

Coronavirus (COVID-19)

MISE À JOUR 26 FÉVRIER 2021

GUIDE EN CAS DE DÉCOUVERTURES DES SERVICES D'OBSTÉTRIQUE

Objectifs

- Offrir aux familles des soins et des services d'obstétrique de proximité, sécuritaires, de qualité et accessibles en continu.
- Favoriser les adaptations locales en s'inspirant des meilleures pratiques.
- Outiller les établissements à se préparer et à faire face à des situations de découvertures.

Principes directeurs

- Les soins doivent être organisés selon le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant, dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. Les valeurs d'humanité, de précocité et de sécurité sont au cœur des services d'obstétrique.
- Pour la plupart des femmes, la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement.
- Une saine collaboration entre tous les professionnels (médecins spécialistes, médecins de famille, infirmières, sages-femmes et autres) contribue à un meilleur accès aux soins et à une plus grande continuité, à une satisfaction plus élevée des parents, à de meilleurs indicateurs de santé pour la femme et l'enfant, ainsi qu'à une prise en charge plus efficace des complications éventuelles de l'accouchement. Pour ce faire, il faut développer une compréhension commune des enjeux et une vision partagée des actions qui en découlent.

Description

Compte tenu de la complexité et de la diversité des modèles d'organisation des services d'obstétrique, ce guide présente les spécifications minimales à développer en prévision de découvertures et non une procédure détaillée. L'adaptation locale des actions ainsi que l'implication des différents collaborateurs seront essentielles pour d'abord partager une vision commune, ensuite développer des mesures adaptées et finalement générer des changements efficaces. Les actions peuvent être simultanées et multiples. Les activités qui en découlent devront tenir compte de différents facteurs et acteurs spécifiques à chaque milieu.

Le présent guide comprend 2 sections :

1. Préparation en cas de découverte
2. Gestion des découvertures

1. PRÉPARATION EN CAS DE DÉCOUVERTURE

En préparation à une éventuelle découverte, chaque établissement doit concevoir, pour chaque installation offrant des services d'obstétrique, y compris les services de sage-femme :

- Un plan de continuité des services (plan de contingence);
- Un plan de communication éventuel;
- Un protocole de transfert, incluant des corridors de services et l'hébergement des familles;
- Un bilan hebdomadaire des ruptures en obstétrique.

Les représentants *AMPRO^{OB} Plus* sont disponibles pour soutenir les établissements dans cette préparation.

1.1 PLAN DE CONTINUITÉ DES SERVICES (PLAN DE CONTINGENCE)

1.1.1 Préparation du plan

- Nommer un responsable du plan de continuité et du suivi des actions.
- Évaluer la situation souhaitée et la situation actuelle, incluant les effectifs, la trajectoire de services et les activités attendues.
- Déterminer les services essentiels et prioritaires ainsi que les services minimaux acceptables en cas de découverte. Envisager de réorganiser et de déléster temporairement certains services jugés moins prioritaires.
- Le plan doit être évolutif et adaptatif, car les causes de découvertures sont souvent multifactorielles et ne sont pas toujours prévisibles.
- Rédiger un plan de continuité par étape d'application. L'ordre des mesures est déterminé notamment en fonction de leur impact et de l'effort requis pour mettre en place les mesures.
- Anticiper plusieurs scénarios et envisager des solutions alternatives.
- Élaborer une procédure pour assurer l'accès aux services d'obstétrique. La tester et l'ajuster, le cas échéant.
- Pour les services de sage-femme, prévoir, conformément à ce qui est prévu à la LSSSS, la possibilité que le conseil d'administration de l'établissement délègue certains pouvoirs au conseil sage-femme ou autre comité pouvant agir à ce titre, dont celui de conclure un contrat de service avec une sage-femme dans des situations exceptionnelles de découverte et selon un contexte d'urgence.
- Il est recommandé de définir, voire de schématiser la trajectoire complète des services offerts au début de grossesse, jusqu'à la fin des services postnataux.
- Établir un seuil au-delà duquel le plan doit être appliqué (ex. : 50 % des effectifs disponibles ou dès que le nombre de ressources disponibles est inférieur au nombre de ressources minimalement requises pour fonctionner 24/7).
- Préparer les grandes lignes d'un plan de reprise des activités ainsi que le seuil requis pour rétablir les services réguliers de l'unité d'obstétrique et des autres activités réorganisées ou délestées.

