

*Stratégies de
mise en œuvre
de la Politique
de périnatalité*

2009-2012



un projet porteur de vie

Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité

2009-2012



Un projet porteur de vie

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-60447-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-60448-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
Agence	Agence de la santé et des services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CMQ	Collège des médecins du Québec
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DOS	Direction de l'organisation des services
DRAM	Direction régionale des affaires médicales
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FORSC	Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
GMF	Groupe de médecine de famille
GMS	Groupe de médecins spécialistes
IAB	Initiative des amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
RSFQ	Regroupement Les sages-femmes du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund)
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Table des matières

<i>PRÉSENTATION DU DOCUMENT</i>	1
<i>LE SUIVI DE GROSSESSE</i>	3
<i>L'AVIS DE GROSSESSE</i>	9
<i>L'INFORMATION PRÉNATALE</i>	11
<i>LE DÉPISTAGE PRÉNATAL</i>	13
<i>LA PROCRÉATION ASSISTÉE</i>	15
<i>LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES</i>	17
<i>L'ALLAITEMENT</i>	21
<i>LE CONGÉ POSTNATAL</i>	23
<i>LE SUIVI PÉDIATRIQUE</i>	25
<i>LES DÉFIS RÉGIONAUX</i>	27
<i>LE DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ CHEZ LES NOUVEAU-NÉS</i>	29
<i>L'ACCÈS RAPIDE À DES SERVICES DE RÉADAPTATION</i>	31
<i>L'ABUS ET LA NÉGLIGENCE</i>	33
<i>LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE ET L'ÉVALUATION DE SES EFFETS</i>	35

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

La Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie a été publiée en juin 2008. Cette politique regroupe un ensemble d'orientations qui doivent guider les interventions en périnatalité au cours des prochaines années. On trouve en annexe de cette politique, aux pages 135 à 142, les orientations désignées prioritaires pour les trois premières années, soit de 2009 à 2012. Comme le prévoyait la Politique, le MSSS devait préciser les stratégies visant à permettre de concrétiser chacune de ces orientations prioritaires. Le présent document de soutien à la mise en œuvre de la Politique de périnatalité répond à cet engagement.

Les stratégies de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité sont regroupées sous les treize thèmes suivants :

- Le suivi de grossesse;
- L'avis de grossesse;
- L'information prénatale;
- Le dépistage prénatal;
- La procréation assistée;
- Les interventions obstétricales;
- L'allaitement;
- Le congé postnatal;
- Le suivi pédiatrique;
- Les défis régionaux;
- Le dépistage de la surdité chez les nouveau-nés;
- L'accès rapide à des services de réadaptation;
- L'abus et la négligence.

Les éléments suivants de chacun des thèmes sont également précisés :

- l'objectif général qui est visé;
- les attentes du MSSS pour 2012;
- les actions qui devront être réalisées;
- les acteurs concernés.

La planification de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité relève de la Direction des services généraux (DSG) du MSSS. L'élaboration de ce document, qui présente les stratégies de mise en œuvre pour la période 2009-2012, a été réalisée avec la collaboration de représentants des établissements, des instances et des organisations concernés. Un comité de soutien à la planification de la mise en œuvre a aussi été formé afin d'en suivre le processus d'élaboration.

Composition du comité de soutien à la planification de la mise en œuvre de la Politique :

- Isabelle Côté, responsable de l'élaboration du plan de mise en œuvre, DSG, MSSS;
- Jeannine Auger, directrice des services généraux, MSSS;
- Brigitte Bernard, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS (jusqu'au 24 octobre 2008);
- Louise Therrien, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS;
- Chantal Kroon, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS;
- Jocelyne Bélanger, Direction des personnes handicapées et du programme dépendances, MSSS;
- Alain Saucier, Direction de la gestion intégrée de l'information, MSSS;
- Marie-José Legault, répondante régionale en périnatalité, Direction de santé publique de l'Agence de Montréal;
- Anne-Marie Ménard, répondante régionale en périnatalité, Direction de santé publique de l'Agence de l'Outaouais.

Les travaux de ce comité se sont échelonnés de septembre 2008 à mars 2009. Le mandat du comité était le suivant :

- s'assurer que les stratégies déterminées respectent les valeurs et les fondements de la Politique;
- s'assurer que le plan de mise en œuvre inclut toutes les orientations désignées prioritaires;
- s'assurer que tous les partenaires concernés ont été consultés;
- s'assurer que l'élaboration est réalisée selon le plan de travail et l'échéancier projeté;
- produire un avis sur le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation de ses effets;
- S'assurer de la cohérence entre les actions proposées et celles d'autres documents ministériels qui ont déjà été adoptées.

LE SUIVI DE GROSSESSE

L'OBJECTIF VISÉ

Assurer l'accessibilité du suivi de grossesse à toutes les femmes dès le premier trimestre et renforcer l'utilisation des services de première ligne afin que celles dont la grossesse se déroule normalement soient suivies et assistées lors de leur accouchement par un omnipraticien ou une sage-femme.

Attente 1 Améliorer l'accessibilité du suivi de grossesse dès le premier trimestre.

Les actions

1. Mettre en application les éléments des ententes conclues avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) relatifs à la pratique obstétricale. **(MSSS, FMOQ, FMSQ)**

Plus spécifiquement :

- favoriser le parrainage des omnipraticiens qui débutent en obstétrique;
- accorder une rémunération additionnelle aux omnipraticiens pour la prise en charge des femmes dès le premier trimestre de la grossesse;
- améliorer les conditions de garde en obstétrique.

2. Faciliter le recrutement d'omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique dans les régions du Québec où l'accès au suivi de grossesse est problématique. **(MSSS, DRAM des agences)**

Plus spécifiquement :

- élaborer un plan de développement régional des services médicaux en tenant compte des besoins en obstétrique et dresser le portrait des effectifs requis (médecins et sages-femmes) en fonction des objectifs fixés.

