

Consultation et Transfert - Pédiatrie - Services de sage-femme vers les services de pédiatrie			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes jeunesse et des Activités de santé publique	Approuvé	2023-10-24
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Sages-femmes Médecins partenaires et membres des équipes de soins des unités d'obstétriques et de pédiatries du CISSMO		
Outils cliniques associés	Entente de partenariat relatif à la pratique des sages-femmes		

1. Énoncé

Cette procédure vise à décrire le cheminement pour les différents cas de consultation et de transfert aux équipes de pédiatrie dans le cadre du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

2. Champ d'application/Contexte légal

Cette procédure est prévue dans le cadre de la *loi sur les sages-femmes, chapitre S-0.1*, plus précisément associée au *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*. Elle s'applique essentiellement aux sages-femmes ayant conclu un contrat de service avec le Centre Intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO) et aux pédiatres. Dans son application, les équipes de soins des unités d'obstétrique et les cheffes de programme gynéco-obstétrique seront aussi interpellées.

Cette procédure s'applique aux sages-femmes et aux pédiatres partenaires qui travaillent auprès d'usagers de la période périnatale jusqu'au terme de la 6^e semaine postnatale.

3. Définitions

Consultation : Référer 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 présentées aux parents.

Prénatal : Pendant la grossesse.

Pernatal : Pendant le travail et l'accouchement.

Postnatal : Période suivant la naissance, et s'échelonnant sur 6 semaines.

Référence : Diriger un nouveau-né vers un service médical donné, afin de recevoir une évaluation ou une prise en charge.

Suivi clinique et prise en charge :

Concerne toute situation clinique 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 médicale, la prise en charge varie selon les recommandations médicales et la prise de décision partagée entre les parents 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 de responsabilité :

Lorsqu'une sage-femme transfère la responsabilité clinique d'un nouveau-né à un médecin, qui prendra le relais pour offrir les soins requis à la dyade mère et nouveau-né.

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

4. Objectifs

Définir des trajectoires efficaces dans le but d'offrir des soins sécuritaires de qualité

Assurer une fluidité des communications lors des consultations et transferts

Définir les rôles et responsabilités des parties prenantes dans une optique de collaboration interprofessionnelle

5. Intervenants concernés

- Le chef de programme gynéco-obstétrique
- Le chef de programme du service de pédiatrie
- Les équipes de soins des unités d'obstétriques et de pédiatries
- Les médecins (pédiatres et omnipraticiens)
- Les sages-femmes

6. Rôles et responsabilités

Les chefs des programmes de gynéco-obstétrique et du service de pédiatrie

- Diffuser la procédure aux équipes.

Les équipes de soins des unités d'obstétriques et de pédiatries

- Évaluer et prendre en charge la dyade mère et nouveau-né selon les ordonnances et procédures établies avec le médecin (pédiatre ou omnipraticien).

Médecins (pédiatres et omnipraticiens)

- Effectuer la consultation et émettre ses recommandations
- Planifier les évaluations subséquentes si applicable (exemple : suivi d'ictère)
- Émettre ses recommandations 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 du nouveau-né et s'assurer que la sage-femme en est avisée.

Important : La sage-femme doit être avisée de tout suivi particulier requis pour le nouveau-né. Elle reprend alors la responsabilité des soins jusqu'au terme de la 6^e semaine postnatale. Le congé peut être octroyé de manière précoce.

Sages-femmes

- 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 du nouveau-né au médecin afin que celui-ci puisse procéder à la consultation ou accueillir le transfert de responsabilité
- Remettre les formulaires (AH-226DT) / requêtes spécifiques directement aux parents ou les acheminer par télécopieur aux endroits indiqués (annexe A)
- Au besoin, selon la situation :
 - Consulter le pédiatre de garde;
 - Consulter l'omnipraticien de garde;
 - Transférer la responsabilité clinique au médecin (pédiatre ou omnipraticien) selon la situation.
- 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 au nouveau-né
- Prendre rendez-vous pour le nouveau-né, ou aviser les parents de prendre rendez-vous eux-mêmes en cas de consultations non urgentes
- En cas de transfert, la sage-femme demeure responsable des soins jusqu'au transfert complet des soins au médecin. Le transfert est considéré complété lorsque l'équipe de soin prend en charge le nouveau-né selon les instructions du pédiatre.

