

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une
perspective familiale: lignes directrices nationales

— CHAPITRE 2 —

Organisation des services

Table des matières

Introduction	5
Régionalisation des services	6
Description de la régionalisation	6
Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né	7
Modèles de programmes régionaux de soins à la mère et au nouveau-né	8
Définitions d'une région	8
Planification et coordination au niveau provincial ou territorial	8
Groupe consultatif régional sur les soins à la mère et au nouveau-né	9
Éventail complet des soins à la mère et au nouveau-né dans la région	10
Administration des programmes	12
Lignes directrices relatives aux soins	15
Soins prénatals ambulatoires	15
Soins prénatals ambulatoires primaires : niveau I	15
Soins prénatals ambulatoires secondaires : niveau II	15
Soins prénatals ambulatoires tertiaires : niveau III	16
Soins durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonataux	16
Soins primaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonataux : niveau I	16
Soins secondaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonataux : niveau II	18
Soins tertiaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonataux : niveau III	19
Exigences de la dotation en personnel : soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats	21
Exigences fondamentales pour le personnel	21
Personnel affecté à la réanimation néonatale	21
Personnel de niveau I	22
Niveau I: Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats	22
Niveau I: Soins postnatals à la mère et au nouveau-né	24

Personnel de niveau II	25
Niveau II : Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats	25
Niveau II : Soins postnatals à la mère et au nouveau-né	26
Niveau II : Soins néonataux	27
Personnel de niveau III	28
Niveau III : Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats	28
Niveau III : Soins postnatals à la mère et au nouveau-né	28
Niveau III : Soins néonataux	29
Services auxiliaires	32
Administration des programmes : niveaux I, II et III	33
Politiques et procédures	34
Dossiers	35
Formation et perfectionnement	35
Éducation en matière de santé à l'intention des femmes et des familles	36
Perfectionnement des professionnels de la santé	38
Évaluation des soins	39
Évaluation des technologies, des politiques et des traitements existants ou nouveaux	40
Bibliographie	42
Annexe 1 — Le Système canadien de surveillance périnatale	46
Annexe 2 — Interprétation des codes CIM-9 et CIM-10, et diagnostic de l'asphyxie	48

Introduction

Les *lignes directrices* relatives aux soins dans une perspective familiale servent à orienter l'organisation des soins aux mères et aux nouveau-nés, et ce, aux paliers national, provincial, régional et local. La grossesse et la naissance y sont considérées comme une expérience normale, saine et unique pour chaque femme. Le but principal des soins prodigués aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles est d'aider les femmes à donner naissance à des bébés en santé. Cela suppose que l'on s'occupe des femmes en tenant compte de leur famille. Pour prendre des décisions éclairées, les femmes et les familles doivent être pleinement renseignées sur les soins et les conditions entourant la naissance. Aujourd'hui, le droit des femmes à l'autonomie dans leurs décisions est reconnu. Quand on leur témoigne du respect et qu'on leur procure l'information nécessaire pour faire des choix, les femmes sont pleinement en mesure de prendre leurs responsabilités. Le respect mutuel et la confiance doivent gouverner l'interaction entre, d'une part, les différents soignants des services aux mères et nouveau-nés, et d'autre part, les mères et les familles. Enfin, la technologie doit être utilisée à bon escient dans une perspective familiale.

Les services à la mère et au nouveau-né doivent être organisés de façon à :

- favoriser la participation de toutes les personnes concernées par la planification et la prestation des soins, c'est-à-dire les parents, les groupes et les organismes communautaires, les intervenants, les centres de santé communautaires, y compris les CLSC, les cabinets de professionnels, les centres hospitaliers et les hôpitaux;
- considérer l'état de santé de la femme (avant et pendant la grossesse) pour être en mesure de la diriger vers les services de soins appropriés;
- rendre les soins disponibles et accessibles, en tenant compte des conditions géographiques, démographiques et culturelles des familles;
- intégrer des programmes institutionnels et communautaires pertinents aux soins à la mère, au nouveau-né et à la famille;
- favoriser la collaboration de tous les participants, tant les parents que les soignants, aux décisions en matière de consultation, de transport et d'orientation vers les services appropriés;
- veiller à la formation des femmes, des familles et des professionnels de la santé;

- coordonner les ressources de services et de soutien de la collectivité pour assurer la continuité des soins;
- évaluer les résultats;
- répartir le personnel, les installations et les ressources en fonction de l'efficacité et, ce faisant, s'appuyer sur des principes éthiques.

Régionalisation des services

Description de la régionalisation

La régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né ramène sous une même organisation tous les services permettant de donner les meilleurs soins possibles aux femmes, aux bébés et aux familles. Au cœur du concept de la régionalisation se situe l'évaluation des risques associée aux mécanismes d'orientation vers les services appropriés. Le système des soins de santé vise avant tout à satisfaire les besoins en matière de services appropriés, de perfectionnement professionnel, de recherche et d'évaluation (*March of Dimes Birth Defects Foundation*, 1993).

On recommande que la régionalisation des services à la mère et au nouveau-né ait l'objectif global suivant :

que toutes les femmes et leur famille aient accès à des soins appropriés, adaptés à leurs besoins, et que ces soins soient offerts aussi près de leur domicile que possible (Iglesias et coll., 1998).

La régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né requiert la mise au point d'un système de soins coordonné et coopératif dans le cadre d'une région géographique déterminée. Les buts des soins régionalisés sont :

- de dispenser des soins de qualité à toutes les femmes, à tous les nouveau-nés et à toutes les familles;
- d'utiliser judicieusement le personnel et les installations;
- de coordonner les services;
- d'établir des mécanismes d'orientation vers les services appropriés;
- de favoriser l'accès au perfectionnement professionnel;
- d'intégrer la recherche et l'évaluation.

Les relations entre les organismes de prestation de soins et les responsabilités réciproquement assumées sont également essentielles au bon fonctionnement d'un système de soins régionalisé. Elles permettent d'apporter un soutien

adéquat aux mères, aux bébés et aux familles, et ce, aussi près de leur domicile que possible.

Les soins à la mère et au nouveau-né sont regroupés en cinq périodes distinctes : la préconception et les périodes prénatale, perinatale (c'est-à-dire le travail et la naissance), postnatale et néonatale. S'il est vrai que la majorité des mères et des bébés sont en santé et n'éprouvent aucune difficulté durant ces cinq périodes, d'autres peuvent néanmoins éprouver des problèmes. Ces problèmes peuvent être simples et n'engager que des dépenses minimales, ou être rares et complexes, et exiger des interventions coûteuses. Il faut donc mettre en place des systèmes coordonnés de soins à la mère et au nouveau-né dans les collectivités et les régions pour assurer l'accès à des soins complets et continus, suivant les besoins. Le présent chapitre énonce les lignes directrices d'un système régionalisé de soins à la mère et au nouveau-né.

Le succès de la régionalisation dépend de la collaboration et de l'apport d'un grand nombre d'organismes et de professionnels. Depuis vingt ans, la régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né a progressé à un rythme différent d'une région du Canada à l'autre. Le succès de la régionalisation est directement attribuable aux relations et à la communication entre les hôpitaux à tous les niveaux. Les centres de santé communautaires, les CLSC, les organismes communautaires, les programmes de soins à domicile et les regroupements de parents, pour n'en nommer que quelques-uns, ont également beaucoup contribué à ce succès. Il faut toutefois souligner que l'intégration de partenaires communautaires diffère considérablement d'une région à l'autre.

Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né

Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né fait partie intégrante d'un système national, provincial et territorial. Le système régional est défini par la géographie, l'environnement et la culture de la région, de même que par sa conjoncture politique, financière et juridique.

Le système régional de soins à la mère et au nouveau-né est un système ouvert qui comprend différents types et niveaux de services, allant des soins communautaires jusqu'aux soins hospitaliers actifs tertiaires. Un éventail de professionnels de la santé, d'auxiliaires et d'intervenants variés de même que

des groupes d'entraide parentale donnent des services au sein du système de soins de santé périnataux.

Modèles de programmes régionaux de soins à la mère et au nouveau-né

Malgré les variations possibles, certains éléments sont essentiels à l'établissement d'un système régional de soutien à la mère et au nouveau-né. Voici leurs caractéristiques.

DÉFINITIONS D'UNE RÉGION

Une région est une unité territoriale avec des frontières géographiques précises à l'intérieur desquelles sont organisés et coordonnés les services de soins. Idéalement, une région comprend tous les services nécessaires à la mère et au nouveau-né, soit une gamme complète de soins primaires, secondaires et tertiaires, ou de niveaux I, II et III. L'étendue et la capacité des régions peuvent varier en fonction des différences géographiques, de la densité de la population et de la répartition des intervenants et des services. En outre, les zones retenues pour les soins à la mère et au nouveau-né peuvent comprendre plusieurs « régions » organisées à d'autres fins administratives. Le meilleur moyen d'éviter le dédoublement et le morcellement est, sans aucun doute, de préciser clairement les frontières pour les soins à la mère et au nouveau-né.

PLANIFICATION ET COORDINATION AU NIVEAU PROVINCIAL OU TERRITORIAL

Comme les services sociaux et de santé sont financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, il est important que chaque province ou territoire adopte un mécanisme de planification et de coordination des services à la mère et au nouveau-né correspondant à ses orientations. Un tel mécanisme facilite la reddition de comptes et optimise l'usage efficace des fonds pour les soins de santé. Il peut en fait prendre différentes formes pour assurer la participation de chacune des régions.

Pour faciliter la coordination et la planification, chaque province ou territoire peut demander à des groupes ou à des organismes précis de prêter leur concours, notamment les collèges de médecins, les ordres et associations d'infirmières ou de sages-femmes, les associations médicales provinciales ou territoriales et les programmes de soins périnataux. Ces derniers programmes sont vraisemblablement les plus efficaces, car ils sont généralement pluridisciplinaires, ont un champ d'activité très vaste et permettent

la participation de parents. Ils doivent être associés au ministère provincial ou territorial de la Santé et en recevoir leur mandat. Un effort collectif doit d'autre part être consacré à une composante essentielle du système, à savoir la conception d'une banque de données et d'un système d'information qui facilitent l'élaboration de rapports d'activité annuels et, par conséquent, l'évaluation de l'efficacité et la planification future.

GROUPE CONSULTATIF RÉGIONAL SUR LES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Tout programme régional doit comprendre un groupe consultatif communautaire et pluridisciplinaire qui assume le leadership nécessaire au succès des soins et des programmes. La participation des parents est essentielle. Le groupe doit être composé d'intervenants dans la prestation de soins à la mère et au nouveau-né, de parents, de représentants du milieu hospitalier, d'intervenants de la santé communautaire ou publique et de représentants de groupes de soutien locaux. (Le tableau 2.1 propose des catégories de personnes qui peuvent être membres de ce groupe.) Il est essentiel que le groupe consultatif reçoive un mandat du ministère provincial ou territorial de la Santé pour aider à préciser les rôles, les responsabilités, les procédures de communication et les mécanismes de planification. Le groupe peut ensuite se servir des lignes directrices nationales et provinciales ou territoriales pour élaborer les politiques et les procédures de la région, et prendre dûment en considération la meilleure façon de les mettre en œuvre.

