

Entente conclue le 2023-09-11 entre

Sages-femmes - Sages-femmes du service de sage-femme du Centre Intégré de Santé et de services sociaux de la Montérégie Ouest (CISSMO) - ci-après nommés « la sage-femme »	ET	Obstétriciens-gynécologues Pédiatres Omnipraticiens Médecins spécialistes Infirmières Gestionnaires unités obstétriques - Professionnels autorisés nommés ci-haut du Centre Intégré de Santé et de services sociaux de la Montérégie Ouest (CISSMO) - ci-après nommés « médecins et infirmières partenaires »
---	----	--

1. Préambule

Les sages-femmes sont soumises à la Loi sur les sages-femmes, aux règlements professionnels et au code de déontologie de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Elles sont entièrement autonomes et ne relèvent pas de la juridiction médicale. Cette entente est conclue dans le cadre du troisième paragraphe du 1^{er} alinéa de l'article 5 de la loi sur les sages-femmes et du règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (chapitre S-0.1, r. 4), qui stipule qu'une sage-femme est tenue de consulter un médecin ou transférer la responsabilité clinique dans certaines situations prédéfinies dans le règlement.

Ces consultations ou transferts peuvent s'effectuer auprès de différents médecins et spécialistes précisés dans les trajectoires qui complètent cette entente.

Les services suivants sont des parties prenantes de cette entente :

- Service de sage-femme du CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSMO)
- Département d'obstétrique-gynécologie du CISSMO
- Département de néonatalogie et de pédiatrie du CISSMO
- Services médicaux généraux du CISSMO
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire

Services offerts par les sages-femmes :

- Effectuer le suivi de grossesse de la conception jusqu'à la naissance;
- Prescrire, effectuer et interpréter les différents examens et analyses prévus au règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession;
- Prescrire et administrer des médicaments tel que prévu au règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer;
- Offrir le choix de trois lieux de naissance : la maison de naissance, le domicile et le centre hospitalier;
- Porter la responsabilité clinique lors de l'accouchement;
- Prendre en charge et intervenir lors de situations d'urgence obstétricale;
- Prendre en charge et intervenir lors de situations de réanimation néonatale avancée;
- Effectuer le suivi postnatal de la mère jusqu'à six semaines après la naissance;
- Effectuer le suivi du nouveau-né de la naissance à six semaines postnatales;
- Effectuer le dépistage en prévision de consultation ou transferts selon le règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin.

2. Clientèle ou situation(s) clinique(s) visée(s)

La présente s'applique seulement à la clientèle inscrite au service de sage-femme du CISSSMO.
La clientèle est constituée d'usagères enceintes en santé, vivant une grossesse sans particularités du début de la grossesse jusqu'à six semaines postnatales, ainsi que de leurs nouveau-nés.

3. Objectifs

Cette entente permet d'encadrer les trajectoires de service entre le service de sage-femme du CISSSMO et le département d'obstétrique-gynécologie, le département de néonatalogie-pédiatrie et les services médicaux généraux du CISSSMO.

4. Conditions d'application

Conditions requises

1. La présente entente est valide tant que les conditions suivantes sont réunies :
 - o Les sages-femmes ont conclu un contrat de service avec le CISSSMO;
 - o La sage-femme est responsable d'initier toute demande de consultation ou de transfert en vertu du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.
2. La présente entente couvre la période prénatale, perinatale et postnatale jusqu'à 6 semaines pour la mère et le bébé;
3. Les cliniques partenaires sont celles où exercent les médecins concernés par la présente entente;
4. Au CISSSMO, l'Hôpital Anna-Laberge, l'Hôpital du Suroît et l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges (suite à son ouverture) sont les centres hospitaliers partenaires des services de sage-femme. Ils offrent tous trois des services d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie sur le territoire.

5. Définitions

Consultation : Référer une usagère enceinte ou un nouveau-né afin d'obtenir un avis médical sur une situation clinique donnée. Le processus de consultation est complété une fois que la sage-femme a reçu les recommandations médicales et les a présentés à l'usagère enceinte ou aux parents lorsqu'il s'agit du nouveau-né.

Grossesse normale :

Grossesse correspondant aux critères d'admissibilité aux services de sage-femme en conformité avec le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* (chapitre S-0.1, r. 4).

