

Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025

Volet 1 : Hiérarchisation des services et complémentarité des rôles des intervenants

Document adopté par la Table sectorielle mère-enfant

Juin 2018

Table des matières

Membres du groupe de travail.....	0
Introduction	1
Synthèse.....	2
Énoncé de la mission	2
Clé du succès	2
Principes directeurs.....	2
Hiérarchisation des services.....	3
Collaboration interprofessionnelle	5
Principaux intervenants obstétricaux	7
Organisation souhaitée des services obstétricaux :	12
Modèle d'organisation proposé	12
Niveaux de soins obstétricaux	13
Annexes	15
Annexe A : Panier minimal de services pour la femme enceinte au Québec	16
Annexe B : Classification des grossesses	18

Membres du groupe de travail

- Bouvet, Sylvie, spécialiste en obstétrique et en gynécologie et présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
- Fortin, Sabrina, professionnelle de dossiers mère-enfant, Direction des services mère-enfant du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Gagnon, Andrée, spécialiste en médecine de famille et présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec
- Gagnon, Robert, spécialiste en obstétrique et gynécologie et en médecine fœto-maternelle, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Leduc, Line, spécialiste en obstétrique et gynécologie et en médecine fœto-maternelle, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)
- Lévesque, Isabelle, spécialiste en obstétrique et gynécologie, CHU de Québec – Université Laval
- Ouellet, Annie, spécialiste en obstétrique et gynécologie et en médecine fœto-maternelle, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Pepin, Geneviève, professionnelle de dossiers mère-enfant, Direction des services mère-enfant du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Piedboeuf, Bruno, médecin spécialiste en pédiatrie et en médecine néonatale et périnatale et président de la TSME
- Provencher, Julie, directrice du programme jeunesse et des activités de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)
- St-Laurent, Marie-Ève, sage-femme et présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Collaboration spéciale de madame Emmanuelle Carreau, professeure à la Faculté de médecine de l'Université Laval et experte en interprofessionnalisme

La Table sectorielle mère-enfant (TSME) a créé un groupe de travail sur l'organisation des soins obstétricaux au Québec afin de proposer un modèle d'organisation des soins pour les dix prochaines années qui tient compte de l'évolution des pratiques et des principaux rapports produits depuis 2008¹ :

Le groupe de travail a identifié plusieurs enjeux qui devront faire le sujet de discussions et de recommandations dans les prochaines années. Parmi ces enjeux, on retrouve entre autres :

- une meilleure hiérarchisation des soins tant au niveau des intervenants que des établissements;
- la collaboration interprofessionnelle;
- la standardisation de la classification des établissements de santé pour les niveaux de soins obstétricaux;
- l'établissement d'un ratio 1 :1 infirmière/patiente durant la phase active du travail et l'accouchement;
- une accessibilité universelle et gratuite à l'échographie de premier et deuxième trimestre;
- une base de données périnatales québécoises établie avec l'utilisation d'un dossier électronique obstétrical permettant un recueil de données fiables facilitant l'évaluation continue de la qualité de la pratique en obstétrique et en néonatalogie.

Ce premier volet aborde les trois premiers points : il définit le rôle des intervenants et propose une nouvelle classification des établissements en fonction des services offerts en obstétrique et en néonatalogie. Dans les prochaines années, la TSME se penchera sur les autres points.

¹ La Politique de périnatalité 2008-2018, le rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux de 2012, le Cadre de référence pour le déploiement des services de sages-femmes au Québec, le Rapport du Groupe de travail sur l'organisation des services de première ligne 2011 de la TSME et le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être de 2011.

Énoncé de la mission

Assurer aux femmes enceintes et leur famille l'accessibilité à un réseau de santé en périnatalité performant et sécuritaire pour leur grossesse et leur bébé dans un contexte socio-économique réaliste.

Clé du succès

Optimiser le travail interprofessionnel en équipe obstétricale multidisciplinaire/interdisciplinaire au Québec qui respecte les principes de hiérarchisation des services et qui est ancré dans une culture et une infrastructure centrées sur la patiente pour assurer la qualité des soins, la sécurité des femmes enceintes et de leurs bébés ainsi qu'un rapport positif coûts/bénéfices.