Tableau 2.1 Composition du groupe consultatif régional sur les soins à la mère et au nouveau-né

- Parents
 - Médecins de famille
 - Sages-femmes
 - Pédiatres
 - Obstétriciens
 - Monitrices de cours prénatals
 - Infirmières en périnatalité/soins mère-enfant en milieu hospitalier
 - Infirmières en santé communautaire maternelle et infantile/petite enfance-famille
 - Groupes de soutien à l'allaitement maternel
 - Consultantes en lactation/conseillères en allaitement
 - Groupes d'accompagnantes/groupes de doulas
 - Travailleuses en développement du jeune enfant
 - Groupes communautaires de promotion de la santé et groupes d'entraide parentale
-

ÉVENTAIL COMPLET DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ DANS LA RÉGION

L'éventail complet des soins est assuré par diverses catégories d'intervenants qui jouent un rôle avant la conception et aux périodes prénatale, perinatale et postnatale. Il faut inclure également les personnes qui s'occupent du soutien aux parents, des soins de suivi à long terme, de l'évaluation et de la réadaptation. Les soins sont prodigués dans différents milieux, notamment les centres de soins primaires, les organismes communautaires et tous les endroits où les femmes donnent naissance. L'ensemble comprend en outre des programmes de perfectionnement et de soutien professionnel relatifs aux soins à la mère et au nouveau-né, qui sont offerts dans la collectivité.

Soins primaires. La plupart des services avant la conception et des services prénatals, postnatals et néonataux sont offerts dans des milieux de soins primaires, y compris les cabinets de pratique privée ou de groupe, les centres de soins communautaires, les cliniques des services de santé et les CLSC, et à domicile. Ces services portent sur la prévention et la promotion de la santé.

Soins communautaires. Un grand nombre de services sont offerts par des organismes communautaires gouvernementaux ou non gouvernementaux : cours prénatals, soutien à l'allaitement maternel, soutien en cas de décès de la mère ou du nouveau-né, soutien aux parents, soins infirmiers communautaires, garde d'enfants, soins à domicile, services sociaux et familiaux, et programmes axés sur le développement des enfants. Certains services sont aussi offerts par les centres de santé communautaires, les centres d'aide aux parents et les maisons de naissance.

Soins à la naissance. Au Canada, la vaste majorité des naissances ont lieu en milieu hospitalier. L'importance des hôpitaux varie, à partir de petites unités en milieu rural ou en région éloignée, où l'on dénombre moins de 100 naissances planifiées par année, jusqu'aux grands centres tertiaires faisant état de plus de 7 000 naissances par année¹. Il existe maintenant quelques maisons de naissance autonomes; selon des études, il s'agit là d'un milieu où l'on peut donner naissance en sécurité (Rooks et coll., 1992).

Certaines femmes choisissent de donner naissance à la maison. De fait, plusieurs provinces reconnaissent aux femmes le droit de choisir l'endroit

1. Selon une enquête de 1993, intitulée *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens* (Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile, 1995), 201 hôpitaux rapportaient moins de 100 naissances par année, 138 hôpitaux rapportaient de 101 à 300 naissances, 103 hôpitaux, de 301 à 1 000 naissances, et 130 hôpitaux rapportaient 1 001 naissances et plus.

où elles souhaitent donner naissance, y compris leur propre domicile (Alberta Health, 1996; Midwifery Implementation Council, 1995; Eberts, 1987). Les naissances à domicile demeurent toutefois une question controversée au Canada. De récentes études bibliographiques soulignent que, jusqu'à maintenant, les recherches n'ont pas réussi à démontrer sans équivoque la supériorité, en termes de sécurité, des naissances planifiées qui ont lieu à domicile (pour les femmes sans risques reconnus) ou en milieu hospitalier. Ces études ont toutefois permis de constater que, dans le cas des naissances à domicile, les résultats sont toujours meilleurs lorsque les intervenants prennent des mesures strictes de dépistage, de planification, de secours en cas d'urgence ou d'orientation vers des services appropriés (Campbell et MacFarlane, 1994, 1986; Tew, 1990; Hoff et Schneiderman, 1985).

Il existe des ressemblances entre les services de périnatalité aux mères et aux nouveau-nés dont la grossesse et la naissance ne présentent pas de risques connus, dispensés en maisons de naissance autonomes, à domicile et dans les petits hôpitaux. Les services de base offerts par ces centres de niveau I sont résumés à la section « Soins primaires : niveau I », page 16.

Programmes de perfectionnement professionnel en soins aux mères et aux nouveau-nés dans la collectivité. La principale fonction des programmes de perfectionnement professionnel régionaux est d'aider les organismes, les établissements et les intervenants de la santé à prodiguer les meilleurs soins possibles dans leur collectivité, au moyen de programmes d'enseignement coordonnés. Ces programmes veillent notamment à :

- promouvoir le perfectionnement professionnel continu;
- faciliter les échanges professionnels et les occasions de formation;
- coordonner les colloques annuels de la région;
- donner des conseils sur la pratique, les soins, les politiques, les procédures, la résolution de problèmes et l'achat de matériel;
- aider à la collecte et à l'analyse de statistiques relatives au rendement et aux résultats;
- collaborer à la mise en œuvre de nouvelles approches en matière de soins;
- élaborer des plans pour les installations;
- assurer la qualité et l'amélioration continues;
- encourager la mise en commun de l'information, des bulletins, des bibliothèques de prêts et des manuels;
- favoriser l'interaction entre les différents organismes de la région;

- procurer un environnement favorable aux soins continus à la mère et au nouveau-né au sein de la collectivité;
- faciliter les liens entre le gouvernement et les organismes professionnels.

Administration des programmes

Les conseils d'administration des hôpitaux et d'autres établissements de prestation de soins maternels et infantiles, le personnel administratif et les dirigeants professionnels de différents organismes doivent démontrer leur engagement envers la mise en œuvre de soins dans une perspective familiale. En plus de planifier et d'établir leurs priorités, ils doivent adopter des politiques et mettre en œuvre des programmes et des pratiques qui répondent aux besoins physiques et psychosociaux des mères, des bébés et des familles.

La vision et le leadership vigoureux d'un organisme se traduisent par des gestes concrets et se répercutent dans les divers services, y compris les services de première ligne. Les femmes et les familles ont effectivement accès à des soins axés sur la famille dans la mesure où le conseil d'administration, la direction administrative et la direction professionnelle d'un établissement en font leur priorité et s'engagent à y donner suite. L'organisme qui veut relever ce défi doit avoir une vision clairement définie et formulée; il doit aussi être doté d'une structure qui favorise une collaboration pluridisciplinaire et une étroite collaboration avec les familles. En outre, il doit pouvoir compter sur des dirigeants engagés et dynamiques (Johnson et coll., 1992).

Chaque organisme doit énoncer sa mission et résumer sa philosophie et ses valeurs. L'énoncé de mission établit les objectifs fondamentaux de l'organisme et répond aux questions suivantes : Qui sommes-nous ? Que faisons-nous ? À qui offrons-nous nos services ? Pourquoi ? L'énoncé reflète à la fois les besoins de la collectivité et les principes régissant les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Les valeurs et les opinions, implicites ou explicites, aident l'organisme à remplir sa mission et à déterminer ce qui est essentiel — tant pour l'institution que pour ses employés (Johnson et coll., 1992). L'énoncé de mission et le résumé des valeurs et des perceptions sont d'importants moyens de communication avec les familles et doivent leur être facilement accessibles.

Les organismes et les établissements doivent encourager la collaboration et la communication pluridisciplinaires et ce, peu importe la structure de leurs services. Les cadres supérieurs d'établissements plus importants doivent représenter diverses disciplines, à l'image de l'importance accordée à la collaboration pluridisciplinaire et au respect des familles et des partenariats professionnels. L'organigramme doit refléter un regroupement des services qui favorise la collaboration et la résolution collective de problèmes (Johnson et coll., 1992).

Le tableau 2.2 présenté à la page suivante est un aide-mémoire des politiques et programmes essentiels à la prestation des soins dans une perspective familiale.

Tous les établissements, peu importe leur infrastructure, doivent mettre sur pied un comité pluridisciplinaire de soins à la mère et au nouveau-né et y assurer la représentation des parents et de l'équipe des intervenants en soins à la mère et au nouveau-né. Les membres de ce comité doivent se réunir régulièrement pour établir les politiques, en surveiller l'application et évaluer la qualité des soins de façon continue. (Le chapitre 1 suggère des façons d'encourager la participation des parents à ces comités.) Si l'importance et le mandat de l'établissement le justifient, on peut créer des sous-comités pour l'examen de la mortalité et de la morbidité, l'enseignement, la recherche et l'utilisation des statistiques. Dans certains cas, le comité sur les soins à la mère et au nouveau-né peut se charger directement de ces dossiers. Chaque comité ou sous-comité doit rédiger le procès-verbal de ses réunions et mettre d'autres documents à la disposition de tout le personnel et de la direction.

Tableau 2.2 Politiques et programmes : un aide-mémoire

Existe-t-il :

1. un document écrit sur l'énoncé de principes ou les normes de soins de l'établissement qui fait clairement état du rôle essentiel des parents et des familles?
2. des mécanismes établis pour faciliter la participation des familles et des professionnels à l'élaboration et à l'application des politiques et programmes de l'hôpital?
3. un comité sur les soins à la mère et au nouveau-né composé de représentants des intervenants et des familles?
4. des mécanismes pour fournir au public une information descriptive et statistique, exacte et à jour, sur les pratiques et les procédures?
5. des politiques et des paramètres établis qui donnent aux femmes l'entière liberté de choix des personnes qui les accompagneront et leur plein accès au soutien offert par les organismes d'accompagnement durant le travail et la naissance?
6. des politiques et des services qui aident les femmes à prendre des décisions éclairées sur tout ce qui concerne la grossesse, le travail, la naissance et les soins au nouveau-né?
7. des politiques et des paramètres précis pour décourager l'application systématique de pratiques et de procédures qui ne sont pas fondées sur des preuves scientifiques?
8. des politiques et des paramètres précis qui encouragent les familles (mères, bébés, familles, etc.) à vivre ensemble les événements entourant la naissance?
9. des politiques et des paramètres précis pour mettre en œuvre *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS-UNICEF? (Consulter le chapitre 7.)
10. des politiques et procédures de collaboration et de consultation entre les services?
11. des politiques et des procédures précises pour que la mère, le bébé et la famille puissent se prévaloir des ressources communautaires appropriées?
12. des mécanismes de rétroaction permettant aux parents d'indiquer s'ils sont satisfaits des politiques et des programmes de l'hôpital?
13. des mécanismes officiels de coordination des soins entre les hôpitaux, les organismes de santé communautaire, les services de soutien communautaire et les intervenants communautaires de première ligne?
14. une architecture, un décor et un aménagement des locaux qui satisfont les besoins des femmes et des familles, et qui favorisent la prestation de services dans une perspective familiale?