3. Favoriser l'implantation de services d'infirmières possédant des compétences en obstétrique ou en périnatalité dans les GMF, les cliniques-réseau, les unités de médecine familiale (UMF) et les GMS. **(MSSS, DRAM des agences, CSSS)**

4. Favoriser l'implantation, dans les GMF, les cliniques-réseau, les UMF et les GMS, de services d'infirmières praticiennes de première ligne qui pourraient faire des suivis de grossesse conjointement avec un omnipraticien, jusqu'à la 32^e semaine de grossesse. **(MSSS, DRAM des agences, CSSS)**

5. S'assurer que les femmes enceintes seront considérées comme une clientèle prioritaire lors de l'implantation, dans les CSSS, du guichet d'accès qui vise la prise en charge par un omnipraticien. **(MSSS, CSSS)**

Attente 2 Augmenter la proportion des suivis de grossesse et des accouchements assistés par des omnipraticiens.
--

Les actions

1. Mettre en place des mesures susceptibles d'entraîner une augmentation du nombre d'omnipraticiens qui travaillent en obstétrique. **(MSSS, FMOQ, Collège des médecins de famille du Canada – Section du Québec, facultés de médecine)**

Plus spécifiquement :

- appliquer les mesures visant qu'en 2011, il y ait autant de résidents en médecine de famille qu'en spécialité;
- soutenir les travaux de la Table sectorielle mère-enfant¹ des RUIS portant sur l'organisation des services de première ligne, notamment en obstétrique;
- soutenir les travaux du comité ministériel sur l'attractivité de la médecine de famille et promouvoir la pratique obstétricale au sein de ce comité.

2. Favoriser l'apprentissage de la périnatalité des résidents en médecine de famille dans un contexte de soins généraux et encourager l'assistance à des accouchements naturels. **(MSSS, FMOQ, DRAM des agences, CH qui offrent des soins obstétricaux, facultés de médecine)**

Plus spécifiquement :

- privilégier la formation décentralisée hors des centres universitaires ainsi que la réalisation de stages auprès de médecins de famille pratiquant en obstétrique;
- entreprendre des démarches auprès des facultés de médecine afin que les omnipraticiens soient impliqués davantage dans l'enseignement des soins périnataux au programme prédoctoral.

3. Mettre en place des modes d'organisation du travail qui favorisent l'autoréglementation de la pratique, la collégialité et le travail en complémentarité des omnipraticiens et des médecins spécialistes. **(MSSS, FMOQ, FMSQ, DRAM des agences)**

Plus spécifiquement :

- soutenir l'implantation du programme AMPRO², qui vise notamment la reconnaissance et le respect mutuel des compétences spécifiques des différents groupes de professionnels qui interviennent en obstétrique;
- expérimenter l'implantation de GMS en obstétrique qui répondront aux demandes de consultation et de soutien provenant des autres professionnels qui pratiquent en obstétrique, notamment les omnipraticiens.

¹ Il s'agit d'une table réunissant des représentants du MSSS, des RUIS, des agences ainsi que des experts-conseils. L'échéance des travaux est fixée en décembre 2009.

² Voir la description du Programme dans la section *Interventions obstétricales*.

4. Mettre en place des moyens d'optimiser l'expertise et de favoriser la rétention des infirmières en obstétrique. **(MSSS, DRAM des agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux)**
5. Élaborer des lignes directrices afin d'améliorer l'organisation des services et les conditions de travail en obstétrique. **(MSSS, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, médecins accoucheurs)**
6. Soutenir le regroupement d'omnipraticiens qui travaillent en obstétrique en GMF en favorisant la pratique de groupe et l'interdisciplinarité. **(MSSS, DRAM des agences, CSSS)**
7. Promouvoir, par des moyens concrets, le suivi, par un omnipraticien ou une sage-femme, des femmes dont la grossesse se déroule normalement. **(MSSS, agences, INSPQ, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- fournir aux femmes enceintes et à leur conjoint une information juste et complète sur les services d'obstétrique de première ligne;
- produire et diffuser du matériel promotionnel visant à promouvoir le recours aux services de première ligne pour le suivi de grossesse;
- inclure des informations sur les services offerts par les omnipraticiens et les sages-femmes dans le tronc commun provincial d'information prénatale.

Attente 3 Mettre sur pied des services de sages-femmes afin qu'en 2012, les sages-femmes soient en mesure d'assurer le suivi périnatal de 5 % des femmes enceintes.

Les actions

1. Élaborer, diffuser et soutenir l'actualisation d'un cadre de référence visant à encadrer le développement de la pratique sage-femme. **(MSSS, OSFQ, RSFQ, agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- proposer un modèle d'entente afin de permettre les accouchements assistés par une sage-femme en CH;
- établir les conditions d'implantation de nouvelles maisons de naissance;
- proposer des modèles d'entente de collaboration ou l'établissement de corridors de services entre les CSSS auxquels sont rattachés des sages-femmes et les partenaires concernés afin de garantir aux femmes suivies par des sages-femmes la sécurité et la continuité des soins ainsi qu'un accès rapide aux différents services et professionnels du réseau.

2. Augmenter le nombre de sages-femmes en mesure d'assurer le suivi de femmes enceintes. **(MSSS, OSFQ, RSFQ, agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux, UQTR)**

Plus spécifiquement :

- élaborer un plan de développement de la main-d'œuvre de façon à ajouter au réseau l'équivalent de quinze sages-femmes à temps plein par année.
3. Faire mieux connaître la pratique sage-femme auprès de la communauté médicale ainsi qu'auprès des autres professionnels de la santé par la diffusion d'information sur la formation et le champ d'exercice des sages-femmes. **(MSSS, agences, OSFQ, RSFQ, UQTR)**
 4. Soutenir l'implantation de nouveaux services de sages-femmes en s'assurant que les femmes aient le choix d'accoucher en CH ou, dans la mesure où la situation le permet, en maison de naissance ou à domicile. **(MSSS, OSFQ, OIIQ, agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- soutenir la conclusion d'ententes selon les modèles proposés dans le cadre de référence;
 - soutenir l'élaboration de projets visant l'implantation de nouvelles maisons de naissance intégrant différents services de périnatalité;
 - dans les cas d'accouchement en CH, explorer la possibilité que la sage-femme soit assistée par une résidente sage-femme ou par une infirmière.
5. Développer et implanter des services de sages-femmes dans les régions éloignées et dans les régions à faible densité de population, selon des modalités adaptées à la réalité de ces milieux. **(MSSS, OSFQ, agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- explorer la possibilité d'implanter des équipes mixtes composées de sages-femmes et de médecins.
6. Mettre en place des modes d'organisation qui favorisent le travail en complémentarité des sages-femmes et des autres professionnels de la santé, notamment les médecins omnipraticiens ou spécialistes. **(MSSS, OSFQ, FMOQ, FMSQ, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- favoriser la mise en place de structures propices au soutien réciproque entre sages-femmes et médecins;