Principes directeurs

- Favoriser la prestation de service près du domicile.
- Favoriser la prise en charge de la grossesse normale par les intervenants de première ligne.
- Selon le rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) :
 - « 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 évoluer en cours de grossesse et d'accouchement. »
- Regrouper les soins spécialisés et ultraspécialisés de manière à avoir des masses critiques permettant le développement d'une expertise de pointe et justifiant la mise en place d'équipes interdisciplinaires spécialisées.
- Optimiser la collaboration entre les différents intervenants impliqués auprès des femmes enceintes et leurs bébés.

La TSME s'est inspirée des définitions présentement utilisées dans le réseau :

- **Services de première ligne:** Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne constituent le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure « légère » de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population. Il inclut les activités de prévention, de promotion de la santé et de dépistage de base.
- **Services de deuxième ligne :** Ces services, tant médicaux que sociaux, permettent de résoudre les problèmes complexes³. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde, mais répandue.
- **Services de troisième ligne :** Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible pour laquelle la concentration favorise l'expertise (concept de rareté).

Par ailleurs, la TSME considère que:

- La catégorisation des niveaux de services est indépendante de la personne qui délivre ces soins. En effet, un médecin de famille peut être appelé à délivrer des soins de deuxième ligne si aucun obstétricien-gynécologue n'est disponible. De même, un obstétricien-gynécologue, selon les conditions, peut délivrer des services de première, deuxième ou troisième ligne (voir point suivant). Les sages-femmes sont tenues de par la «Loi des sur les sages-femmes» d'exercer leur expertise professionnelle uniquement pour les grossesses et les accouchements qui se déroulent normalement.
- Il peut y avoir, pour un milieu clinique, un chevauchement des missions de 1re, 2e et 3e ligne. Par exemple, les centres hospitaliers universitaires ont besoin d'un volume d'accouchements significatif pour justifier le maintien sur place 24 h par jour des équipes d'obstétriciens et d'anesthésistes, nécessaires pour les grossesses à très haut risque, qui ne peut se justifier sur le plan économique par une activité exclusive à faible volume des grossesses à très haut risque. De plus, les centres tertiaires sont souvent les

² Le mot hiérarchisation des services implique le bon professionnel, au bon moment, et au bon endroit selon les besoins et le niveau de complexité de la situation de santé et n'implique pas une subordination des professionnels ou des établissements entre eux, mais plutôt une approche collaborative interprofessionnelle, intersectorielle et interorganisationnelle. Elle fait aussi référence à la politique de périnatalité du Québec (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>)

³ La notion de complexité est laissée au jugement clinique de l'intervenant. Elle peut varier en fonction de l'intervenant et de l'environnement.

niveaux 1 et 2 pour leur région de proximité. Cela peut donc impliquer que divers professionnels puissent y offrir des soins périnataux (sages-femmes, médecins de famille, obstétriciens gynécologues et spécialistes en médecine maternelle et fœtale). Cette diversité d'activités et de professionnels leur permet d'être des centres de formation prisés.

Une collaboration interprofessionnelle optimale réfère à la capacité des individus de différentes disciplines de la santé et des services sociaux à adopter des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins des patients et de leurs proches⁴. La capacité des intervenants à bien collaborer entre eux a un impact direct sur l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins et services prodigués, ainsi que sur leur efficacité, efficience et qualité^{3,5,6,7,8}. Elle est aussi associée à une prestation de soins plus sécuritaire^{9,10}, et plus satisfaisante, tant du point de vue des intervenants que des patients^{3,4,5,6,7}. Une bonne collaboration, qu'elle soit interprofessionnelle, interorganisationnelle ou intersectorielle, permet d'offrir une réponse cohérente, en temps voulu, aux besoins de la population par une utilisation judicieuse et coordonnée des expertises de chacun, ce qui se traduit par un meilleur rapport coût-bénéfice³.