Adaptation de *The Mother-friendly Childbirth Initiative*, Coalition for Improving Maternity Services, 1996, et de *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Johnson et coll., 1992.

Lignes directrices relatives aux soins

Tous les établissements de soins à la mère et au nouveau-né doivent assumer les responsabilités suivantes :

- promouvoir, dans la collectivité et la société, des politiques et des pratiques qui reposent sur des preuves scientifiques et qui favorisent la santé des mères, des bébés et des familles;
- faire partie d'un réseau de services régionaux à la mère et au nouveau-né, pour fournir les niveaux appropriés de soins, selon les besoins;
- contribuer au maintien d'un climat de collaboration entre tous les intervenants assumant l'éventail des soins, et cela pour assurer la prestation de services complets et accessibles;
- encourager l'adoption d'un modèle pluridisciplinaire de soins;
- faciliter la prestation de soins tenant compte de données sur les besoins fournies par les femmes et les familles;
- évaluer la fonction et les résultats de leurs programmes;
- encourager l'acquisition de connaissances pour améliorer les soins et les résultats.

Soins prénatals ambulatoires

Les soins prénatals sont offerts dans divers milieux : au cabinet d'un médecin ou d'une sage-femme, dans les centres de soins communautaires, les cliniques externes des hôpitaux, les centres de santé communautaires, les CLSC et les centres de soins en régions éloignées. (Consulter le chapitre 4.)

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES PRIMAIRES : NIVEAU I

Les soins prénatals prodigués dans des installations de soins primaires visent à évaluer la progression normale de la grossesse. Ils comprennent des examens physiques, des analyses de laboratoire de routine, des tests de dépistage appropriés, la détermination des risques et, au besoin, une orientation vers les services appropriés, de l'information et une formation prénatales, un soutien et un counseling relatifs à la grossesse, à la naissance et aux compétences parentales.

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES SECONDAIRES : NIVEAU II

Les soins prénatals secondaires englobent les soins primaires, les soins aux femmes qui ont des problèmes obstétricaux et médicaux courants, et les

épreuves diagnostiques fœtales (un profil biophysique, un examen de la réactivité fœtale [tests sans stress], une échographie fœtale et une analyse du liquide amniotique).

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES TERTIAIRES : NIVEAU III

Les soins prénatals tertiaires ont trait aux soins primaires et secondaires, aux soins des problèmes complexes ou graves de la mère, aux épreuves diagnostiques fœtales poussées (p. ex., échographie ciblée et échocardiographie fœtale), aux thérapies fœtales (p. ex., transfusion sanguine intra-utérine et traitement de l'arythmie cardiaque) et aux consultations médicales, chirurgicales et génétiques en cas d'anomalies fœtales (*March of Dimes Birth Defects Foundation*, 1993).

Soins durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals

SOINS PRIMAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU I

Tous les établissements (p. ex., les hôpitaux et les maisons de naissance) qui prodiguent des soins planifiés aux femmes, aux bébés et aux familles pendant le travail, la naissance et immédiatement après, doivent :

- assurer la prestation des soins aux mères et aux bébés en santé et aux familles, ainsi qu'aux mères et aux bébés aux prises avec des complications immédiates et peu nombreuses;
- assurer la présence d'un médecin de famille, d'un obstétricien ou d'une sage-femme à la naissance et, pour chaque bébé, l'accès à un deuxième professionnel certifié en réanimation;
- établir une politique écrite de dépistage et de triage prévoyant le transfert des mères au cours de la période prénatale ou perinatale, s'il y a lieu;
- établir des procédures et des protocoles pour les cas d'urgence (p. ex., une naissance par césarienne) qui pourraient exiger un transfert, pour que des mesures soient prises à temps et qu'elles se fondent sur les principes des protocoles de gestion des risques de l'établissement (Iglesias et coll., 1998);
- pouvoir compter sur des intervenants ayant une formation appropriée en administration d'analgésiques;
- adopter des directives pour l'évaluation et les soins des mères et des bébés durant le travail, la naissance, la réanimation du nouveau-né et immédiatement après la naissance;

- adopter des directives pour les cas d'urgence les plus fréquents pendant le travail et la naissance, y compris la dystocie des épaules, l'hypertension causée par la grossesse (dite hypertension gravidique) et l'hémorragie post-natale;
- donner des soins d'urgence aux mères et aux bébés;
- établir des directives pour l'évaluation, l'hospitalisation (ou les contre-indications au transfert) et les indications pour le transfert des mères et des nouveau-nés qui présentent des complications avant et pendant la naissance;
- assurer la sécurité et l'efficacité des transferts, le cas échéant;
- intégrer des normes professionnelles aux directives sur les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux familles;
- fournir un accès, 24 heures sur 24, à des services de laboratoire, de radiographie, d'échographie et de pharmacie; (Consulter la section « Services auxiliaires » à la page 32.)
- être en mesure d'effectuer des gazométries sanguines. Il s'agit là d'une remise en question des lignes directrices existantes relatives à la surveillance du fœtus selon lesquelles les établissements de niveau 1 n'auraient pas à faire d'analyses des gaz sanguins par prélèvement sanguin au niveau du cordon ombilical ou du cuir chevelu. Le groupe de travail composé de représentants du Collège des médecins de famille du Canada, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Society of Rural Physicians of Canada (Iglesias et coll., 1998), après avoir étudié de nouveau la situation, recommande fortement que tout établissement offrant des soins en périnatalité soit en mesure d'effectuer des gazométries sanguines. Il est évident que la mise en vigueur de cette nouvelle recommandation exige un certain temps, mais ce laps de temps doit être court;
- être en mesure d'offrir des services d'évaluation et des soins immédiats et continus aux mères et aux nouveau-nés, d'alimentation des nourrissons (en particulier sur l'allaitement) et une formation sur les besoins de santé futurs des mères et des bébés;
- mettre sur pied des mécanismes pour diriger les mères et les familles vers les services de soins communautaires;
- adopter des stratégies pour renseigner les parents sur l'éventail et la philosophie des soins offerts;

- établir des mécanismes pour la mise à jour régulière de toutes les politiques et procédures à la lumière des preuves scientifiques démontrant les meilleures pratiques cliniques;
- établir des mécanismes en vue de l'examen des résultats des soins.

SOINS SECONDAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU II

La densité de la population, la géographie et, surtout, la proximité d'un centre de soins tertiaires influencent l'éventail des soins secondaires. En plus d'offrir les mêmes services que les centres de niveau I, les centres de niveau II doivent pouvoir :

- offrir des soins aux femmes enceintes d'environ 32 semaines qui présentent certaines complications, y compris une tocolyse continue (c'est-à-dire l'administration d'un médicament tocolytique pour l'inhibition des contractions utérines);
- déclencher et accélérer le travail (ce service peut être modifié selon les situations et les besoins particuliers des régions; il peut aussi être offert par les centres de niveau I équipés pour les urgences obstétricales);
- s'occuper des femmes ayant des problèmes précis, comme la pré-éclampsie et l'hypertension simple;
- s'occuper des bébés présentant un syndrome de détresse respiratoire légère ou modérée, un problème potentiel de septicémie néonatale, de l'hypoglycémie ou des problèmes bénins ou modérés après la réanimation;
- établir des procédures et des protocoles pour les cas d'urgence, y compris les césariennes d'urgence, déterminant que les médecins doivent répondre aux appels dans les 15 minutes et être à l'hôpital dans les 30 minutes suivantes²;
- procéder, au besoin, au monitoring foetal externe ou interne continu (ce service peut aussi être offert dans les centres de niveau I équipés pour les urgences obstétricales);
- fournir des analyses de gazométrie sanguine (sang du cordon ombilical ou au niveau du cuir chevelu), d'examen de la réactivité foetale (test sans stress) et d'échographie. Les recherches démontrent une augmentation du nombre de naissances par césarienne en l'absence de prélèvements sanguins au niveau du cuir chevelu pour mesurer le pH, car l'intervenant ne dispose pas des données lui indiquant qu'il peut laisser progresser le

2. Ces temps de réponse sont fondés sur des recommandations pratiques; ils ne reposent pas sur des preuves scientifiques.

travail. La prestation de tels services requerra du personnel expérimenté dans ce domaine de même que l'accès aux services de laboratoire pertinents;

- donner des soins aux nouveau-nés dont le poids à la naissance est de 1 500 g ou plus, ce qui inclut la ventilation assistée en attendant le transfert ou à court terme, conformément à la politique régionale (cette politique peut être modifiée en fonction des besoins particuliers et de la situation des régions);
- prodiguer des soins continus aux nouveau-nés de faible poids dont l'état est relativement stable;
- maintenir des relations de travail structurées avec les centres de niveau I de la région, y compris des mécanismes de collaboration, de consultation, de transport (aller et retour), de formation et d'échange d'informations;
- consulter un centre tertiaire (niveau III) en cas de problèmes graves de la mère ou du nouveau-né et, au besoin, les diriger vers ce centre ou les y transporter;
- rendre accessibles des services de travail social, de pastorale, de nutrition, de chirurgie et d'imagerie diagnostique;
- accueillir les nouveau-nés qui reviennent d'un centre de niveau III et leur prodiguer des soins;
- au besoin, avoir un accès direct aux rapports de consultation des obstétriciens et des pédiatres;
- effectuer régulièrement des analyses de la morbidité et de la mortalité;
- intégrer sans faute les locaux et l'organisation interne du centre au programme ou service de gynécologie pour assurer la qualité optimale des soins cliniques et de la formation en santé de la femme.

SOINS TERTIAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU III

En plus de prodiguer les soins de niveaux I et II, les centres de niveau III doivent :

- prodiguer des soins aux femmes dont la grossesse à risque remonte à moins de 32 semaines, ou qui ont une rupture prématurée des membranes, ou dont le travail est prématuré, ou qui ont des saignements, ou encore des complications graves (telle une insuffisance cardiaque); aux femmes dont l'état exige des procédures diagnostiques ou thérapeutiques complexes; aux femmes qui ont un cancer pendant la grossesse ou des problèmes génétiques prénatals compliqués;

- prodiguer des soins aux bébés présentant un syndrome de détresse respiratoire grave, une septicémie néonatale, des problèmes graves après la réanimation, des maladies cardiaques congénitales graves et d'autres maladies systémiques, de même qu'aux bébés ayant des besoins spéciaux (p. ex., une alimentation parentérale prolongée);
- maintenir un système d'accueil des femmes qui ont été dirigées vers leur centre parce qu'elles ont une grossesse à risque élevé;
- offrir un programme de transport néonatal;
- disposer des ressources nécessaires pour diagnostiquer et traiter les femmes enceintes et les nouveau-nés qui présentent des complications graves;
- disposer des ressources nécessaires en matière de ventilation assistée à court et à long termes;
- avoir accès, au besoin, à des sous-spécialistes (p. ex., médecins spécialisés en soins mère-enfant, néonatalogistes et autres spécialistes);
- avoir un accès immédiat à des consultations médicales, chirurgicales et psychiatriques pour adultes;
- coordonner un programme établi de suivi à long terme pour les bébés atteints de complications à la naissance, qui comprend des critères pour le suivi à long terme des effets psychologiques, neurologiques, sociologiques et physiques des complications. Le programme doit être doté de méthodes d'évaluation normalisées, de services de réadaptation et d'outils de recherche pour l'évaluation des coûts et de l'efficacité des soins. Il doit mettre l'information nécessaire à la disposition des unités de soins qui prodiguent des soins de façon régulière, pour leur faciliter l'évaluation et l'amélioration des soins;
- intégrer sans faute les locaux et l'organisation interne du centre au programme ou service de gynécologie pour assurer la qualité optimale des soins cliniques et de la formation en santé de la femme.

