

PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN NÉONATOLOGIE

Mise à jour
24 novembre 2011

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

Auteure

Liliane Thystère, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS de la Montérégie

Sous la responsabilité de Denise Bettez, coordonnatrice à la Direction générale associé à la coordination du programme et du réseau (DGACPR), ASSS de la Montérégie

En collaboration avec

Secrétariat et mise en page

Jocelyne Pelchat

Ce document est disponible en version électronique sur

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 201

Bibliothèque et Archives Canada 201

ISBN :

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source : Liliane Thystère, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie 201 , pages

Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011

Remerciement

Liste des membres du comité des visiteurs

Denise Bettez	Coordonatrice à la santé physique, urgences et services généraux, ASSSM
Thystere Liliane	Agente de planification, de programmation et de recherche, ASSSM
Marie-Ève gadoua	Coordonnatrice aux affaires médicales, ASSSM
Mylène Beauregard	Agente de planification, de programmation et de recherche, ASSSM
D ^r François Raymond	Directeur médical du programme FEJ, CSSS Pierre-Boucher
Carole Cormier	Infirmière, Conseillère en Soins Spécialisés, Périnatalité-Gynécologie-Pédiatrie, Hôpital Charles LeMoine

Liste des membres du groupe de travail

Denise Bettez	Coordonatrice à la santé physique, urgences et services généraux, ASSSM-DGACPR
D ^r Jean Rodrigue	Directeur des affaires médicales et des partenariats professionnels, ASSSM-DAMUPP
Marie-Ève gadoua	Coordonatrice aux affaires médicales, ASSSM-DAMUPP
Mylène Beauregard	Agente de planification, de programmation et de recherche, ASSSM-DAMUPP
D ^r François Raymond	Directeur médical du programme FEJ, CSSS Pierre-Boucher
Carole Cormier	Infirmière, Conseillère en Soins Spécialisés, Périnatalité-Gynécologie-Pédiatrie, Hôpital Charles LeMoine
François Côté	Conseiller cadre, ASSSM-DGACPR
D ^{re} Sylvie tardif	Médecin conseil, ASSSM-DAMUPP

Liste des tableaux

Tableau 1	Besoins en équipement des établissements de la Montérégie.....	26
Tableau 2	Naissances vivantes en Montérégie et hors Montérégie en 2008.....	28
Tableau 3	Répartition des naissances vivantes (hors Montérégie) en 2008.....	28
Tableau 4	Liste des équipements accordés aux établissements en juin 2011.....	32

Liste des figures

Figure 1	Nombre d'accouchements en Montérégie par territoire de CSSS	9
Figure 2	Proposition d'organisation régionale des services	23



Liste des Annexes

ANNEXE 1

Canevas de la visite des établissements, mai/juin 2010..... 39



Liste des abréviations et sigles

AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CEC	Circulation extracorporelle
CH	Centre hospitalier
CHUS	Centre hospitalier et universitaire de Sherbrooke
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DSPH	Directeurs des services professionnels et hospitaliers
ECOS	Examen clinique objectif structuré
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
HCLM	Hôpital Charles LeMoine
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultants
IRM	Imagerie pour résonance magnétique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NO	Monoxyde d'azote
PEM	Plan effectifs médicaux
PRN	Programme de réanimation néonatale
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SARM	Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline
SPC	Société canadienne de pédiatrie
TDM	Tomodensitométrie

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	11
2. CONTEXTE	13
3. PORTRAIT DE LA SITUATION.....	15
3.1 CSSS Pierre-Boucher.....	15
3.2 Hôpital Charles LeMoyne.....	18
3.3 CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier).....	19
3.4 CSSS Haut-Richelieu–Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu).....	20
3.5 CSSS Jardins-Roussillon (Hôpital Anna Laberge).....	21
3.6 CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît).....	22
3.7 CSSS Haute-Yamaska (Hôpital de Granby).....	23
3.8 CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel).....	23
3.9 CSSS la Pommeraie	24
4. PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX	27
5. PROPOSITION D’UN MODÈLE RÉGIONAL D’ORGANISATION.....	31
6. RECOMMANDATIONS	35
7. CONCLUSION	37