- soutenir l'implantation du programme AMPRO³, qui vise notamment la reconnaissance et le respect mutuel des compétences spécifiques des différents groupes de professionnels qui interviennent en obstétrique;
 - lorsqu'en période périnatale, la responsabilité des soins doit être transférée d'une sage-femme à un médecin et que la femme est accompagnée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse, encourager la consultation de cette dernière lors de la prise de décisions thérapeutiques;
 - évaluer la pertinence d'apporter des modifications législatives afin de faciliter la collaboration entre les sages-femmes et les divers professionnels du milieu hospitalier.
7. Favoriser le partenariat entre les sages-femmes, les intervenantes et les intervenants des CSSS et les organismes communautaires concernés afin que les services de sages-femmes desservent davantage les femmes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité. **(MSSS, agences, CSSS, organismes communautaires)**

Plus spécifiquement :

- instaurer des mécanismes de collaboration entre le réseau public et les organismes communautaires;
- favoriser l'élaboration de projets offrant une gamme de services dispensés par des équipes multidisciplinaires;
- promouvoir les services de sages-femmes auprès des femmes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité.

³ Voir la description du Programme dans la section *Interventions obstétricales*.

L'AVIS DE GROSSESSE

L'OBJECTIF VISÉ

Informers tous les futurs parents de la gamme de services qui leur est offerte et amorcer le continuum de services de périnatalité en systématisant l'utilisation d'un modèle standard d'avis de grossesse.

Attente 1 Planter ou consolider l'utilisation systématique de l'avis de grossesse dans quelques régions en vue d'une implantation dans l'ensemble des régions du Québec.

Les actions

1. Élaborer un modèle standard d'avis de grossesse et produire un guide qui facilitera l'implantation de ce modèle à l'échelle provinciale. **(MSSS, agences, CSSS, CH offrant le suivi de grossesse, médecins, sages-femmes)**

Plus spécifiquement :

- élaborer le modèle avec le soutien des partenaires concernés, y compris les médecins omnipraticiens et spécialistes;
- faire connaître les stratégies d'implantation qui se sont avérées les plus efficaces dans les régions où l'utilisation de l'avis de grossesse est déjà implantée;
- élaborer un outil de transmission de l'avis de grossesse qui soit simple, efficace et qui respecte les règles de confidentialité;
- explorer la possibilité de transmettre l'avis de grossesse par voie électronique.

2. Expérimenter l'utilisation de l'avis de grossesse dans quelques régions du Québec qui présentent des caractéristiques différentes. **(MSSS, agences, CSSS, CH offrant le suivi de grossesse, médecins, sages-femmes)**

Plus spécifiquement :

- diffuser le guide d'implantation dans les cliniques médicales, les GMF, les cliniques-réseau, les CH et les CSSS des territoires visés par l'expérimentation;
- réaliser une démarche provinciale auprès des médecins afin qu'ils deviennent des partenaires de premier plan dans la transmission de l'avis de grossesse aux CSSS;
- s'assurer que les médecins soient informés des services de périnatalité offerts par les établissements de santé et de services sociaux et par les organismes communautaires de leur région;

- mettre en place une organisation de services qui permette que, à la suite de la transmission de l'avis de grossesse, tous les futurs parents reçoivent un appel téléphonique d'une infirmière du CSSS et qu'une réponse aux besoins de services déterminés leur soit apportée, y compris l'orientation vers des ressources externes;
- faire le bilan de l'implantation de l'avis de grossesse et produire un rapport présentant notamment l'impact de l'avis de grossesse sur les demandes de services, les conditions de succès de son implantation et les écueils à éviter.

L'INFORMATION PRÉNATALE

L'OBJECTIF VISÉ

Assurer un accès gratuit à une information prénatale de qualité à tous les futurs parents.

Attente 1 Diffuser le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères*⁴ à toutes les femmes enceintes, dès le premier trimestre de leur grossesse.

Les actions

1. Mettre à jour annuellement le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères*. (INSPQ, MSSS)
2. S'assurer de la distribution du guide aux femmes enceintes, dès le premier trimestre de leur grossesse. (INSPQ, agences, CSSS, cliniques médicales)

Plus spécifiquement :

- annoncer que le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères* inclut maintenant une section sur la période prénatale;
 - assurer la distribution du guide selon les modalités définies.
3. Maintenir l'accessibilité sur Internet du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères*. (INSPQ, MSSS)
 4. Produire, à l'intention des clientèles ayant de la difficulté à lire le français ou l'anglais, un outil qui rende accessible l'information du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères*. (INSPQ, MSSS)

Attente 2 Assurer l'accès gratuit, pour tous les futurs parents, à des informations prénatales de qualité, transmises sur une base individuelle ou de groupe, par du personnel formé à cette fin.

Les actions

1. Produire un tronc commun provincial d'information regroupant des informations fondées sur des données probantes et mises à jour régulièrement, qui deviendra la référence pour les intervenantes chargées de transmettre de l'information aux futurs parents. (MSSS, INSPQ)

⁴ Depuis 2008, ce guide inclut une section sur la période prénatale.