Prénatal : Pendant la grossesse.

Perinatal : Pendant le travail et l'accouchement.

Postnatal : Période suivant la naissance et jusqu'à 6 semaines.

Référence : Diriger une usagère enceinte ou un nouveau-né vers un service médical en particulier, afin de recevoir une évaluation ou des soins.

Suivi clinique et prise en charge :

Concerne toute situation clinique (pré, per, post et néonatale) qui nécessite une consultation ou un transfert selon le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

Suite à une consultation avec un médecin, la prise en charge varie selon les recommandations médicales et la prise de décision partagée entre l'usagère et la sage-femme. Les trois cas suivants sont possibles :

- Poursuite du suivi sous les soins de la sage-femme.
- Épisode de soins simultanés pendant lequel les rôles de chacun sont bien définis.
- Transfert de la responsabilité clinique au médecin.

Transfert : Un transfert correspond à la remise de la responsabilité clinique de la sage-femme vers le médecin. Celui-ci prendra le relais pour offrir les soins requis à la personne enceinte ou au nouveau-né.

Trajectoire : Planification des modes de communication et des étapes afin d'offrir les services requis (consultation ou transfert) à la personne enceinte ou au nouveau-né, de manière optimale.

6. Rôles et responsabilités

Cette entente sur le partenariat relatif à la pratique des sages-femmes vient encadrer les rôles et responsabilités de chacun dans le contexte des consultations et des transferts de la responsabilité clinique à un médecin.

Sage-femme responsable

- Effectuer les consultations et les transferts à un médecin selon le règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (chapitre S-0.1, r. 4) en utilisant la trajectoire appropriée selon la situation clinique.
- Assurer l'accès au dossier de l'usagère enceinte ou du bébé au médecin afin que celui-ci puisse procéder à la consultation ou accueillir le transfert.
- Remettre les formulaires (AH-226DT) / requêtes spécifiques à l'usagère enceinte ou aux parents de l'enfant ou les télécopier directement.
- Selon les situations cliniques :
 - Consulter le médecin spécialiste requis de garde.
 - Consulter les médecins de la clinique GARE.
 - Consulter le médecin traitant de la personne enceinte ou de l'enfant.
 - Transférer la responsabilité clinique à un médecin.
- Déterminer le niveau d'urgence requis pour une consultation ou un transfert en fonction de la situation clinique et en tenant compte des préjudices pouvant être occasionnés à l'usagère enceinte ou l'enfant.
- Prendre rendez-vous pour l'usagère enceinte ou pour l'enfant, ou aviser l'usagère/les parents de prendre rendez-vous eux-mêmes lors de consultations non urgentes.
- En cas de transfert, la sage-femme demeure responsable des soins jusqu'au transfert de soins à un médecin.

Médecins

- Effectuer la consultation et émettre ses recommandations;
- Planifier les évaluations subséquentes si applicables (par exemple en post-datisme);
- Émettre ses recommandations à l'usagère ou aux parents;
- Transmettre le rapport de consultation à la sage-femme;
- Prendre en charge les soins lors d'un transfert ou d'une période de soins simultanés;
- Signer le congé de l'usagère enceinte ou du bébé et s'assurer que la sage-femme en est avisée. La sage-femme sera avisée de tout suivi particulier requis par l'usagère ou le bébé. Elle reprend alors la responsabilité des soins jusqu'à 6 semaines post-natale. Ceci peut se faire de manière précoce.

Infirmières des unités de naissances et des cliniques de grossesse à risque élevé (GARE)

- Effectuer les évaluations requises pour la consultation ou le transfert selon les ordonnances collectives et les procédures établies;
- Fournir les informations cliniques au médecin;
- Communiquer avec le pédiatre lors de transfert perinatal selon les paramètres établis en centre hospitalier;
- Aviser la sage-femme du congé de l'usagère.

Les chefs de programme gynéco-obstétrique

- Diffuser la présente entente;
- Diffuser les trajectoires qui accompagnent l'entente.