En obstétrique, une saine collaboration entre médecins spécialistes, médecins de famille, infirmières et sages-femmes est associée spécifiquement à un meilleur accès aux soins et une plus grande continuité, une satisfaction plus élevée des parents, plus d'espace et de temps pour l'enseignement et la prévention, de meilleurs indicateurs de santé pour la femme et l'enfant, des temps de séjour plus courts, ainsi qu'une prise en charge plus efficace des complications à l'accouchement¹¹. Qu'ils travaillent davantage en modèle multidisciplinaire (consultation, référence, coordination des actions) ou interdisciplinaire (prise en charge conjointe), les intervenants en obstétrique doivent développer des modalités efficaces de collaboration adaptées à la complexité de la prise en charge tout en s'assurant d'une bonne communication et d'un partage adéquat du leadership en fonction de l'expertise de chacun¹².

⁴ Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada: Recommandations et synthèse pour politiques*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

⁵ Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional collaboration: Arguments, assumptions & evidences*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd

⁶ Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. The Cochrane Library 2009, 1-29.

⁷ Archer et al. 2012, *Collaborative care for depression and anxiety problems*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10.

⁸ Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*. The Cochrane Library 2013(3), 1-47.

⁹ Kohn, Corrigan, & Donaldson (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: The National Academy Press

¹⁰ Institute of Medicine. (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: The National Academy Press.

¹¹ Waldman, R. & Powell-Kennedy, H. (2012) *Collaborative practice in Obstetrics and Gynecology*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Volume 39(3). Elsevier Health Sciences. 240 p.

¹² Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative.

Pour assurer l'interdépendance nécessaire aux bonnes pratiques de collaboration, il est essentiel de nourrir la confiance entre les intervenants impliqués par un partage des rôles et responsabilités clair et respectueux des expertises de chacun^{10,11}. Des programmes de formation de type « AMPRO » (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) pour tous les intervenants peuvent contribuer au changement de culture attendu. Mais, il faut aussi que les structures organisationnelles et les trajectoires de soins soient formalisées de façon à encourager la collaboration interprofessionnelle¹³.

¹³ D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept*. J Interprof Care, 19(2), 8-20.

Plusieurs intervenants sont impliqués dans les soins obstétricaux. La proposition ci-dessous permet d'établir les balises des rôles et responsabilités de chacun dans une perspective de respect du domaine d'expertise, de complémentarité et d'efficience. Les modèles de collaboration possibles et l'intensité des modèles de collaboration de chacun sont flexibles et doivent tenir compte du contexte, des besoins, de l'organisation des services et des expertises de chacun.

1) Les CISSS / CIUSSS / CHU

Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ont le rôle de s'assurer de desservir adéquatement la population de leur territoire. Ils mettent en place les corridors de services vers les ressources adéquates. Ils veillent à l'intégration des activités de promotion et de prévention en périnatalité notamment par le rapprochement des équipes de santé publique et du programme jeunesse au continuum de soins cliniques. Ils ont le rôle de coordonner les services de leur territoire en fonction des ressources professionnelles disponibles en vue d'assurer une prise en charge optimale des femmes enceintes. Ils ont également un rôle particulier à jouer dans la mise en place de conditions favorables à une saine collaboration interprofessionnelle.

La TSME soutient l'intégration des activités de périnatalité et d'obstétrique au sein des établissements.

2) Infirmière

L'infirmière peut prodiguer des soins auprès de la femme enceinte, de la parturiente, de la nouvelle accouchée et du nouveau-né. Elle peut œuvrer dans le secteur public et être rattachée à un CISSS ou un CIUSSS, par exemple dans un Groupe de médecine de famille (GMF), ou encore pratiquer dans le secteur privé, dans un cabinet de médecin de famille ou d'un obstétricien-gynécologue. En collaboration avec les autres membres des équipes interdisciplinaires, elle contribue au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal, selon son champ d'exercice et ses activités réservées, conformément à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* (LII). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a adopté, en 2015, les *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité* qui intègrent, dans une vision globale, l'ensemble des activités professionnelles de l'infirmière qui contribue au suivi de grossesse et qui assure le suivi périodique de l'enfant en bonne santé. Comme proposée dans le document ***Rapport du Groupe de travail sur l'organisation des services de première ligne de 2011***, la TSME réaffirme que les infirmières jouent un rôle majeur en collaboration avec les médecins de famille afin d'augmenter la capacité de ceux-ci à suivre un plus grand nombre de femmes enceintes. Les infirmières jouent aussi un rôle pivot dans les équipes multidisciplinaires qui prennent en charge les grossesses à haut risque et à très haut risque en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens et les spécialistes en médecine maternelle et fœtale.