2. Préciser les modalités suivant lesquelles les CSSS peuvent rendre les informations accessibles aux futurs parents (rencontres individuelles ou de groupe, documentation écrite, site Internet, etc.), en reconnaissant les rencontres prénatales comme un moyen privilégié de soutenir et d'informer les futurs parents. **(MSSS, INSPQ)**
3. Concevoir des outils adaptés à différentes clientèles qui soutiendront la diffusion des informations en fonction des modalités proposées. **(MSSS, INSPQ)**
4. Offrir une formation continue, à partir du contenu du tronc commun provincial, aux intervenantes des CSSS qui donnent de l'information prénatale. **(MSSS, INSPQ, agences, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- élaborer un plan de formation provincial à l'intention des intervenantes des CSSS;
 - dispenser la formation en favorisant l'interdisciplinarité.
5. Diffuser le contenu du tronc commun provincial auprès de l'ensemble des intervenantes et des intervenants en périnatalité (médecins, sages-femmes, personnel des CH accoucheurs, organismes communautaires, infirmières d'Info-Santé, etc.) afin d'harmoniser les messages transmis aux futurs et aux nouveaux parents. **(MSSS, INSPQ, agences, CH, CSSS)**

LE DÉPISTAGE PRÉNATAL

L'OBJECTIF VISÉ

Offrir des services de dépistage et de diagnostic prénatal de la trisomie 21 (aussi appelé « syndrome de Down ») en tenant compte des enjeux éthiques qui y sont associés et en s'assurant que les futurs parents reçoivent le soutien optimal que requiert le recours à ces services.

Attente 1 Mettre en place le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21, qui repose sur un consentement libre et éclairé des futurs parents.

Les actions

1. Élaborer et adopter un cadre de référence complet concernant le déploiement du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 en tenant compte des recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être. **(MSSS)**
2. Déployer le Programme dans chacune des régions du Québec. **(MSSS, associations professionnelles, établissements de santé, DRAM et DOS des agences)**

Plus spécifiquement :

- mettre en place un comité de coordination du Programme;
- planifier (modalités et contenu) et déployer la formation des professionnels concernés afin qu'ils soient en mesure d'offrir aux futurs parents un counselling et un soutien professionnel adéquats;
- mettre en place des mécanismes de référence afin de soutenir les professionnels de la santé lorsque des situations plus délicates ou complexes se présenteront (ex. : orientation vers une conseillère en génétique d'un CHU, à un médecin généticien, etc.);
- élaborer un plan de communication et des outils d'information destinés au public ou aux professionnels de la santé (documents d'information, formulaire de consentement, site Internet, fiche Info-santé);
- procéder au rodage du Programme dans des régions pilotes (phase I);
- procéder au déploiement progressif du Programme dans toutes les régions du Québec sur une période de deux à trois ans (phase II).

LA PROCRÉATION ASSISTÉE

L'OBJECTIF VISÉ

Offrir des services de procréation assistée de qualité, sécuritaires et éthiques, en assurer le suivi et soutenir le développement de la recherche des activités de recherche afin de prévenir et de traiter l'infertilité.

Attente 1 Améliorer l'encadrement et le suivi des activités de procréation assistée.

Les actions

1. Adopter une loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, accompagnée d'une réglementation limitant le nombre d'embryons pouvant être transférés. **(MSSS)**

Plus spécifiquement

- s'assurer que la réglementation relative au nombre d'embryons pouvant être transférés vise à faire diminuer le nombre de grossesses multiples.
2. Mettre en place des mécanismes qui permettent un suivi étroit des pratiques de procréation assistée au Québec, notamment en ce qui concerne :
 - la prévention des grossesses multiples;
 - le profil des femmes et des hommes ayant recours à ces traitements;
 - l'utilisation des différentes techniques de procréation assistée;
 - l'évaluation éthique des protocoles en milieu de recherche;
 - l'application concrète des techniques issues de la recherche.

(MSSS, établissements offrant des services de procréation assistée)

Attente 2 Mettre en place une organisation des services de procréation assistée en s'assurant que les personnes qui y ont recours sont informées et soutenues de façon adéquate.

Les actions

1. Définir l'offre de service de procréation assistée. **(MSSS, RAMQ, CH concernés, CMQ)**

Plus spécifiquement :

- déterminer les services qui doivent être offerts et leur hiérarchisation, tant dans le réseau public que dans le secteur privé;
- désigner les établissements et les cliniques privées qui offriront des services de procréation assistée;
- déterminer les médicaments ciblés et leur couverture.

2. Déployer les services selon l'offre qui aura été définie. **(MSSS, agences, CH et cliniques privées concernés)**
3. S'assurer que tous les intervenants des établissements publics ou privés qui offrent des services de procréation assistée soient en mesure d'informer et de soutenir adéquatement les personnes qui ont recours à leurs services. **(MSSS, agences, établissements offrant des services de procréation assistée)**
4. S'assurer que les intervenantes et les intervenants de chacun des CSSS soient en mesure d'offrir de l'information relative aux services de procréation assistée, notamment en ce qui concerne les établissements ou les cliniques qui offrent les services de procréation assistée, lorsque leur centre ne les offre pas. **(MSSS, agences, CSSS)**

Attente 3	Documenter divers aspects de la procréation assistée, notamment les causes et les traitements de l'infertilité ainsi que les conséquences du recours à ces services.
------------------	---

Les actions

1. Développer et soutenir la recherche en matière de procréation assistée, notamment afin de documenter :
 - les facteurs causals de l'infertilité et les traitements possibles;
 - l'état de santé à long terme des enfants nés à la suite d'une assistance médicale;
 - l'état de santé à long terme des mères qui ont eu recours à des services de procréation assistée.**(MSSS, établissements offrant des services de procréation assistée)**

LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

L'OBJECTIF VISÉ

Diminuer le recours aux interventions obstétricales (césarienne, épidurale, déclenchement, etc.).

Attente 1 Implanter l'AMPRO dans tous les CH du Québec qui offrent des soins obstétricaux.

Les actions

1. Assurer, dans tous les CH qui offrent des soins obstétricaux, l'implantation du programme AMPRO, lequel vise à améliorer la sécurité des femmes en introduisant un nouveau modèle de pratique axé sur le travail d'équipe. **(MSSS, agences, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- dans les régions où des services de sages-femmes ne sont pas encore offerts, prévoir la participation, dans la mesure du possible, d'au moins une sage-femme.