- Valider le plan avec les directions concernées, le centre de régional et le centre tertiaire de référence.
- Mettre à jour le plan de continuité des services pour se préparer au risque de découverte (par exemple : lors d'une réorganisation des services ou lorsqu'un risque de découverte est envisagé).

1.1.2 Application du plan

- Adapter le plan à la situation spécifique, avec la collaboration des acteurs concernés.
- Développer une trajectoire alternative selon les modifications apportées à la trajectoire régulière. S'arrimer avec les services postnataux à domicile des installations à mission centre local de services communautaires.
- Noter la progression avec des indicateurs simples et mesurables. Maintenir à jour un état de situation et le suivi des actions.
- Communiquer efficacement l'état de situation et les mesures entreprises aux acteurs concernés, incluant la population, les services d'urgence, les transports ambulanciers, les hôpitaux de référence, les médecins, les services de sage-femme le MSSS.
- Transmettre aux femmes enceintes la procédure pour obtenir les services d'obstétrique requis.
- Établir un seuil indiquant l'application du plan de reprise des services.

1.1.3 Après le retour à la normale

- Adapter et appliquer le plan de reprise des activités.
- Rencontrer les acteurs concernés pour effectuer un bilan et recueillir les commentaires et recommandations.
- Apporter les modifications requises au plan de contingence.
- Envisager de nouvelles mesures afin de prévenir la survenue d'une découverte.

1.2 PLAN DE COMMUNICATION

- Tenir une liste à jour des noms et coordonnées des femmes enceintes sur le territoire. Utiliser le registre des femmes enceintes issu de l'Avis de grossesse, lorsque disponible.
- Rejoindre chaque femme enceinte de 36 semaines de grossesse et plus et celles qui pourraient être touchées par la découverte de services, afin de les informer de la situation. Expliquer les choix dans la mesure du possible et selon leur condition et la procédure pour avoir accès aux soins requis. Noter la discussion au dossier de la patiente.
- Élaborer un plan de communication ciblant les femmes enceintes (et celles en période postnatale, si requis), la population générale, les collaborateurs et partenaires, les unités hospitalières touchées, les services de sage-femme, les services préhospitaliers, les hôpitaux avoisinants, le centre d'appels d'urgence (911) et Info-Santé et Info-Social (811), le MSSS, le Centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ) si requis, les médias locaux, etc.
- Rendre accessible l'information à jour sur la rupture de services via le site Internet de l'établissement.

1.3 PROTOCOLE DE TRANSFERT

- Instaurer une procédure standardisée de transfert de responsabilité de soins. La procédure doit permettre que chaque cas puisse être apprécié selon le jugement clinique, le triage obstétrical, l'expertise disponible, la distance entre les établissements, le choix des parents, etc. S'inspirer au besoin des mécanismes de transfert de soins en pratique sage-femme.
- Prioriser les transferts intraétablissement en fonction des ressources disponibles, du niveau de soins requis et de la distance sécuritaire à parcourir.
- Intégrer les services préhospitaliers d'urgence dès la planification du plan de transfert et les informer lorsqu'il y a un risque imminent de découverte de service.
- Prévoir les effectifs en nombre suffisant pour le transport interhospitalier, incluant un médecin, une infirmière ou une sage-femme dans l'ambulance, selon la disponibilité, le protocole établi et la situation clinique. Deux ambulances peuvent être requises pour un même transfert (dyade mère-enfant).
- Assurer un système efficace de transfert du dossier médical lorsque le dossier électronique n'est pas accessible. Par exemple :
 - Remettre une copie du dossier obstétrical à toutes les femmes enceintes de 36 semaines et plus ou celles visées par la découverte, afin que celui-ci soit accessible rapidement.
 - Transmettre à l'hôpital receveur le dossier obstétrical de toutes les femmes enceintes de 36 semaines et plus ou celles touchées par la découverte.
- Prévoir des modalités d'hébergement près du centre hospitalier de référence pour les futurs parents, lorsque requis.
- Se préparer à toute éventualité, notamment un accouchement précipité, un refus de transfert ou des conditions climatiques difficiles.
- Déclencher le protocole de transfert en collaboration avec le centre de référence et le CCPQ.

