

- Poursuite des soins par la sage-femme (avec recommandations de surveillance clinique);
- Transfert vers le HMR (voir point 5.3).

5.5 Retours de soins vers la sage-femme suite à un transfert du nouveau-né

5.5.1 À la fin de l'hospitalisation, le néonatalogiste envoie un rapport médical à la sage-femme par télécopieur au 514 356-4046.

6. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – AIC DE L'URGENCE

6.1. L'AIC de l'urgence reçoit l'appel des paramédics de l'heure d'arrivée du nouveau-né.

6.2. L'AIC de l'urgence avise le néonatalogiste de garde de l'heure d'arrivée du nouveau-né.

7. TABLEAUX

Tableau 1 – Numéros de téléphone

Lieu d'origine	Maison de naissance		Domicile	HMR
État du NN	Détresse vitale	État stable	Toutes les situations	
Étapes 1.	Néonatalogiste HMR 514 252-3400 poste 6740	Néonatalogiste HMR 514 252-3400 poste 6740	Néonatalogiste HMR 514 252-3400 poste 6740	Néonatalogiste HMR SEULEMENT SI PERSONNE N'A RÉPONDU AU POSTE 6740 vous appelez au 514 781-2100 (Ligne rouge pour urgence interne HMR)
2.	Équipe de transport CHU Sainte-Justine 514 345-4712	Urgences Santé 911	Urgences Santé 911	

Tableau 2 – Documents à transmettre en cas de transfert du nouveau-né en néonatalogie

Nature	Transfert d'un nouveau-né en détresse vitale	Transfert d'un nouveau-né en état stable
Télécopieur	514 252-3515	
Demande de consultation médicale AH-226*	✓	✓
OBS 1-2-3-4-7	✓	✓
Examen objectif du nouveau-né	oui	✓
Carnet de santé	oui	✓
Enveloppe et papiers pour le dépistage sanguin et urinaire	oui	✓

*Le formulaire AH-226 doit contenir les informations suivantes :

- Identification d'identification du nouveau-né :
 - Nom
 - Sexe
 - Date et heure de naissance
 - Poids de naissance (très aidant pour la prise en charge à l'HMR)
- Identification de la mère :
 - Nom et prénom
 - Numéro RAMQ ou feuille PFSI (Programme fédéral de santé interimaire)
 - Date de naissance
 - Numéro HMR si accouchement à l'HMR ou si prise en charge à l'HMR dans le suivi
 - Numéro de téléphone
- Identification de la sage-femme :
 - Nom et prénom
 - Numéro de permis
 - Numéro de cellulaire
- Identification de la Maison de naissance :
 - Adresse postale
 - Numéro de téléphone
 - Télécopieur
- Identification du conjoint ou conjointe ou de la personne désignée comme tel par la maman (important pour le droit de visite dans l'USIN du bébé)

8. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

8.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

8.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

8.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

8.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL

Annexe D – Consultation et transfert en pédiatrie (≥ 24 heures de vie)

Destinataires : Sages-femmes, pédiatres de garde en médecine de jour et clinique externe de pédiatrie (PPHMR)

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*
- 1.2 Les obligations de consultation et de transfert sont définies par l'annexe G.1 - *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.*
- 1.3 La sage-femme demeure l'intervenante pivot dans le suivi post-natal du nouveau-né.
- 1.4 En cas de transfert du nouveau-né, favoriser la conservation de la dyade mère-enfant.
- 1.5 En cas de nécessité de consultation non urgente ne nécessitant pas de validation auprès du pédiatre de garde, la sage-femme peut directement envoyer une demande d'évaluation à la clinique externe de pédiatrie (PPHMR) (voir tableau 2).

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

- 2.1 La sage-femme informe les parents du motif de la consultation ou du transfert et des limites de sa pratique conformément à la *Loi sur les sages-femmes*.
- 2.2 La sage-femme contacte le pédiatre de garde au 514 252-3822.
- 2.3 La sage-femme fournit au pédiatre les informations suivantes : Nom de la mère, date et heure de naissance, âge gestationnel et raison de la consultation ou du transfert.
- 2.4 À la suite de l'appel, la sage-femme informe les parents des recommandations du pédiatre et note le contenu des discussions dans le dossier.
- 2.5 En tenant compte de la décision des parents et conformément au présent protocole et à la réglementation en vigueur :
 - La sage-femme poursuit son suivi pendant la période de soins (avec recommandations de surveillance clinique du pédiatre);
 - La sage-femme envoie une demande d'évaluation (voir tableau 1), en spécifiant le délai tel que convenu avec le pédiatre :
 - Elle envoie les documents requis (voir tableau 2) par télécopieur au 514 252-3545 (8^e étage Pavillon Rosemont = guichet unique pour les RV autant pour la clinique externe Pavillon Rosemont que pour le 8^e étage pavillon Maisonneuve).