Le programme AMPRO

AMPRO^{OB} est un programme élaboré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en vue d'améliorer la sécurité des patientes et la qualité des soins obstétricaux. Le programme, d'une durée de trois ans, est destiné aux médecins, aux sages-femmes et aux infirmières; il est offert sur place, en milieu hospitalier. Il est axé sur l'examen des systèmes de gestion des risques cliniques et des événements indésirables. Tous les professionnels apprennent et travaillent ensemble en vue de créer une communauté de pratique qui abolit les hiérarchies habituelles et instaure un milieu empreint de respect et de confiance. Grâce à l'implication de l'ensemble de l'équipe et à l'appui de l'administration hospitalière, le programme mène non seulement à une meilleure performance, mais aussi à une plus grande satisfaction, tant des intervenants que des femmes.

Le programme sera implanté dans les 64 hôpitaux du Québec qui offrent des soins obstétricaux. Le déploiement s'échelonnait sur trois ans; il a débuté en 2008 dans quinze CH. Son implantation est soutenue par le MSSS.

Attente 2 Promouvoir le caractère naturel de l'accouchement auprès de la population ainsi qu'auprès des médecins et de l'ensemble des intervenantes et des intervenants qui travaillent en périnatalité.

Les actions

1. Fournir aux femmes enceintes, et à leur conjoint, une information juste et complète qui leur permettra de faire un choix éclairé du professionnel qui les suivra tout au long de leur grossesse ainsi que du lieu de leur accouchement et des personnes qui les assisteront. **(MSSS, agences, INSPQ, CSSS)**

Plus spécifiquement

- voir les actions spécifiques déjà énoncées dans l'action 7 de l'attente 2 dans la section *Suivi obstétrical*.
2. Mettre en place divers moyens visant à préparer les femmes et leur conjoint à un accouchement naturel. **(MSSS, agences, INSPQ, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- inclure dans le tronc commun provincial d'information des informations sur les avantages d'un accouchement naturel, sur l'accompagnement, sur l'utilisation de moyens autres que médicaux et pharmaceutiques (notamment au regard du soulagement de la douleur) ainsi que sur les conséquences des interventions obstétricales;
 - offrir de la formation intégrant ces informations à tous les professionnels responsables de la transmission de l'information prénatale et du suivi obstétrical.
3. Offrir aux professionnels qui travaillent en obstétrique (médecins et infirmières) une formation prévoyant l'acquisition des compétences nécessaires pour soutenir le processus naturel de l'accouchement et pour favoriser l'utilisation de moyens autres que médicaux et pharmaceutiques, notamment au regard du soulagement de la douleur. **(MSSS, FMOQ, FMSQ, agences, INSPQ, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- recenser et diffuser les meilleures pratiques de soutien du processus naturel de l'accouchement en intégrant des méthodes dont l'efficacité a été démontrée;
 - faire connaître aux cégeps et aux universités les orientations du MSSS afin que les programmes de formation des médecins et des infirmières intègrent l'acquisition des compétences nécessaires pour soutenir le processus naturel de l'accouchement.
4. Favoriser l'assistance des résidents en médecine de famille aux accouchements naturels, notamment en accompagnant des sages-femmes lorsqu'elles pratiquent des accouchements. **(MSSS, FMOQ, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, facultés de médecine)**

5. Améliorer l'aménagement physique des départements d'obstétrique ainsi que les modes d'organisation du travail afin d'offrir aux femmes un environnement propice à un accouchement naturel.

Plus spécifiquement :

- mettre à jour les normes d'aménagement des départements d'obstétrique.

Attente 3 Mettre en place divers moyens concrets afin de diminuer le recours aux interventions obstétricales.
--

Les actions

1. Offrir aux parturientes des moyens autres que médicaux et pharmaceutiques, notamment au regard du soulagement de la douleur. **(MSSS, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, médecins accoucheurs, organismes communautaires)**
2. Assurer aux femmes, tout au long de la période de travail actif et de l'accouchement, un soutien continu de qualité par une personne formée à cette fin. **(MSSS, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, médecins accoucheurs, organismes communautaires)**
3. Rendre accessibles les données statistiques relatives aux interventions obstétricales pratiquées dans les CH afin que chacun d'eux élabore, avec tous les acteurs concernés, un plan d'action adapté à sa situation. **(MSSS, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, médecins accoucheurs)**

Plus spécifiquement :

- dresser un portrait statistique des interventions obstétricales pratiquées dans les CH permettant que chacun d'eux puisse se comparer avec les autres centres de sa catégorie;
 - fournir à chaque médecin accoucheur ses propres données relatives au recours aux interventions obstétricales.
4. À la suite des trois ans de formation au programme AMPRO, mettre sur pied ou consolider, dans chaque CH, un comité interdisciplinaire impliquant, dans la mesure du possible, au moins une sage-femme, et qui vise à s'assurer de la qualité des soins périnataux et de la pertinence des interventions obstétricales. **(MSSS, DRAM des agences, CH offrant des soins obstétricaux, médecins accoucheurs)**
 5. Revoir le régime actuel de responsabilité civile, exclusivement dans le contexte de la pratique obstétricale, afin de diminuer la crainte de poursuites judiciaires qui engendre un recours excessif aux interventions obstétricales. **(MSSS, FMOQ, FMSQ)**

L'ALLAITEMENT

L'OBJECTIF VISÉ

Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif.

Attente 1 Mettre à jour les lignes directrices en matière d'allaitement maternel adoptées en 2001.

Les actions

1. Évaluer la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement maternel adoptées en 2001. **(MSSS, FQRSC, équipe de chercheurs)**

Plus spécifiquement :

- en partenariat avec le Fonds québécois de recherche sur la santé et la culture (FQRSC), assurer le suivi des travaux jusqu'au dépôt du rapport final en juin 2011.
2. Adopter et diffuser de nouvelles lignes directrices en matière d'allaitement maternel. **(MSSS, partenaires à déterminer)**

Les lignes directrices en matière d'allaitement maternel

En 2001, le MSSS a publié les lignes directrices en matière d'allaitement maternel⁵. Les quatre stratégies suivantes ont alors été retenues en vue de favoriser l'allaitement maternel au Québec :

1. *L'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB);*
2. *L'organisation du soutien à l'allaitement;*
3. *Le suivi et l'évaluation;*
4. *Le partenariat avec d'autres secteurs d'activité, nommé « pouvoir d'influence ».*

Afin de faciliter l'implantation de l'IAB au Québec, les instances concernées ont la responsabilité d'énoncer et de mettre en œuvre une politique d'allaitement. Cette politique doit tenir compte :

- *des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (diffusées par l'OMS et l'UNICEF en 1991), dans le cas des CHs, des CSSS ayant une mission hospitalière et des maisons de naissance; ou*
- *des sept étapes du plan pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire, dans le cas des CSSS ayant une mission CLSC et des maisons de naissance.*

Le respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel doit être inclus dans cette politique.

