

ALGORITHME TRANSFERT INTER-HOSPITALIER CLIENTÈLE OBSTÉTRIQUE EN CAS DE DÉBOURDEMENT OU DE RUPTURE DE SERVICE (INFIRMIER OU MÉDICAL) AU CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Transferts en cas de débordement ou de rupture de service :

Les modalités de transfert seront appliquées suite à l'évaluation de la situation actuelle (voir encadré) entre les ASI, les gestionnaires (incluant les coordonnateurs d'activités) et les gynécologues/omnipraticiens accoucheurs sur la décision ou non d'effectuer les transferts. Le transfert vers un autre centre hospitalier doit être évalué en fonction d'où il est possible de transférer la parturiente selon son état clinique, le niveau de soins requis (parturiente et bébé), la situation actuelle dans les autres centres hospitaliers, les ressources infirmières disponibles et la couverture médicale. Dans toutes les situations où un milieu est à risque de transférer des patientes, le coordonnateur du site affecté doit s'enquérir préventivement de la situation d'occupation au CHUL.

Évaluation de la situation actuelle

Les hôpitaux concernés évalueront le transfert en lien avec la charge de travail déjà présente sur l'unité des naissances :

- 1- Le nombre de parturientes en salle d'accouchement;
- 2- Le nombre de nouveau-nés en soins intermédiaires;
- 3- Le nombre d'effectifs infirmiers;
- 4- La disponibilité des équipements médicaux;
- 5- S'assurer d'avoir appliqué le plan de contingence;
- 6- La couverture médicale disponible au centre receveur;
- 7- L'adéquation entre le niveau de soins requis de la patiente et ceux dispensés au centre receveur.

Niveau de soins et coordonnées :

HÔPITAL DE SAINT-GEORGES (clientèle obstétricale 34 semaines – niveau de soins 2A) 418 228-2031, poste 34000
 HÔPITAL DE MONTMAGNY (clientèle obstétricale 36 semaines – niveau de soins 1A) 418 248-0630, poste 2265
 HÔPITAL DE THETFORD (clientèle obstétricale 36 semaines – niveau de soins 1A) 418 338-7777, poste 54040
 HÔPITAL DE LÉVIS (clientèle obstétricale 32 semaines – niveau de soins 2B) 418 835-7121, poste 17164
 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITÉ LAVAL (clientèle obstétricale 24 semaines – niveau de soins 3) 418 525-5444, poste 72600
 Centre coordination en périnatalité du Québec (CCPQ) 1-877-675-4993

Appel de la cliente qui présente des symptômes nécessitant une évaluation ou des conseils à l'unité d'obstétrique prévue pour son accouchement. Évaluation par l'infirmière. Si besoin d'une consultation par le médecin :

Évaluation à l'unité d'obstétrique prévue pour l'accouchement par l'omnipraticien-accoucheur ou l'obstétricien-gynécologue de garde ou exceptionnellement par téléphone par l'omnipraticien accoucheur de garde (si absence de gynécologue ou de chirurgien pouvant faire des césariennes sur place) de la cliente.

Transfert possible à la suite de l'évaluation du médecin ?

OUI

NON

- Déterminer le niveau de soins requis par la cliente pour déterminer le ou les hôpitaux receveurs.
- L'ASI/le coordo ou le gestionnaire contacte les centres potentiels pour déterminer leur capacité d'accueil.

Admission et prise en charge de la cliente sur place.

Place disponible dans un autre centre hospitalier ?

OUI

NON

- Le médecin est avisé de la disponibilité et de l'endroit possible du transfert.
- Il avise la cliente du transfert et le confirme à l'ASI.
- Communication et transfert entre les médecins (celui qui transfère et celui qui recevra la cliente dans l'autre centre).
- Rapport de l'ASI du centre de départ à l'ASI du centre receveur.
- Appel au service ambulancier pour transfert.
- L'ASI avise le centre receveur de l'heure de départ de la cliente. Si retard, recontacter le centre receveur pour l'aviser de l'avancement du travail de la parturiente après réévaluation médicale si nécessaire et valider si la place est toujours disponible.

Contactez le CHUL afin de vérifier la capacité, si impossible, contactez le CCPQ pour demande le transfert ou
 Cliente demeure sur place pour son accouchement si aucune place disponible ou si c'est la décision du CCPQ

Transfert vers un autre centre hospitalier

Il est obligatoire de faxer le suivi de grossesse au centre receveur au moment du transfert téléphonique

(Feuilles obstétricales et résultats de labo/échographie)

GESTION DES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Rupture ou diminution de service dû au manque d'infirmières avec compétences obstétriques

- Dans le cas d'une diminution de service, occasionnée par le manque de personnel infirmier ayant la compétence requise sur l'unité, le plan de contingence doit être appliqué. (Voir le plan en annexe 1).
- Si des transferts sont nécessaires et qu'un corridor de transfert doit être initié vers un autre centre hospitalier en urgence, les modalités du présent algorithme de débordement/rupture s'appliquent.