- En cas de difficultés ou d'interrogations administratives, la sage-femme peut contacter l'AIC au 514 252-3400, poste 6880.
- La sage-femme transfère la responsabilité clinique du nouveau-né nécessitant une prise en charge urgente au pédiatre, qui l'accueillera au 8^e étage du pavillon Maisonneuve :
 - La sage-femme décide du moyen de transport le plus adapté selon son jugement clinique et la situation (ex. : voiture, taxi, Urgences-Santé pour le transport en ambulance).
 - La sage-femme transmet les documents requis (voir tableau 2) au pédiatre de garde (les remet aux parents ou les envoie par télécopieur au 514 252-3545).
 - Selon la situation, la sage-femme peut accompagner ou non le nouveau-né et les parents au HMR.
 - La sage-femme reste responsable du suivi post-natal de la mère.

2.6 En cas de refus, la sage-femme note dans le dossier la raison du refus et les éléments abordés durant la conversation, et se réfère à l'annexe G.2 - *Refus de traitement par l'usagère*.

2.7 Rebours de soins vers la sage-femme suite à un transfert du nouveau-né :

- La sage-femme demande aux parents de l'aviser lorsque le nouveau-né obtient son congé du CH pour poursuivre le suivi des six semaines post-partum habituel;
- La sage-femme s'assure qu'elle a bien reçu le résumé et/ou tout autre document pertinent du dossier médical.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PÉDIATRE DE GARDE

3.1 Le pédiatre de garde est avisé par téléphone de la demande de consultation ou de transfert de la sage-femme.

3.2 Le pédiatre émet ses recommandations verbales à la sage-femme :

- Poursuite des soins par la sage-femme (avec recommandations de surveillance clinique);
- Demande d'évaluation non urgente (un suivi dans les 72 heures) à la clinique externe de pédiatrie (PPHMR);
- Lors d'une consultation urgente est requise, la sage-femme avise l'AIC 514 252-3400, poste 6880 de la situation et transmet par télécopieur au 514 252-3545 les documents requis. Transfert immédiat vers le 8^e étage du pavillon Maisonneuve (HMR);
- Les parents sont dirigés avec le nouveau-né au 8^e étage du pavillon Maisonneuve.

3.3 Rebours de soins vers la sage-femme suite à un transfert du nouveau-né :

- À la fin de l'hospitalisation, le pédiatre envoie un rapport médical à la sage-femme par télécopieur au 514 356-4046;
- Si un suivi médical est nécessaire, le pédiatre informe la sage-femme et les parents et explique les modalités de prise de rendez-vous.

4. ÉTAPES SPÉFICIQUES – 8^e étage du pavillon Maisonneuve (HMR)

4.1 Prise de rendez-vous :

- Dans la situation urgente, l'AIC avise le pédiatre de garde quand les parents arrivent avec le nouveau-né;
- L'agente administrative remet les documents au pédiatre de garde dès leur réception par télécopieur.

4.2 Après la consultation, le rapport de consultation est transmis à la sage-femme par télécopieur au 514 356-4046 ou par courriel à l'adresse suivante : maison.de.naissance.annecourtemanche.sage-femme.cemtl@ssss.gouv.qc.ca.

5. ÉTAPES SPÉFICIQUES – CLINIQUE EXTERNE DE PÉDIATRIE

5.1 Suite à la réception de la demande d'évaluation de la sage-femme envoyée par télécopieur, l'agente administrative appelle les parents pour planifier la date et l'heure du rendez-vous à la clinique externe de pédiatrie.

5.2 Après la consultation, le rapport de consultation est transmis aux parents ou à la sagefemme par télécopieur au 514 356-4046.

6. TABLEAUX

Tableau 1 – Distinction des indications cliniques suggérant une évaluation urgente ou non urgente

Évaluation urgente (8 ^e étage du pavillon Maisonneuve)	Évaluation non urgente (Clinique externe de pédiatrie)
<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme obstétrical - Thyroïde palpable - Malformations visibles ou identifiées in utéro - Suspicion de spina-bifida - Pleurs ou cris anormaux - Signes neurologiques anormaux, incluant les réflexes primitifs - Souffle cardiaque - Hépatomégalie - Splénomégalie - Examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines - Tachypnée persistante - Poids inférieur au 3^e percentile à la naissance - Irritabilité ou hypertonie - Anurie au-delà de 24 h de vie - Absence de passage de méconium après 24 h de vie - Anomalies de laboratoires pouvant avoir des répercussions cliniques - Ictère nécessitant photothérapie - Infections suspectées chez le bébé ou chez la mère - Érythème périombilical compatible avec un omphalite - Écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive - Rythme cardiaque anormal - Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques - Masse abdominale - Masse inguinale - Masse testiculaire à la naissance - Fontanelle antérieure bombée 	<ul style="list-style-type: none"> - Pigmentation anormale - Fontanelles élargies selon les critères en vigueur - Artère ombilicale unique - Testicules non descendus ou non palpables - Non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement - Prise de poids lente ou insuffisante - Croissance inappropriée selon la courbe du périmètre crânien - Crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours - Persistance d'ictère après 14 jours de vie - Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches - Reflet rouge oculaire absent - Instabilité des hanches ou hanches luxables