Calendrier des consultations du plan d'action régional en néonatalogie

DESCRIPTION	DATE
Rencontre des gynécologues et pédiatres	Le 8 juin 2011
Table des DSPH	Le 16 septembre 2011
Table des chefs de médecine spécialisée	Le 13 juin 2011 Le 13 octobre 2011 (conclusion)
Commission infirmière régionale (CIR)	Le 2011
CCSM	Le 28 octobre 2011
CA	Le 24 novembre 2011

1. Introduction

Depuis quelques années, on assiste à une remontée de la natalité au Québec. En effet, de 1999 à 2003, le nombre de naissances est resté plus ou moins stable en Montérégie. Mais à partir de 2003, on a observé une croissance annuelle allant de 2 % à 7 %.

Parallèlement, le taux de prématurité aussi augmente depuis déjà une décennie, passant de 6.2 % en 1989 à 7.8 % en 2006¹ en Montérégie. Par conséquent, les services de néonatalogie sont plus sollicités et notamment les soins intermédiaires pour prendre en charge ces bébés nés précocement. Les hôpitaux tertiaires de Montréal sont de plus en plus engorgés. Pour pallier à la situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à toutes les régions de revoir l'organisation des services en néonatalogie de façon à acquérir une certaine autonomie régionale.

La Montérégie dispose de 9 centres hospitaliers pratiquant de 300 à 3000 accouchements annuellement. Dans l'optique d'un plan d'action visant à réorganiser les services, tous les centres de naissances ont été visités. Le comité des visiteurs était composé de 2 experts provenant de 2 de nos plus grands centres hospitaliers en terme de naissances et du personnel de l'Agence issus de la Direction des affaires médicales et de la direction générale associée à la coordination des programmes et du réseau (voir page 2).

Suite aux visites, le plan d'action a été élaboré et approuvé par le groupe de travail mandaté à cet effet. De plus, il a passé toutes les étapes de consultation telles que mentionnées à la page précédente

Ce plan vise trois objectifs :

1. S'assurer que chaque centre hospitalier puisse desservir la population de son territoire. Il y va de la responsabilité populationnelle de chaque territoire de rendre accessible le plus près du domicile ce type de service. Comme stipulé dans la politique de périnatalité 2008-2018, les soins doivent être offerts le plus près possible du milieu de vie de l'enfant.
2. Développer une vision régionale à moyen terme permettant la rétention des grossesses de 32 semaines et plus dans la région. Un hôpital pourrait être désigné centre régional.
3. Rapatrier le plus tôt possible les nouveau-nés issus des centres tertiaires et dans cette optique, s'organiser régionalement pour que l'on puisse accueillir les nouveau-nées de plus de 32 semaines issues de la région, afin de rapprocher les services des familles.

¹ Naissances prématurées, fiche 119, ŒIL Santé publique

Lors des visites, les constats et les besoins de chaque établissement ont été notés. Tout au long du document, nous décrivons chaque territoire avec ses forces et ses besoins à combler. Par la suite, nous conviendrons d'une vision plus globale permettant à la région d'atteindre un certain niveau d'autonomie.

2. CONTEXTE

L'accès aux services de néonatalogie a vécu plusieurs crises dans les dernières années; à tel point qu'à certains moments le MSSS a envisagé de recourir à des services extra provinciaux pour répondre à la demande comme cela est le cas dans d'autres provinces. La période la plus critique a souvent cours pendant l'été, notamment en raison du personnel restreint.

Néanmoins, le MSSS pense que s'ils sont bien planifiés et coordonnés, l'ensemble des services du Québec peut répondre à la demande même aux périodes de pointe. En effet, au début de l'année 2010 les Agences de Santé et des services sociaux (ASSS) ont été interpellées dans le but d'améliorer l'organisation des services en lien avec la néonatalogie.

Pour se faire, le MSSS a visité sept services de néonatalogie de niveau tertiaire et 17 centres régionaux de néonatalogie. Suite à ces visites, un rapport écrit a été envoyé aux agences afin qu'elles le transmettent aux établissements. Ces rapports contenaient un certain nombre de constats et de pistes de solutions. Lors de ces visites, deux établissements ont été visités en Montérégie : l'Hôpital Charles LeMoine et le CSSS Pierre-Boucher.