Advenant que malgré l'application du plan de contingence, la diminution de service se maintienne, il revient à la direction du programme jeunesse d'assurer la coordination rapide de la situation auprès de toutes les directions concernées pour établir un plan d'action et de communication.

Rupture ou diminution de service en l'absence d'un omnipraticien-accoucheur

- Dans le cas d'une rupture ou diminution de service occasionnée par l'absence de l'omnipraticien-accoucheur, celui-ci ou le groupe d'omnipraticiens-accoucheurs désigne un remplaçant, ou le gynécologue de garde prend le relais.
- En l'absence d'un omnipraticien-accoucheur, s'assurer qu'un omnipraticien ou un pédiatre prend en charge le nouveau-né.
- La situation est à réévaluer dans un délai de 24 à 48 heures.
- Si la rupture ou la diminution de service se maintient, le présent algorithme est appliqué.

Rupture de service en l'absence d'un gynécologue

- Dans le cas d'une absence d'un gynécologue, celui-ci ou le chef de département désigne un remplaçant.
- Dans le cas d'une rupture de service occasionnée par l'absence d'un gynécologue de garde (pouvant se déplacer au centre hospitalier) et en l'absence d'un chirurgien ayant la compétence pour procéder à des césariennes d'urgence. Le département d'obstétrique doit être considéré fermé. Aucun accouchement ne peut y avoir lieu, sauf en cas d'extrême urgence.

1. La parturiente appelle à la maternité prévue pour accouchement. L'infirmière effectue son évaluation selon l'échelle de triage obstétricale :
 - a. Si la situation clinique permet clairement un transfert vers un autre centre, aviser l'omnipraticien de garde pour consultation téléphonique avec parturiente et transfert éventuel de médecin à médecin vers le centre receveur (se référer au présent algorithme);
 - b. Si la situation clinique demeure ambiguë (par exemple : phase de latence, légère perte de liquide, etc.), la parturiente est avisée de se présenter à l'UME prévue pour son accouchement pour évaluation sur place.
2. **Tout transfert doit obligatoirement se faire de médecin à médecin**, et ce, même lors d'une évaluation téléphonique.

Précision : l'évaluation téléphonique par le médecin est une option à considérer selon la situation clinique précise (raison de consultation, distance de la parturiente de l'hôpital, conditions climatiques), et ce, seulement si l'unité mère-enfant visée est en fermeture de service et non seulement en réduction de service.

Mesures à appliquer advenant une rupture partielle ou totale du service :

- Remettre à la parturiente une copie papier du dossier obstétrical et demander de l'apporter avec elle pour toute consultation ou lors de l'accouchement;
- Informer à l'avance les parturientes que le centre hospitalier prévu est en fermeture partielle ou totale de service. Leur demander de téléphoner plus précocement au centre hospitalier prévu pour une évaluation par l'infirmière;
- Faxer au centre désigné receveur le dossier de l'usagère lors du transfert.

Trajectoire pour la clientèle suivie par une sage-femme

En cas d'incapacité du centre de Lévis ou de Beauce de recevoir un transfert de responsabilité de la clientèle sage-femme, appliquer la trajectoire de transfert sage-femme (voir annexe 2). En résumé :

- La sage-femme contacte le médecin de garde du centre receveur habituel.
- Le médecin/gynécologue évalue la situation. Si urgence, il accueille la cliente. Si pas d'urgence, le médecin de garde, après vérification, demandera à la sage-femme de contacter une unité d'accouchement prête à accueillir la patiente.

Approuvée par M^{me} Marie-Josée Larocque, responsable du service sage-femme de Chaudière-Appalaches le 24 novembre 2021

Communications

- Aviser les gestionnaires et les équipes concernés de la rupture.
- Aviser les coordonnateurs d'activités des centres hospitaliers.
- Aviser les urgences au besoin.
- S'assurer, lorsque la situation est prévisible, de communiquer avec les parturientes à l'avance et l'inscrire au dossier.
- S'assurer que les documents soient disponibles à tous les acteurs impliqués.
- S'assurer d'animer les trajectoires auprès des équipes cliniques.