⁵ *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001 (75 pages).

Attente 2 Mettre en place ou consolider des groupes d'entraide en allaitement dans chacune des régions du Québec.
--

Les actions

1. Réaliser une étude de besoins en vue de guider le choix des actions permettant de mettre en place ou de consolider des groupes d'entraide **(MSSS, agences, CSSS, groupes d'entraide, organismes communautaires)**

Plus spécifiquement :

- décrire les acquis à l'échelle nationale, régionale et locale (caractéristiques des groupes d'entraide existants, rôles, responsabilités et interfaces avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, réalisations, budget) et les défis pour les prochaines années;
- documenter les meilleures façons de faciliter l'action des groupes d'entraide en allaitement, tout en s'assurant de la cohérence, de la continuité et de la complémentarité avec les interventions des établissements de santé.

LE CONGÉ POSTNATAL

L'OBJECTIF VISÉ

Assurer la sécurité de la mère et de l'enfant à la suite du congé du CH et offrir aux parents et à leur nouveau-né un continuum de services adaptés à leurs besoins.

Attente 1 Implanter, dans toutes les régions du Québec, le programme de suivi systématique des femmes après le congé du CH (appel téléphonique dans les 24 heures et visite à domicile dans les 24 à 72 heures, idéalement en présence du père).

Les actions

1. Élaborer et implanter, dans chacune des régions du Québec, les modalités du programme de suivi systématique de la mère et de son nouveau-né à la suite de la réception par le CSSS d'un avis de naissance. **(MSSS, agences, CH offrant des soins obstétricaux, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- convenir, à l'échelle provinciale, du contenu minimal de l'information qui doit être transmise aux CSSS avec l'avis de naissance;
- élaborer et implanter des modalités régionales et interrégionales simples et efficaces de transmission de l'avis de naissance;
- entreprendre les démarches visant à mettre sur pied un système provincial informatisé de transfert de l'information, sept jours par semaine, du lieu de naissance vers le CSSS de résidence de la nouvelle mère;
- élaborer et mettre en place des modalités régionales de suivi de la clientèle à la suite de la réception de l'avis de naissance afin que l'appel téléphonique et la visite à domicile soient réalisés dans les délais prescrits;
- s'assurer que les infirmières qui font les appels et les visites à domicile aient les compétences requises, en particulier concernant l'évaluation des besoins de la mère et du nouveau-né ainsi que le soutien à l'allaitement maternel;
- établir des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires, soit les CSSS, les CH qui offrent des soins obstétricaux, les médecins en cabinet privé, les centres jeunesse et les organismes communautaires.

2. S'assurer de la continuité des services, dans les cas où des besoins ont été déterminés lors du suivi postnatal, en orientant les parents vers les ressources existantes dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans la communauté. **(CSSS, organismes communautaires)**
3. Faire connaître le programme de suivi systématique et ses modalités régionales d'application à l'ensemble des médecins accoucheurs et des pédiatres. **(MSSS, agences, CH, CSSS)**
4. Mettre en place les modalités qui permettront la réadmission directe, au CH, de la mère ou du nouveau-né lorsqu'une réhospitalisation est nécessaire, et ce, jusqu'au septième jour suivant la naissance. **(CSSS, CH)**

Attente 2 Mettre en place ou consolider des services de soutien durant les relevailles.
--

Les actions

1. Soutenir les initiatives visant à mettre en place ou à consolider des groupes d'entraide, des organismes communautaires ou des entreprises d'économie sociale qui offrent des services de relevailles afin de soutenir les nouveaux parents durant les semaines qui suivent la naissance ou le retour à la maison, surtout lorsque les parents font face à une problématique particulière (grossesse multiple, handicap ou maladie chez la mère ou le nouveau-né, etc.) ou lorsqu'ils ne peuvent pas compter sur l'appui d'un réseau social. **(MSSS, agences, CSSS, organismes communautaires)**

LE SUIVI PÉDIATRIQUE

L'OBJECTIF VISÉ

Assurer à tous les nouveaux parents l'accessibilité aux services médicaux de première ligne pour le suivi de leur enfant.

Attente 1 Mettre en place une organisation de services favorisant le suivi des enfants par les services de première ligne avec le soutien des pédiatres.

Les actions

1. Soutenir les travaux de la Table sectorielle mère-enfant des RUIS portant sur l'organisation des services de première ligne, notamment en pédiatrie. **(MSSS, Table sectorielle mère-enfant des RUIS)**
2. Favoriser l'implantation, dans les GMF, les cliniques-réseau, les UMF et les GMS, de services d'infirmières, notamment d'infirmières praticiennes de première ligne, ou d'autres professionnels qui pourraient soutenir les omnipraticiens dans le suivi des jeunes enfants. **(MSSS, DRAM des agences, CSSS)**
3. Développer l'accès au soutien des pédiatres pour les omnipraticiens. **(MSSS, FMSQ, DRAM des agences)**

Plus spécifiquement :

- mettre en place des GMS en pédiatrie qui répondront aux demandes de consultation et de soutien organisationnel émanant des GMF, des CLSC et des cliniques de médecins de famille qui sont sur leur territoire.

LES DÉFIS RÉGIONAUX

L'OBJECTIF VISÉ

Améliorer l'accessibilité des services et accroître l'équité interrégionale des services de néonatalogie et de pédiatrie.

Attente 1 S'assurer que des services régionaux de deuxième ligne sont offerts dans toutes les régions du Québec.