De plus, le MSSS a établi une classification pour les niveaux de soins. Cette classification est anténatale et implique la disponibilité de services et d'équipements néonataux à savoir :

- Niveau I a : ces établissements offrent les soins de base et la photothérapie;
- Niveau I b : ces établissements offrent les soins à des nouveau-nés de **34 semaines** de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse et de l'alimentation par gavage;
- Niveau II a : ces établissements offrent les soins à des nouveau-nés de **32 semaines** de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse et de l'alimentation par gavage;
- Niveau II b : ces établissements offrent les soins à des nouveau-nés de **32 semaines** de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse, de l'alimentation par gavage et des services de ventilation nasale;
- Niveau III a : ces établissements offrent les soins aux nourrissons peu importe leur âge gestationnel ou leur poids, de la ventilation mécanique+NO, l'accès immédiat à tous les spécialistes consultants;
- Niveau III b : ces établissements offrent services de niveau III a et l'accès complet sur place à des surspécialisés consultants. Ils exécutent et interprètent des tests d'imagerie de pointe (TDM, IRM, échocardiographie d'urgence). Ils exécutent également les opérations importantes à l'exclusion de la réparation de

graves malformations cardiaques congénitales qui exigent une circulation extracorporelle (CEC);

- Niveau III c : ces établissements offrent services de niveau III b et une réparation chirurgicale de graves malformations cardiaques congénitales qui exigent une circulation extracorporelle (CEC).

Ainsi, cette classification tient compte principalement de trois éléments :

- L'expertise des médecins;
- L'expertise du personnel infirmier;
- Le plateau technique disponible.

Au niveau régional, une démarche a été entreprise pour atteindre les trois objectifs précédemment mentionnés. En effet, des visites de tous nos centres hospitaliers pratiquant des accouchements ont été effectuées. Ces visites se sont déroulées en trois phases s'échelonnant de mai 2010 à janvier 2011 :

- La phase 1 ayant permis la visite du plus gros centre en terme de volume de naissances et du centre affilié universitaire;
- La phase 2 des centres avec un volume notable de naissances soit entre 1000 et 1500;
- La phase 3 les plus petits centres soit moins de 1000 naissances (Voir figure 1).

3. PORTRAIT DE LA SITUATION

Afin d'obtenir un portrait de la situation, l'Agence en collaboration avec deux experts du réseau a visité les centres hospitaliers de la Montérégie.

Dans un premier temps, l'objectif était de répondre rapidement à la demande du MSSS qui était de désengorger les centres tertiaires. Aussi, lors des visites les pédiatres plus particulièrement ont été consultés. Néanmoins, dans un deuxième temps, les autres professionnels impliqués seront consultés (gynécologues, omnipraticiens, etc.).

Plusieurs éléments ont été examinés lors des visites à savoir :

- Le nombre de lits de soins intermédiaires;
- L'organisation des lieux physiques avec en ligne de mire la notion d'espace suffisant pour répondre à la demande;
- L'offre de services permettant de déterminer le niveau de soin de l'établissement;
- Les ressources humaines avec en ligne de mire l'organisation du travail;
- La formation du personnel y compris celle en réanimation néonatale;
- L'équipement disponible.

3.1 CSSS Pierre-Boucher

Le CSSS a été visité en 2009 par le MSSS et l'Agence.

L'unité néonatale compte 11 lits en soins intermédiaires, mais aurait besoin d'équipements pour être en mesure de recevoir 11 bébés à la fois; notamment, des moniteurs cardiorespiratoires et des incubateurs. La demande a été faite au MSSS pour rapidement pallier à ces manques, d'autant plus que l'établissement s'est engagé dès le 15 juin 2010 à assurer la prise en charge de nourrissons de leur réseau local de services (RLS) en provenance des établissements tertiaires.

Dans son rapport déposé suite à sa visite, le MSSS proposait le passage du niveau de soins néonataux de IIa à IIb et le rehaussement de 11 à 16 lits. Cela est envisagé dans le plan, car l'objectif est que l'Hôpital Pierre-Boucher puisse desservir les bébés de 32 semaines et plus issus des autres RLS de la région.