1.4 BILAN HEBDOMADAIRE DES DÉCOUVERTURES

Acheminer, à chaque lundi avant 16 h, le bilan hebdomadaire des découvertures via le Sharefile du MSSS, et ce, même si on ne prévoit pas de découvertures.

Procédure

- 1- Télécharger le formulaire : <https://msss.sharefile.com/d-s6e7b976587f41e7b>
- 2- Remplir le formulaire et le renommer selon le modèle de nomenclature proposé ci-dessous :
 - NomÉtab_Date_Questionnaire
 - NomÉtab_Date_DocComplémentaire_1
 - NomÉtab_Date_DocComplémentaire_2
- 3- Sauvegarder le formulaire complété (**en format Excel**) et les documents complémentaires, si requis sous : <https://msss.sharefile.com/r-rd55e55001a642d99>

2. GESTION DES DÉCOUVERTURES

Lors de découverte avérée, l'établissement doit :

- Appliquer son plan de contingence
- Concevoir et acheminer au MSSS un état de situation;
- Rechercher activement de la main-d'œuvre;
- Mettre en œuvre un système de triage/évaluation;
- Se préparer en cas d'accouchement précipité.

2.1 ÉTAT DE SITUATION

Lors de découvertes avérées, sans égard à la durée, l'établissement informe le MSSS, fournit son plan de contingence et transmet un état de situation incluant les éléments suivants :

- Municipalité touchée;
- Installation touchée;
- Unité de soins;
- Type de découverte (professionnels concernés);
- Dates de découvertes prévues;
- Date de retour des services réguliers;
- Nombre de naissances annuelles;
- Nombre de naissances hebdomadaires;
- Nombre d'évaluations hebdomadaires (femmes qui se présentent notamment pour saignements, douleur, évaluation du travail, qu'elles soient admises ou non);
- Capacité de prise en charge sur place :
 - Présence d'infirmières 24/7 pour évaluation antepartum,
 - Nombre de sages-femmes disponibles, le cas échéant,
 - Présence de médecin pour urgences obstétricales et néonatales :
 - Obstétricien-gynécologue,
 - Chirurgien général (césarienne),
 - Urgence,
 - Pédiatrie,
 - Anesthésie;
- Organisation des transferts :
 - Hôpital de référence,
 - Services ambulanciers avisés et disponibles,
 - Hébergement pour les futurs parents, préciser les modalités (si l'hébergement n'est pas requis, préciser : n/a);
- Stratégies mises en œuvre pour éviter la découverte;
- Planification du retour des services.

2.2 RECHERCHE ACTIVE DE MAIN-D'ŒUVRE

Dans tous les cas de découverte, informer la direction concernée au MSSS de l'état de situation pour obtenir le soutien requis dans la recherche et la mise en œuvre des solutions.