La TSME soutient l'augmentation du nombre d'infirmières en collaboration avec les médecins de famille, afin qu'elles occupent pleinement leur champ d'exercice et assurent l'ensemble des activités professionnelles liées aux suivis de la grossesse.

2) Infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL)

L'IPSPL assure le suivi d'une grossesse normale ou à faible risque en partenariat avec le médecin qui prend en charge cette clientèle. Les modalités de partenariat doivent être convenues entre le médecin partenaire et l'IPSPL selon les lignes directrices en vigueur¹⁴. De plus, l'IPSPL peut assurer le suivi de l'enfant et de sa famille selon la réglementation en vigueur. Elle demande l'intervention du médecin lorsque les compétences requises dépassent son domaine d'exercice¹⁵. La TSME pense qu'en accroissant le nombre d'IPSPL, celles-ci pourront jouer pleinement leur rôle en augmentant la capacité des services de première ligne à prendre en charge un plus grand nombre de femmes enceintes et d'enfants.

La TSME reconnaît l'apport des IPSPL en périnatalité et recommande le partenariat en association avec les médecins de famille assurant les suivis prénataux des grossesses normales ou à faible risque. L'IPSPL peut assurer le suivi de la mère et du nouveau-né après l'accouchement. Le choix de confier le suivi à des infirmières bachelières travaillant en collaboration avec un médecin de famille, ou à une IPSPL devra se faire selon la disponibilité de ressources en privilégiant une gestion efficiente et responsable.

3) Sage-femme

En 2017, il y a plus de 200 sages-femmes en pratique dans onze régions administratives au Québec et réparties dans les treize maisons de naissance et quatre centres de maternité au Nunavik. Les sages-femmes offrent des services de première ligne au sein des CISSS et des CIUSSS. Elles sont responsables des suivis de grossesse, des accouchements et du suivi postnatal de la femme et du nouveau-né jusqu'à six semaines postpartum, lorsque tout se déroule normalement. Les femmes ont le choix de trois lieux de naissance : domicile, maison de naissance ou centre hospitalier. Présentement, les sages-femmes sont impliquées dans environ 3 % des accouchements. Par contre, la politique de périnatalité du Québec prévoit un développement afin d'assurer que ce nombre passe à 10 % en 2018. Tous les services de sages-femmes ont des ententes de services directs avec un centre hospitalier accoucheur disponible pour un transfert maternel ou néonatal urgent s'il s'avérait nécessaire ainsi que pour les consultations. Les conditions qui nécessitent un transfert ou une consultation vers un médecin sont définies par règlement¹⁶. Une plus

¹⁴ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, Lignes directrices, <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSPL-web.pdf/eed3b6f6-5025-c6c6-f042-cf4132810c79?gtmiiqid=>

¹⁵ *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins; Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens.*

¹⁶ *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin*, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%204>

grande présence des sages-femmes dans l'ensemble des CISSS et des CIUSSS, incluant les milieux hospitaliers, est souhaitée pour favoriser les échanges interdisciplinaires et faciliter l'accès aux services de sages-femmes dans toutes les régions, tout en favorisant le choix des femmes quant au lieu de naissance, selon leur éligibilité.

La TSME soutient un rôle grandissant des sages-femmes pour le suivi des grossesses normales. Elle encourage le développement de nouvelles modalités de collaboration adaptée à cette réalité, et ce, dans tous les milieux de naissance où les sages-femmes peuvent exercer.