Approuvé par D^r Martin Arata, président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens en date du 22 décembre 2021

Approuvé par M^{me} Liliane Bernier, directrice des soins infirmiers en date du 20 décembre 2021

Approuvé par D^r Jean-Pierre Gennaoui, chef médical du département d'obstétrique en date du 21 décembre 2021

Approuvé par D^{re} Monique St-Pierre, directrice des services professionnels en date du 20 décembre 2021

Approuvé par M^{me} Claudine Wilson, directrice du programme jeunesse en date du 22 décembre 2021

Annexe 1

Niveaux de soins

Niveaux de soins des unités d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie

Installations	Niveaux de soins		
	Obstétrique	Néonatalogie	Pédiatrie
Hôtel-Dieu de Lévis	2B	2B	2B
Hôpital de Saint-Georges	2A	2A	2B
Hôpital de Thetford Mines	1A	1A	1
Hôpital de Montmagny	1A	1A	1

Niveaux de soins obstétricaux

Déclaration de principes :

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

Niveau OB IA en maison de naissance et dispensaire :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins hospitalier en situation d'urgence
3. Clientèle visée : Grossesse unique de 36 semaines et plus chez des femmes en santé, dont la grossesse se déroule normalement et dont la condition ne fait pas l'objet d'une exclusion selon le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin¹
4. Pas de salle d'opération sur place
5. Niveau 1A en néonatalogie

Niveau OB IA en centre hospitalier:

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

¹ Il n'y a pas de consensus au sein de la TSME sur la pratique sécuritaire des accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) en maison de naissance.

Niveau OB IB :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins chirurgicaux en situation d'urgence
3. Clientèle visée
 - a. Grossesse unique de 34 semaines² et plus sans complication maternelle ou fœtale anticipée pouvant nécessiter des soins particuliers ou spécialisés dans la période périnatale
 - b. Possibilité dans certaines régions de gérer certains facteurs de risque ou complications maternelles/fœtales légères et jugés sécuritaires par une équipe de consultants en obstétrique-gynécologie- et/ou MFM au préalable
4. Salle d'opération sur place
5. Niveau 1B ou 2A en néonatalogie

Niveau OB IIA :

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

Niveau OB IIB :

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

² La décision de transférer ou non une femme enceinte de 34 ou 35 semaines de grossesse doit être prise au cas par cas selon les critères de modulation cités plus haut.

Niveau OB III :

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

Niveaux de soins en néonatalogie

PREAMBULE SUR LA MISE A JOUR DE LA CATEGORISATION DES NIVEAUX DE SOINS NEONATAUX

La révision de la catégorisation des niveaux de soins s'est faite sous l'initiative de l'Association des pédiatres du Québec (APQ) et de la Société des néonatalogistes du Québec (SNQ) dont des représentants ont travaillé au sein d'un groupe de travail de la Table sectorielle mère-enfant des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Cette révision des niveaux de soins inclut maintenant des critères pour les retours aux centres référents de nouveau-nés transférés ou nés de mères transférées dans un centre spécialisé.

PREMISSSES GENERALES

Quel que soit le niveau de soin, toutes les unités où se font des accouchements devraient être en mesure de réanimer et de stabiliser un nouveau-né le requérant, avec la capacité de procéder aux techniques néonatales d'urgence requises. Les médecins, les sages-femmes, les inhalothérapeutes et les infirmières s'occupant des nouveau-nés devraient être à jour dans leur formation en réanimation néonatale. Lors d'un accouchement, il devrait toujours y avoir une personne sur place qui a reçu la formation en réanimation néonatale. Toutefois, en présence de facteurs de risque, au moins deux personnes (incluant le médecin accoucheur ou la sage-femme) doivent être disponibles pour la prise en charge du nouveau-né.

Certains facteurs de grossesse à risque devraient être pris en considération pour justifier un transfert de la mère ou du nouveau-né dans un centre de niveau plus élevé : une grossesse multiple, une pathologie maternelle affectant le fœtus (par exemple la prééclampsie ou l'éclampsie) et nécessitant des soins intensifs adultes pour la mère et des soins intensifs pour le nouveau-né, retard de croissance intra-utérin important, etc.

Le critère de poids à l'admission doit être interprété avec discernement, car il est difficile de prévoir avec précision le poids d'un enfant à naître, et il serait inapproprié de transférer dans un autre centre un enfant stable pour lequel il manquerait quelques grammes. Les transferts à rebours concernent des enfants stables, les critères d'âge gestationnel et de poids sont donc moins stricts que pour les bébés nés dans le centre en question.

Tous les centres devraient procéder à l'évaluation de l'acte de façon rigoureuse pour leurs cas de nouveau-nés ventilés ou avec complications et impliquer les néonatalogistes de leur RUIS.