Tableau 2 – Documents à transmettre en cas de consultation ou de transfert du nouveau-né en pédiatrie

Nature	Urgent		Non urgent
Lieu	8 ^e étage du pavillon Maisonneuve HMR		Clinique externe de pédiatrie (PPHMR)
	8 ^e étage		Pavillon Rosemont
Télécopieur	514 252-3545		
Téléphone	514 252-3822 (Pédiatre de garde)	514 252-3400, p. 6887 (Prise de RDV)	
Demande de consultation médicale AH-226*	✓ ✓		✓
Formulaire AH-775*			✓
OBS 1-2-3-4-7	✓		✓
Examen objectif du nouveau-né	✓		
	✓		✓
Carnet de santé	✓		✓
Enveloppe et papiers pour le dépistage sanguin et urinaire	✓		
	✓	Si non fait par la SF	

*Les formulaires AH-226 ou AH-775 doivent contenir les informations suivantes :

- Identification d'identification du nouveau-né :
 - Nom
 - Sexe
 - Date et heure de naissance
- Identification de la mère :
 - Nom et prénom
 - Numéro RAMQ
 - Date de naissance
 - Numéro HMR
 - Numéro de téléphone
- Identification de la sage-femme :
 - Nom et prénom
 - Numéro de permis
 - Numéro de cellulaire
- Identification de la Maison de naissance :
 - Adresse postale
 - Numéro de téléphone
 - Télécopieur

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

7.1 Responsable des services de sages-femmes

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

7.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

7.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

7.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL

Annexe E.1 – Accouchement en milieu hospitalier sous la responsabilité de la sage-femme

Destinataires : Sages-femmes, assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement, infirmières, obstétriciens de garde et personnel de pharmacie

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*
- 1.2 L'usagère a le statut « inscrit » (une personne qui reçoit des services ne nécessitant pas son hospitalisation ou son hébergement ou qui n'occupe pas de lit figurant au permis de l'établissement). Elle n'est pas admise.
- 1.3 Le dossier usager utilisé est celui de la Maison de naissance (MDN). Il s'agit d'un dossier usager unique. À la fin de l'épisode de soins offerts par les sages-femmes, l'archivage est fait selon les normes en vigueur de l'établissement.
- 1.4 Dans la situation où l'usagère arrive avant la sage-femme et que la situation nécessite une prise en charge immédiate, se référer à l'algorithme I.
- 1.5 En cas de débordement, se référer à l'annexe E.2 - *Plan de débordement.*

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

- 2.1 La sage-femme détermine l'heure et l'endroit de rencontre (salle d'attente au 7^e étage) avec l'usagère.
- 2.2 La sage-femme appelle au 514 252-3447 pour aviser l'assistante infirmière-chef (AIC) de la salle d'accouchement de son besoin d'avoir une chambre pour un accouchement sous la responsabilité d'une sage-femme. Elle communique l'heure d'arrivée et les noms de la sage-femme et de l'usagère.
- 2.3 Dès l'arrivée de la sage-femme et de l'usagère, la sage-femme annonce son arrivée auprès de l'AIC et s'installe dans la chambre assignée.
- 2.4 La sage-femme remet les informations de la carte de l'hôpital à l'agente administrative dès leur arrivée.
- 2.5 La sage-femme transmet les informations à l'AIC pour permettre l'inscription dans le tableau d'occupation des lits dans la salle d'accouchement sous mode « Pas d'archivage » avec les données pertinentes : nom et prénom de l'usagère, GPA, nombre de semaines de grossesse et nom de la sage-femme en charge, dilatation et station.
- 2.6 À un certain moment, selon son jugement clinique, la sage-femme appelle une 2^e sage-femme qui viendra l'assister pour la naissance.

- 2.7 Si l'accouchement est imminent et que la 2^e sage-femme n'est pas sur place, la sage-femme peut demander l'assistance d'une infirmière de la salle d'accouchement.
- 2.8 Le poste des infirmières est à la disposition de la sage-femme pour les épisodes de soins où sa présence directe auprès de l'usagère n'est pas nécessaire et selon son plan de soins. Cet espace lui permet de faire ses notes au dossier, de se concerter avec le personnel ou les médecins de garde ou faire toutes autres activités reliées à ses tâches.
- 2.9 La sage-femme se procure les médicaments à la pharmacie de la salle d'accouchement ou à la pharmacie centrale à l'urgence. La sage-femme peut faire appel au personnel de la salle d'accouchement pour obtenir les médicaments à l'urgence.
- 2.10 À la naissance du nouveau-né, la sage-femme indique sur le tableau l'heure de naissance.
- 2.11 Dès que l'heure de départ est connue, la sage-femme avise l'AIC pour que cette dernière puisse organiser le nettoyage de la chambre.
- 2.12 Si l'assistance d'un néonatalogiste est nécessaire, la sage-femme fait l'appel via la cloche d'appel et demande d'aviser le néonatalogiste de garde et une infirmière et donne la raison et le numéro de la chambre.
- 2.13 Lors d'un transfert de la parturiente pour l'obstétricien de garde, la sage-femme avise aussi l'AIC pour que cette dernière puisse entamer le processus d'admission et d'assignation d'une infirmière pour les soins, etc.
- 2.14 La sage-femme informe l'AIC du départ de l'usagère et de son nouveau-né.
- 2.15 La sage-femme rapporte les documents et formulaires utilisés à la Maison de naissance et les remet à l'endroit désigné.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT

- 3.1 L'AIC reçoit l'appel de la sage-femme.
- 3.2 L'AIC réserve provisoirement une chambre et inscrit le nom de l'usagère et le nom de la sage-femme au tableau.
- 3.3 L'AIC s'assure du bon fonctionnement des lieux et équipements dans la chambre de naissance à la disposition de la sage-femme.
- 3.4 L'AIC avise l'obstétricien de garde de la tenue d'un accouchement sous la responsabilité d'une sage-femme.
- 3.5 L'AIC organise le nettoyage de la chambre dès que la sage-femme l'informe de l'heure de départ de l'usagère et de son nouveau-né.
- 3.6 L'AIC s'assure que les informations pertinentes que la sage-femme lui a transmises soient inscrites sur le tableau d'occupation des lits et fait la mise à jour en conséquence.
- 3.7 L'AIC s'assure lors de la demande d'assistance par un néonatalogiste ou obstétricien de garde que ce dernier soit avisé avec une infirmière pour la reprise des soins
- 3.8 L'AIC s'assure que l'admission de la parturiente et ou le nouveau-né a lieu selon les modalités en place dans le service.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – INFIRMIÈRES

- 4.1 L'équipe des infirmières agit comme des personnes-ressources auprès de la sage-femme dans les aspects techniques du matériel et le fonctionnement général du service (fonctionnement des équipements, emplacement du matériel et des médicaments, numéros de téléphone, etc.).
- 4.2 Dans la situation où l'accouchement est imminent et que la 2^e sage-femme n'est pas sur place, une infirmière de la salle d'accouchement assiste la sage-femme au moment de la naissance (annexe E.3).

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PHARMACIE

- 5.1 La pharmacie du centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont fournit les médicaments selon l'annexe G.2 - *Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession.*

6. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE

- 6.1 **Responsable des services de sages-femmes**
Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.
- 6.2 **Conseil des sages-femmes**
Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.
- 6.3 **Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique**
Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.
- 6.4 **Calendrier de révision de l'annexe**
La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

8. ALGORITHME

Accouchement avec une sage-femme en centre hospitalier – Trajectoire de la prise en charge médicale lorsque l'usagère se présente avant la sage-femme



Annexe E.2 – Plan de débordement au 7C

Destinataires : Sages-femmes, assistantes infirmières-chefs de la salle d'accouchement et obstétriciens de garde

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 – *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve.*
- 1.2 La clientèle de la Maison de naissance (MDN) a priorité sur la clientèle externe considérant que les sages-femmes n'ont pas d'entente avec un autre centre hospitalier. Le plan de détournement des ambulances est enclenché.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

- 2.1 La sage-femme valide auprès de l'AIC de la salle d'accouchement si une chambre est disponible pour accueillir une femme en travail.
- 2.2 Une fois informée du plan de débordement par l'obstétricien de garde, la sage-femme avise l'usagère que l'accouchement doit avoir lieu dans un autre centre hospitalier sous les soins du médecin de garde. La sage-femme accompagne l'usagère.
- 2.3 L'usagère peut décider d'accoucher en MDN sous les soins de la sage-femme. Si tel est le cas, la sage-femme prévient le centre hospitalier receveur du changement de plan.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT

- 3.1 L'AIC évalue la libération d'une chambre (7C, 7AB ou triage) et informe la sage-femme de cette possibilité et de l'heure.
- 3.2 Dans la situation où il est impossible d'offrir une chambre à une usagère de la Maison de naissance, l'AIC avise l'obstétricien de garde.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – OBSTÉTRICIEN DE GARDE

- 4.1 L'obstétricien de garde fait des démarches pour trouver un centre hospitalier qui accepte l'usagère de la sage-femme. Celle-ci devra accoucher sous les soins du médecin de garde du centre hospitalier receveur.
- 4.2 L'obstétricien de garde informe la sage-femme quel centre hospitalier accepte la femme.

5. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

5.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

5.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

5.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

5.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe F.1 – Résolutions de conflits

Destinataires : Sages-femmes, responsable des services de sage-femme, médecins spécialistes et infirmières

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*
- 1.2 Favoriser un climat de collaboration interprofessionnel ouvert, collégial et respectueux.
- 1.3 Communiquer avec un souci de respect de l'autonomie de chaque professionnel impliqué.
- 1.4 Favoriser une collaboration interprofessionnelle et enrichissante afin d'optimiser la qualité des soins et la sécurité auprès de la clientèle et de renforcer les compétences.
- 1.5 La nature des conflits peut être de plusieurs ordres : savoir-faire, savoir-être, procédure, etc.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

- 2.1 En cas de conflit avec un autre professionnel, la sage-femme demande au professionnel concerné une discussion dans un lieu approprié, en absence de l'usagère.
- 2.2 Inversement, elle accepte une demande de discussion pour résolution de conflit.
- 2.3 Si la situation ne permet pas la tenue d'une telle discussion, elle prévoit une rencontre ponctuelle ultérieure.
- 2.4 La sage-femme communique de façon à maintenir un dialogue constructif en utilisant un langage approprié et respectueux.
- 2.5 La sage-femme peut s'aider des outils de résolution de conflit AMPRO.
- 2.6 La sage-femme avise la responsable des services de sage-femme (RSSF) dans un délai approprié, de la situation, des démarches encourues et de la résolution ou non du conflit.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – RESPONSABLE DES SERVICES DE SAGE-FEMME

- 3.1 La RSSF écoute et guide la sage-femme.
- 3.2 La RSSF communique avec les personnes appropriées en fonction de l'algorithme de la résolution de conflit.
- 3.3 La Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (DJASP), la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

(DRHCAJ) et la Direction des services professionnels (DSP) seront consultées lorsque l'algorithme de la résolution des conflits n'obtient pas le résultat attendu.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – MÉDECIN SPÉCIALISTE ET INFIRMIÈRS

4.1 Le médecin spécialiste et l'infirmière appliquent les mêmes étapes spécifiques de la sage-femme énumérées au point 2.

4.2 En cas de non-résolution du conflit :

- Le médecin avise la responsable des services de sage-femme et son chef de département selon le degré du conflit pour une résolution;
- L'infirmière avise l'infirmière en chef. L'infirmière chef fait le suivi avec la responsable des services de sage-femme pour trouver une solution.

5. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

5.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

5.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

5.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

5.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe F.2 – Refus de traitement par l'usagère

Destinataires : Sages-femmes, responsable des services de sage-femme et médecins spécialistes

1. ÉTAPES COMMUNES

1.1 Se référer au REG-016 - *Modalités de collaboration entre la Maison de naissance Anne-Courtemanche et les équipes cliniques de soins et services de l'Hôpital Maisonneuve.*

1.2 Le droit de refus de traitement de l'usagère est conservé en tout temps.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAGE-FEMME

2.1 En cas de refus de traitement de la part d'une usagère (suite à une recommandation de la sage-femme ou à une consultation avec un médecin spécialiste), la sage-femme doit s'assurer de noter dans le dossier :

- La raison du refus;
- Les éléments discutés avec l'usagère, dont les limites de la pratique sage-femme conformément à la *Loi sur les sages-femmes*;
- Le plan de soins retenu avec l'usagère en respectant son champ de pratique et le code de déontologie.

2.2 Selon la situation et son jugement clinique, la sage-femme avise la responsable des services de sage-femme (RSSF) de la situation particulière.

2.3 La sage-femme peut seulement présenter le dossier à une collègue sage-femme ou lors d'un comité périnatal afin d'obtenir leurs avis cliniques et leurs recommandations dans la situation où l'usagère a donné son autorisation.

2.4 L'avis ou les recommandations sont consignés dans le dossier de l'usagère.

2.5 La sage-femme informe l'usagère de l'avis ou les recommandations obtenus et note dans le dossier de l'usagère les éléments des étapes spécifiques au 2.1.

2.6 Si le refus de traitement survient suite à une consultation avec un médecin spécialiste, la sage-femme ou la RSSF doit informer le médecin concerné de la décision de l'usagère s'il peut avoir une confusion sur la responsabilité clinique du futur plan de soins.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – RESPONSABLE DES SERVICES DE SAGE-FEMME

3.1 La RSSF guide la sage-femme dans le processus d'obtenir une alliance usagère-professionnelle.

3.2 La RSSF informe le médecin concerné pour conserver une collaboration fluide entre les deux groupes de professionnels.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – MÉDECIN SPÉCIALISTE

- 4.1** Le médecin spécialiste transmet son avis médical à la sage-femme par les voies habituelles (écrit suite à une demande de consultation AH-226) dans les délais attendus selon le cas clinique.
- 4.2** Le médecin spécialiste informe dans son rapport les éléments qui ont été discutés et la réaction et décision de l'usagère pour que la sage-femme ait toutes les informations nécessaires de faire le suivi auprès de l'usagère.

5. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE ANNEXE

5.1 Responsable des services de sage-femme

Responsable de l'élaboration, de la rédaction, de l'application et de la mise à jour de l'annexe.

5.2 Conseil des sages-femmes

Responsable d'émettre ses recommandations sur l'annexe applicable à ses membres.

5.3 Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Direction et secteur ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de l'annexe.

5.4 Calendrier de révision de l'annexe

La présente annexe devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure ou annexe en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

Annexe G.1 – Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Loi sur les sages-femmes

([chapitre S-0.1](#), a. 5, 1^{er} al., par. 3).

