

Mise en garde:

Les éléments mis en annexe doivent être considérés comme des avis d'experts appelés à évoluer avec le temps. Ils ne doivent donc pas être considérés comme des absolus, mais des éléments permettant de mettre des balises.

Il faut cependant rappeler la particularité de la pratique sage-femme qui est encadrée par une loi et des règlements, dont le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin*.

Il n'y a pas de consensus au sein de la TSME sur la pratique sécuritaire des accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) en maison de naissance.

Annexe A : Panier minimal de services pour la femme enceinte au Québec

1. Accès au suivi et aux services prénataux entre huit et douze semaines de grossesse ou dès que la grossesse est confirmée en cas de grossesse avancée.
2. Accès à des services de promotion des bonnes habitudes de vie (dont l'alimentation saine et la prise d'acide folique), d'accompagnement à devenir parents.
3. Accès à des services de dépistage des facteurs de risques sociaux et le cas échéant l'accès aux professionnels requis et la mise en place des programmes de soutien et de protection pour les clientèles vulnérables :
 - Consultations en travail social;
 - Programme Œuf-lait-orange (OLO) : <http://fondationolo.ca/>;
 - Programme Services intégrés en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) (SIPPE) : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000991/>;
 - Programme d'intervention en négligence.
4. Accès aux prélèvements de laboratoire de base durant les soins prénataux incluant :
 - Formule sanguine complète;
 - Dépistage de l'hépatite B, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis (VDRL);
 - Immunité à la rubéole, à la varicelle;
 - Groupe sanguin et recherche d'anticorps;
 - Thyroïdostimuline (TSH);
 - Culture d'urine;
 - Dépistage de la trisomie 21;
 - Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée;
 - Dépistage du cancer du col (test PAP) selon les recommandations en vigueur.
5. Échographie complète du premier trimestre (entre 11 et 14 semaines) pour confirmer la date prévue d'accouchement, la viabilité, le nombre de fœtus et la performance de la clarté nucale si disponible.
6. Échographie du deuxième trimestre (entre 18 et 22 semaines) pour confirmer la présence ou l'absence de malformation du fœtus, l'évaluation du liquide amniotique et de la fonction placentaire.
7. Accès à un endroit sécuritaire pour le travail et l'accouchement (hôpital, maison de naissance, domicile selon le cas), endroit qui est décidé dès le début des soins prénataux et qui pourrait être adapté selon l'évolution de la grossesse.
8. Dépistage des problèmes de santé mentale.
9. Accès aux services de soutien psychologique.
10. Accès à des rencontres prénatales (préparation à la naissance et à l'allaitement).

11. Accès à des programmes de cessation tabagique, drogue ou alcool.
12. Accès à des consultations en nutrition.
13. Accès à des services de soins et de consultations spécialisés.
14. Implantation de systèmes régionaux adaptés aux ressources disponibles pour l'évaluation, la gestion, le traitement et le suivi des complications du premier trimestre qui compliquent 10 % à 15 % de toutes les grossesses (grossesse ectopique, saignements du premier trimestre, hyperemesis gravidarum, par exemple) pour désengorger les urgences (exemple : accueil clinique).
15. Accès à des services d'aide pour l'allaitement et de soutien à domicile en postpartum dont la visite de l'infirmière en soins à domicile dans les 24 à 72 h suivant le congé de l'hôpital.
16. Accès aux services de dépistage néonatal.
17. Accès à des services de soins médicaux pour le bébé.

Annexe B : Classification des grossesses

- Le contenu de cette annexe ne doit pas être considéré comme une liste de transfert obligatoire;
- La classification est sujette à changer au cours du temps, selon l'évolution des connaissances et le changement des pratiques.

Grossesse normale

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques normaux. Une grossesse normale est définie empiriquement comme la réunion de conditions médicales, psychologiques et sociales favorables à un accouchement sans complication majeure pour la mère et le nouveau-né. Ces conditions peuvent changer en cours de grossesse et d'accouchement.

Grossesse à risque élevé

- Facteurs maternels :
 - Diabète non compliqué de type 1 et 2;
 - Diabète gestationnel traité avec ou sans insuline;
 - Hypertension chronique;
 - Autre maladie chronique, mais stable;
 - Graves problèmes psychosociaux;
 - Obésité importante (indice de masse corporelle > 35);
 - Antécédents familiaux de maladie génétique ou d'une anomalie congénitale;
 - Pertes de grossesses récurrentes;
 - Antécédent de thrombose veineuse profonde et/ou d'embolie pulmonaire.
- Des antécédents de :
 - Accouchement prématuré avant 34 semaines, soit spontané, soit en raison de la prééclampsie;
 - Mortinaissance ou de décès néonatal;
 - Retard de croissance intra-utérin (RCIU);
 - Chirurgie utérine autre que césarienne transversale basse;
 - Anomalie utérine;
 - Incompétence du col.
- Grossesse actuelle présentant les situations suivantes :
 - Âge maternel avancé (>40 ans);
 - Grossesse chez l'adolescente (<16 ans);
 - Grossesse après fécondation in vitro;

- Hypertension gravidique;
- Placenta prævia;
- Hémorragie anténatale du deuxième ou troisième trimestre;
- Grossesse multiple sans complications surajoutées;
- Grossesse gémellaire monochoriale sans syndrome transfuseur-transfusé;
- Retard de croissance intra-utérine (<10e percentile) ou macrosomie (> 90e percentile);
- Rupture prématurée des membranes 32-36 semaines;
- Menace d'accouchement prématuré avec un col court entre 32 et 36 semaines;
- Présence d'anticorps maternels de type Rh ou atypiques;
- Polyhydramnios, oligohydramnios ou présentation anormale à 36 semaines;
- Anémie ne répondant pas au traitement au fer;
- Grossesse de plus de 42 semaines¹⁸.

Grossesse à risque très élevé

Anomalie fœtale congénitale majeure dont les besoins en soins intensifs néonataux et/ou surspécialités pédiatriques ou chirurgicales sont prévisibles. Si les soins néonataux prévisibles sont 3B ou 3C, il est préférable que l'accouchement ait lieu directement dans un centre tertiaire offrant un niveau en soins néonataux 3B ou 3C, afin d'éviter de séparer un nouveau-né de sa famille.

- Grossesse multiple avec complication surajoutée;
- Diabète maternel avec atteinte des organes cibles;
- Maladie rénale avec hypertension et/ou diminution de la fonction rénale;
- Maladie maternelle cardiaque avec risque de complications (Organisation mondiale de la santé classe 2 et plus);
- Autre maladie médicale grave significative : tumeur au cerveau, cancer actif, lupus instable, greffe d'organe précédente, femme séropositive pour le VIH;
- Arythmie fœtale nécessitant un traitement anténatal ou une prise en charge immédiate néonatale;
- Maladie fœtale ou maternelle génétique grave;
- Hydrops foetalis;
- Besoin de transfusion intra-utérine.

¹⁸ Entre 41 0/7 et 42 0/7 semaines de gestation, la normalité de la grossesse doit être confirmée par une évaluation du bien-être fœtal.

- Grossesse <32 semaines avec :
 - Menace d'accouchement prématuré ou travail prématuré;
 - Rupture prématurée des membranes;
 - Hypertension gravidique avec des conditions défavorables;
 - Hémorragie anténatale;
 - Oligohydramnios ou polyhydramnios sévère.
- Retard de croissance intra-utérin avec anomalie significative de l'unité utéro-placentaire.