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre infirmière à savoir :

- Une réorganisation du travail faisant intervenir d'autres types de professionnels (préposés aux bénéficiaires, agents administratifs) afin de dédier les infirmières aux tâches qui leur sont dévolues et d'optimiser leurs rôles;
- La mise sur pied d'un programme d'externats en soins infirmiers;

- La consolidation de l'équipe médicale pédiatrique.

Les membres du personnel suivent la formation AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) et en sont à leur troisième année de formation. Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'Hôpital est en réorganisation de ses lieux physiques en lien avec la périnatalité pour avoir plus d'espace disponible. Le réaménagement sera complété pour l'été 2011.

Recommandations :

En lien avec la gestion des ressources humaines le MSSS leur a recommandé de :

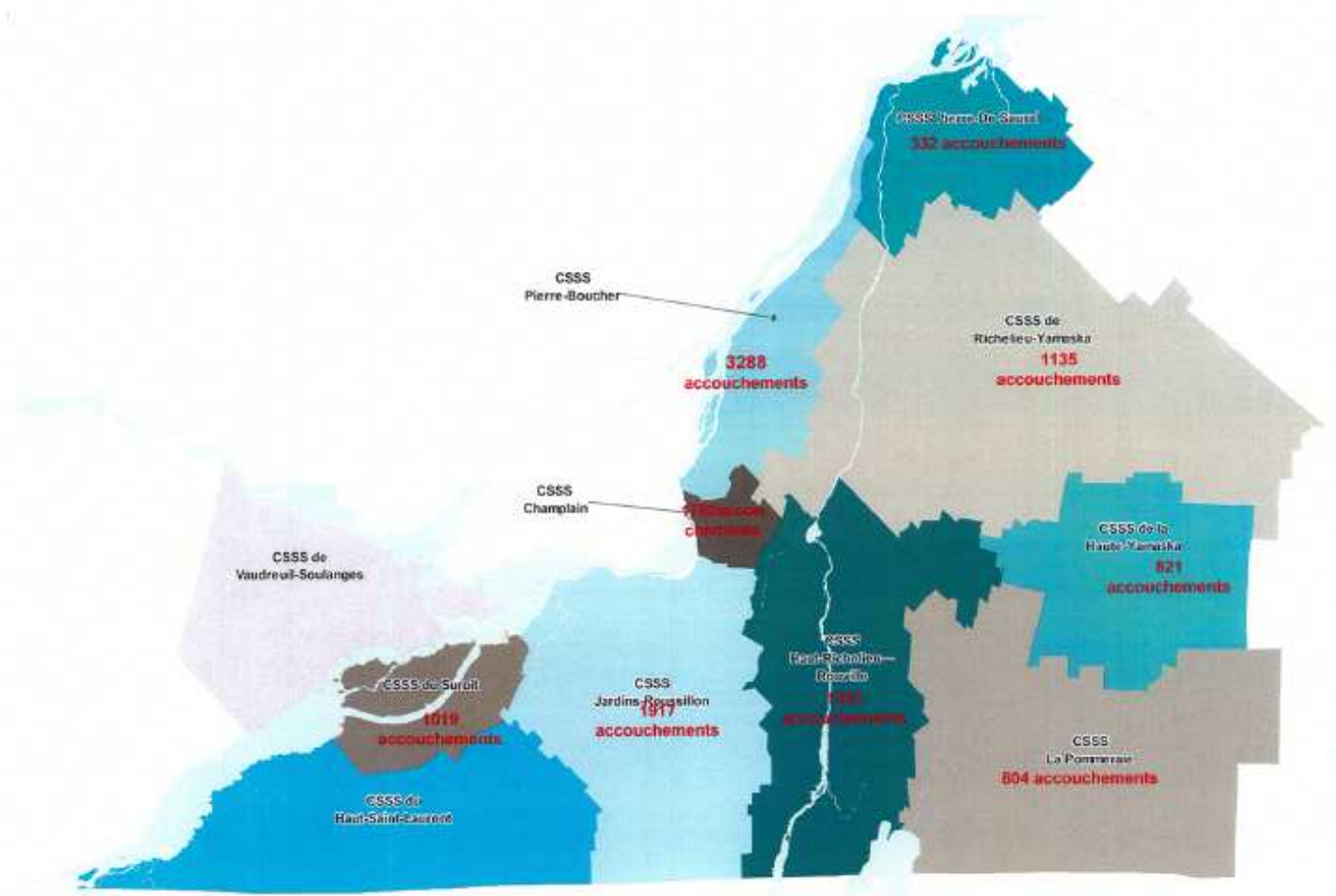
- Poursuivre l'exercice de clarification des rôles et des tâches du personnel clinique et administratif, permettant ainsi de dédier l'infirmière aux soins d'évaluation clinique des patients de façon à optimiser son rôle, diminuer sa charge de travail et améliorer la rétention du personnel;
- Penser à intégrer les infirmières auxiliaires dans des secteurs moins spécialisés afin de libérer les infirmières pour des unités plus spécialisées;
- Poursuivre la réorganisation du travail en cours, avec clarification des rôles et des tâches du personnel clinique et administratif, permettant ainsi de dédier l'infirmière au rôle qui lui est dévolu à savoir l'évaluation clinique des patients;
- Favoriser la formation continue et le maintien des compétences en collaboration avec le RUIS;
- Multiplier les efforts afin de compléter le PEM pédiatrique.