Les actions

1. Consolider ou développer, dans chaque région du Québec, des services médicaux spécialisés en pédiatrie dans au moins un établissement qui aurait une mission régionale. **(MSSS, agences, CH régionaux)**

Plus spécifiquement :

- regrouper, dans les établissements à mission régionale, un niveau d'activité clinique justifiant le maintien ou le développement de ressources humaines et matérielles suffisantes;
- renforcer les programmes de formation des professionnels de la santé afin d'augmenter l'expertise dans les établissements à mission régionale;
- adapter l'offre de service de chaque établissement à mission régionale en fonction de la réalité de la région, en tenant compte notamment des distances et de la masse critique nécessaire pour assurer la qualité des soins;
- revoir les modes de collaboration entre les établissements;
- prendre des mesures afin de s'assurer que les établissements à mission régionale disposent du personnel médical nécessaire.

2. Mettre sur pied un réseau intégré dans les territoires des RUIS. **(Table sectorielle mère-enfant des RUIS, agences, CH régionaux)**

Plus spécifiquement :

- renforcer les liens entre les CH régionaux et les centres universitaires afin d'assurer rapidement le transfert, dans les deux sens, des enfants qui ont ou ont eu besoin de soins spécialisés ou surspécialisés.

Attente 2	Améliorer les services de transport, de soutien et d'accueil dans les cas où un enfant est hospitalisé dans une autre région pour des services de néonatalogie ou de pédiatrie.
------------------	--

Les actions

1. Revoir la Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux en ajoutant une compensation minimale pour les frais de subsistance et d'hébergement adaptée aux longs séjours, qui s'appliquerait aux parents d'un enfant hospitalisé dans une autre région. **(MSSS)**
2. Mettre en place des services de transport aérien qui comportent une équipe spécialisée en néonatalogie et qui permettent au père ou à la mère d'accompagner l'enfant lorsque celui-ci est hospitalisé dans une autre région. **(MSSS, Centre mère-enfant du CHUQ)**
3. Mettre en place une équipe spécialisée pour le transport terrestre en néonatalogie là où les besoins le justifient. **(MSSS, agences, CH offrant des services de pédiatrie de troisième ligne)**

Plus spécifiquement :

- définir les lignes directrices devant guider la mise en place d'une équipe spécialisée pour le transport terrestre en néonatalogie.
4. Mettre en place, dans les hôpitaux spécialisés pour enfants, une organisation de services qui prévoient qu'en tout temps, une personne pivot puisse accueillir, orienter et informer les parents de l'enfant hospitalisé. **(Agences de Montréal et de la Capitale-Nationale, CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre mère-enfant du CHUQ)**

Plus spécifiquement :

- s'assurer que la personne pivot puisse être accessible jour et nuit, sept jours par semaine;
- s'assurer que la personne pivot ait accès à l'information concernant l'enfant hospitalisé ainsi que les possibilités d'hébergement pour les parents.

LE DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

L'OBJECTIF VISÉ

Offrir le Programme de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés dans toutes les régions du Québec.

Attente 1 **Élaborer et déployer le Programme de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés dans tous les lieux de naissance du Québec.**

Les actions

1. Mettre en place un comité d'orientation dont le rôle sera d'assurer le suivi et l'évaluation de l'ensemble des travaux relatifs à la mise en œuvre du Programme (**MSSS**).
2. Définir les normes de pratique professionnelle ainsi que les paramètres d'organisation de services pour le dépistage, la confirmation diagnostique et la prise en charge de la surdité permanente bilatérale, de degré au moins modéré, présente chez le nouveau-né. (**MSSS, AETMIS, CMQ**).

Plus spécifiquement :

- mandater l'AETMIS afin de proposer les normes de pratique médicale fondées sur les données probantes en cette matière;
 - valider les normes de pratique auprès du CMQ.
3. Élaborer un cadre de référence du Programme (objectifs, clientèle visée, examens à effectuer, normes à respecter, etc.) à la suite du dépôt du rapport de l'AETMIS. (**MSSS, AETMIS**)
 4. Définir les mécanismes et élaborer les outils nécessaires au Programme (consentement, formation et information, assurance qualité, ordonnance collective). (**MSSS, AETMIS, CHU désigné**)

Plus spécifiquement :

- confier à un centre universitaire le mandat d'élaborer les mesures et les outils nécessaires à la mise en œuvre et au renforcement de ces pratiques, en rapport avec un CR en déficience auditive, un centre accoucheur d'une région intermédiaire, un centre accoucheur d'une région éloignée et une maison de naissance.

5. Élaborer un prototype du Programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (**MSSS, agences, établissements retenus : CHU, CH, CR, maison de naissance, INSPQ**).

Plus spécifiquement :

- expérimenter les mécanismes et les outils du Programme auprès de milieux présentant des caractéristiques différentes, notamment, un centre accoucheur en milieu universitaire, un centre accoucheur en milieu intermédiaire, un centre accoucheur en milieu éloigné, une maison de naissance ainsi que les CR desservant ces établissements;
- évaluer la faisabilité du Programme, sa capacité à respecter les normes, ses effets potentiels négatifs ainsi que ses coûts et proposer les correctifs requis, le cas échéant;
- évaluer les ressources humaines, matérielles et financières requises pour mettre le Programme en œuvre dans tous les centres accoucheurs et maisons de naissance du Québec ainsi que pour la prise en charge en réadaptation des cas confirmés.

6. Déployer et encadrer le Programme dans les établissements concernés de chaque région du Québec. (**Agences, MSSS, CHU, CH, CR, maisons de naissance**)

Plus spécifiquement :

- s'assurer que les examens de dépistage soient offerts uniquement sous prescription médicale individuelle ou sous ordonnance collective à la suite d'un consentement libre et éclairé des parents;
- s'assurer que les activités de dépistage ne contribuent pas à limiter l'accès aux ressources en évaluation diagnostique de la surdité ainsi qu'en réadaptation;
- s'assurer que les conditions déterminées par l'AETMIS pour assurer la qualité des services soient présentes;
- élaborer et implanter un mécanisme de suivi des indicateurs de résultats du Programme.