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

Dre Pascale Hamel, pédiatre CISSS de Laval, présidente de l'APQ

Dr Pierre-Claude Poulin, pédiatre CISSS de Chaudière-Appalaches, secrétaire de l'APQ

Dre Audrey Lafontaine, pédiatre CISSS de l'Outaouais, membre du Conseil d'administration (CA) de l'APQ

Dr Daniel Faucher, pédiatre néonatalogiste Centre universitaire de santé McGill, membre du CA de l'APQ

Dr Romain Mandel, pédiatre néonatalogiste CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, président de la SNQ

Dr Christian Lachance, pédiatre néonatalogiste Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, trésorier de la SNQ

Dre Geneviève Piuze, pédiatre néonatalogiste CHU de Québec- Université Laval, vice-présidente de la SNQ

Dr Bruno Piedboeuf, pédiatre néonatalogiste CHU de Québec- Université Laval, président de la Table sectorielle mère-enfant des RUIS

CATEGORISATION DES NIVEAUX DE SOINS NEONATAUX

Niveau 1A : 36 semaines et plus et 2 500 g et plus

Critères généraux:

- Soins de base pour nouveau-nés normaux de 36 semaines et plus
- Monitoring cardio-respiratoire ou saturation disponible pour monitoring de court terme
- Photothérapie¹

Critères de consultation et transfert² :

- Les bébés présentant des pathologies sont transférés
- Les bébés de 36^{0/7} à 36^{6/7} semaines doivent faire l'objet d'une consultation téléphonique auprès du centre référant

Niveau 1B : 34 semaines et plus et 1800 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 1A :

- Monitoring cardio-respiratoire ou saturation disponible pour monitoring de moyen terme
- Soluté de courte durée
- Antibiothérapie < 72 heures à moins de discussion et entente avec un pédiatre/néonatalogiste
- Possibilité de gavage, selon expertise locale

Critères de retour :

- En l'absence de niveau 2A ou 2B dans le centre intégré de santé et de services sociaux ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS/CIUSSS), il est suggéré que certains niveaux 1B développent l'expertise pour accueillir des bébés nécessitant des compléments en gavage et un monitoring cardiorespiratoire pour des événements rares, mais persistants

¹ La photothérapie n'est pas offerte en maison de naissance.

² Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin, découlant de la Loi sur les sages-femmes, prévoit une consultation obligatoire pour un accouchement entre 34^{0/7} et 36^{6/7} semaines et un transfert obligatoire pour un travail débutant avant 34 semaines. Pour un nouveau-né de moins de 37 semaines, une consultation est requise et un transfert est obligatoire lorsque le nouveau-né a moins de 36 semaines.

Niveau 2A : 34 semaines et plus et 1 800 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 1B : Couverture de garde par une équipe de pédiatres

- Gavage
- Cathéter veineux ombilical
- Capacité d'installer et de maintenir une voie intraveineuse (i.v.) en périphérie
- Capacité de faire des ponctions lombaires
- Antibiothérapie pour 7 à 10 jours
- Administration de caféine i.v. ou *per os*
- Surfactant avant transfert (peut être donné par l'équipe de transfert si le centre n'a pas l'expertise pour le faire)
- Monitoring cardiorespiratoire, saturation disponible pour du long terme
- Support respiratoire pour détresses respiratoires légères, tel qu'une lunette nasale de moins de 2L/min. Cependant, certains centres de niveau 2A peuvent utiliser une lunette nasale à haut débit (LNHD) de plus de 2L/min ou d'autres technologies permettant de maintenir une ventilation en pression positive continue (CPAP) pour supporter des détresses respiratoires légères³

Critères de consultation et transfert :

- Les pédiatres des centres de niveau 2A devraient consulter les pédiatres de leur centre 2B ou un néonatalogiste de leur RUIS lorsque, sous ventilation non invasive (CPAP ou LNHD à plus de 2L/min), les nouveau-nés nécessitent plus de 30 % d'oxygène ou après 24 heures d'utilisation

Critères de retour :

- Prématurés de plus de 33 semaines d'âge corrigé et de plus de 1 500 g au moment du transfert
- Prématurés stables sur le plan cardiorespiratoire, mais pouvant présenter des apnées bradycardies nécessitant de la caféine et un monitoring cardiorespiratoire, mais pas de support respiratoire
- Prématurés ou nouveau-nés à terme avec alimentation entérale complète, bien tolérée, mais pouvant nécessiter des compléments en gavage
- En l'absence de niveau 2B dans le CISSS, il est suggéré que l'établissement se donne les moyens d'organiser le suivi ophtalmologique pour le dépistage des rétinopathies chez les bébés à faible risque ou le suivi de rétinopathies du prématuré en régression

³ Nécessite la présence d'un inhalothérapeute sur place si un bébé sous ventilation non invasive, d'un technicien en radiologie présent dans l'hôpital 24 h sur 24 et d'une équipe de pédiatres disponibles en tout temps.