SECTION I

CONSULTATION

1. La sage-femme initie une consultation d'un médecin dans les cas de consultation obligatoire prévus par l'une des annexes du présent règlement et s'assure qu'une consultation soit tenue dans un délai raisonnable, compte tenu de la gravité de la condition de la femme ou de l'enfant et du préjudice qui pourrait en découler.

D. 455-2004, a. 1.

2. La sage-femme informe la femme des motifs d'une consultation.

D. 455-2004, a. 2.

3. La sage-femme fournit au médecin consulté tous les renseignements et les documents pertinents à la consultation, en précisant le cas de consultation visé à l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 3.

4. À la suite de cette consultation, la sage-femme informe la femme des résultats de celle-ci et, en tenant compte des recommandations médicales:

1° elle poursuit son suivi;

2° elle poursuit son suivi pendant l'épisode de soins simultanés;

3° elle transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin conformément aux [articles 6 à 10](#).

D. 455-2004, a. 4.

SECTION II

TRANSFERT

5. La sage-femme transfère la responsabilité clinique de la femme ou de l'enfant à un médecin dans les cas de transfert obligatoire de cette responsabilité prévus par l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 5.

6. La sage-femme informe la femme des motifs du transfert.

D. 455-2004, a. 6.

7. La sage-femme prend les mesures appropriées pour faciliter le transfert en fonction de la nature du cas de transfert obligatoire.

D. 455-2004, a. 7.

8. La sage-femme qui se trouve avec la femme ou l'enfant au moment du transfert l'accompagne jusqu'à la prise en charge médicale lorsque les circonstances le requièrent.

D. 455-2004, a. 8.

9. La sage-femme fournit au médecin tous les renseignements et les documents pertinents à la prise en charge de la femme ou de l'enfant, en précisant le cas de transfert visé à l'une des annexes du présent règlement.

D. 455-2004, a. 9.

10. Dans les cas où le transfert est obligatoire et où l'urgence, la distance à parcourir ou les conditions climatiques le rendent impossible, la sage-femme doit obtenir d'un médecin un avis par téléphone ou par un autre moyen de communication approprié.

D. 455-2004, a. 10.

SECTION III

DISPOSITIONS FINALES

11. Le présent règlement remplace le [Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux \(D. 413-93, 93-04-07\)](#).

D. 455-2004, a. 11.

12. (*Omis*).

D. 455-2004, a. 12.

ANNEXE I

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: ANTÉCÉDENTS

Cas de consultation obligatoire

- 1° maladie génétique, héréditaire, congénitale pouvant affecter la vie du bébé
- 2° avortements spontanés répétés jusqu'à la 16^e semaine sans accouchement à terme
- 3° conisation du col
- 4° myomectomie
- 5° plus d'un accouchement prématuré
- 6° plus d'un bébé de faible poids
- 7° mortalité périnatale pouvant présenter un risque potentiel

Cas de transfert obligatoire

- 1° amputation du col
- 2° béance du col sans antécédents d'accouchement à terme
- 3° avortements spontanés répétés après la 16^e semaine sans accouchement à terme
- 4° hémorragie sous-arachnoïde
- 5° maladie thromboembolique
- 6° iso-immunisation

D. 455-2004, ann. I.

ANNEXE II

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: GROSSESSE ACTUELLE

Cas de consultation obligatoire

1° âgée de moins de 14 ans

2° thrombocytopénie

3° maladie de Crohn

4° colite ulcéreuse

5° prolapsus de la valve mitrale

6° risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple: endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale

7° prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né

8° cancer actif

9° vomissements gravidiques sévères

10° suspicion de grossesse extra-utérine

11° malformation utérine

12° présence de fibrome

13° test de cytologie cervicale anormal

14° maladies transmises sexuellement: gonorrhée, syphilis, chlamydia 15°

séroconversion en cours de grossesse pour l'herpès

16° contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle 17°

anémie: Hb moins de 100 g/litre ne répondant pas au traitement

18° menace de travail prématuré

19° saignement d'origine inconnue à plus de 20 semaines 20°

polyhydramnios ou oligohydramnios

21° toute anomalie fœtale diagnostiquée

22° présentation autre que céphalique après 37 semaines 23°

grossesse à 42 semaines

Cas de transfert obligatoire

1° diabète insulino-dépendant

2° maladie d'Addison et de Cushing

3° collagénose

4° hyperthyroïdie

5° sclérose en plaque

6° hypertension artérielle

7° tuberculose active

8° séro-positivité au VIH et SIDA

9° séro conversion en cours de grossesse pour les maladies infectieuses suivantes: toxoplasmose, rubéole, cytomegalovirus, VIH et tuberculose