7. Directives

Modalités générales

- La sage-femme informe l'usagère enceinte ou les parents de la nécessité d'une consultation auprès d'un médecin ou d'un transfert de la responsabilité clinique à un médecin en vertu de son règlement et des modalités à suivre en fonction de chaque situation;
- L'usagère enceinte se procure une carte d'hôpital avant 34 semaines de grossesse;
- La sage-femme initie la consultation ou le transfert et s'assure qu'il soit tenu dans un délai raisonnable, qui tienne compte de la situation clinique;
- La sage-femme fait parvenir une requête de consultation ou de transfert (*Formulaire AH-226 DT*) à l'endroit prévu selon le cas;
- Elle s'assure que l'ensemble du dossier de l'usagère enceinte ou du bébé est accessible pour le médecin et fournit tout renseignement complémentaire pertinent et contemporain. La transmission du dossier est effectuée par la sage-femme, l'aide-natale ou l'agente administrative, selon les modalités de communication déterminées;
- Les sages-femmes et les médecins utilisent les outils de communication adaptés à la situation :
 - Outil de communication verbale téléphonique (ICHER - AMPRO; annexe B);
 - Formulaire *AH-226 DT*.
- Il est requis que la sage-femme et le médecin soient en communication directe pour toute consultation urgente, périnatale ou pour tout transfert;
- Lorsque requis, les médecins et les sages-femmes entrent en contact via le service de téléphoniste afin de communiquer directement;
- Dans le cas de consultations, le médecin communique ses impressions et ses recommandations à l'usagère enceinte ou aux parents;
- Le médecin retourne le résultat de la consultation (*Formulaire AH-226 DT* ou autre formulaire en vigueur) à la sage-femme en incluant des recommandations claires concernant la suite des soins. Il lui transmet également tout renseignement complémentaire pertinent et contemporain;
- Le rapport de consultation est envoyé au service de sage-femme selon les modalités de communication déterminées dans la trajectoire;
- La sage-femme, selon le résultat de la consultation :
 - Informe l'usagère enceinte ou les parents du résultat de la consultation et des recommandations médicales;
 - Poursuit le suivi;
 - Prodigue un épisode de soins simultanés pendant lequel les rôles de chacun sont bien définis;
 - Transfert la responsabilité clinique au médecin (possible reprise des soins en postnatal et accompagnement à la naissance si >32 semaines de grossesse).
- Suite au congé, l'agente administrative achemine le dossier à la sage-femme (OBS 5-5b-6-7, examen du nouveau-né, soins post-partum mère et bébé, compte-rendu opératoire, formulaire *AH-226 DT*, etc.) ainsi que l'avis de continuité, le plus rapidement possible selon les modalités de communication déterminées conjointement. Au besoin, des recommandations claires du médecin concernant la suite des soins et le moment du congé seront ajoutées. Si une prise en charge particulière est recommandée dans les 48h suivant le congé, le médecin communique avec la sage-femme de garde sur son cellulaire et en informe l'usagère;
- Suite à une naissance sous les soins médicaux, l'avis de naissance doit inclure l'information à l'effet que la famille est suivie par les services de sage-femme (section commentaires);
- Il est toujours possible d'effectuer une consultation téléphonique pour obtenir un avis médical. Les numéros de RAMQ de la personne enceinte ou du bébé ainsi que le permis de pratique de la sage-femme doivent alors être communiqués verbalement au médecin pour des fins de documentation. Les recommandations sont inscrites au dossier directement ou ajoutées via un rapport écrit du médecin consulté, envoyé par fax ou autre moyen de communication.

Trajectoires de service en obstétrique entre les services de sage-femme et le département d'obstétrique-gynécologie