Niveau 2B : 32 semaines et plus et 1 500 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 2A :

- Support respiratoire pour détresses respiratoires légères à modérées (bébés présentant une tachypnée transitoire et une membrane hyaline légère) incluant de la ventilation non invasive

Critères de consultation et transfert :

- Les pédiatres des centres de niveau 2B devraient consulter un néonatalogiste de leur RUIS lorsque, sous ventilation non invasive (CPAP ou LNHD à plus de 2L/min), les nouveau-nés nécessitent plus de 35 % d'oxygène ou après 48 heures d'utilisation à moins que les apnées soient la seule indication du support respiratoire
- Les nouveau-nés nécessitant drainage thoracique, hyperalimentation parentérale, ventilation par tube endotrachéal, cathéter artériel ombilical, installation d'un picc-line, méningite, convulsions, chirurgie ou exigeant la consultation d'un pédiatre en sur ou sous spécialité, devraient être dirigés vers un centre de niveau 3 A, B ou C en fonction de sa pathologie, à moins d'une entente avec le néonatalogiste du centre référant

Critères de retour :

- Prématurés de plus de 32 semaines⁴ d'âge corrigé et de plus de 1250 g au moment du transfert
- Prématurés stables sur le plan cardiorespiratoire, mais pouvant présenter des apnées bradycardies nécessitant de la caféine, un monitoring cardiorespiratoire et un support respiratoire non invasif (pression de support sans fréquence)
- Prématurés présentant une maladie pulmonaire chronique stable nécessitant de l'oxygène en continu à moins de 0,5L/min
- Prématurés ou nouveau-nés à terme avec alimentation entérale complète, bien tolérée, en gavage ou en boire
- Être en mesure de faire le suivi ophtalmologique pour le dépistage des rétinopathies chez les bébés à faible risque ou le suivi de rétinopathies du prématuré en régression

En région éloignée :

- Les prématurés de 32 et 33 semaines peuvent être gardés s'ils ne présentent pas un retard de croissance intra-utérin (inférieur au 10^e percentile), s'ils n'ont pas d'intolérance digestive (qui bénéficierait de l'installation d'une voie centrale de façon précoce) ou d'autres complications. Une communication avec le centre de référence de niveau 3 est fortement suggérée
- Les centres situés à plus de 2 heures de leur centre de référence de niveau 3, doivent être en mesure d'assurer une plus grande autonomie dans la prise en charge du nouveau-né. Ils pourront donc :
 - Offrir une alimentation parentérale de courte durée (moins de 7 jours)
 - Garder des nouveau-nés avec détresse respiratoire légère à modérée nécessitant une ventilation endotrachéale de courte durée :
 - Si la réponse au surfactant exogène est rapide, les besoins en oxygène sont inférieurs à 35 % d'oxygène et la ventilation est de moins de 24 heures, alors il est recommandé que le cas soit discuté avec le néonatalogiste du centre référant
 - Si la réponse au surfactant exogène est non satisfaisante, que les besoins en oxygène sont supérieurs à 35 % pour une période soutenue ou qu'il n'est pas possible d'extuber le patient en moins de 24 heures, alors une consultation du néonatalogiste du centre référant en vue d'un transfert devrait être faite

⁴ Le critère d'âge gestationnel au retour doit être interprété avec discernement. Un nouveau-né n'ayant pas complété sa 32^e semaine d'âge corrigé (31^{0/7} à 31^{6/7}) pourrait être transféré s'il répond aux critères de stabilité satisfaisant tant le néonatalogiste du niveau 3 concerné que le pédiatre l'accueillant dans le niveau 2B.

Niveau 3 : l'ensemble des nouveau-nés incluant les extrêmes prématurés

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 2B :

- Soins intensifs de néonatalogie avec une équipe de pédiatres-néonatalogistes disponible 24 heures sur 24
- Personnel infirmier et paraclinique dédié aux nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de niveau 3 ou dans la maternité attachée à ce niveau disponible sur place 24 heures sur 24
- Personnel infirmier et paraclinique, anesthésiste, chirurgie pédiatrique et sus ou surspécialités (selon niveau)

Niveau 3A : Soins intensifs néonataux médicaux seulement

Niveau 3B : Soins intensifs néonataux médicaux et chirurgicaux

Niveau 3C : Soins intensifs néonataux médicaux et chirurgicaux incluant toutes les spécialités (chirurgie cardiaque) et oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO)