La classification des soins en trois niveaux n'est toutefois pas absolue. Les régions peuvent les adapter en fonction de leurs besoins. Par exemple, l'étendue d'un territoire, la densité de la population et le niveau d'accès au personnel compétent peuvent obliger un centre de niveau I ou II à accueillir des mères et des nouveau-nés qui, dans d'autres circonstances, seraient transférés rapidement à un centre de niveau plus élevé. Dans des situations exigeant des soins hautement spécialisés, il faut parfois transférer les clients à un centre d'une autre région. Il est important de disposer de politiques régionales écrites pour de telles situations.

Exigences de la dotation en personnel : soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats

Exigences fondamentales pour le personnel

Peu importe leur lieu de travail, les professionnels de la santé qui prodiguent directement des soins aux femmes et aux nouveau-nés durant le travail et la naissance, et des soins postnatals immédiats, doivent avoir :

- une compréhension et une expérience pratique démontrées des principes et des valeurs régissant les soins dans une perspective familiale, présentés au chapitre 1;
- un droit d'exercice à jour des corporations ou collèges professionnels compétents;
- les connaissances et les compétences nécessaires pour apporter du soutien pendant le travail, la naissance et l'allaitement;
- les compétences et les connaissances nécessaires à l'évaluation des risques physiques et psychosociaux;
- l'immunité contre la rubéole et l'hépatite B, ou un document faisant état du refus d'être immunisé;
- des évaluations de rendement régulières ou des examens par les pairs attestant de la mise à jour de leurs connaissances et de leurs compétences en prestation de soins aux femmes et aux familles;
- des connaissances élémentaires et une appréciation de la recherche et des approches fondées sur les preuves scientifiques en matière de soins;
- un plan de formation et de perfectionnement.

Tous les intervenants de la santé doivent collaborer entre eux pour satisfaire les besoins des mères et des bébés à mesure qu'ils se manifestent.

PERSONNEL AFFECTÉ À LA RÉANIMATION NÉONATALE

Des professionnels de la santé formés en réanimation néonatale et capables de travailler en équipe doivent être prêts à intervenir à chaque naissance. La taille et la composition de l'équipe de réanimation peuvent varier en fonction du taux de naissances et du niveau de soins désigné du centre. L'équipe peut comprendre des infirmières, des médecins de famille, des sages-femmes, des pédiatres, des obstétriciens, des anesthésistes et des inhalothérapeutes.

Même après une grossesse normale, les nouveau-nés peuvent éprouver des difficultés soudaines et inattendues dans les premiers moments après la naissance, difficultés qui nécessitent l'intervention immédiate de personnel spécialisé. Il est donc recommandé que le professionnel (médecin ou sage-femme) chargé de la naissance soit secondé par un deuxième professionnel qui s'occupera principalement du bébé. Ce deuxième professionnel doit posséder les compétences nécessaires en réanimation, en ventilation avec masque et ballon, et en compressions thoraciques. S'il ne maîtrise pas d'autres techniques de réanimation (tubage endotrachéal et administration de médicaments), un troisième intervenant maîtrisant ces techniques doit être sur les lieux pour intervenir immédiatement sur appel. Chaque secteur de l'établissement réservé aux naissances doit déterminer les facteurs de risque qui exigent la présence de deux professionnels préposés aux soins du nouveau-né. Jusqu'à ce qu'un autre membre du personnel médical prenne la relève, c'est à l'obstétricien, au médecin de famille ou à la sage-femme qui assiste à la naissance que revient la responsabilité de s'occuper du nouveau-né. Pour s'acquitter efficacement de cette responsabilité, le professionnel qui assiste ou qui est présent à la naissance doit être certifié en réanimation néonatale.

La certification en réanimation néonatale est accordée par le Programme de réanimation néonatale (PRN) coordonné par la Société canadienne de pédiatrie et la Fondation des maladies du cœur du Canada. Les membres du personnel susceptibles de s'occuper des bébés immédiatement après la naissance doivent faire deux choses : s'inscrire au volet d'intervenant ou au volet d'instructeur, et renouveler périodiquement leur certification. Il est également important d'appuyer les efforts des établissements qui souhaitent organiser sur place un programme de formation en réanimation néonatale.

Personnel de niveau I

NIVEAU I: SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Les exigences minimales de dotation doivent être établies en fonction de la recommandation suivante : une infirmière ou une sage-femme par parturiente en travail actif pour prodiguer les soins jusqu'à la fin de la quatrième phase.

Soins infirmiers. L'infirmière³ doit être formée adéquatement pour s'occuper des parturientes confiées à ses soins. Les responsabilités de l'infirmière sont décrites au tableau présenté ci-après.

Tableau 2.3. Responsabilités de l'infirmière

- Évaluation initiale de la femme en travail
- Évaluation des complications, le cas échéant, et triage
- Soutien au cours du travail et de la naissance (consulter le chapitre 5)
- Aide au confort et au soulagement de la douleur
- Évaluation continue de la mère et de l'enfant à naître au cours du travail et de la naissance*
- Évaluation de la progression du travail
- Évaluation des contractions utérines
- Signalement des constatations anormales ou inhabituelles aux membres désignés de l'équipe de soins
- Réaction aux situations d'urgence
- Réanimation de la mère et de l'enfant
- Stabilisation de la mère pour le transfert

* Inclut la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale par auscultation ou moniteur fœtal (là où on a recours à de tels moniteurs).

L'établissement doit désigner une équipe centrale d'infirmières dont l'expérience des soins aux mères durant le travail et la naissance inspire confiance. Si la situation géographique de l'établissement et la faible densité de sa zone de recrutement ne leur permettent pas de parfaire leur formation et d'acquérir l'expérience nécessaire, les infirmières devront se rendre dans un centre plus important pour le faire.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Il est essentiel que toutes les naissances soient assistées par un médecin ou une sage-femme. Le médecin ou la sage-femme doit se trouver au centre de naissance durant la période prévue par le protocole de gestion des risques de l'établissement. En cas de complications inévitables liées à la naissance, de césariennes d'urgence ou de problèmes imprévus touchant l'enfant à naître, les médecins et les sages-femmes des centres de soins de niveau I doivent pouvoir compter sur l'aide d'un autre professionnel compétent. Les exigences d'accès à des professionnels en réanimation néonatale sont décrites plus haut dans

3. Désigne une infirmière autorisée au Québec et en Ontario et une infirmière immatriculée au Nouveau-Brunswick.

la section sur la réanimation néonatale. Les centres de niveau I ont besoin de personnes dont la formation les rend capables d'assumer la responsabilité de la surveillance, du choix et de l'administration d'analgésiques pharmacologiques et non pharmacologiques. Il faut établir un plan de soins pour les mères qui n'ont pas de médecin ou de sage-femme attitré(e) pour leur procurer des soins continus.

NIVEAU I : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Les exigences minimales de dotation doivent être établies en fonction de la recommandation suivante : une infirmière par quatre dyades mères/bébés en santé, 24 heures sur 24.

Soins infirmiers. Jusqu'à maintenant, le rapport infirmières/mères-bébés pour les soins postnatals était fondé sur des recommandations pratiques plutôt que sur des études comportant des objectifs clairs et des évaluations précises. Étant donné que les situations varient énormément d'une femme à l'autre, il faut toujours faire preuve de jugement. La décision relative à la dotation doit s'appuyer, notamment, sur une évaluation concrète de la santé immédiate de la mère et de l'enfant, sur le niveau des besoins requis, la parité (c'est-à-dire le nombre de naissances après 20 semaines de gestation), l'expérience et les compétences des parents, de même que le niveau de préparation prénatale et de soutien familial.

Les dyades mère-enfant doivent être confiées à une infirmière spécialisée en périnatalité — capable de prodiguer des soins pour satisfaire tant les besoins de la mère que ceux du nouveau-né. (Le chapitre 6 présente plus d'information sur les soins infirmiers mère-enfant.) L'infirmière est responsable de l'évaluation initiale et continue, de la formation, de la transition vers la collectivité et de l'organisation du suivi de la mère et du nouveau-né. Elle doit posséder la formation et l'expérience nécessaires pour reconnaître les caractéristiques physiques et psychologiques normales de la mère et du nouveau-né, et déceler les anomalies. Elle doit aussi avoir la capacité et la volonté d'évaluer dans quelle mesure la femme et sa famille sont prêtes à pourvoir aux nouveaux besoins familiaux. L'infirmière doit également avoir suivi un programme de formation reconnu lui conférant les compétences et les connaissances nécessaires pour évaluer et encourager l'allaitement maternel.

Il est important de suivre de près l'état de la mère et du nouveau-né dans les premières heures après la naissance pour évaluer dans quelle mesure la mère récupère et surveiller la stabilité de l'état du nouveau-né. Pour faciliter la relation mère-enfant, on encourage les hôpitaux à consigner des observations initiales alors que le bébé se trouve auprès de sa mère. Chaque établissement doit établir une politique écrite en matière d'évaluation et de critères relatifs au placement du nouveau-né dans une pouponnière de soins spécialisés, une unité de soins intensifs néonataux ou une unité de soins mère-enfant en santé.

Prestation de soins par le médecin ou la sage-femme. À la phase post-natale, toutes les femmes et les nouveau-nés doivent être sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un médecin désigné. Cet intervenant doit être à la disposition de l'hôpital et présent sur les lieux au moment opportun, conformément au protocole de gestion des risques de l'établissement. Il doit avoir la capacité de déceler les problèmes de nature physique ou fonctionnelle de la mère et du nouveau-né, de les traiter pour stabiliser leur état ou leur prodiguer des soins d'urgence.

Personnel de niveau II

NIVEAU II : SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Prestation de soins par les infirmières. En plus de satisfaire aux exigences du niveau I, les soins de niveau II nécessitent la présence permanente, dans la chambre de naissance, d'une infirmière qui a une formation avancée et de l'expérience en soins aux femmes qui ont des complications durant la grossesse, le travail ou la naissance, ou dont le bébé est malade. Cette infirmière a, de préférence, une formation post-diplôme avancée⁴ en soins infirmiers périnataux (durant le travail et la naissance). Elle doit de plus maîtriser les techniques de surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale à l'aide d'un moniteur, savoir reconnaître et signaler les anomalies, et superviser le travail d'infirmières ayant reçu moins de formation et disposant d'une expérience moindre.