4) Médecin de famille

Les médecins de famille du Québec ont tous été formés pour effectuer le suivi et l'accouchement des femmes enceintes ainsi que le suivi des nouveau-nés et des enfants. En 2017, un peu plus de 400 médecins de famille (sur les 9 500 en exercice) font régulièrement des suivis de grossesse et une majorité de ceux-ci prodiguent des soins durant le travail et l'accouchement. Plusieurs médecins de famille vont suivre les familles dans leur ensemble, intégrant aux suivis des femmes enceintes celui des nouveau-nés et même parfois, celui des conjoints et de la fratrie. Les médecins de famille effectuent presque 50 % des suivis prénataux à l'échelle du Québec et environ 35 % des accouchements excluant les transferts pour césariennes. Lorsqu'il y a une complication de la grossesse ou de l'accouchement, le médecin de famille consulte un obstétricien-gynécologue et peut lui transférer sa patiente ou effectuer un suivi conjoint selon le cas et les ententes de service. Le recrutement et la rétention des médecins de famille dans les soins périnataux comportent des défis importants, particulièrement dans les grandes villes comme Montréal où seulement 35 % des suivis de grossesse sont faits par des médecins de famille puisque les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les plans d'effectifs médicaux (PEM) en périnatalité y sont pratiquement inexistantes. Afin d'augmenter la confiance des médecins de famille à intégrer l'obstétrique dans leur pratique, diverses mesures ont été mises en place pour faire face à ces défis. Les universités Laval, McGill, de Montréal, et de Sherbrooke offrent des formations additionnelles en soins mère-enfant. Cette formation n'est pas obligatoire pour faire de l'obstétrique et dépend exclusivement du degré de confort du résident et de son exposition durant sa formation. De plus, un programme de mentorat aux médecins en début de pratique est aussi offert.

La TSME soutient un rôle grandissant des médecins de famille pour le suivi des grossesses normales. Dans des régions où la couverture par les obstétriciens-gynécologues est inexistante ou insuffisante, où les ententes de service l'autorisent, il peut devenir essentiel que les médecins de famille s'impliquent dans le suivi de grossesses à risque. Ce suivi doit se faire en collaboration avec un obstétricien-gynécologue sur place ou à distance afin d'assurer à ses populations des soins d'une qualité comparable à ceux offerts ailleurs au Québec (la téléconsultation devrait être privilégiée quand les distances sont importantes).

La TSME recommande aussi un accès illimité à la formation complémentaire en périnatalité au Québec pour les résidents en médecine familiale afin de permettre à ceux qui le désirent de se sentir plus compétents dans la pratique de l'obstétrique. Cependant, cette formation ne doit pas être prérequis afin de permettre la pratique obstétricale par un médecin de famille. Il ne doit pas exister de « désincitatifs » (monétaires, PREM/PEM, autres obligations de prise en charge, etc.) ou de limitation d'accès à la pratique de la périnatalité en milieu hospitalier pour les médecins de famille, si les besoins de la population le justifient, et ce, particulièrement dans les grandes agglomérations.

5) Obstétriciens-gynécologues

En 2017, il y a un peu plus de 500 obstétriciens-gynécologues en pratique au Québec (ce nombre comprend également environ 75 surspécialistes : médecine maternelle et fœtale, gynécologie oncologique et endocrinologie de la reproduction). À l'extérieur des grandes villes, les obstétriciens-gynécologues se limitent généralement à des soins de niveau 2 et offrent un service de consultation pour les grossesses à risques élevés ou très élevés (voir annexe B). Ils prennent en charge les patientes selon les complications ou niveau de risque jugés au sein d'équipe multidisciplinaire. Dans les villes de Montréal et Québec, une majorité des suivis de grossesse et des accouchements, incluant les soins en obstétrique de première ligne, se font par des obstétriciens-gynécologues étant donné le nombre relativement restreint de médecins de famille et de sages-femmes offrant des soins de première ligne en obstétrique. Les obstétriciens-gynécologues partagent la pratique des échographies obstétricales avec les radiologistes.

La TSME reconnaît que les obstétriciens-gynécologues sont des spécialistes formés pour suivre des grossesses à risque. Bien que leur expertise leur permette de suivre des grossesses non compliquées, la TSME estime que ceux-ci devraient privilégier le suivi des grossesses à risque et offrir un soutien de consultants aux intervenants de première ligne, et ce, dans les CISSS/CIUSSS et les CHU.