2.2.1 Découverte en médecine spécialisée

- Remplir le tableau synthèse des ruptures en spécialités, lequel est partagé 2 fois par semaine avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) pour :
 - Afficher les besoins au bulletin Le Nœud, 2 fois par mois ou plus, au besoin;
 - Effectuer le suivi avec la FMSQ et ses différentes associations pour solliciter leurs membres.
- Envisager les meilleures actions à entreprendre avec les directeurs des services professionnels et en concertation avec le MSSS.
- Actionner le plan de contingence lorsque les autres alternatives comme la recherche des dépanneurs via la diffusion des besoins à la FMSQ et la sollicitation des dépanneurs réguliers sont épuisées.
- Mettre en place les actions qui s'imposent (plans de contingence) et solliciter les dépanneurs réguliers.
- En cas d'échec pour trouver des dépanneurs, faire appel aux plans de remplacement mis en place pour offrir du soutien à certaines installations dans les régions visées pour :
 - La chirurgie (césarienne) : la lettre d'entente (LE) 233 peut être mise en place pour les installations désignées qui ne disposent pas de poste en gynécologie. Il est préférable que le chirurgien du groupe concerté soit habilité à pratiquer des césariennes. Si un besoin en obstétrique est présent et que la chirurgie programmée ne fait pas de césarienne, le SWAT peut être accordé sous certains critères.
 - L'obstétrique-gynécologie : LE 234 est également en place pour les installations désignées.
- Pour toute question sur l'admissibilité à ces ententes et sur la rémunération des médecins participants :
 - Envoyer une demande de mesure incitative qui répond aux critères des ententes à l'adresse du comité conjoint à la Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique (DERMP) (comiteconjoint.FMSQ-MSSS@msss.gouv.qc.ca).
 - Communiquer avec les coordonnateurs de groupes concertés pour trouver des médecins disponibles.
- Pour toute demande quant à la mise en place des groupes concertés et au déploiement des SWAT teams :
 - Communiquer avec la Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique (DGASHMPC) au MSSS (dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca).
 - La décision quant au déploiement du SWAT revient au MSSS. L'avis favorable est transmis à l'établissement et à l'association médicale.
 - En cas de déploiement, l'établissement doit contacter l'association concernée (AAQ, ACQ ou AOGQ) avec le MSSS en copie conforme (dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca) pour connaître les coordonnées du médecin déployé et préparer son déplacement.
 - Toute demande de signature d'une entente de jumelage ou de renouvellement de celle-ci doit transiter par la DGASHMPC (dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca) ainsi que par madame Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique (lucie.poitras@msss.gouv.qc.ca).

2.2.2 Découverte en médecine familiale

- Appliquer les procédures du mécanisme de dépannage :
 - Le mécanisme de dépannage consiste à supporter le manque d'effectifs médicaux dans 4 secteurs d'activité, dont l'obstétrique, auprès d'établissements de santé désignés par le comité paritaire MSSS-FMOQ.
 - Ce mécanisme prévoit les conditions de rémunération, de remboursement du temps et de remboursement des frais de déplacement.
 - Pour plus de renseignements, consulter le guide d'information et les formulaires sur le [Système de gestion en ligne du Centre national Médecins-Québec](#) (CNMQ) ou contacter le CNMQ (cnmq@msss.gouv.qc.ca).

2.2.3 Découverte en soins infirmiers :

- Explorer des horaires atypiques pour favoriser une répartition différente des quarts de travail par période. Par exemple, lorsque l'organisation du travail le permet, favoriser une prestation de 4 quarts de travail de 12 heures par semaine pendant 3 semaines, suivie d'une semaine de congé.
- Évaluer la pertinence d'un système de garde.
- Analyser les ratios personnel infirmier/patients.
- Rechercher la main-d'œuvre locale, régionale, en vacances, retraitée et indépendante. Le MSSS peut exceptionnellement interpellier les établissements de l'ensemble du Québec afin d'évaluer la disponibilité de ressources qui pourraient prêter main-forte aux infirmières de l'établissement vivant un risque élevé de découverte. Dans ce cas, l'établissement receveur s'engage à coordonner et à défrayer les coûts de transport, d'hébergement et de subsistance pour des ressources volontaires.
- Envisager de réorganiser et de délester temporairement certaines activités moins prioritaires, afin de dégager du personnel infirmier habilité en obstétrique.
- Lorsque la condition de la mère et du nouveau-né le permet :
 - Mettre en place une procédure de congé précoce (24 heures postpartum);
 - Lorsque des services de sage-femme sont disponibles sur le territoire, envisager l'octroi d'un congé très précoce, soit dès la 3^e heure postpartum, en transférant la responsabilité clinique du suivi de la mère et du nouveau-né à une sage-femme. L'examen clinique objectif du nouveau-né habituellement effectué à 24 heures de vie est alors assuré par la sage-femme (voir protocole proposé par le MSSS¹).
- Envisager une entente avec les services de sage-femme pour la prise en charge partielle ou complète et autonome des suivis de grossesse à bas risque des femmes suivies par un médecin de famille ou par une infirmière¹;
- Envisager une convergence régionale des activités d'obstétrique pour regrouper le personnel.
- Dans tous les cas, appliquer les procédures et les politiques internes de façon conforme :
 - Les conditions de travail prévues aux conventions collectives nationales convenues avec chacun des syndicats nationaux représentant la catégorie 1;

¹ Contribution des sages-femmes aux services de périnatalité en contexte d'urgence sanitaire

- Les dispositions locales des conventions collectives convenues entre l'établissement et le syndicat local de la catégorie 1.
- S'assurer de respecter l'entente entre le MSSS et le Regroupement les Sages-Femmes du Québec lorsque ces dernières sont mises à contribution.