10° maladie cardiaque, rénale ou pulmonaire avec insuffisance

11° présence d'anticorps irréguliers significatifs

12° thrombocytopénie, si sévère

13° anomalie de la coagulation

14° béance du col

15° grossesse extra-utérine

16° grossesse multiple

17° décollement prématuré d'un placenta normalement inséré

18° placenta praevia

19° retard de croissance intra-utérine

20° hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée

21° pré-éclampsie ou éclampsie

22° syndrome de HELLP

23° mort in utéro

D. 455-2004, ann. II.

ANNEXE III

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Cas de consultation obligatoire

- 1° rupture prolongée des membranes
- 2° arrêt de progression en travail actif
- 3° rétention placentaire
- 4° déchirure périnéale du 3^e ou 4^e degré
- 5° l'accouchement aura lieu entre 34 et 36 6/7 semaines
- 6° travail débute après 42 semaines
- 7° liquide amniotique méconial épais ou particulière
- 8° pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
- 9° suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
- 10° suspicion de chorio-amnionite

Cas de transfert obligatoire

- 1° travail débutant avant 34 semaines
- 2° toute présentation autre que vertex
- 3° grossesse multiple
- 4° mort in utéro
- 5° herpès génital actif
- 6° hypertension avec diastolique supérieure à 90 mm Hg sur plus de 2 heures
- 7° signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie
- 8° perception d'un vaisseau au toucher vaginal
- 9° procidence du cordon
- 10° placenta praevia
- 11° souffrance foetale
- 12° arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion
- 13° choc obstétrical
- 14° hémorragie qui ne répond pas au traitement
- 15° suspicion de rupture utérine
- 16° inversion utérine

D. 455-2004, ann. III.

ANNEXE IV

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: LE POSTNATAL MÈRE

Cas de consultation obligatoire

- 1° sub-involution utérine ne répondant pas au traitement
- 2° saignements persistants qui ne répondent pas au traitement
- 3° suspicion de rétention placentaire partielle
- 4° hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles
- 5° infection de la plaie périnéale
- 6° prolapsus utérin
- 7° problème psychologique sévère
- 8° suspicion de pré-éclampsie

Cas de transfert obligatoire

- 1° infection sévère
- 2° psychose puerpérale
- 3° phlébite et risques thromboemboliques
- 4° suspicion de rupture utérine
- 5° éclampsie
- 6° hypertension persistante

D. 455-2004, ann. IV.

ANNEXE V

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: LE NOUVEAU-NÉ

Cas de consultation obligatoire

- 1° pigmentation anormale
- 2° traumatisme obstétrical
- 3° fontanelles élargies selon les critères en vigueur
- 4° thyroïde palpable
- 5° une malformation majeure ou 2 malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance 6° suspicion de spina-bifida
- 7° pleurs ou cris anormaux
- 8° absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle
- 9° signes neurologiques anormaux
- 10° souffle cardiaque
- 11° hépatomégalie > 3cm sous le rebord costal
- 12° rate palpable
- 13° artère ombilicale unique
- 14° masse inguinale
- 15° masse testiculaire à la naissance
- 16° testicules non descendus ou non palpables
- 17° âge gestationnel entre 36-36 6/7 semaines
- 18° examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines 19° tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute
- 20° poids inférieur au 3^e percentile
- 21° non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement
- 22° prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race
- 23° croissance inappropriée inférieure au 3^e percentile ou supérieure au 97^e percentile selon la courbe du périmètre crânien
- 24° crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours 25° irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures
- 26° anurie au-delà de 24 heures de vie
- 27° absence de passage de méconium après 24 heures de vie
- 28° résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques 29° ictère nécessitant photothérapie
- 30° persistance d'ictère après 14 jours de vie

31° infections suspectées chez le bébé ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez son bébé 32°
érythème périombilical compatible avec un omphalite
33° éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches 34°
écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive
35° rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à
200 battements/min
36° pouls fémoraux non palpables ou asymétriques
37° reflet rouge oculaire absent
38° masse abdominale
39° instabilité des hanches ou hanches luxables 40°
fontanelle antérieure bombée

Cas de transfert obligatoire

1° hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
2° détresse respiratoire ou apnée
3° ictère dans les premières 24 heures
4° moins de 36 semaines d'âge gestationnel
5° Apgar inférieur à 7, à 5 minutes
inférieur à 9, à 10 minutes
6° cyanose centrale
7° nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie
8° toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats
9° pâleur persistante au-delà d'une heure de vie
10° atrésie unie ou bilatérale des choanes
11° trémulations répétées ou convulsions
12° léthargie ou hypotonie
13° ecchymose ou pétéchies généralisées
14° syndrome de sevrage
15° distension abdominale avec intolérance à l'alimentation
16° hémorragie digestive haute ou basse
17° vomissements bilieux ou diarrhée

D. 455-2004, ann. V.

RÉFÉRENCES

D. 455-2004, 2004 G.O. 2, 2399

Annexe G.2 – Règlement sur les médicaments qu’une sage-femme peut prescrire ou administrer

Loi sur les sages-femmes

([chapitre S-0.1, a. 9, 1^{er} al.](#)).