L'ACCÈS RAPIDE À DES SERVICES DE RÉADAPTATION

L'OBJECTIF VISÉ

Intervenir le plus rapidement possible afin d'optimiser le potentiel de développement des enfants nés prématurément ou avec une anomalie congénitale.

Attente 1 S'assurer que des services d'évaluation et de réadaptation sont offerts aux enfants nés prématurément ou avec une anomalie congénitale, dans un délai optimal, selon la situation de l'enfant.

Les actions

1. Orienter rapidement les enfants ayant une déficience vers les services dont ils ont besoin dans des délais raisonnables selon les normes d'accès et de continuité prévues dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. **(MSSS, agences, CH, CSSS, cliniques-réseau)**

Plus spécifiquement :

- amorcer le service dans un délai de trois jours lorsque le niveau de priorité de la demande est jugé urgent;
- amorcer le service spécifique de soutien offert par les CSSS dans un délai de 30 jours ou le service spécialisé de réadaptation dans un délai de 90 jours lorsque le niveau de priorité de la demande est jugé élevé.

Le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

L'objectif du plan d'accès est d'assurer aux personnes qui ont une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables.

Programmes-services visés :

- déficience physique;
- déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

Services visés :

- services spécifiques offerts par les CSSS (soutien à domicile, soutien aux familles, etc.);
- services spécialisés offerts par les CR.

Délais d'accès aux services prévus selon le niveau de priorité de la demande et le type d'établissement :

- niveau de priorité urgent : trois jours;
- niveau de priorité élevé :
 - CSSS : 30 jours;
 - CR : 90 jours.
- niveau de priorité modéré : un an.

L'ABUS ET LA NÉGLIGENCE

L'OBJECTIF VISÉ

Prévenir le syndrome du bébé secoué et améliorer les interventions auprès des enfants victimes de maltraitance.

Attente 1 Transmettre aux parents de l'information sur le syndrome du bébé secoué, sur ses conséquences et sur les façons de le prévenir.

Les actions

1. Mettre en place une organisation de services qui permette que tous les nouveaux parents soient informés, par les infirmières des départements d'obstétrique ou par les sages-femmes, des conséquences du syndrome du bébé secoué et des façons de le prévenir, et qu'ils reçoivent les outils qui ont été élaborés à cette fin. **(MSSS, agences, CHU Sainte-Justine, CH offrant des soins obstétricaux, CSSS offrant des services de sages-femmes)**

Plus spécifiquement :

- élaborer un plan de formation provincial à l'intention des infirmières des CH qui offrent des soins obstétricaux et des sages-femmes.
2. S'assurer que les infirmières des CSSS qui font les visites à domicile dans les 24 à 72 heures suivant le retour du CH, ainsi que les intervenantes privilégiées offrant un suivi individualisé dans le cadre des services intégrés aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, soient en mesure de renforcer l'information déjà reçue par les parents sur le syndrome du bébé secoué et sur les façons de le prévenir. **(MSSS, agences, CHU Sainte-Justine, CSSS)**

Plus spécifiquement :

- intégrer les informations sur le syndrome du bébé secoué à la formation que reçoivent ces intervenantes.

Attente 2 Implanter un réseau sociomédical provincial auprès des enfants victimes de maltraitance.

Les actions

1. Élaborer et diffuser un cadre de référence ministériel visant l'implantation d'un réseau sociomédical provincial auprès des enfants victimes de maltraitance. **(MSSS)**
2. Soutenir l'implantation, dans chaque région, d'une ou de plusieurs équipes sociomédicales regroupant des médecins et des représentants du Directeur de la protection de la jeunesse. **(MSSS, agences, centres jeunesse)**

3. Mettre en place un réseau sociomédical provincial auprès des enfants victimes de maltraitance. **(MSSS, agences, centres jeunesse)**

Plus spécifiquement :

- mettre en place une équipe de coordination nationale responsable des activités du réseau;
- élaborer des mécanismes de coordination nationale afin de favoriser le partage des connaissances, l'étude de cas, le perfectionnement et la formation continue des membres des équipes sociomédicales.

Le suivi de la mise en œuvre de la Politique et l'évaluation de ses effets

La mise en œuvre de la Politique de périnatalité devra faire l'objet d'un suivi afin de vérifier le degré d'implantation des orientations ainsi que d'une évaluation qui permettra d'en mesurer les effets. Les trois exercices distincts suivants seront ainsi réalisés :

- **Suivi annuel** – Ce suivi vise à vérifier la mise en œuvre des actions énoncées dans le plan de mise en œuvre 2009-2012 de la Politique. Les résultats de cette démarche seront présentés aux instances décisionnelles du MSSS et permettront d'apporter, au besoin, des précisions ou des ajustements.
- **Bilan d'implantation** – En 2012, un bilan sera produit; il rendra compte du degré d'implantation des orientations prioritaires après les trois premières années suivant la publication de la Politique. En plus de mesurer l'actualisation des orientations désignées prioritaires pour les années 2009 à 2012, il servira de base à la planification des trois années subséquentes.
- **Évaluation des résultats** – Une démarche d'évaluation sera réalisée afin de déterminer si les objectifs fixés ont été atteints et de mesurer les effets de la mise en œuvre de la Politique sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette démarche portera sur les cinq premières années suivant la publication du plan de mise en œuvre de la Politique.

Afin de suivre la mise en œuvre de la Politique, un comité de suivi de l'implantation de la Politique de périnatalité sera formé. Ce dernier sollicitera la collaboration de personnes qui possèdent une expertise en périnatalité. Le mandat du comité reste à préciser; il aura notamment pour rôle de superviser certains travaux d'orientation requis par le plan de mise en œuvre, dont :

- l'élaboration du tronc commun provincial d'information prénatale;
- le cadre de référence visant à encadrer le développement de la pratique sage-femme;
- l'élaboration du modèle standard d'avis de grossesse et du guide d'implantation.

Il aura aussi pour mandat de participer à l'élaboration du devis de la démarche d'évaluation des résultats, d'analyser le rapport annuel qui présentera le bilan du suivi de la mise en œuvre et de faire des recommandations afin de guider la suite.



Un projet porteur de vie

msss.gouv.qc.ca