7. Procédure

Les informations contenues dans le tableau ci-dessous relèvent du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

NB2 : Les coordonnées des différentes références se retrouvent à l'annexe B.

CONSULTATIONS	MODALITÉS
• Absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle • Absence de passage de méconium après 24 heures de vie • Âge gestationnel entre 36 0/7 et 36 6/7 semaines • Anurie au-delà de 24 heures de vie • Artère ombilicale unique • Croissance inappropriée du périmètre crânien inférieure au 3e percentile ou supérieure au 97e percentile selon la courbe du périmètre crânien • Examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines • Fontanelle antérieure bombée • Fontanelles élargies selon les critères en vigueur • Hépatomégalie plus de 3cm sous le rebord costal • Masse testiculaire à la naissance • Pleurs ou cris anormaux • Prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race et non répondant au traitement • Rate palpable • Suspicion de spina-bifida • Testicules non descendus ou non palpables bilatéraux	Contactez le pédiatre de garde pour établir la conduite.

CONSULTATIONS	MODALITÉS
- Poids inférieur au 3^e percentile - Signes neurologiques anormaux - Une malformation majeure ou 2 malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance	- Consultation urgente sur l'unité d'obstétrique - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation - Le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre - Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires - Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours	- Consultation dans les 7 premiers jours de vie. - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation.
Écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive	- Consultation en moins de 24 heures - Prioriser l'omnipraticien de la mère (si possible) - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation. - Si pas de médecin de famille, passer par le GAP.
- Érythème péri ombilical compatible avec un omphalite - Infections suspectées chez le bébé ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez son bébé - Irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures - Résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques (ex. glycémies anormales) - Rythme cardiaque anormal ou irrégulier (inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min soutenus) - Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches	<u>0 à 7 jours de vie :</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation à l'unité de naissance - Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. <u>8 jours de vie et plus :</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite. - Référer à l'urgence. Dans tous les cas, reprise des soins par la sage-femme suite au congé
Ictère nécessitant photothérapie	<u>0 à 10 jours de vie :</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser le transfert à l'unité de naissance - Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. Reprise des soins par la sage-femme suite au congé <u>11 jours de vie et plus :</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite. - Référer à l'urgence Dans tous les cas, reprise des soins par la sage-femme suite au congé
Instabilité des hanches ou hanches luxables	- Consultation dans les 14 premiers jours de vie. - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation.
- Masse abdominale - Masse inguinale	

CONSULTATIONS	MODALITÉS
Non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement	- Le nouveau-né devra être vu par le pédiatre dans les 24-48 heures. - Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation - Le pédiatre et la sage-femme établissent la conduite pour les parents jusqu'au moment de la consultation
Persistance d'ictère après 14 jours de vie	- Faire une bilirubinémie totale et directe. - Contacteur le pédiatre de garde avec le résultat pour établir la conduite.
- Pigmentation anormale - Thyroïde palpable	Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite.
- Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques - Traumatisme obstétrical : Suspicion de traumatisme crânien ex: signes d'hémorragie sous galéale	- Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert immédiat - Transport en ambulance jusqu'à l'unité de naissance - Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. - La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Reflet rouge oculaire absent	- Communiquer avec le pédiatre de garde pour organiser une consultation. - Le pédiatre détermine le moment de la consultation au cours des jours suivants.
Souffle cardiaque	Au préalable, effectuer les examens suivants : - Saturation différentielle, membre supérieur droit et membre inférieur (pied); - Évaluer l'état général. <u>0 à 7 jours</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite. - Évaluation à l'unité d'obstétrique au cours des 24h-48h si stable. - Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires pour aviser de la venue pour consultation. <u>8 jour de vie et plus:</u> - Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite. - le bébé sera vu en consultation en médecine de jour ou en clinique externe.

