

STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2009-2012



Direction des services généraux, préhospitaliers et de traumatologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Février 2010

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

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



Table des matières

<i>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</i>	3
<i>PRÉSENTATION DU DOCUMENT</i>	7
<i>LE SUIVI DE GROSSESSE</i>	9
<i>L'AVIS DE GROSSESSE</i>	15
<i>L'INFORMATION PRÉNATALE</i>	17
<i>LE DÉPISTAGE PRÉNATAL</i>	19
<i>LA PROCRÉATION ASSISTÉE</i>	21
<i>LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES</i>	23
<i>L'ALLAITEMENT</i>	27
<i>LE CONGÉ POSTNATAL</i>	29
<i>LE SUIVI PÉDIATRIQUE</i>	31
<i>LES DÉFIS RÉGIONAUX</i>	33
<i>LE DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ NÉONATALE</i>	35
<i>L'ACCÈS PRÉCOCE À DES SERVICES DE RÉADAPTATION</i>	37
<i>LES ABUS ET LA NÉGLIGENCE</i>	39
<i>LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE ET L'ÉVALUATION DE SES EFFETS</i>	41



PRÉSENTATION DU DOCUMENT

La Politique de périnatalité 2008-2018 *Un projet porteur de vie* a été publiée en juin 2008. Cette Politique regroupe un ensemble d'orientations qui doivent guider les interventions en périnatalité au cours des prochaines années. On retrouve en annexe de cette Politique (pages 135-142), les orientations identifiées prioritaires pour les trois premières années, soit les années 2009-2012. Comme le prévoyait la Politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devait préciser les stratégies devant permettre de concrétiser chacune de ces orientations prioritaires. Ce document de soutien à la mise en œuvre de la politique de périnatalité répond à cet engagement.

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

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

Pour chacun de ces thèmes, sont précisés :

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

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



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

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

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

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



LE SUIVI DE GROSSESSE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

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

Plus spécifiquement :

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

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

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

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



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

Les actions :

1. Mettre en place des mesures susceptibles d'entraîner une augmentation du nombre d'omnipraticiens qui œuvrent en obstétrique. **(MSSS, FMOQ, Collège des médecins de famille du Canada-section Québec, Facultés de médecine)**

Plus spécifiquement :

- Appliquer les mesures visant qu'en 2011, il y ait autant de résidents en médecine de famille qu'en spécialité;
 - Soutenir les travaux de la Table sectorielle Mère-Enfant¹ des RUIS portant sur l'organisation des services de première ligne, notamment en obstétrique;
 - Soutenir les travaux du comité ministériel sur l'attractivité de la médecine de famille et promouvoir la pratique obstétricale au sein de ce comité.
2. Favoriser que les résidents en médecine de famille fassent leur apprentissage de la périnatalité dans un contexte de soins généraux et qu'ils soient exposés à des accouchements naturels. **(MSSS, FMOQ, Agences-DRAM, CH offrant des soins obstétricaux, Facultés de médecine)**

Plus spécifiquement :

- Privilégier la formation décentralisée hors des centres universitaires ainsi que la réalisation de stages auprès de médecins de famille pratiquant en obstétrique.
 - Entreprendre des démarches auprès des facultés de médecine afin que les omnipraticiens soient impliqués davantage dans l'enseignement des soins périnataux au niveau prédoctoral.
3. Mettre en place des modes d'organisation du travail qui favorisent l'autoréglementation de la pratique, la collégialité et le travail en complémentarité des omnipraticiens et des médecins spécialistes. **(MSSS, FMOQ, FMSQ, Agences-DRAM)**

Plus spécifiquement :

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

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

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



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

Plus spécifiquement :

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

Attente 3 : Développer des services de sages-femmes afin que, d'ici 2012, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal de 5 % des femmes enceintes.

Les actions :

1. Élaborer, diffuser et soutenir l'actualisation d'un cadre de référence établissant les balises pour le développement de la pratique sage-femme. **(MSSS, OSFQ, RSFQ, Agences, CSSS, CH offrant des soins obstétricaux)**

Plus spécifiquement :

- Proposer un modèle d'entente afin de permettre les accouchements assistés par une sage-femme en centre hospitalier;
- Établir des balises encadrant le développement de nouvelles maisons de naissance;
- Proposer des modèles d'entente de collaboration ou l'établissement de corridors de services entre les CSSS auxquels sont rattachés des sages-femmes et les partenaires concernés afin de garantir aux femmes suivies par des sages-femmes la sécurité et la continuité des soins, ainsi qu'un accès rapide aux différents services et professionnels du réseau.