- a) Consultation non urgente en clinique ou à l'unité mère-enfant pour les périodes prénatales et postnatales;
 - Les modalités générales s'appliquent.
- b) Transfert de la responsabilité des soins en période prénatale ou post-natale (Non urgent);
 - En plus des modalités générales :
 - La sage-femme consigne au dossier la raison ainsi que la date de prise en charge de l'usagère enceinte par le médecin;
 - Le médecin reçoit le rapport de la sage-femme et prend en charge l'épisode de soin;
 - Si l'usagère enceinte a atteint le terme de 32 semaines ou plus, la sage-femme offre soutien et accompagnement lors de l'accouchement, selon le souhait de l'usagère enceinte;
 - Si l'état de santé de la mère le permet, la sage-femme reprend le suivi en fin de grossesse ou pour la période post-natale.
- c) Consultation urgente en période prénatale, postnatale et consultation en période perinatale;
 - Les modalités générales d'appliquent.
- d) Transfert de responsabilité des soins à un médecin en période perinatale.
 - En plus des modalités générales :
 - Le moyen de transport de la personne enceinte, adapté à la situation, à partir du domicile des parents ou de la maison de naissance, est discuté avec le médecin;
 - La sage-femme demeure responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe médicale. Elle inscrit la date et l'heure du transfert au dossier;
 - Le médecin reçoit le rapport de la sage-femme et prend en charge l'épisode de soin;
 - Le transfert est considéré complété, c'est-à-dire que le médecin prend la responsabilité clinique, qu'il soit présent ou non, dès que l'équipe de soins prend en charge l'usagère ou le nouveau-né. L'infirmière initie les ordonnances collectives ou procédures dès l'arrivée de l'usagère ou du bébé. La sage-femme est considérée comme faisant partie de l'équipe de soin et peut poser des gestes cliniques en cas d'urgence et/ou en l'absence du médecin.
 - La sage-femme prend généralement un rôle de soutien auprès de l'usagère enceinte pendant l'accouchement et facilite la transition vers les soins médicaux;
 - L'infirmière communique avec le pédiatre lors du transfert perinatal selon les paramètres établis en centre hospitalier.

Trajectoires de service en néonatalogie entre les services de sage-femme et le département de néonatalogie-pédiatrie

- a) Consultation non urgente en clinique ou à l'unité de néonatalogie
 - Les modalités générales s'appliquent
- b) Consultation urgente en période néonatale
 - Les modalités générales s'appliquent
- c) Transfert de responsabilité des soins à un médecin en période néonatale
 - En plus des modalités générales :
 - La sage-femme initie le transfert en contactant le pédiatre de garde via les services de téléphoniste de l'hôpital.
 - Le moyen de transport du bébé, adapté à la situation à partir du domicile des parents ou de la maison de naissance, est discuté avec le médecin.
 - La sage-femme demeure responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe médicale. Elle inscrit la date et l'heure du transfert au dossier.

- Le médecin reçoit le rapport de la sage-femme et prend en charge l'épisode de soin.
- Le transfert est considéré complété, c'est-à-dire que le médecin prend la responsabilité clinique, qu'il soit présent ou non, dès que l'équipe de soins prend en charge le nouveau-né. L'infirmière initie les ordonnances collectives et les procédures établies, dès l'arrivée du bébé. La sage-femme est considérée comme faisant partie de l'équipe de soin et peut poser des gestes cliniques en cas d'urgence et/ou en l'absence du médecin.
- La sage-femme prend généralement un rôle de soutien auprès des parents et facilite la transition vers les soins médicaux.

8. Documentation du dossier

Pour les sages-femmes :

Dossier (Obs 4 AH-269, Obs 5 AH-270, Obs 5B AH-270B, notes postnatales AH-253, OBS 7 AH-272, examen du nouveau-né AH-285, notes néonatales AH-253) Formulaire AH-226 DT, selon les situations : motif de la consultation/du transfert, date/heure de la consultation ou du transfert, outils de communication utilisés, nom du médecin consulté, réception du rapport de consultation et du dossier de l'usagère suite à un épisode de soins, recommandations médicales, informations transmises à l'usagère et discussions, décision(s), refus de la cliente si applicable, transfert de soins (date, heure, nom md) si applicable.

Pour le médecin :

Rapport de consultation AH-226 DT incluant le motif de consultation, les recommandations et la conduite à tenir s'il y a lieu. Faire parvenir via l'agente administrative, les notes concernant l'épisode de soins (Obs 5 AH-270, Obs 5B AH-270B, notes postnatales, OBS 7 AH-272, examen du nouveau-né AH-285, notes néonatales CLI-60524). Au besoin, des recommandations claires concernant la suite des soins et le moment du congé seront ajoutées. Note de l'appel à la sage-femme s'il y a lieu. S'assurer que toutes les étapes de suivi soient acheminées à la sage-femme pour permettre un suivi de qualité.