6) Spécialistes en médecine fœto-maternelle (MFM)

En 2017, il y a environ 30 spécialistes en médecine fœto-maternelle au Québec et la quasi-totalité se trouve dans un des six centres hospitaliers du Québec avec soins intensifs néonataux tertiaires (CHU de Québec-UL, CHUS, CHU Sainte-Justine, CUSM, Hôpital général Juif, Hôpital Maisonneuve-Rosemont) et dans un centre hospitalier avec soins intensifs néonataux de niveau 2B, mais offrant des soins tertiaires adultes (CHUM). Les spécialistes en médecine fœto-maternelle des centres universitaires répondent principalement aux demandes de consultations provenant en majorité des obstétriciens-gynécologues et aussi, dans certains cas, des médecins de famille et des sages-femmes. Ils prennent en charge les patientes selon les complications ou niveau de risque évalué par l'équipe multidisciplinaire. Certains de ces spécialistes font de la clinique avec service de consultation dans les centres hospitaliers régionaux, sur place ou à distance (télésanté).

La TSME reconnaît que les spécialistes en MFM sont des surspécialistes formés pour suivre des grossesses à très haut risque. Bien que leur expertise leur permette de suivre des grossesses non compliquées, la TSME estime que ceux-ci devraient privilégier le suivi des grossesses à très haut risque et offrir un soutien de consultants aux intervenants de première ligne et deuxième ligne pour les grossesses non compliquées et les grossesses à risque élevé.

La formalisation des soins et services doit se faire dans une perspective de complémentarité et d'efficience afin d'adopter des trajectoires et des modèles d'organisation qui soutiennent positivement les pratiques de collaboration interprofessionnelle. C'est ainsi que la présente proposition considère les principes de hiérarchisation des soins tout en tenant compte des enjeux de collaboration entre médecins spécialistes, médecins de famille, infirmières et sages-femmes. L'organisation doit être basée sur l'optimisation des compétences respectives et sur le principe de rendre le service dans le milieu le mieux préparé et équipé pour dispenser les soins requis par la condition.

Modèle d'organisation proposé

Lorsque les femmes enceintes présentent des facteurs de risque, leur suivi devrait être fait par l'intervenant le mieux qualifié selon la situation clinique. La majorité des grossesses normales devraient être prises en charge par les intervenants de première ligne soit les sages-femmes, les médecins de famille en partenariat avec des infirmières cliniciennes, ou des IPSPL. Comme les risques évoluent au cours de la grossesse et l'accouchement, les obstétriciens-gynécologues doivent être disponibles comme consultants durant la grossesse ou pour l'accouchement.

Les grossesses à risque élevé devraient être suivies par un obstétricien-gynécologue. Le suivi peut se faire en partenariat avec un médecin de famille, particulièrement dans les régions où le nombre d'obstétriciens-gynécologues est limité. **La prise en charge de grossesse à risque élevé nécessite un travail en équipe interprofessionnelle élargie, impliquant par exemple des intervenants en nutrition, en service social, en médecine interne, en plus de la dyade obstétricien-gynécologue et infirmière clinicienne.**

Les grossesses à risque très élevé devraient être prises en charge par des spécialistes en médecine fœto-maternelle. Le suivi peut se faire en partenariat avec un obstétricien-gynécologue. **La prise en charge devrait se faire par une équipe interprofessionnelle incluant selon les besoins, en plus des intervenants ci-haut mentionnés, des consultants en néonatalogie, en génétique, en chirurgie pédiatrique, et dans diverses surspécialités de la pédiatrie comme la cardiologie pédiatrique.**

Si une condition fœtale est détectée avant la naissance et que des soins ultraspécialisés en pédiatrie sont anticipés, ces patientes devraient être dirigées vers un centre de soins tertiaires avec soins pédiatriques tertiaires sur place pour l'accouchement. Si la condition maternelle nécessite des soins intensifs adultes ou spécialisés, ces patientes devraient être dirigées vers un centre ayant la gamme de spécialités en médecine adulte nécessaire.