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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

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



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

Plus spécifiquement :

- Instaurer des mécanismes de collaboration entre le réseau public et les organismes communautaires;
- Favoriser le développement de projets offrant une gamme de services dispensés par des équipes multidisciplinaires;
- Promouvoir les services de sages-femmes auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité.

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



L'AVIS DE GROSSESSE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

1. Développer un modèle standard d'avis de grossesse et produire un guide qui facilitera l'implantation de ce modèle à l'échelle provinciale. **(MSSS, Agences, CSSS, CH offrant du suivi de grossesse, Médecins, Sages-femmes)**

Plus spécifiquement :

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

2. Expérimenter l'utilisation de l'avis de grossesse dans quelques régions du Québec présentant des caractéristiques différentes. **(MSSS, Agences, CSSS, CH offrant du suivi de grossesse, Médecins, Sages-femmes)**

Plus spécifiquement :

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



- Mettre en place une organisation de services qui permette que, à la suite de la transmission de l'avis de grossesse, tous les futurs parents reçoivent un appel téléphonique par une infirmière du CSSS et qu'une réponse aux besoins de services identifiés leur soit apportée, incluant les références aux ressources externes;
- Faire le bilan de l'implantation de l'avis de grossesse et produire un rapport présentant notamment l'impact de l'avis de grossesse sur les demandes de services, les conditions de succès de son implantation et les écueils à éviter.



L'INFORMATION PRÉNATALE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

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

Les actions :

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

⁴ Ce guide inclut depuis 2008 une section sur la période prénatale.



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

Plus spécifiquement :

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



LE DÉPISTAGE PRÉNATAL

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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



LA PROCRÉATION ASSISTÉE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

(MSSS, Établissements offrant des services de procréation assistée)

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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



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

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

Les actions :

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



LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

L'OBJECTIF VISÉ :

Diminuer le recours aux interventions obstétricales (césariennes, épidurale, déclenchement, etc.) non médicalement requises.

Attente 1 : Implanter l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) dans tous les centres hospitaliers du Québec offrant des soins obstétricaux.

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

Le programme AMPRO

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

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



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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

- Recenser et diffuser les meilleures pratiques de soutien du processus naturel de l'accouchement en intégrant des méthodes dont l'efficacité a été démontrée;
 - Faire connaître aux cégeps et universités les orientations du MSSS afin que soit intégrées à la scolarité initiale des médecins et des infirmières, l'acquisition des compétences nécessaires pour soutenir le processus naturel de l'accouchement.
4. Favoriser que les résidents en médecine de famille soient exposés à des accouchements naturels, notamment en accompagnant des sages-femmes lorsqu'elles pratiquent des accouchements. **(MSSS, FMOQ, Agences-DRAM, CH offrant des soins obstétricaux, Facultés de médecine)**



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

Plus spécifiquement :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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



L'ALLAITEMENT

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

Les lignes directrices en matière d'allaitement maternel

En 2001, le MSSS publiait les lignes directrices en matière d'allaitement maternel⁵. Quatre stratégies étaient alors retenues pour favoriser l'allaitement maternel au Québec :

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

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

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

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

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



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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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



LE CONGÉ POSTNATAL

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

- Convenir, au niveau provincial, du contenu minimal de l'information qui doit être transmise aux CSSS avec l'avis de naissance;
 - Élaborer et implanter des modalités régionales et interrégionales simples et efficaces de transmission de l'avis de naissance;
 - Initier les démarches visant à mettre sur pied un système provincial informatisé de transfert de l'information, sept jours semaine, du lieu de naissance vers le CSSS de résidence de la nouvelle mère;
 - Élaborer et mettre en place des modalités régionales de suivi de la clientèle à la suite de la réception de l'avis de naissance afin que l'appel téléphonique et la visite à domicile soient réalisés dans les délais prescrits;
 - S'assurer que les infirmières qui font les appels et les visites à domicile aient les compétences requises, notamment pour l'évaluation des besoins de la mère et du bébé ainsi que pour le soutien à l'allaitement maternel;
 - Établir des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires : CSSS, centres hospitaliers offrant des soins obstétricaux, médecins en cabinet privé, centres jeunesse, organismes communautaires.
2. S'assurer de la continuité de services lorsque des besoins sont identifiés dans le cadre du suivi postnatal en effectuant les références auprès des ressources existantes dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans la communauté. **(CSSS, Organismes communautaires)**