2.2.4 Découverte en pratique sage-femme

- Faire appel aux collègues sages-femmes pour venir prêter main-forte au sein du service à risque ou en découverte.
- Envisager l'octroi de contrats de service temporaires notamment par le biais de Je Contribue.
- Si la recherche de ressource s'avère vaine, procéder au transfert de clientèle comme prévu au plan de contingence.
- Informer la clientèle du changement de professionnelle et de la trajectoire organisée à l'aide du plan de communication.
- Assurer le transfert du dossier de la clientèle.
- Dans tous les cas, appliquer les procédures et les politiques internes de façon conforme aux conditions de travail prévues à l'entente entre le Regroupement Les Sages-femmes du Québec et le MSSS.

2.3 MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTÈME DE TRIAGE/ÉVALUATION

- Assurer un service téléphonique 24/7 par une infirmière d'obstétrique (ou autre selon compétence et disponibilité), pour les femmes enceintes et en période postnatale, afin d'informer et de coordonner les services disponibles et requis.
- Envisager de mettre en place un protocole d'évaluation/triage de la femme enceinte, tel que l'Échelle de triage et de gravité obstétricale présentée à l'annexe 1, appliqué par une infirmière d'obstétrique ou à la salle d'urgence, selon la trajectoire établie. Ce processus de triage standardisé et validé peut faciliter le processus de décision et d'orientation, selon une évaluation clinique objective effectuée par du personnel formé.
- Définir les différentes trajectoires pour la prise en charge et le transfert, selon les résultats de l'évaluation/triage, et ce, pour les situations les plus probables et les plus critiques.
- Demander le soutien de l'équipe AMPROOB Plus pour implanter une échelle de triage obstétrical et pour former le personnel de la salle d'urgence.

2.4 PRÉPARATION EN VUE D'UN ACCOUCHEMENT PRÉCIPITÉ

En prévision d'une découverte de service :

- Assurer la formation et le maintien des compétences du personnel de la salle d'urgence et des ambulanciers paramédicaux, pour faire face à un accouchement précipité, une urgence obstétricale ou une réanimation néonatale (par exemple : offrir une formation de type AMPRO^{OB} Plus).

- Intégrer au plan de contingence la trajectoire sécuritaire en cas d'accouchement précipité, développée en collaboration avec les équipes de l'urgence et du préhospitalier.

En cas d'une découverte de service avérée :

- Informer les équipes de l'urgence et du préhospitalier de la trajectoire en cas d'accouchement précipité.

Prévoir en salle d'urgence le matériel requis pour un accouchement précipité. Consulter l'annexe 2 : *En cas de naissance imminente : recommandation AMPRO^{OB} Plus.*

➤ **Pour toute question concernant l'application des mesures prévues aux arrêtés ministériels, contactez la direction des ressources humaines de votre établissement.**

➤ **Qui contacter au ministère de la Santé et des Services sociaux?**

- Direction santé mère-enfant : dsme@msss.gouv.qc.ca
- Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique : dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca
- Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique : comiteconjoint.FMSQ-MSSS@msss.gouv.qc.ca