Annexe 2

Trajectoire sage-femme

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 

Direction du programme jeunesse

Note de service

DESTINATAIRES : Tous les gynécologues de l'Unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis et des trois autres centres accoucheurs du CISSS de Chaudière-Appalaches
Toutes les sages-femmes de la maison des naissances Mimosa

DATE : Le 24 novembre 2021

OBJET : Trajectoire de transfert hospitalier : clientèle sage-femme

Dans le contexte où nous devrions vivre un débordement ou un manque de personnel à l'Unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis, une trajectoire pour les usagères de la maison des naissances Mimosa a été mise en place en considérant les éléments suivants :

- 1) L'Unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis est le centre de référence des usagères de la maison des naissances Mimosa.
- 2) Le CISSS de Chaudière-Appalaches doit travailler afin de servir le plus possible sa population sur son territoire.
- 3) Le degré d'urgence des motifs de transferts peut influencer la destination finale de l'usagère.
- 4) Les trois autres centres accoucheurs du CISSS de Chaudière-Appalaches acceptent (selon leur capacité) de recevoir les transferts venant de l'Unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis.
- 5) En situation de manque d'effectifs, l'Unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis se tient au courant des capacités d'accueil des trois autres centres locaux du CISSS de Chaudière-Appalaches.

La marche à suivre dans les cas de demandes de transfert venant de la maison des naissances Mimosa est la suivante :

- 1) Toujours contacter en premier le gynécologue de garde de l'Hôte-Dieu de Lévis.
- 2) Selon le degré d'urgence du transfert et de la capacité d'accueil à ce moment-là, le gynécologue pourra suggérer à la sage-femme vers quel autre centre receveur diriger l'usagère.
- 3) Il sera alors de la responsabilité de la sage-femme de contacter le centre receveur pour effectuer un transfert de responsabilité selon les normes.
- 4) En cas d'urgence immédiate, la sage-femme contactera le gynécologue de garde de l'Hôtel-Dieu de Lévis qui acceptera le transfert, peu importe la situation à l'Unité mère-enfant.
- 5) En cas d'impossibilité de transférer l'usagère dans un autre centre du CISSS de Chaudière-Appalaches suite à l'avis téléphonique par le gynécologue de garde de l'Hôtel-Dieu de Lévis, la sage-femme devra alors vérifier auprès des hôpitaux de la Rive-Nord pour demander le transfert de l'usagère.

Merci de votre collaboration.

(Signature autorisée)

Dr Jean-Pierre Gennaoui, FRCSC Obstétrique-gynécologie
Chef du Département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de Chaudière-Appalaches

Annexe 3

Plan de contingence



PLAN DE CONTINGENCE INFIRMIER PROGRAMME JEUNESSE Centre/Unité mère-enfant, pédiatrie et néonatalogie CISSS-CA

Principes généraux

- Les soins doivent être organisés selon le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant;
- Coordination des ressources et des services par la gestionnaire et son ASI ou le coordonnateur activités en collaboration avec les chefs médicaux et/ou ceux de garde;
- Tout risque ou situation de rupture de service doit être identifié rapidement à la Direction jeunesse et aux chefs médicaux;
- En tout temps, un minimum de 2 infirmières avec compétences en anté partum sont requises afin de maintenir les services en obstétrique;
- Application rigoureuse des plans de contingence locaux par les gestionnaires, les ASI et les coordonnateurs activités;
- Aucune initiative locale sans approbation de la direction;
- Tout délestage doit être autorisé par les cogestionnaires clinico-médicaux, la Direction jeunesse et/ou le Comité de direction du CISSS et/ou le Comité de coordination des mesures d'urgence selon le niveau;
- Tout service permettant de prévenir les hospitalisations ou de raccourcir les durées de séjour doit être priorisé;
- Assurer une cohérence entre tous les hôpitaux de Chaudière-Appalaches et avec le plan de contingence médical.

Prendre note que le plan 2^e vague COVID-19 : Services mère-enfant du MSSS explicite les consignes à respecter selon les couleurs d'alerte de la région. Il est disponible au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002683/>

En tout temps, les niveaux de soins de chaque secteur doivent être respectés dans les décisions prises.

HÔPITAL	Obstétrique	Pédiatrie	Néonatalogie
Hôtel-Dieu Lévis	2B	2B	2B
Beauce	2A	2B	2A
Thetford	1A	1	1A
Montmagny	1A	1	1A

Chaque milieu hospitalier a un plan local qui détermine les détails de son secteur. Le présent plan se veut une vision globale de ceux-ci.