4. La formation avancée peut prendre différentes formes selon les régions. Elle peut être offerte par un collège communautaire, un cégep, un programme régional de soins périnataux, une université ou dispensée par l'établissement de santé.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Outre les soins de niveau I prodigués par le médecin et la sage-femme, le centre de niveau II doit offrir une gamme complète de services d'anesthésie obstétricale sous la responsabilité d'un anesthésiste qualifié ou d'un médecin de famille. Il doit aussi pouvoir obtenir sur-le-champ des consultations auprès d'obstétriciens, de pédiatres, de chirurgiens, radiologues, pathologistes et autres médecins. Les médecins sur appel pour consultations en obstétrique et en pédiatrie doivent répondre à un appel dans les 15 minutes et pouvoir être à l'hôpital dans les 30 minutes suivant l'appel⁵. Des intervenants qui ont des compétences pour soigner les mères et les nouveau-nés en cas d'urgence devraient être sur place et prodiguer des soins immédiats conformément aux protocoles hospitaliers définis, en attendant l'arrivée du médecin responsable.

NIVEAU II : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Prestation de soins par les infirmières. En plus de fournir tous les soins de niveau I, les infirmières des centres de niveau II doivent posséder une formation spécialisée et de l'expérience dans les soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés qui ont des complications, et être capables de procurer un soutien aux mères et aux familles dont les nouveau-nés sont aux soins intensifs. Ces infirmières possèdent de préférence une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers postnatals. Elles ont la responsabilité de coordonner les visites et les communications avec l'unité de soins intensifs néonataux, et doivent être en mesure de reconnaître le besoin de consulter d'autres intervenants, y compris les nutritionnistes, les travailleurs sociaux, les consultantes en lactation et le personnel de la pastorale. Ces infirmières doivent également posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre soin des mères et des nouveau-nés qui ont des problèmes post-natals et néonataux courants.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Toutes les femmes et tous les nouveau-nés doivent être suivis par une sage-femme ou un médecin attitré durant la période postnatale.

Prestation de soins paramédicaux. Une diététiste⁶ versée en nutrition maternelle et néonatale ainsi qu'une travailleuse sociale clinique doivent être

5. Ces temps de réponse sont fondés sur des recommandations pratiques plutôt que sur des preuves scientifiques.

6. Dans le document, le terme diététiste désigne la titulaire d'un permis de pratique en règle du corps professionnel de sa province.

accessibles sur semaine. Un conseiller en pastorale doit se trouver sur place tous les jours, de même qu'une consultante en lactation pour évaluer et encourager l'allaitement maternel, et donner la formation nécessaire. Il serait souhaitable que le centre ait aussi accès à d'autres spécialistes, notamment en physiothérapie, ergothérapie, audiologie, pharmacie, psychiatrie et éthique. Toute consultation doit être établie en fonction de la disponibilité de ces professionnels et des besoins des femmes et des familles.

NIVEAU II : SOINS NÉONATALS

Des exigences minimales de dotation doivent être établies en fonction des recommandations suivantes : une infirmière pour deux nouveau-nés dont l'état est plus critique ou instable, et une infirmière pour soigner trois bébés en convalescence.

Prestation de soins par les infirmières. L'infirmière qui soigne des nouveau-nés malades doit avoir les connaissances ou l'expérience nécessaires en soins infirmiers néonataux, *y compris un certificat en réanimation néonatale ou l'équivalent*; elle doit également avoir une formation post-diplôme avancée en néonatalogie. Toutes les infirmières responsables des soins aux nouveau-nés malades doivent avoir démontré leurs connaissances en matière d'observation et de traitement de ces nouveau-nés. Elles doivent également être compétentes en surveillance, installation et maintien des perfusions intraveineuses, en gavage (alimentation par sonde), tension artérielle et gestion de cathéters artériels.

Prestation de soins par les médecins. En règle générale, les bébés hospitalisés dans un centre de niveau II sont sous la responsabilité d'un pédiatre ou d'un néonatalogiste. Les médecins de famille peuvent s'occuper des bébés convalescents dont l'état est stable, conformément aux politiques de l'établissement.

Lorsque l'état d'un nouveau-né nécessite un ventilateur mécanique, il faut la présence permanente d'un médecin, d'une infirmière ou d'un inhalothérapeute ayant les compétences nécessaires pour pratiquer une intubation. Pour aider à maintenir la qualité des soins, plusieurs unités ont le privilège d'avoir un néonatalogiste ou un pédiatre spécialisé en soins néonataux qui assume la responsabilité générale de la prestation des soins. Les responsabilités de cet intervenant peuvent comprendre l'intégration et la coordination

des éléments suivants : un système de consultation et d'orientation vers les services appropriés; des programmes de perfectionnement professionnel à l'interne; les communications et la coordination avec l'équipe des soins à la mère et au nouveau-né; la définition et la mise en œuvre de procédures adéquates pour l'évaluation des soins en pouponnière, la recherche et le suivi néonatal.

Prestation de soins paramédicaux. Lorsque l'état d'un nouveau-né nécessite un ventilateur mécanique, il faut qu'un inhalothérapeute, un technologiste médical/technologue de laboratoire médical ou un technologue de laboratoire médical attitré pour la gazométrie sanguine et un technicien en radiologie soient sur place 24 heures sur 24.

Personnel de niveau III

NIVEAU III : SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Prestation de soins par les infirmières. En plus de satisfaire aux exigences des niveaux I et II, les centres de niveau III doivent assurer la présence permanente, dans les chambres de naissance, d'infirmières capables de déceler les complications liées au travail et à la naissance, et de prodiguer les soins infirmiers nécessaires. Ces infirmières doivent aussi avoir reçu une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers aux femmes présentant des complications durant le travail et la naissance. De plus, ces centres sont tenus de respecter les normes générales d'un cours de formation approuvé en surveillance de la santé des fœtus à risque élevé de même que le rapport d'une infirmière par cliente.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. En plus de prodiguer des soins de niveau II, chaque centre doit avoir des mécanismes pour assurer la présence sur place d'un obstétricien 24 heures sur 24 lorsque des femmes admises présentent des risques importants de complications liées à la grossesse et à la naissance. Le centre doit donc disposer de suffisamment de ressources humaines et les rémunérer adéquatement. Dans les centres de niveau III, sur appel de l'obstétrique, les services d'anesthésie doivent être accessibles sur-le-champ.

NIVEAU III : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Prestation de soins par les infirmières. En plus de fournir tous les soins de niveau II, les infirmières des centres de niveau III doivent avoir une

formation spécialisée et de l'expérience dans la prestation des soins post-natals aux mères qui ont eu des complications durant le travail et la naissance ou dont le nouveau-né est malade. Elles doivent aussi donner le soutien nécessaire aux mères et aux familles dont l'enfant requiert des soins intensifs. Ces infirmières doivent également avoir une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers postnatals. Elles ont la responsabilité de coordonner les visites et les communications avec l'unité de soins intensifs néonataux et de reconnaître les situations où il est nécessaire de consulter d'autres intervenants, notamment des spécialistes en nutrition, travail social, pastorale, allaitement maternel et services à domicile et communautaires.

NIVEAU III : SOINS NÉONATALS

Les exigences minimales de dotation peuvent dépasser le rapport d'une infirmière par nouveau-né dont l'état nécessite beaucoup de soutien physiologique. Le rapport peut être d'une infirmière pour un ou deux bébés dont l'état est plus stable mais nécessite des soins aigus. Une infirmière ne doit toutefois pas avoir la responsabilité de plus d'un bébé dont la ventilation est assistée et d'un bébé qui respire de façon autonome, selon l'état de santé des deux bébés.

Prestation de soins par les infirmières. En plus de remplir les exigences imposées aux centres de niveau II, les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux doivent posséder les connaissances requises pour évaluer l'état des nouveau-nés gravement malades et pour les soigner. Cela comprend la réanimation et la stabilisation de l'état du bébé à la naissance; le soutien aux familles en deuil ou aux prises avec des préoccupations; les techniques de monitoring cardiorespiratoire; les soins aux bébés qui reçoivent une assistance cardiorespiratoire; l'entretien des tubulures de la ligne veineuse centrale pour l'alimentation parentérale; l'administration de surfactants; des compétences périopératoires; la connaissance des ressources communautaires pour les familles; les connaissances et compétences nécessaires pour la planification des transferts et des congés; les compétences et l'expérience pour former et aider les parents.

Les unités de soins intensifs des centres de niveau III ont parfois besoin d'infirmières qui ont une formation pratique avancée, c'est-à-dire d'infirmières cliniciennes et d'infirmières spécialisées en néonatalogie. Le nombre

requis d'infirmières et le rapport infirmière-enfant dépendent de la présence (ou de l'absence) de stagiaires en néonatalogie et de leur nombre.

Prestation de soins par les médecins. Tous les bébés dont l'état nécessite des soins aigus jour et nuit doivent être traités par un néonatalogiste qualifié. Aux fins de communication et pour obtenir des soins urgents au besoin, il est fortement recommandé que ce soit le même néonatalogiste par quart de travail qui assure le suivi du dossier des nouveau-nés. Dans un centre de niveau III, les bébés dont l'état nécessite des soins de niveau II doivent être traités de la façon décrite à la section sur les soins de niveau II. Dès que le soin d'un bébé est confié à un autre médecin, il est indispensable de lui transmettre tous les renseignements essentiels aux soins. Il faut aussi veiller à ce que, lors d'un changement de prise en charge, l'identité du médecin responsable des soins soit clairement déterminée en tout temps.

Le rapport personnel-enfant suggéré pour les médecins et les infirmières ayant une formation pratique avancée (par ex., des infirmières en pratique avancée, des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières spécialisées en néonatalogie) peut varier selon l'infrastructure clinique de l'unité et l'expérience des intervenants. Les lignes directrices ci-dessous sont suggérées. Il faut souligner qu'un intervenant peut être responsable de différentes catégories de patients.

Rapport néonatalogistes-bébés : lignes directrices

Le jour (jusqu'à ce que les plans de soins soient définis et mis en œuvre)

- Bébé dont l'état est instable et nécessite une assistance cardiorespiratoire 1:4
- Bébé dont l'état est stable et nécessite des soins aigus 1:8 à 1:10
- Bébé dont l'état nécessite des soins de niveau II 1:12 à 1:16

La nuit

- Bébé dont l'état est instable et nécessite une assistance cardiorespiratoire 1:4
 - Bébé dont l'état est stable et nécessite des soins aigus 1:12 à 1:16
 - Autres bébés : soins d'urgence selon les besoins
-

Ces recommandations s'appliquent uniquement aux unités de soins intensifs néonataux. La participation à d'autres activités (comme le transport, la présence aux naissances, la formation et la recherche) nécessite des ressources supplémentaires.