Au niveau des ressources matérielles :

Lors du renouvellement des achats d'équipements, le CSSS devra collaborer avec les centres tertiaires du RUIS dont le CH relève, afin de faciliter la formation le support clinique et les prêts d'équipements lorsque requis.

Désigner l'établissement comme un centre de niveau IIb.

Figure 1 : Nombre d'accouchements en Montérégie par territoire de CSSS



Source : données de 2009-2010 du rapport AS-471

3.2 Hôpital Charles LeMoine

L'Hôpital Charles LeMoine a été visité en 2009 par le MSSS et par l'Agence. L'unité néonatale compte 11 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant pour répondre aux besoins (moniteurs cardiaques, lampe de photothérapie, etc.) (Voir tableau 1).

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- La révision de la structure des postes et une demande de rehaussement des postes ont été réalisées;
- La mise en place des horaires de 12 heures a déjà cours dans l'établissement, mais pour une minorité du personnel;
- L'augmentation du nombre d'infirmières auxiliaires a été effectuée;
- L'introduction des infirmières d'agences;
- Une réorganisation du travail a débuté depuis l'été 2008 avec révision des champs cliniques;
- Le développement professionnel (AMPRO).

Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur deuxième année de formation. Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 5 pédiatres, dont 2, à temps partiel. Un réaménagement récent des lieux physiques a permis d'améliorer l'efficacité des soins.

Recommandations :

Vu le contexte de pénurie qui sévit actuellement au Québec, l'HCLM devrait :

- Continuer la révision de la structure de postes en cours et tenter de créer une structure de postes attrayante qui favorise la rétention et la polyvalence du personnel (postes à horaires fixes à temps complet et temps partiel, postes à rotation jour/soir et jour/nuit, horaires de 12 h, postes composés pédiatrie/périnatalité, etc.);
- Poursuivre la réorganisation du travail en cours, avec clarification des rôles et des tâches du personnel clinique et administratif, permettant ainsi de dédier l'infirmière au rôle qui lui est dévolu à savoir l'évaluation clinique des patients de façon à optimiser son rôle;
- favoriser l'intégration des infirmières auxiliaires dans des secteurs moins spécialisés afin de libérer les infirmières pour des unités plus spécialisées;

- Favoriser la formation continue et le maintien des compétences en collaboration avec le RUIS;
- Multiplier les efforts afin de compléter le Plan d'effectifs médicaux (PEM) pédiatrique;

Compléter leur parc d'équipement pour répondre à la demande.

Désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib avec une particularité qui le distingue des autres sites Ib. En effet, l'expertise et le plateau technique dont ils disposent leur permettent de prendre en charge des nouveau-nés de 33 semaines et plus.

3.3 CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)

Le CSSS Richelieu-Yamaska a été visité en mai 2010 par l'Agence. L'unité néonatale compte 6 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant pour répondre aux besoins (voir tableau 1).

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- L'orientation d'infirmières auxiliaires en post-partum,
- La mobilité du personnel entre plusieurs secteurs (mère-enfant-famille et pédiatrie);
- La mise en place probable des horaires de 12 heures;
- La mise en place d'un système de 7 jours de travail suivi de 7 jours de congé que les employés peuvent choisir sur base volontaire.

Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur première année de formation. Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 6 pédiatres et 7 médecins de famille. Il leur manque des médecins accoucheurs, mais un recrutement est prévu.

Ils ont l'espace suffisant pour rajouter des lits en soins intermédiaires, donc faire face à une augmentation éventuelle de l'achalandage.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Poursuivre la mise en place des horaires de 12 heures;
- Poursuivre l'introduction d'infirmières auxiliaires en post-partum.

Au niveau des ressources matérielles :

- Compléter le parc d'équipement de façon à répondre à la demande.

Nous avons observé une organisation des services adéquate

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib.

3.4 CSSS Haut-Richelieu–Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)

Le CSSS Haut-Richelieu–Rouville a été visité en juin 2010 par l'Agence. L'unité néonatale compte 8 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant pour répondre aux besoins (voir tableau 1).

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- L'introduction éventuelle d'infirmières auxiliaires en post-partum;
- La mise en place un système de 7 jours de travail suivi de 7 jours de congé pour l'été;
- Initiative de mise en place des horaires de 12 heures non concluante faute d'adhérents;

Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur troisième année de formation. Ils ont [également reçu la formation du PRN](#).

L'équipe médicale est composée de 7 pédiatres dont 4 seulement effectuent de la garde.

L'organisation actuelle des locaux ne permet pas d'augmenter le nombre de lits en soins intermédiaires pour répondre à une demande plus grande. L'espace est restreint.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Poursuivre les efforts d'introduction d'infirmières auxiliaires afin de les placer dans les secteurs moins spécialisés (post-partum) et ainsi libérer des infirmières pour les soins intermédiaires;
- Poursuivre les efforts de recrutement de médecins accoucheurs;

Au niveau des ressources matérielles :

- Compléter le parc d'équipement de façon à répondre à la demande;
- Favoriser la mise en place du programme de dépistage auditif universel, l'équipement nécessaire étant déjà en place.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib.

3.5 CSSS Jardins-Roussillon (Hôpital Anna Laberge)

Le CSSS Jardins-Roussillon a été visité en juin 2010 par l'Agence. L'unité néonatale compte 5 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant (voir tableau 1).

Pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, ils ont mis en place :

- Des horaires de 12 heures, mais n'ont pas eu beaucoup d'adhérents. En effet, seulement 15 % du personnel l'ont maintenu surtout les fins de semaine.

Malgré ces incitatifs, la rétention du personnel demeure précaire. Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur 3^e année de formation. Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 2 pédiatres et elle est supportée par quelques omnipraticiens qui offrent des services de pédiatrie de base.

L'organisation actuelle des locaux ne permet pas d'augmenter le nombre de lits en soins intermédiaires pour répondre à une demande plus grande. L'espace est restreint.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Poursuivre les efforts d'introduction d'infirmières auxiliaires afin de les placer dans les secteurs moins spécialisés (post-partum) et ainsi libérer des infirmières pour les soins intermédiaires;
- Poursuivre les efforts de recrutement de pédiatres vu l'augmentation des naissances observée ces dernières années.

Au niveau des ressources matérielles :

- Compléter le parc d'équipement de façon à répondre à la demande.

Malgré l'explosion du nombre de naissances particulier à ce centre, une bonne organisation des services est observée.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib.

3.6 CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît)

Le CSSS du Suroît a été visité en juillet 2010 par l'Agence. L'unité néonatale compte 4 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant (voir tableau 1).

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- Proposition de mise en place des horaires de 12 heures, à venir;
- L'introduction des infirmières d'agence;
- Le programme de mentorat à venir;
- Le programme d'externat.

La rétention du personnel est un véritable problème dans l'établissement. Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur deuxième année de formation. Ils n'ont pas reçu la formation du PRN

L'équipe médicale est composée de 3 pédiatres qui effectuent de la garde. La situation serait idéale s'ils étaient 5.