Plan de découverte et contingence infirmier

SITUATION	NIVEAU D'ALERTE 1	NIVEAU D'ALERTE 2	NIVEAU D'ALERTE 3	NIVEAU D'ALERTE 4
Plan de découverte de service	Aucune découverte ne devrait se produire.	Un quart. Si moins de 2 infirmières avec compétences en <u>anté partum</u> et/ou niveau d'activité supérieur à la capacité de l'unité en ressources humaines, mettre en place le corridor de services	Courte période : des quarts découverts sur quelques jours. Si moins de 2 infirmières avec compétences en <u>anté partum</u> et/ou niveau d'activité supérieur à la capacité de	Plusieurs quarts ou journées consécutives. Si moins de 2 infirmières avec compétences en <u>anté partum</u> et/ou niveau d'activité supérieur à la capacité de l'unité en ressources humaines, fermeture des

		vers un autre milieu. Respect des niveaux de soins (voir les plans locaux). Thetford vers ou en provenance de Beauce. Montmagny vers ou en provenance de HDL.	l'unité en ressources humaines, mettre en place le corridor de services vers un autre milieu. Respect des niveaux de soins (voir les plans locaux). Thetford vers Beauce. Montmagny vers HDL.	départements et transfert des activités vers autre centre. Respect des niveaux de soins (voir les plans locaux). Thetford fermeture et transfert vers Beauce. Montmagny fermeture et transfert vers Lévis.
Plan de contingence	<p>Actions :</p> <p>Appliquer le plan de contingence local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combler les plages horaires disponibles des autres infirmières; • Déplacer le personnel disponible selon les clauses des conventions collectives ou le volontariat; • Ajustement des horaires de travail (changement fin de semaine, congé de semaine, report de congés, etc.); • Substitution de titre d'emploi; • Augmentation des ratios <u>inf...clients</u>. 	<p>Actions :</p> <p>Appliquer niveau 1 plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planification des activités à déléster en ambulatoire, médecine de jour, consultations externes; • Réduire l'admission des hors secteur en fonction de la capacité du département; • Envisager transférer les admissions de clientèle pédiatrique de l'urgence vers un autre centre (voir découvertures); • Concertation avec le corps médical pour aide et support; • Récupération des leaders cliniques et intégration des ASI dans les ratios; • Récupération de 25 % du personnel ou temps de travail en ambulatoire. <p>Advenant une découverte de service occasionnant un corridor de services, il est essentiel d'aviser les hôpitaux hors région avec lesquels nous avons des liens (par exemple, Notre-Dame-de-Fatima à La Pocatière) de l'arrêt du service et la nécessité pour eux de prévoir un autre corridor si besoin. La clientèle devrait idéalement être référée vers l'hôpital où pratique leur médecin traitant.</p>	<p>Actions :</p> <p>Appliquer niveau 2 plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des activités non urgentes et non essentielles en niveau 2; • Aucune admission des hors secteur; • Envisager le transfert du personnel d'un centre à l'autre selon la situation; • Récupération de 50 % du personnel ou temps de travail en ambulatoire; • Concentrer les hospitalisations en pédiatrie en Beauce et/ou Lévis selon la capacité de ces hôpitaux en consultation avec les chefs médicaux. <p>Si découverte, voir note niveau 2.</p>	<p>Actions :</p> <p>Appliquer niveau 3 plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporter toutes les activités non urgentes et non essentielles; • Récupération de tout le personnel disponible en ambulatoire tout en permettant de maintenir certains suivis essentiels et/ou d'éviter ou raccourcir toute hospitalisation; • Application du décret permettant la mobilisation du personnel d'un centre à l'autre ou d'un secteur à l'autre si absence de volontariat; • Concentration des activités obstétriques et pédiatriques en Beauce et/ou Lévis en consultation avec les chefs médicaux. <p>Si découverte, voir note niveau 2.</p> <p>En tout temps, maintenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation/suivi en urgence ou essentiel; • Activités cliniques permettant le maintien à domicile; • Suivi minimal requis à la prise en charge des maladies chroniques.
Indicateur pertinent	10 à 20 % du personnel absent	20 à 30 % du personnel absent	30 à 40 % du personnel absent	Plus de 40 % du personnel absent