ANNEXE 1 : ÉCHELLE DE GRAVITÉ ET DE TRIAGE OBSTÉTRICAL

ETGO		Niveau 1 (Réanimation)	Niveau 2 (Très urgent)	Niveau 3 (Urgent)	Niveau 4 (Moins urgent)	Niveau 5 (Non urgent)	
Délai avant l'évaluation initiale		Immédiat	Immédiat	5-10 minutes	5-10 minutes	5-10 minutes	
Délai avant consultation médicale		Immédiat	≤ 15 minutes	≤ 30 minutes	≤ 60 minutes	≤ 120 minutes	
Réévaluation		Soins infirmiers continus	Aux 15 minutes	Aux 15 minutes	Aux 30 minutes	Aux 60 minutes	
Triage selon la raison de consultation	Obstétricale	Signes/symptômes de travail ou de perte de liquide	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance imminente soupçonnée • Prolapsus du cordon 	<ul style="list-style-type: none"> • < 37 semaines avec contractions utérines < 5 minutes • < 37 semaines avec perte de liquide • Accouchement non planifié/inattendu. 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 37 semaines avec contractions aux 2-4 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Contractions > 5 minutes • ≥ 37 semaines : perte de liquide 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite maternelle planifiée (ex: administration d'immunoglobulines anti-D) • Induction de travail/maturation du col
		Saignements anténataux		• Saignements vaginaux actifs	• Antécédents récents de saignements	• Légers saignements (<i>spotting</i>)	
		Évaluation fœtale	• Aucun mouvement fœtal	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des mouvements fœtaux • CF atypique ou anormal • PBP anormal 			<ul style="list-style-type: none"> • NST planifié • Évaluation pour version céphalique externe
		Hypertension Signes et symptômes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsions (actives ou état post-ictal) • Perte ou altération du niveau de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée soudaine et intense (aiguë) • Troubles de la vision, douleur épigastrique • Symptômes similaires à un AVC 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée légère ou modérée ou subaiguë • Œdème (non-déclive) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi d'hypertension planifié (ex. : prises de sang) 	• Céphalée chronique récurrente
		Douleur		<ul style="list-style-type: none"> • Douleur aiguë sévère abdominale OU pelvienne • Douleur thoracique 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale légère ou modérée • Douleur au dos ou au flanc 		• Malaises de la grossesse
	Médicale	Trauma abdominal	• Trauma majeur pénétrant	• Trauma majeur contondant	• Trauma mineur (ex: chute, accident de voiture mineur)	• Chute sans traumatisme abdominal direct	
		Signes d'infection		<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre, frissons, sensibilité utérine (non r/a des contractions) • Nausées/vomissements/ diarrhées, signes et symptômes modérés de déshydratation 		<ul style="list-style-type: none"> • Signes/symptômes d'infection urinaire, hématurie • Fièvre, toux, congestion 	• Éruption cutanée, irritation cutanée
		Respiratoire	• Détresse respiratoire sévère	• Détresse respiratoire modérée	• Détresse respiratoire légère		
		Usage de substance/ santé mentale		<ul style="list-style-type: none"> • Présence de signes de consommation • Consommation de substance inconnue/incertaine • Risque de violence/risque pour la sécurité • Signes et symptômes de dépression et intention de suicide (avec plan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crise situationnelle (physique, émotionnelle) • Signes et symptômes de sevrage (ex : anxiété, agitation, nausées, vomissements) • Signes et symptômes de dépression / idées suicidaires 	• Signes et symptômes de dépression sans idée suicidaire	
		NOTE : Modificateurs (stabilité hémodynamique, détresse respiratoire, bien-être fœtal, dilatation cervicale) peuvent augmenter la gravité					

Annexe 2 :

En cas de naissance imminente : recommandation AMPRO^{OB} Plus

Cette section, tirée du Programme AMPRO^{OB} Plus, porte sur les soins à fournir aux patientes sur le point d'accoucher, dont le travail est avancé ou progresse rapidement. Les renseignements présentés peuvent servir à tout fournisseur de soins travaillant dans une unité de travail et d'accouchement ou à l'urgence, ainsi qu'à tout ambulancier paramédical. Les soins offerts dépendent de l'emplacement, des fournisseurs de soins disponibles et de l'état de la grossesse et du fœtus. Chaque établissement doit adapter les principes généraux énumérés ci-dessous en fonction de son emplacement, de ses ressources et du personnel disponibles.²

Évaluation en cas de naissance imminente

Les fournisseurs de soins obstétricaux doivent obtenir des renseignements de base au moment de l'évaluation initiale ou pendant le déplacement de la patiente vers un lieu d'accouchement sûr. Pour ce faire, ils doivent poser des questions claires et concises.