Un projet de réaménagement est en cours en vue d'agrandir et améliorer la pratique en soins intermédiaires. En effet, ils desservent une partie de la clientèle de Vaudreuil-Soulanges qui constitue près de la moitié de leur clientèle (voir tableau 2) et qui a augmenté ces dernières années.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Effectuer la formation d'instructeurs en réanimation néonatale le plus rapidement possible pour par la suite certifier le personnel offrant des soins aux nouveau-nés selon les normes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP);
- Poursuivre les efforts de recrutement d'infirmières cliniciennes et d'une consultante en allaitement certifiée IBCLC;
- Poursuivre les efforts de recrutement de pédiatres;
- Mettre en place les horaires de 12 heures;
- Mettre en place le programme de Mentorat.

Au niveau des ressources matérielles :

- Compléter le parc d'équipement de façon à répondre à la demande.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib.

3.7 CSSS Haute-Yamaska (Hôpital de Granby)

Le CSSS Haute-Yamaska a été visité en janvier 2011 par l'Agence. L'unité néonatale compte 3 lits en soins intermédiaires, mais certains équipements sont en nombre insuffisant (voir tableau 1).

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- La mise en place d'un système de 7 jours de travail suivi de 7 jours de congé pour l'été;
- Le programme de mentorat;
- Proposition de mise en place des horaires de 12 heures, à venir.

Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur deuxième année de formation. Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 2 pédiatres, dont l'un est en fin de carrière et ne travaille plus à plein temps.

Ils desservent le territoire du CSSS la Pommeraie, car ils n'ont pas de pédiatre. Les nouveau-nés en provenance de Sherbrooke du territoire de CSSS la Pommeraie sont donc retournés à Granby.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Poursuivre les efforts de recrutement de pédiatres;
- Mettre en place les horaires de 12 heures;
- Poursuivre les efforts de rétention et de recrutement du personnel infirmier.

Au niveau des ressources matérielles :

- Compléter le parc d'équipement de façon à répondre à la demande.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib.

3.8 CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel)

Le CSSS Pierre-De Saurel a été visité en novembre 2010 par l'Agence. L'unité néonatale compte 2 lits en soins intermédiaires. Ils sont dotés d'équipements dernier cri en nombre suffisant pour faire face à la demande actuelle.

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- La mise en place d'un système de 7 jours de travail suivi de 7 jours de congé pour l'été;
- L'actualisation de l'équipe volante par bloc d'expertise (Mobilité du personnel entre plusieurs secteurs);
- Le programme de préceptorat.

La rétention du personnel est assez bonne dans l'établissement. Les membres du personnel suivent la formation AMPRO et en sont à leur première année de formation. Ils n'ont pas reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 2 pédiatres supportés par une équipe de dépanneurs et 5 médecins omnipraticiens qui contribuent à la garde.

Le taux d'occupation n'étant pas très élevé (32.85 % en 2010), ceci permet une certaine marge de manœuvre en cas d'augmentation de la clientèle. Par conséquent, les locaux actuels suffisent à la demande actuelle.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Effectuer la formation d'instructeurs en réanimation néonatale le plus rapidement possible pour par la suite certifier le personnel offrant des soins aux nouveau-nés selon les normes de la SCP.

Au niveau des ressources matérielles :

- Considérer l'achat d'un incubateur de transport.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ib afin qu'il maintienne son expertise et puisse desservir la population de son territoire.

3.9 CSSS la Pommeraie

Le CSSS la Pommeraie a été visité en janvier 2011 par l'Agence. Ils n'ont pas de lits en soins intermédiaires. Les bébés demeurent dans les chambres avec leur parent selon leur philosophie de soins. Néanmoins, il leur manque des chambres de naissances, mais ils sont bien équipés grâce à des bailleurs de fonds tels que le club optimiste qui les subventionne.

Des actions ont été entreprises pour contrer la pénurie de main-d'œuvre à savoir :

- La mise en place d'un système de 7 jours de travail suivi de 7 jours de congé pour l'été qui a cours depuis 2 ans;
- La quasi-élimination du recours aux infirmières d'agences;
- Aménagement du temps de travail;
- Un programme de préceptorat d'équipe;
- Un projet de coopération intergénérationnelle; offert aux infirmières de 50 ans et plus qui favorise la communication entre les générations et la rétention du personnel;
- Un programme d'orientation des nouvelles infirmières, inspiré du programme AMPRO, les infirmières travaillent désormais non pas avec seulement des protocoles, mais avec des prétests, contenu théorique, post test-ateliers/ECOS dans tous les domaines de soins incluant la néonatalogie et la pédiatrie. Les résultats sont concluants;
- L'adhésion au programme de recherche Quarisma qui les a habilité davantage à examiner et à modifier leurs pratiques en obstétrique et en sont à leur troisième année de formation.