Plan de découverte et contingence médical en obstétrique

SITUATION	NIVEAU D'ALERTE 1	NIVEAU D'ALERTE 2	NIVEAU D'ALERTE 3	NIVEAU D'ALERTE 4
Plan de découverte de service	Aucune découverte ne devrait se produire.	Aucune découverte ne devrait se produire. Modulation des activités selon la durée de l'absence. Selon la situation en obstétrique, évaluer les transferts en respectant le niveau de soins de : Thetford vers ou en provenance de Beauce; Montmagny vers ou en provenance de HDL.	Courte période (quelques jours) : Aucune découverte ne devrait se produire; Possibilité de délestage ponctuel de certaines activités. Période prolongée : Aucune découverte de la garde; Délestage probable d'activités. Selon la situation en obstétrique, évaluer les transferts en respectant le niveau de soins de : Thetford vers ou en provenance de Beauce; Montmagny vers ou en provenance de HDL.	Maintien de la garde à assurer. Considérer la fermeture de Thetford et le transfert vers Beauce pour le secteur Sud. Considérer la fermeture de Montmagny et le transfert vers Lévis pour le secteur Nord.
Plan de contingence	Actions : Appliquer le plan de contingence local selon le pourcentage d'activités déterminé par le Comité COVID-19 de chaque site.	Actions : Appliquer niveau 1 et selon la durée de l'absence : <ul style="list-style-type: none"> Planification des activités à délester en ambulatoire, échographies, cliniques externes, colposcopie, planning familial, bloc opératoire, etc.; Au besoin, selon les sites, concertation avec les omnipraticiens pour aide et support pour les grossesses normales; Récupération des médecins avec tâches administratives (ex. CMDP) 	Actions : Appliquer niveau 2 plus : <ul style="list-style-type: none"> Réduction des activités non urgentes et non essentielles en niveau 2; Envisager le transfert du personnel médical et nursing d'un site à l'autre selon la situation (en particulier, puisque les chirurgiens généraux de HDM peuvent assurer la garde pour la césarienne, évaluer la possibilité de délester les gynécologues de ce site vers d'autres secteurs). 	Actions : Appliquer niveau 3 plus : <ul style="list-style-type: none"> Reporter toutes activités non urgentes et non essentielles; Concentration des activités obstétriques en Beauce et/ou Lévis; Application du décret permettant la mobilisation du personnel d'un site à l'autre ou d'un secteur à l'autre si absence de volontariat. En tout temps, maintenir : <ul style="list-style-type: none"> Consultation/suivi en urgence ou essentiel; Activités cliniques permettant le maintien à domicile; Suivi minimal requis à la prise en charge des grossesses, dont celles à risque.
Indicateur pertinent	10 à 20 % du personnel médical absent	20 à 30 % du personnel médical absent	30 à 40 % du personnel médical absent	Plus de 40 % du personnel médical absent

Plan de découverte et contingence médical en pédiatrie/néonatalogie

SITUATION	NIVEAU D'ALERTE 1	NIVEAU D'ALERTE 2	NIVEAU D'ALERTE 3	NIVEAU D'ALERTE 4
Plan de découverte de service	Aucune découverte ne devrait se produire.	Aucune découverte ne devrait se produire. Modulation des activités selon la durée de l'absence. Selon la situation en pédiatrie/néonatalogie, évaluer les transferts en respectant le niveau de soins de : Thetford vers ou en provenance de Beauce; Montmagny vers ou en provenance de HDL.	Courte période (quelques jours) : Aucune découverte ne devrait se produire; Possibilité de délestage ponctuel de certaines activités. Période prolongée : Aucune découverte de la garde; Délestage probable d'activités. Selon la situation en pédiatrie/néonatalogie, évaluer les transferts en respectant le niveau de soins de : Thetford vers ou en provenance de Beauce; Montmagny vers ou en provenance de HDL.	Maintien de la garde à assurer. Considérer la fermeture de Thetford et le transfert vers Beauce pour le secteur Sud. Considérer la fermeture de Montmagny et le transfert vers Lévis pour le secteur Nord.
Plan de contingence	Actions : Appliquer le plan de contingence local selon le pourcentage d'activités déterminé par le Comité COVID-19 de chaque site.	Actions : Moduler les priorités selon les pédiatres disponibles : <ul style="list-style-type: none"> • Implication des pédiatres au nettoyage/désinfection entre chaque patient; • Maintien des activités en clinique ambulatoire, principalement par téléphone ou téléconsultation, pour raccourcir ou éviter hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Clinique allergie (médicament et alimentaire) - Diabète - Traitements ambulatoires - Suivis santé mentale - Clinique d'asthme 	Actions : Moduler les priorités selon les pédiatres disponibles : <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités en clinique ambulatoire, principalement par téléphone ou téléconsultation, pour raccourcir ou éviter hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Clinique allergie (médicament et alimentaire) - Diabète - Traitements ambulatoires - Suivis santé mentale - Clinique d'asthme 	Actions : Moduler les priorités selon les pédiatres disponibles : <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités en clinique ambulatoire, principalement par téléphone ou téléconsultation, pour raccourcir ou éviter hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Clinique allergie (médicament et alimentaire) - Diabète - Traitements ambulatoires - Suivis santé mentale - Clinique d'asthme • Aide auprès des nouveau-nés et enfants sur l'unité.