3. Faire connaître le programme de suivi systématique et ses modalités régionales d'application à l'ensemble des médecins accoucheurs et des pédiatres. **(MSSS, Agences, CH, CSSS)**
4. Mettre en place les modalités qui permettront la réadmission directe au centre hospitalier de la mère ou du nouveau-né lorsqu'une réhospitalisation est nécessaire jusqu'au septième jour suivant la naissance. **(CSSS, CH)**

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

Les actions :

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



LE SUIVI PÉDIATRIQUE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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



LES DÉFIS RÉGIONAUX

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

2. Mettre sur pied un réseau intégré dans les territoires des RUIS. **(Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, Agences, CH régionaux)**

Plus spécifiquement :

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



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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

- S'assurer que la personne pivot puisse être accessible 24 heures sur 24, sept jours par semaine;
- S'assurer que la personne pivot ait accès à l'information concernant l'enfant hospitalisé ainsi que les possibilités d'hébergement pour les parents.



LE DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ NÉONATALE

L'OBJECTIF VISÉ :

Offrir le programme de dépistage universel de la surdité néonatale dans toutes les régions du Québec.

Attente 1 : Développer et déployer le programme de dépistage de la surdité néonatale dans tous les lieux de naissance du Québec.

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

- Mandater l'INESSS afin de proposer les standards de pratique médicale fondés sur les données probantes en cette matière;
 - Valider les standards de pratique auprès du Collège des médecins du Québec.
3. Élaborer un cadre de référence du programme (objectifs, clientèle visée, examens à effectuer, normes à respecter, etc.) à la suite du dépôt du rapport de l'INESSS **(MSSS, INESSS)**.
 4. Développer les mécanismes et les outils nécessaires au programme (consentement, formation et information, assurance qualité, ordonnance collective) **(MSSS, INESSS, CHU désigné)**.

Plus spécifiquement :

- Confier à un centre universitaire le mandat de développer les mesures et outils nécessaires pour la mise en œuvre et le renforcement de ces pratiques, en lien avec un centre de réadaptation en déficience auditive, un centre accoucheur d'une région intermédiaire, un centre accoucheur d'une région éloignée et une maison des naissances.



5. Élaborer un prototype du programme de dépistage de la surdité néonatale (**MSSS, ASSS, établissements retenus : CHU, CH, CR, Maison des naissances, INSPQ**).

Plus spécifiquement :

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

6. Déployer et encadrer le programme de dépistage dans les établissements concernés de chaque région du Québec (**ASSS, MSSS, CHU, CH, CR, Maisons de naissances**).

Plus spécifiquement :

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



L'ACCÈS PRÉCOCE À DES SERVICES DE RÉADAPTATION

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

1. Orienter rapidement les enfants ayant une déficience vers les services dont ils ont besoin dans des délais raisonnables selon les standards d'accès et de continuité prévus au Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. **(MSSS, Agences, CH, CSSS, Cliniques-réseau)**

Plus spécifiquement :

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

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

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

Les programmes-services visés :

- Déficience physique;
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Les services visés :

- Les services spécifiques offerts par les CSSS (soutien à domicile, soutien aux familles, etc.);
- Les services spécialisés offerts par les centres de réadaptation

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

- Niveau de priorité urgent : trois jours;
- Niveau de priorité élevé : CSSS : 30 jours, Centres de réadaptation : 90 jours;
- Niveau de priorité modéré : un an.



LES ABUS ET LA NÉGLIGENCE

L'OBJECTIF VISÉ :

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

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

Les actions :

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

Plus spécifiquement :

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

Plus spécifiquement :

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

Attente 2 : Implanter un réseau socio-médical provincial auprès des enfants victimes de maltraitance.

Les actions :

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



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

Plus spécifiquement :

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



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

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

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

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

- L'élaboration du tronc commun d'information prénatale;
- Le cadre de référence établissant les balises pour le développement de la pratique sage-femme;
- L'élaboration du modèle standard d'avis de grossesse et du guide d'implantation.

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