Des sous-spécialistes en cardiologie, chirurgie pédiatrique, neurologie et génétique doivent être accessibles en permanence pour consultations. Durant le jour, des sous-spécialistes doivent être accessibles sur place pour des consultations en néphrologie, endocrinologie, gastroentérologie, nutrition, maladies infectieuses, pneumologie, hématologie et autres disciplines. Des sous-spécialistes en chirurgie pédiatrique (par ex., des chirurgiens cardiovasculaires, des neurochirurgiens et des chirurgiens en orthopédie, ophtalmologie, urologie et otolaryngologie) doivent aussi être accessibles pour des consultations et des traitements. Enfin, des médecins compétents pour administrer une anesthésie néonatale et pédiatrique doivent être accessibles au besoin.

Prestation de soins paramédicaux. Des inhalothérapeutes, des technologues médicaux/technologues de laboratoire médical ou des technologues de laboratoire médical attitrés pour la gazométrie sanguine et des techniciens en radiologie doivent se trouver sur place en permanence. Bien qu'il varie en fonction des tâches des inhalothérapeutes, le rapport thérapeutes-bébés lorsque le bébé est branché à un ventilateur doit normalement se situer entre 1:4 et 1:6. Lorsque le nombre de bébés le permet, il est grandement souhaitable que le centre affecte des inhalothérapeutes exclusivement à l'unité des soins intensifs néonataux et aux programmes qui s'y rattachent.

Le centre a aussi besoin du personnel suivant : une diététiste possédant des connaissances en alimentation parentérale et entérale de bébés à risque élevé; des travailleuses sociales pour les mères et les nouveau-nés; des consultantes en lactation/conseillères en allaitement; du personnel de pastorale; un physiothérapeute du développement; des personnes ayant une formation pertinente et de l'aide pour diriger un programme d'éducation permanente sur les soins à la mère et au nouveau-né; un ingénieur compétent en surveillance électronique biomédicale et en pharmacie spécialisée.

Services auxiliaires

Le tableau suivant décrit les exigences en matière de services auxiliaires pour les soins à la mère et au nouveau-né.

	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Laboratoire (micro-technique néonatale)			
Dans la première heure	Hématocrite, glucose, bilirubine totale, analyse d'urine de routine, gaz sanguins	Niveau I, plus : électrolytes, azote uréique, créatinine, études de coagulation, détermination du groupe sanguin et du facteur Rh et programme de dépistage	Niveaux I et II, plus : analyses spéciales du sang et du liquide amniotique
Entre 1 et 6 heures	Formule sanguine complète (FSC) et apparence des plaquettes sur frottis, analyses biochimiques, détermination du groupe sanguin et épreuve de compatibilité sanguine, test de Coombs, frottis bactérien	Niveau I, plus : formule leucocytaire/différentiel, études de coagulation, taux de magnésium, électrolytes et profil biochimique de l'urine, dépistage de l'hépatite B	Niveaux I et II
Entre 24 et 48 heures	Cultures bactériennes et réactions	Niveau I, plus : épreuve fonctionnelle hépatique, dépistage métabolique	Niveaux I et II, plus : analyses spéciales, dont la recherche d'acides aminés et organiques dans le plasma et l'urine
à l'hôpital ou dans les installations disponibles	Culture virale et recherche d'anticorps		
Radiographie et échographie	Techniciens sur appel jour et nuit Appareils portatifs pour radiographie et échographie pour les chambres de naissance et les pouponnières	Techniciens d'expérience en radiologie, accessibles sur-le-champ à l'hôpital (sur appel pour les échographies) Compétences en échographies par effet Doppler Interprétation par un professionnel accessible sur-le-champ Matériel de radiographie portatif Matériel pour échographies : dans les chambres de naissance et dans la pouponnière Matériel pour examens d'urgence : accès permanent pour études génito-urinaires, de l'indice génétique ou du système nerveux central	Tomographie axiale informatisée Matériel pour échographies dans les chambres de naissance et accessible dans l'unité des soins intensifs néonataux Imagerie par résonance magnétique (peut nécessiter le transfert de la cliente)
Échocardiographie		Accessible en semaine, avec interprétation dans les 24 heures	Interprétation dans les six heures, jour et nuit
Banque de sang	Technologistes médicaux/technologues de laboratoire médical sur appel jour et nuit; disponibilité de sang de groupe O, Rh négatif pour les urgences	Technologues d'expérience accessibles sur-le-champ à l'hôpital pour la mise en banque du sang et la recherche d'anticorps inhabituels	Centre de documentation pour le réseau Communication directe avec les chambres de naissance et les pouponnières
Électroencéphalographie		Accessible en semaine, avec interprétation dans les 24 heures	Comme ci-dessus
Pathologie	Nécessité d'une entente préalable avec un autre centre (transfert du bébé ou d'échantillons, sans frais pour le patient)	Pathologiste général accessible tous les jours	Pathologiste pour la mère et le nouveau-né accessible tous les jours

Administration des programmes : niveaux I, II et III

Les responsabilités administratives des intervenants qui participent à la prestation des soins aux mères et aux nouveau-nés doivent être clairement définies. Les services aux mères et aux bébés à risques peuvent être intégrés administrativement ou relever de différentes unités (p. ex., soins à la mère, soins aux nouveau-nés). Chaque service doit avoir une équipe pluridisciplinaire de cliniciens (p. ex., des infirmières, médecins, sages-femmes, consultantes en lactation/conseillères en allaitement, travailleuses sociales et autres professionnels de la santé) chargée d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et les procédures, et de veiller à l'administration générale des soins. Chaque unité doit déterminer les exigences administratives pour toutes les disciplines de la santé. Le personnel de chaque unité peut être composé d'un ou de plusieurs gestionnaires, selon leur expérience.

Dans les unités de soins à la mère et au nouveau-né de niveau II, un obstétricien qui a un intérêt particulier et une formation en médecine fœto-maternelle, un pédiatre avec une formation en médecine néonatale-périnatale et une infirmière avec une formation avancée dans ce domaine doivent collaborer à titre de codirecteurs. Dans les unités de niveau III, un praticien spécialisé en médecine fœto-maternelle, un praticien en médecine néonatale-périnatale et, si possible, deux infirmières (une qui possède des titres de compétence en soins à la mère et au fœtus; l'autre, en soins néonataux) doivent faire partie de l'équipe de gestion. Une unité de soins intensifs néonataux de niveau III située dans un hôpital pour enfants doit être dirigée par une équipe composée de médecins et d'infirmières possédant les compétences administratives et cliniques appropriées. Un spécialiste en médecine néonatale-périnatale et une infirmière spécialisée dans les soins intensifs néonataux doivent faire partie de l'équipe.

Les gestionnaires et les cadres supérieurs doivent œuvrer à la détermination et à l'atteinte des objectifs de l'unité en matière d'assurance de la qualité, d'activités de recherche et de perfectionnement professionnel, notamment des colloques à l'échelle locale, provinciale, territoriale et nationale. Ils doivent aussi inciter leurs collègues à manifester leur appui et à participer aux études et essais locaux et multicentriques.

Politiques et procédures

Il est important de consigner par écrit les politiques et les procédures et de les mettre à jour régulièrement. Tous les membres du personnel doivent pouvoir les consulter. Il faut aussi établir un mécanisme en vue de l'examen régulier de toutes les politiques et procédures, et de leur mise à jour lorsque de nouvelles données le justifient.

Les politiques et les procédures écrites comprennent celles décrites au tableau 2.4, sans toutefois s'y limiter.

Tableau 2.4 Politiques écrites

Il est important de consigner par écrit les politiques relatives aux domaines suivants :

- communications et relations avec la collectivité pour les soins et le soutien à donner aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles;
 - admission des femmes, des bébés et des familles;
 - évaluation et critères relatifs aux congés des femmes et des bébés;
 - orientation vers les ressources communautaires;
 - identification et orientation vers des services appropriés des femmes ou des bébés vivant dans un milieu violent ou potentiellement violent;
 - transfert d'urgence des mères et des bébés, y compris l'obligation de prendre les mesures préliminaires nécessaires avec un établissement de santé qui peut les accueillir en cas d'urgence;
 - réanimation du nouveau-né;
 - soutien à l'allaitement maternel;
 - tenue des dossiers de santé;
 - contrôle des infections et précautions relatives aux dangers biologiques;
 - entreposage des médicaments, y compris ceux pour traitements d'urgence;
 - élaboration d'un système d'information sur les pratiques de sécurité et les produits dangereux utilisés au travail;
 - interventions lors de situations d'urgence impliquant les mères et les nouveau-nés;
 - évaluation et amélioration de la qualité des soins;
 - élaboration d'un plan d'urgence interne, y compris les mesures à prendre en cas d'incendie;
 - politiques relatives au personnel.
-

Dossiers

Les dossiers de santé sont un moyen d'assurer la continuité des soins et de documenter de façon lisible, uniforme, complète et exacte l'information sur la mère et sur le nouveau-né. Ils ont pour but de fournir une information facilement accessible aux intervenants dans le cadre d'un système qui protège la confidentialité, facilite le rangement et la récupération, et prévient les pertes.

La tenue des dossiers de santé doit assurer leur sécurité et la confidentialité des renseignements. Chaque inscription au dossier d'une mère ou d'un nouveau-né doit être datée et signée.

La tenue des dossiers de santé vise les objectifs suivants :

- faciliter la communication;
- concourir à la transmission de renseignements exacts aux différents niveaux de soins (pour la mère et le nouveau-né);
- améliorer l'efficacité des soins sur le plan des résultats et des coûts;
- appuyer les mécanismes d'assurance de la qualité;
- éviter le double emploi dans la collecte de renseignements;
- promouvoir l'échange d'information avec les familles qui peuvent avoir besoin d'aide pour la prise de décisions, l'examen des événements liés à la naissance et la formation.

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada prépare actuellement un système de surveillance périnatale pour la collecte et l'analyse des données. Les dossiers médicaux normalisés relatifs aux soins prodigués aux périodes prénatale, perinatale et néonatale serviront à la fois de documentation pour les soins cliniques et d'instrument pour la collecte de données, permettant ainsi de préserver l'uniformité et d'éviter les chevauchements. (Consulter la description à l'annexe 1.)

Formation et perfectionnement

Le perfectionnement continu en soins aux mères et aux nouveau-nés est essentiel pour permettre de s'ajuster régulièrement aux nouveaux renseignements et aux résultats des travaux de recherche sur les meilleures

pratiques. Les soignants et les parents ont besoin d'occasions d'apprentissage et ils doivent exercer leurs responsabilités à ce sujet. Tout projet éducatif doit tenir compte des différents styles d'apprentissage des participants, du temps qu'ils peuvent consacrer à leur apprentissage, du contenu, des compétences à acquérir et de la disponibilité des ressources financières et humaines.