9. Dispositions

1. Dispositions finales

La présente entente est d'une durée de 1 an pour la première mise en œuvre. Par la suite le renouvellement se fera aux 3 ans. Il n'y a pas de durée prévue aux règlements.

2. Procédure de renouvellement

L'entente est renouvelée automatiquement pour une durée d'au plus 3 ans, à moins que l'un des professionnels visés en demande la révision.

10. Annexes

- Annexe A : Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin
- Annexe B : Modèle de communication ICHER selon Ampro

11. Références

Centre intégré de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent, (2018) *Collaboration entre les Infirmières et les sages-femmes lors de l'accouchement en centre hospitalier*, DPJe-PROT-001

QUÉBEC. *LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX*, chapitre S-4.2, à jour au 18 mars 2021, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021

QUÉBEC. *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, chapitre S-0.1, r. 4, à jour au 10 décembre 2020, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021

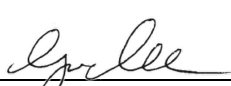
Mainville, Marie-Pier, *Protocole : Trajectoire de service relatif à l'intégration d'un service de sage-femme au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, juin 2021

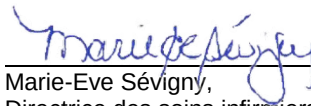
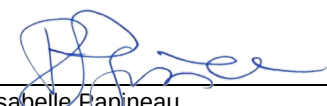
Ministère de la santé et des services sociaux, *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*, mars 2015, pp. 140

Société des obstétriciens et gynécologues (SOGC) Salus Global, Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO), repéré en ligne le 4 mai 2023, [SG.solutions, par Salus Global - Service-conseil canadien en soins de santé](#)

Entente de partenariat relatif à la pratique des sages-femmes

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Cynthia Perreault, responsable des services de sage-femme	2023-05-04
Révisé par		
Personnes consultées	Christelle Robert, conseillère cadre en soins infirmiers	2023-01-16
	Catherine Leblanc, chef de programmes gynéco-obstétrique, Hôpital du Suroît	2023-06-11
	Geneviève Reid, chef de programme gynéco-obstétrique, Hôpital Anna-Laberge	2023-06-12
	Patricia Quirion, chef de programmes, soins infirmiers périnatalité/petite enfance/santé publique, DPJASP	2023-05-26
	Marie-Josée Gaboury, coordonnatrice des soins infirmiers Services mère-enfant et pédiatrie, DPJASP	2023-05-29
	Claudine Dansereau, Conseillère cadre en soins infirmiers (intérim)	2023-04-14
	Dre Laura Darmaun, pédiatre	2023-01-18
	Dre Caroline Lavoie, obstétricienne-gynécologue	2023-02-15
	Dre Maya Marc, pédiatre	2023-01-18
	Dre Amélie Roy-Morency, obstétricienne-gynécologue	2023-02-15
	Dre Lynne Dumais, Anesthésiste	2023-05-27
	Dre Martine Chicoine-Lebel, Médecin Interniste	2023-05-22

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Josée Hébert, Chef du département d'obstétrique-gynécologie	2023-08-28
	 Dre Maya Marc, Chef du département de pédiatrie	2023-08-28

Historique du document		
Approuvé par	 Dre Élise Gilbert, Présidente Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2023-09-11
	 Marie-Eve Sévigny, Directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	2023-08-22
	 Isabelle Papineau, Directrice des programmes jeunesse et activités de santé publique	2023-08-21

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Chapitre S-0.1, r. 4

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).

S-0.1

1^{er} septembre 2012

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

ANNEXE A (suite)

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, cytomégalovirus, 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 particulaire
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

ANNEXE A (suite)

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

ANNEXE V (SUITE)

(a. 1 et 5)

CLASSIFICATION: LE NOUVEAU-NÉ

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

RÉFÉRENCES

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

Outil de communication ICHER AMPRO

i	identification Qui suis-je ? Quel est mon rôle ?	i
C	Condition actuelle Quelle est ma préoccupation majeure ?	C
H	Histoire Quels sont les faits pertinents ?	H
A	Appréciation Évaluation À mon avis, quel est le problème ?	E
T	Traitement Recommandation Quelles sont les mesures que je recommande ?	R