CONSULTATIONS	MODALITÉS
Tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute	Au préalable , effectuer les examens suivants : • Saturométrie • Glycémie • Autres signes de détresse respiratoire • Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir la conduite. • En cas de transfert, le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires.
Traumatisme obstétrical Ex.: Fracture de clavicule, etc.	• Communiquer avec le pédiatre de garde pour établir une consultation au cours des 3 premiers jours de vie. Le nouveau-né sera vu idéalement en médecine de jour.

TRANSFERTS	MODALITÉS
• Apgar inférieur à 7, à 5 minutes • Cyanose centrale • Détresse respiratoire ou apnée • Ecchymose ou pétéchies généralisées • Hémorragie digestive haute ou vomissements bilieux ayant nécessité une intubation endotrachéale	• Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Transfert en ambulance • Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé
• Atrésie unie ou bilatérale des choanes • Pâleur persistante au-delà d'une heure de vie • Trémulations répétées ou convulsions	• Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre. • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Distension abdominale avec intolérance à l'alimentation	Au préalable , effectuer les actions suivantes : • Glycémie capillaire • Garder le bébé à jeun Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Transfert par ambulance • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé

TRANSFERTS	MODALITÉS
• Apgar inférieur à 9, à 10 minutes • Ayant nécessité une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie • Hémorragie digestive basse ou diarrhée • Syndrome de sevrage	• Communiquer avec le pédiatre de garde pour évaluer un besoin de transfert. • Le cas échéant, le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre. • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie	Hyperthermie isolée : • 38°C rectale : réévaluer dans 1 heure avant d'intervenir pour un transfert • Si valeur toujours élevée : Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert urgent. • Transfert par ambulance • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins • Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie	Hypothermie isolée • Réévaluer dans 1 heure avant d'intervenir pour un transfert en prenant soin de réchauffer le nouveau-né. - • Si valeur toujours basse, communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert urgent. • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • Transfert par ambulance • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.
Ictère dans les premières 24 heures	Effectuer un test de bilirubinémie totale et directe • Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre. • Communiquer avec l'ICASI pour aviser du transfert • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Reprise des soins par la sage-femme suite au congé.

TRANSFERTS	MODALITÉS
Léthargie ou hypotonie	<u>Léthargie ou hypotonie sévère à modérée:</u> • Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Transfert en ambulance. • Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins • <u>Hypotonie légère :</u> • Communiquer avec le pédiatre de garde pour évaluer le besoin d'un transfert. • Le cas échéant, le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre. • Si transfert, communiquer avec l'ICASI • La sage-femme est responsable des soins jusqu'à la prise en charge par l'équipe de soins Dans tous les cas, reprise des soins par la sage-femme suite au congé <u>Léthargie ou hypotonie sévère à modérée:</u> • Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Transfert en ambulance. <u>Hypotonie légère :</u> Communiquer avec le pédiatre de garde pour évaluer le besoin d'un transfert. Le cas échéant, le mode de transport sera déterminé avec le pédiatre.

TRANSFERTS	MODALITÉS
Moins de 36 semaines d'âge gestationnel	• Accouchement en CH • Aviser l'ICASI • Aviser le pédiatre de garde qu'il y a une usagère en travail avec nouveau-né de moins de 36 semaines. • Déterminer avec le pédiatre si sa présence est requise. <u>Nouveau-né de 35 semaines et plus qui va bien :</u> • Examen du nouveau-né par la sage-femme, incluant glycémie à 2 heures de vie. • Saturation au jugement clinique de la sage-femme. • Contacter le pédiatre suite à l'examen. Prise en charge par l'équipe de soins de l'unité d'obstétrique après l'appel au pédiatre, moment du transfert sous les soins du pédiatre. <u>Nouveau-né de 34^{0/7} à 34^{6/7} ou non-adaptation à la vie extra-utérine:</u> • Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert immédiat • Prise en charge par l'équipe de soins de l'unité d'obstétrique selon les ordonnances médicales et procédures en vigueur. Dans tous les cas, reprise des soins par la sage-femme suite au congé
Toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats	• Communiquer avec le pédiatre de garde pour un transfert. • Transfert en ambulance • Le pédiatre s'occupe de contacter l'équipe de l'unité d'obstétrique/soins intermédiaires. • Communiquer avec le CCPQ au besoin selon la situation Si pertinent, reprise des soins par la sage-femme suite au congé

8. Documentation

Les notes sont consignées au dossier de l'utilisateur via le SIC PLUS, le DMÉ (myle) et tout autre document papier classé au dossier médical de l'utilisateur.