Éducation en matière de santé à l'intention des femmes et des familles

Puisque les parents participent activement aux décisions relatives aux soins et au style de vie de leur famille, les soignants doivent s'assurer que les femmes et les familles ont les renseignements nécessaires pour prendre des décisions éclairées. Les moyens à leur disposition comprennent des cours prénatals, de la documentation, des livres en librairie, des groupes de soutien communautaires, des services d'écoute téléphonique et du matériel audiovisuel. La télévision, Internet, les traditions culturelles de même que les amis et la famille sont aussi d'autres sources d'information, quoique de qualité plus variable. Les intervenants doivent prendre le temps d'aider les parents non seulement à trouver de bonnes sources d'information, mais aussi à en déterminer la valeur et la signification.

Quels que soient la méthode utilisée et le lieu où il est offert (par exemple en classe, dans un groupe ou au cabinet d'un intervenant), l'enseignement doit s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes et adopter une perspective axée sur l'apprenant. Le tableau 2.5 présente le sommaire de ces principes.

Tableau 2.5 Principes d'apprentissage des adultes

- L'intervenant joue un rôle d'animateur, non d'enseignant.
 - L'animateur met l'accent sur la validité des antécédents et de l'expérience de l'apprenant.
 - L'animateur détermine le contenu conjointement avec l'apprenant, ou selon ce que l'apprenant doit ou désire savoir, afin que le contenu soit pertinent pour l'apprenant.
 - L'animateur détermine le processus (c'est-à-dire comment l'apprenant apprendra) conjointement avec l'apprenant.
 - L'accent est mis sur l'interdépendance dans le contexte de l'apprentissage.
 - L'apprenant se perfectionne dans la mesure où ses besoins d'apprentissage sont satisfaits.
 - L'animateur et l'apprenant acceptent tous deux la responsabilité de la démarche d'apprentissage.
 - L'apprenant participe à tous les aspects de la détermination du contenu et du processus d'apprentissage.
-

Quels que soient le sujet et la stratégie d'apprentissage retenus, les documents conçus ou recommandés doivent tous être conformes à certains principes d'éducation en matière de santé. Ces principes doivent être pris en compte pour toute information fournie aux parents, dont celle menant à un consentement ou visant des fins de recherche. Le tableau 2.6 décrit ces principes.

Tableau 2.6 Principes directeurs pour le matériel éducatif

Lisibilité

L'aisance à assimiler le contenu des textes imprimés varie selon la scolarité, les particularités des diverses populations et leur exposition à l'écrit. Pour les documents publiés à l'intention du grand public, il est souhaitable de viser un niveau de compréhension équivalant à une 5^e année scolaire. Il faut parfois adapter le niveau de difficulté pour certains groupes. La meilleure façon de vérifier la lisibilité d'un texte est de le soumettre à un groupe témoin représentatif de la population cible.

Quantité d'information

Il vaut mieux présenter peu de renseignements à la fois et tenir compte de la nature du document écrit. Plus le contenu est diversifié, plus il est difficile de s'en souvenir. Par exemple, on se souvient moins bien d'une vidéocassette qui couvre tous les aspects de l'allaitement maternel que d'un document qui met l'accent sur un certain aspect pour lequel on a besoin d'une aide ponctuelle. L'information imprimée peut se limiter à un sujet par feuillet ou dépliant.

Uniformité de l'information

Les documents écrits et audiovisuels préparés en collaboration avec des groupes et des organismes communautaires, d'autres établissements et une équipe pluridisciplinaire sont plus susceptibles d'être valides, uniformes et pratiques.

Exactitude de l'information

L'information doit être passée en revue régulièrement et faire l'objet d'un consensus parmi les membres de l'équipe. L'équipe doit adopter un mécanisme pour s'assurer que l'information diffusée et les attitudes représentées reflètent l'état actuel des connaissances, les pratiques en vigueur et la disponibilité des ressources.

Présentation de l'information en temps opportun

Il est essentiel d'évaluer quand et comment donner l'information. Les ouvrages pédagogiques font souvent allusion au concept de « moment opportun » en matière d'apprentissage. De façon idéale, l'intervenant doit être accessible au moment opportun, c'est-à-dire au moment où le besoin d'apprendre est le plus évident.

Documentation et aspects juridiques connexes

Les renseignements relatifs à la formation des femmes et des familles en matière de santé, ou à l'information qu'elles ont obtenue d'autres sources, sont des éléments importants à verser aux dossiers de santé. Il peut être utile de disposer d'un formulaire pour consigner ces renseignements. Il est important également de conserver un exemplaire du matériel éducatif disponible.

Perfectionnement des professionnels de la santé

En règle générale, il incombe à la fois à l'organisme et au professionnel de maintenir les compétences et les habiletés requises. Toutefois, cela devient de plus en plus une responsabilité personnelle. Alors que certains des comportements et des compétences nécessaires sont établis par les associations et les collègues de professionnels, d'autres correspondent aux normes et aux besoins particuliers de l'organisme ou de l'unité de soins. La participation, les réalisations et les objectifs des professionnels en matière de perfectionnement doivent être documentés et faire partie des évaluations annuelles de rendement ou du renouvellement des privilèges.

Les activités de formation et de perfectionnement doivent être de nature pluridisciplinaire et attirer la participation de toutes les personnes concernées, notamment les médecins, les infirmières, les travailleuses sociales, les nutritionnistes, les consultantes en lactation/conseillères en allaitement, les inhalothérapeutes et bien d'autres. Les sujets de formation peuvent découler de la mise en œuvre de nouveaux traitements, de l'évolution des systèmes, de préoccupations cliniques ou de constats de recherche. Il convient de varier les niveaux de formation : à partir des soins à la mère et au nouveau-né fondés sur l'expérience clinique jusqu'aux soins spécialisés aux mères et aux bébés à risques élevés.

Divers moyens permettent de favoriser l'apprentissage : participation de l'apprenant aux visites ou cliniques d'un médecin, ateliers, congrès, trousse d'apprentissage, programmes d'études, télé-enseignement, auto-apprentissage, participation à de nouveaux comités, à de nouveaux projets ou à des travaux de recherche. Pour les régions déterminées en fonction des soins à la mère et au nouveau-né, il faut mettre en place des programmes régionaux qui permettent la coordination des activités d'enseignement de manière à uniformiser l'information et à réduire les chevauchements. En outre, les centres et les organismes ont de plus en plus recours au courriel, aux téléconférences et à Internet.

Les cours de certification, offerts dans la localité ou par télé-enseignement, sont de plus en plus privilégiés pour mettre à jour les compétences et pour satisfaire aux normes de rendement et de compétence.

Évaluation des soins

Dans tous les centres, le personnel affecté aux soins à la mère et au nouveau-né doit fournir des statistiques pertinentes ainsi que les données de base requises pour les études analytiques. En cas de décès de la mère ou du nouveau-né, il faut solliciter l'autorisation de pratiquer une autopsie pour confirmer le diagnostic. Un certificat de décès doit également être rempli pour permettre de déterminer les causes immédiates du décès et les principaux facteurs antécédents.

L'évaluation des soins requiert une documentation précise des démarches et des indicateurs de résultats relatifs à la qualité des soins, de même qu'une étude et une analyse minutieuses de l'information.

On considère souvent que l'évaluation des soins à la mère et au nouveau-né relève des organismes régionaux et nationaux. Toutefois, chaque unité et chaque intervenant doivent participer à l'évaluation pour déterminer dans quelle mesure les mères, les bébés et les familles ont bénéficié de soins accessibles, adéquats et abordables. C'est au comité pluridisciplinaire des soins à la mère ou au nouveau-né que revient cette fonction.

L'évaluation des soins touche les points suivants, sans toutefois s'y limiter :

- l'amélioration continue de la qualité, y compris la rétroaction et les activités de vérification;
- les politiques et les procédures qui tiennent compte de l'état actuel des connaissances et sont examinées régulièrement;
- le perfectionnement de tout le personnel, y compris l'auto-apprentissage;
- l'évaluation des résultats, y compris au moins un examen des cas de mortalité des mères et nouveau-nés, des principaux cas de morbidité et des incidents significatifs;
- l'utilisation des services hospitaliers;
- l'évaluation de l'intégration de la mère et du nouveau-né dans la collectivité, y compris le soutien à l'allaitement maternel.

L'évaluation des soins peut prendre plusieurs formes :

- un examen des incidents de mortalité et de morbidité;
- des commentaires et observations de la part des clients;
- des analyses épidémiologiques des problèmes et des résultats;
- une évaluation des méthodes d'exploration et des traitements usuels;

- une enquête sur les mécanismes en cause dans la maladie ou la prévention;
- des études sur la formation et l'apprentissage (y compris les activités pour les parents);
- des études sur l'utilisation des ressources.

Tous les organismes et toutes les unités doivent établir une politique écrite qui englobe, notamment, les méthodes d'évaluation courantes et un mécanisme facilitant l'approbation de nouvelles méthodes avant usage.

Évaluation des technologies, des politiques et des traitements existants ou nouveaux

Les travaux de recherche portant sur les technologies et les traitements existants ou nouveaux sont fortement encouragés. Tous les centres et tous les intervenants doivent contribuer à cette évaluation. Une collaboration polyvalente entre les centres et les organismes met à contribution les compétences d'un grand nombre d'intervenants; elle renforce également les buts, les relations ainsi que l'uniformité des pratiques du réseau de soins à la mère et au nouveau-né.

Avant d'adopter une nouvelle technique ou un nouveau traitement, ou de modifier une politique ou une pratique, les intervenants doivent se poser les questions suivantes :

Points à considérer avant de réaliser des changements

- L'évaluation des risques et des avantages s'appuie-t-elle sur des preuves scientifiques concluantes?
 - Est-il nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse du traitement ou de la politique avant de procéder à sa mise en œuvre complète?
 - Quelle est la nature du problème pour lequel un changement est envisagé?
 - Serait-il utile de demander l'avis des consommateurs?
 - Faut-il tenir compte de facteurs liés à la conformité aux normes, à l'enseignement et aux coûts à courte et longue échéances?
 - Quels résultats faut-il surveiller pour mesurer le changement prévu?
 - Comment les résultats seront-ils utilisés et diffusés au personnel de l'organisme ou de l'unité, dans la région et ailleurs?
-

Comme les répercussions des soins fournis à la mère et au nouveau-né s'échelonnent sur bien des années, tous les gestionnaires de programmes doivent continuer d'évaluer et d'améliorer les soins prodigués aux nouveau-nés et aux familles. En tant que partie intégrante des services à la mère et au nouveau-né, les programmes d'évaluation et d'amélioration de la qualité doivent faire partie du cadre général de l'administration et du financement.

Bibliographie

ALBERTA HEALTH. *Review of Province-wide Health Services in Alberta: Report of the Review Team*, Edmonton, Alberta Health, Health Services Review Team, 1996.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Guidelines for Perinatal Care*, 4^e éd., Washington, chez l'auteur, 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Réanimation néonatale*. Traduction par le Groupe de travail québécois, Fondation des maladies du cœur du Québec, 1999.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Obstetric care: policy statement », *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal*, vol. 150 (1994), p.760A.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Plan directeur de l'examen de certification en soins infirmiers en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification Examination*.