Les facteurs de risques maternels ou fœtaux (annexe B) décrits dans la littérature actuelle sont issus d'évidences scientifiques connues de longue date, mais aussi d'opinions d'experts pouvant évoluer ou être reconsidérées avec le temps ou selon les cas par les intervenants spécialisés. Ces critères ne font que donner une base pouvant soutenir une orientation optimale de la clientèle obstétricale aux bons intervenants ainsi qu'au bon endroit pour optimiser la sécurité des mères et des enfants à naître.

Niveaux de soins obstétricaux

Déclaration de principes :

- La classification des établissements doit tenir compte des soins obstétricaux (OB) et des soins néonataux (N)
- Tous les niveaux de soins doivent offrir le panier minimal de services (annexe 1A)
- Les soins doivent être organisés selon le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant
- Chaque cas doit être apprécié selon le jugement clinique et en fonction des variations du volume de naissances dans l'établissement, de la distance entre les établissements, des conditions de transport et de l'expertise disponible

Niveau OB IA en maison de naissance et dispensaire :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins hospitalier en situation d'urgence
3. Clientèle visée : Grossesse unique de 36 semaines et plus chez des femmes en santé, dont la grossesse se déroule normalement et dont la condition ne fait pas l'objet d'une exclusion selon le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin
4. Pas de salle d'opération sur place
5. Niveau 1A en néonatalogie

Niveau OB IA en centre hospitalier:

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins hospitalier en situation d'urgence
3. Clientèle visée : Grossesse unique de 36 semaines et plus chez des femmes en santé, dont la grossesse se déroule normalement
4. Salle d'opération sur place
5. Niveau 1A en néonatalogie

Niveau OB IB :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins chirurgicaux en situation d'urgence
3. Clientèle visée
 - a. Grossesse unique de 34 semaines¹⁷ et plus sans complication maternelle ou fœtale anticipée pouvant nécessiter des soins particuliers ou spécialisés dans la période périnatale
 - b. Possibilité dans certaines régions de gérer certains facteurs de risque ou complications maternelles/fœtales légères et jugés sécuritaires par une équipe de consultants en obstétrique-gynécologie ou MFM au préalable
4. Salle d'opération sur place
5. Niveau 1B ou 2A en néonatalogie

¹⁷ La décision de transférer ou non une femme enceinte de 34 ou 35 semaines de grossesse doit être prise au cas par cas selon les critères de modulation cités plus haut.

Niveau OB IIA :

2. Soins obstétricaux de première et deuxième ligne
3. Accès à des soins chirurgicaux obstétricaux en situation d'urgence
4. Clientèle visée
 - a. Grossesses normales et à risque élevé (annexe B) de 34 semaines et plus
 - b. Grossesses avec risque de complications maternelles obstétricales anticipées et niveau de soins adultes adapté
5. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
6. Exclusion des risques maternels et néonataux anticipés de niveau tertiaire
7. Niveau 2A en néonatalogie

Niveau OB IIB :

1. Soins obstétricaux de première et deuxième ligne
2. Accès à des soins chirurgicaux obstétricaux en situation d'urgence
3. Clientèle visée
 - a. Grossesses à bas risque et à risque élevé (annexe B) de 32 semaines et plus
 - b. Grossesses avec risque de complications maternelles obstétricales anticipées et niveau de soins adultes adapté
4. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
5. Exclusion des risques maternels et néonataux anticipés de niveau tertiaire
6. Niveau 2B en néonatalogie

Niveau OB III :

1. Soins obstétricaux de première, deuxième et troisième ligne (mais avec priorité pour les soins tertiaires)
2. Accès aux autres services spécialisés en soins adultes
3. Clientèle visée
 - c. Toute grossesse à bas risque, à risque élevé et à risque très élevé (voir annexe B)
 - d. Grossesses nécessitant des spécialistes et équipement de pointe
4. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
5. Équipe chirurgicale obstétricale incluant l'anesthésiologie sur place en tout temps
6. Niveau 3A, 3B ou 3C en néonatalogie

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.