1. Une sage-femme peut, dans l’exercice de sa profession, prescrire ou administrer les médicaments visés à l’annexe.

D. 1376-2020, a. 1.

2. Malgré l’[article 1](#), une sage-femme qui a obtenu son permis d’exercice avant le 1^{er} avril 2022 doit, pour prescrire ou administrer les médicaments visés à l’annexe, avoir suivi une formation d’au plus 12 heures reconnue par l’Ordre des sages-femmes du Québec et portant sur la prescription et l’administration de médicaments conformément au présent règlement.

D. 1376-2020, a. 2.

3. Le présent règlement remplace le [Règlement sur les médicaments qu’une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l’exercice de sa profession \(chapitre S-0.1, r. 12\)](#).

D. 1376-2020, a. 3.

4. (*Omis*).

D. 1376-2020, a. 4.

ANNEXE

([a. 1 et 2](#))

MÉDICAMENTS QU’UNE SAGE-FEMME PEUT PRESCRIRE OU ADMINISTRER

NOTE: LA CLASSIFICATION QUI SUIT RÉFÈRE À CELLE ÉLABORÉE PAR L’AMERICAN HOSPITAL FORMULARY SERVICE.

1. Tout médicament appartenant à la classification suivante, sous réserve des restrictions indiquées:

Restrictions:

AM Seulement aux fins de l’allaitement maternel.

CH Seulement dans un centre hospitalier exploité par un établissement au sens de la [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(chapitre S-4.2\)](#) ou de la [Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris \(chapitre S-5\)](#).

PI Seulement dans le cadre d’un traitement de première intention ou si la prescription ou l’administration du médicament dans le cadre d’un traitement de deuxième ou troisième intention constitue une mesure prophylactique conforme aux pratiques cliniques en vigueur.

S Peut être prescrit seulement.

T Seulement en attente de la prise en charge médicale lorsque le transfert de la responsabilité clinique de la mère ou de l’enfant à un médecin est nécessaire.

CLASSES THÉRAPEUTIQUES	SOUS-CLASSES THÉRAPEUTIQUES	SOUS-SOUS-CLASSES THÉRAPEUTIQUES	RESTRICTIONS
Antihistaminiques	Antihistaminiques de première génération	Dérivés éthanolamine	
		Aminosides	PI et T
Anti-infectieux	Antibactériens	Céphalosporines	PI
		Macrolides	PI
		Pénicillines	PI
		Sulfamidés	PI
		Autres antibactériens	PI
		Azoles	
	Antifongiques	Polyènes	
	Antiviraux	Analogues des nucléosides et des nucléotides	
	Antiprotozoaires	Divers antiprotozoaires	
	Anti-infectieux urinaires		
Médicaments du système nerveux autonome (S.N.A.)	Sympathomimétiques	Agonistes alpha et bêta adrénergiques	T
Médicaments du sang	Antianémiques		
Vasodilatateurs	Nitrates et nitrites		T
Médicaments cardiovasculaires	Bloquants bêta-adrénergiques		T
		Bloquant du canal calcique	Dihydropyridines T sauf pour un médicament visant à traiter des vasospasmes du mamelon
Médicaments du système nerveux central (S.N.C.)	Analgésiques et antipyrétiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	
		Agonistes des opiacés	CH
		Agonistes partiels des opiacés	des CH
	Divers analgésiques et antipyrétiques		
	Antidotes narcotiques	T et CH	

Anticonvulsivants

Divers anticonvulsivants T

Anxiolytiques, sédatifs
et hypnotiques

Benzodiazépines

	Médicaments S.N.C. divers	T
Agents diagnostiques	Diabète sucré	
	Analyses d'urine et de selles	
Électrolytes-diurétiques	Agents de suppléance	
	Agents calorifiques	
Médicaments pour yeux, oreilles, nez et gorge (O.R.L.O.)	Anti-infectieux O.R.L.O. Antibiotiques	
Médicaments gastro-intestinaux	Antiémétiques	Antihistaminiques
		Autres antiémétiques
	Antiulcéreux et supprimeurs de l'acide	Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine
		Prostaglandines
		Cytoprotecteurs duodénaux gastro-AM
		Inhibiteurs de la pompe à protons
Procinétiques	AM	
Hormones et substituts	Corticostéroïdes	T
	Anovulants	S
	Progestatifs	
Anesthésiques locaux		
Ocytociques		
Agents immunisants	Agents d'immunothérapie passive	
	Agents d'immunothérapie active	
Peau et muqueuses	Anti-infectieux	Antibactériens
		Antifongiques
		Autres anti-infectieux locaux
	Anti-inflammatoires	
	Antiprurigineux et anesthésiques locaux	

Vitamines

2. Tout autre médicament qui n'est pas visé à l'annexe I du [Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments \(chapitre P-10, r. 12\)](#).

3. Toute combinaison de médicaments de la présente annexe, sous réserve des restrictions qui leur sont applicables.

D. 1376-2020, Ann.

RÉFÉRENCES

D. 1376-2020, 2021 G.O. 2, 80