BLAIS, R., et coll. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec : Rapport final*, Montréal, Université de Montréal, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM. *Guidelines for Perinatal Care*, Vancouver, chez l'auteur, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM. *Intermediate Perinatal Care Task Force Report*, Vancouver, chez l'auteur, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MACFARLANE. *Where to Be Born? The Debate and the Evidence*, 2^e éd., Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MACFARLANE. « Place of delivery: a review », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, n° 7 (1986), p. 675-683.

COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. *The Mother-friendly Childbirth Initiative*, Washington (DC), chez l'auteur, 1996.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU MANITOBA. *Recommended Standards for Hospital Resources, Maternal and Newborn Care*, Winnipeg, College of Physicians and Surgeons of Manitoba, 1994.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ALBERTA. *Basic Obstetrics in Alberta Hospitals Providing Level 1 Obstetrical Care*, Edmonton, chez l'auteur, 1993.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. *Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, gouvernement du Québec, août 1999.

DELORME, H. *Bienvenue au service de néonatalogie*. Service des publications, Direction de l'enseignement, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1994.

EBERTS, M.A. *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*. Toronto: Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, 1987.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU QUÉBEC. *Il ne faut que quatre heures pour apprendre à sauver une vie!*, chez l'auteur, février 1998.

HAGAN, L. «Éducation pour la santé», *L'Infirmière du Québec*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, janvier-février 1996.

HANSON, J.L., B.H. JOHNSON, E.S. JEPPSON, J. THOMAS et J.H. HALL. *Hospitals Moving Forward with Family-centered Care*, Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 1994.

HODNETT, E.D. «Alternative versus conventional delivery settings», dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, en ligne et sur CD ROM, mise à jour le 2 décembre 1997), Oxford, Le Centre de collaboration Cochrane; 1^{re} parution, mise à jour du logiciel : 1998. Mise à jour trimestrielle.

HOFF, G.A., et L.J. SCHNEIDERMAN. «Having babies at home: Is it safe? Is it ethical?», *Hastings Center Report*, vol. 15, n° 6 (1985), p. 19-27.

IGLESIAS, S., S.C.N. GRZYBOWSKI, M.C. KLEIN, G.P. GAGNÉ et A. LALONDE. «Rural obstetrics. Joint position paper on rural maternity care», *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 3 (1998), p. 75.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION (ICEA). *Planning Comprehensive Maternal and Newborn Services for the Childbearing Years*, Minneapolis, chez l'auteur, 1985.

JOHNSON, B.H., E.S. JEPPSON et L. REDBURN. *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Bethesda (MD), Association for the Care of Children's Health, 1992.

MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. *Toward Improving the Outcome of Pregnancy*, Willkes-Barre (PA), chez l'auteur, 1993.

MATERNAL-NEWBORN AND CHILD STEERING COMMITTEE: METROPOLITAN TORONTO DISTRICT HEALTH COUNCIL. *Taking the Next Steps: Regionalizing Maternal-Newborn and Child Health Services in Metro Toronto*, Toronto, chez l'auteur, 1994.

MIDWIFERY IMPLEMENTATION COUNCIL. *The Midwifery Model of Practice in Manitoba*, Winnipeg, Manitoba Health, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Accoucher avec une sage-femme à la maison de naissances*, dépliant, chez l'auteur, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. *Étude sur les services hospitaliers à la mère et au nouveau-né en Ontario*, Toronto, Bureau de la santé de la femme, ministère de la Santé de l'Ontario, 1993.

NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.). *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, en ligne et sur CD-ROM; mise à jour le 2 décembre 1997),

Oxford, Le Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, mise à jour du logiciel : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NOVA SCOTIA HEALTH AND REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Provincial Guidelines for Perinatal Health Care*, Halifax, chez l'auteur, 1996.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Directives concernant le lieu d'accouchement prévu*, Toronto, chez l'auteur, 1994a.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Règlements, normes, politiques, lignes directrices*, Toronto, chez l'auteur, 1994b.

PHILLIPS, C. *Family-Centered Maternity Care*. Minneapolis, International Childbirth Education Association, 1994.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Perinatal Practice Guidelines*, Perinatal Education Program of Eastern Ontario, 1997.

REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Reproductive Care Manual*, Halifax, chez l'auteur, 1992.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part III. Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 6 (1992), p. 361-397.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part II. Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 5 (1992), p. 301-330.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part I. Methodology and prenatal care and referrals », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 4 (1992), p. 222-253.

SANTÉ CANADA. [TUDIVER, S., et M. HALL.] *Les femmes et la prestation des services de santé au Canada*. Documents de conférences, s.d., site Internet, Santé Canada.

SANTÉ CANADA et INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services, 1995.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied : directives pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, chez l'auteur, 1998. Aussi publié en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

TEW, M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*, Londres (Royaume-Uni), Chapman and Hall, 1990.

TUDIVER, S., et M. HALL. *Les femmes et la prestation des services de santé au Canada*, documents de conférence, s.d., site Internet, Santé Canada.

Autres ressources

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Plan directeur de l'examen de certification en soins infirmiers en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification Examination*, Canadian Nurses Association.

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC — PAVILLON SAINT-SACREMENT. Profil d'enseignement pour la mère qui vient d'accoucher, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

HAGAN, L. «Éducation pour la santé», *L'Infirmière du Québec*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, janvier-février 1996.

HÔPITAL MONTFORT. *Réquisitions pour épreuves de laboratoire*, Ottawa, 1999.

MAILLET, R., J.-P. SCHAAL et C. COLETTE. «La dystocie des épaules», Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SNGOF), site Internet, 1999.

ANNEXE 1

Le Système canadien de surveillance périnatale

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par Santé Canada pour améliorer la capacité de surveillance nationale en matière de santé. Mis en œuvre par le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), le SCSP est un programme national continu de surveillance de la santé qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants en bas âge au Canada. Le SCSP est administré par un comité directeur multisectoriel et pluridisciplinaire, qui donne au Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant des directives concernant le perfectionnement et l'exploitation du Système. Les membres du Comité directeur sont des spécialistes représentant des associations nationales de professionnels de la santé, des représentants des pouvoirs publics provinciaux et territoriaux, de groupes d'intérêt ou de défense des consommateurs et de ministères du gouvernement fédéral ainsi que des spécialistes canadiens et internationaux en santé périnatale et en épidémiologie.

Le SCSP est fondé sur le concept selon lequel la surveillance de la santé est un processus systématique et continu qui offre de l'information à jour et pertinente sur les tendances et les caractéristiques de l'état de santé d'une population de même que sur les facteurs qui influent sur cet état de santé. La surveillance est assurée en quatre étapes, soit la collecte de données, leur analyse spécialisée et leur interprétation, et l'intervention (communication d'information en vue de l'adoption de mesures).

Le SCSP a pour but de recueillir et d'analyser des données sur toutes les grossesses recensées, peu importe leur issue — interruption de grossesse, grossesse extra-utérine, mortinaissance ou naissance vivante — ainsi que sur la santé du nourrisson pendant sa première année de vie. Actuellement, le SCSP utilise les données provenant de plusieurs sources (principalement administratives) comme les statistiques nationales de l'état civil et les données sur l'hospitalisation. Ces données sont analysées en collaboration avec les partenaires de la surveillance de la santé périnatale.

Le volet intervention du SCSP prévoit la communication de l'information qui appuiera l'adoption de mesures visant l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des soins cliniques et guidera l'élaboration de politiques de

santé publique et de programmes touchant la santé de la mère et de l'enfant en bas âge. Les mécanismes et véhicules de diffusion de l'information varient selon le public visé (décideurs, fournisseurs de soins de santé, grand public, chercheurs) et englobent des feuillets d'information, des publications approuvées par des pairs et le Web.

Le SCSP a établi des objectifs à court, à moyen et à long terme. À court et à moyen terme, le SCSP :

- continuera d'analyser et de présenter les données nationales existantes sur la santé périnatale : les statistiques de l'état civil, les données sur l'hospitalisation et les enquêtes nationales (p. ex., l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes). Il fait appel à un ensemble d'indicateurs nationaux de la santé périnatale;
- travaillera en collaboration avec des partenaires à la normalisation des définitions des variables de la santé périnatale au pays et proposera l'ajout de variables clés aux bases de données existantes;
- renforcera et intensifiera la surveillance dans les secteurs prioritaires, à savoir (1) les anomalies congénitales et (2) les connaissances des femmes, leurs perspectives, leurs pratiques et leurs expériences pendant la grossesse, à la naissance et en tant que parents.

L'objectif à long terme du SCSP est de concevoir une base de données nationales complète en matière de périnatalité grâce au transfert électronique de données extraites de l'enregistrement des données de l'état civil ou obtenues auprès des services hospitaliers et des services communautaires.

Si vous souhaitez de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Système canadien de surveillance périnatale

Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant

DGPS, immeuble 7, indice de l'adresse 0701D

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Courriel : CPSS@hc-sc.gc.ca

Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/brch/reprodf.html>

ANNEXE 2

Interprétation des codes CIM-9 et CIM-10, et diagnostic de l'asphyxie

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié des instructions de codage⁸ en matière d'asphyxie fœtale à l'intention des travailleurs canadiens de la santé. Les instructions de l'ICIS sont fondées sur les recommandations relatives à l'asphyxie fœtale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Le diagnostic d'asphyxie fœtale doit s'appuyer sur la détection d'une anomalie de l'équilibre acidobasique, détection effectuée au moyen d'un prélèvement sanguin au niveau du cordon fœtal in utero (cordocentèse), de l'analyse d'un échantillon de sang du cuir chevelu du fœtus durant le travail et de l'analyse du pH et de la pCO₂ du sang prélevé du cordon ombilical à la naissance. En l'absence de cette évaluation, on ne peut poser le diagnostic d'asphyxie fœtale.

Aucun des signes suivants pris isolément ou conjugué ne peut contribuer à poser un diagnostic d'asphyxie : indice d'Apgar faible, bradycardie fœtale, variations de la fréquence cardiaque fœtale, tachycardie fœtale, fréquence cardiaque fœtale non rassurante, méconium. Les travailleurs de la santé ne doivent parler « d'asphyxie » néonatale que s'il y a présence clinique d'acidémie, d'hypoxémie et d'acidose métabolique préjudiciables. Le diagnostic d'asphyxie à la naissance doit s'appuyer sur les critères suivants :

- acidémie métabolique profonde ou mixte, pH du sang du cordon sous 7,0;
- indice d'Apgar coté de 0 à 3 et qui se maintient pour au moins cinq minutes;
- présence de séquelles neurologiques néonatales (par ex., les convulsions, le coma et l'hypotonie, ainsi qu'une ou plusieurs des dysfonctions systémiques suivantes : cardiovasculaire, gastro-intestinale, hématologique, pulmonaire ou rénale.)

La SOGC et le ACOG recommandent que tous ces critères soient présents avant qu'un diagnostic d'asphyxie soit porté au dossier.

8. CIM-9 et CIM-10, dans le titre de l'annexe, sont des acronymes représentant les neuvième et dixième révisions de la Classification internationale des maladies.