9. Annexe(s)

Annexe A : Formulaire de consultation médicale AH-226 DT

Annexe B : Procédures pour rejoindre les pédiatres et l'urgence

10. Références

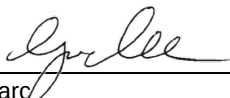
Légis Québec, Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%204/>

MSSS. (2015) Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme.

Modèle d'entente entre la maison de naissance Marie-Paule-Lanthier et l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, (2021)

Modèle d'entente entre la maison de naissance de la Rivière (Nicolet) et le Centre de Santé et Services Sociaux Drummond, (2010)

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Cynthia Perreault, responsable des services de sage-femme	2023-07-26
Révisé par		
Personnes consultées	Audrey Harvey, Conseillère en soins infirmiers, volet soins critiques, DSIEU	2023-07-28
	Catherine Leblanc, chef de programmes gynéco-obstétrique de l'hôpital du Suroît	2023-07-28
	Claudine Dansereau, Conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers (intérim), Jeunesse et activités de santé publique	2023-07-28
	Dr Laura Darmaun, co-chef du département de pédiatrie, Suroît	2023-07-26
	Dr Maya Marc, chef du département de Pédiatrie	2023-07-26
	Geneviève Poirier, sage-femme	2023-06-19
	Geneviève Reid, cheffe gynéco-obstétrique de l'hôpital Anna-Laberge	2023-07-28
	Mahoutin Marlène Yonlonfoun, sage-femme	2023-06-19
	Marie-Josée Gaboury, coordonnatrice des soins infirmiers Services mère-enfant et pédiatrie	2023-07-26
	Martine Parent, Chef de l'urgence et UHB à l'Hôpital du Suroît	2023-07-28
	Priscilla Fortier, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers volet DPJASP, DSIEU	2023-09-26

Historique du document		
Approuvé par	 Maya Marc Chef du département de pédiatrie	2023-10-20
Approuvé par	 Isabelle Papineau Directrice des programmes jeunesse et des activités de santé publique	2023-10-24

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette directive clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation

FORMULAIRE DE CONSULTATION MÉDICALE AH-226 DT

URGENT : ☐ Oui ☐ Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



Consultant/service
Requérant
Service demandé
☐ Consultation ☐ Consultation et soins simultanés
☐ Consultation et prise en charge ☐ Consultation Pré-op
Renseignements cliniques et motifs de la demande

Date	Année	Mois	Jour	Heure	Médecin traitant	Signature	N° permis			
Avis transmis à					par :	Date	Année	Mois	Jour	Heure

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

Imprimé sur du
papier recyclé

Année	Mois	Jour	Heure

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600-6 ou AH-601-2 « Suite de rapport ».

Signature du médecin consultant et n° permis

PROCÉDURES POUR REJOINDRE LES PÉDIATRES ET L'URGENCE

Communication avec le pédiatre de garde	
Hôpital Régional du Suroît (450) 371-9920 Composer le « 0 » Demander à joindre le pédiatre de garde	Hôpital Anna-Laberge 450-699-2425 Composer le « 0 » Demander à joindre le pédiatre de garde
Contacter l'Urgence	
Hôpital Régional du Suroît Télécopieur : 579-371-5828	Hôpital Anna-Laberge Télécopieur : 450-692-6745
Contacter le CCPPQ	
• Téléphone : 1 877 675-4992 ou 514 345-4992 • Télécopieur: 514 345 4993 Ligne téléphonique en cas de panne À utiliser seulement si les lignes régulières ne fonctionnent pas ⇒ 514 735-8729	