Questions à poser (si possible) :

1. Avez-vous votre dossier prénatal avec vous?
2. Quand la naissance est-elle prévue/À quelle semaine de grossesse en êtes-vous?
3. Vos membranes se sont-elles rompues? Si oui, de quelle couleur était le liquide?
4. Combien de bébés avez-vous mis au monde? Par voie vaginale ou par césarienne?
5. Y a-t-il eu des problèmes durant la grossesse pour votre bébé ou vous?
6. Prenez-vous des médicaments prescrits par votre médecin ou achetés dans un magasin d'aliments naturels, ou consommez-vous des drogues récréatives?

Évaluation physique

1. Dilatation du col ainsi que position et présentation du fœtus.
2. Surveillance de la santé du fœtus (séquence des contractions et bien-être fœtal, par auscultation intermittente ou monitoring fœtal électronique).
3. Signes vitaux de la mère.

Mesures à envisager

1. Établir un accès intraveineux et faire une analyse sanguine (FSC, facteur X et groupe sanguin en raison du risque d'hémorragie postpartum).
2. Poser des questions supplémentaires (si le temps le permet) :
 1. Quel était le résultat de la culture de SGB?
 2. Est-ce que le bébé bouge?
 3. Qui a été votre fournisseur de soins primaires pendant votre grossesse? S'il s'agit d'un obstétricien spécialisé dans les grossesses à risque élevé, veiller à clarifier le niveau de risque.
3. Aller chercher le dossier prénatal et les rapports d'échographie si la patiente ne les a pas.

² Programme AmproOB.

Signes d'un accouchement imminent :

- Pertes vaginales accrues causées par l'expulsion du bouchon muqueux.
- Séparation des lèvres, bombement du périnée et du rectum.
- La femme dit que le bébé s'en vient.⁴
- Envie incontrôlable de pousser.
- Sensation d'un besoin d'aller à la selle.
- Apparition de la présentation.
- Évacuation de selles chez la mère.

Accouchement

Principes

- Nous visons une naissance douce et lente dans un environnement calme, favorable et sécuritaire.
- Rester calme et prendre une grande inspiration.
- Se présenter à la famille.
- Prendre des précautions à l'égard des liquides organiques; utiliser du matériel stérile lorsque le temps et la situation le permettent.
- Si l'accouchement est imminent, il est plus sécuritaire de le pratiquer à l'endroit où se trouve la patiente plutôt que d'essayer de la transférer à l'unité des naissances.
- Transférer la patiente en cas de risque pour elle ou pour l'équipe.
- Tenter d'assurer une ambiance intime et chaleureuse si l'accouchement doit se faire dans un endroit imprévu.
- Demander du matériel et du personnel (p. ex. personne apte à effectuer l'accouchement, personnel infirmier supplémentaire, personnel ayant suivi le Programme de réanimation néonatale [PRN]).
- **Demeurer avec la mère;** établir un rapport avec elle, obtenir sa coopération, lui fournir du soutien et la rassurer

Positionnement de la mère

Idéalement, la position de la parturiente doit permettre de bien voir le périnée et d'avoir un accès pour procéder au monitoring de la fréquence cardiaque fœtale. Le mieux est d'effectuer l'accouchement sur une surface stable afin d'assurer la sécurité du bébé.

Matériel

Préparez le matériel d'accouchement et de réanimation du nouveau-né. Des trousse d'accouchement d'urgence doivent être disponibles ailleurs que dans les salles d'accouchement (p. ex. à l'urgence). Il est judicieux de conserver une trousse dans un sac à dos qualité hôpital : le personnel pourra ainsi réagir rapidement et transporter le matériel tout en ayant les mains libres. Si une trousse est préparée pour le transport, les médicaments peuvent être entreposés séparément dans un endroit prévu à cet effet près du sac à dos. La date de péremption des médicaments doit être vérifiée régulièrement.

Contenu suggéré pour la trousse

Pour l'accouchement	Pour le nouveau-né	Médicaments
<ul style="list-style-type: none">- Gants, lunettes de protection- 4 pinces de Kelly- 1 paire de ciseaux- Serviettes- Haricot- Éponges- Formulaires de prise de note	<ul style="list-style-type: none">- Pince à cordon- Couvertures- Seringues et tube pour l'obtention du sang de cordon, ou seringues pour la gazométrie	<ul style="list-style-type: none">- Ocytocine- Seringue et aiguille- Misoprostol