Ils ont également reçu la formation du PRN.

L'équipe médicale est composée de 9 médecins omnipraticiens qui font les accouchements et la pédiatrie supportés par une équipe de 4 anesthésistes pour la réanimation et la stabilisation des nouveau-nés. Les nouveau-nés de leur territoire traités au CHUS sont généralement transférés à Granby après stabilisation.

Recommandations :

En lien avec les ressources humaines :

- Offrir de la formation au personnel en lien avec la stabilisation du nouveau-né (période de soins qui dépasse la réanimation néonatale) en vue d'offrir des services aux nouveau-nés de 34 semaines et plus leur permettant ainsi d'atteindre le niveau de soins Ib.

Au niveau des ressources matérielles :

- Augmenter le nombre de chambres de naissances afin de répondre à la demande.

Nous recommandons de désigner l'établissement comme un centre de niveau Ia.

Tableau 1 : Besoins en équipement des établissements de la Montérégie

Établissements	Nombre de lits intermédiaires	Nombre de moniteur cardiaque actuel	Besoins requis (Moniteur cardiaque)	saturomètres	besoin en saturomètres	Nombre d'incubateurs actuels	incubateurs de transport	Besoins requis (incubateur)	Tables Chautannes	Basinettes	Lampes de photothérapie et couverture (Biliblanket)	besoins en photothérapie	Mélangeurs air-oxygène	Appareil à tension artérielle non invasive	Échographie Transfontanelle	Besoins en pousse seringues	Besoins en pompes volumétriques	Appareil auditif	C-PAP (babylog)	Besoins en C-PAP	Insufflateur néonatal (néonuff)	Besoins en moniteur pour les études d'apnée
CSSS du Suroît*	4	1	3	1		2	1	2	4	2	3	2	3	1	0		1	0	0			
CSSS Jardins-Roussillon	5	2	3	3		5	0	0	2	5	5+1	0		1	0			1	0		0	
CSSS Pierre-De-Saurel	3	2	0	4		3	0	1T	3		3	0		2	0			1	0		3	
CSSS de Richelieu-Yamaska	6	4	2	6	2	5	1	1	8		4+1			3	0			1	1		0	
CSSS Haute-Yamaska	3	3	0	5	1	3	0	1T	2 bilibas sinet		4+1		1					1	1		1	
CSSS La Pommeraie	0		1	3		1	0	1T	3		1	2		1	0			0	0		1	
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	8	6	2			8	1	0	6		4+1	1		oui				1	0		0	
CSSS Pierre-Boucher	15	11	4			11		4				2				3	20			2		
Hôpital Charles LeMoine	11	4	4	1	4	6	1	4				3										1
Total	55		19		7			11				10					21			2		1

- leur moniteur inclut le saturomètre
- 1T: pour les incubateurs de transport
- Pour les lampes de photothérapie 4+1 signifie qu'il y a 4 lampes et une couverture de photothérapie ou un bili bed.
- Pour les besoins requis en moniteurs et incubateur, nous avons utilisé un ratio de 1 lit de Si pour un incubateur et un moniteur cardiaque

4. PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX

Tel que mentionné précédemment, il arrive que pendant les périodes de pointe; qui ont le plus souvent cours en été, les établissements de la Montérégie ne puissent pas répondre à la demande à savoir : reprendre les nouveau-nés dont l'état est stable, de plus de 32 semaines si l'établissement est de niveau IIb et de 34 semaines si l'établissement est de niveau Ib.

Pour l'année 2009-2010, le MSSS a noté 11 refus de transfert à rebours, dont des reports de transfert avec un délai de deux à trois jours. En effet, certains de nos établissements ont du différé de quelques jours la reprise des nouveau-nés stabilisés en provenance des centres tertiaires pour les raisons suivantes :

- Manque de ressources humaines (manque de pédiatre, ressources spécialisées en soins infirmiers),
- Manque de ressources matérielles (principalement manque de lits disponibles et ou d'équipement);
- Les bébés ne correspondant pas à leurs critères d'admissions ou n'étant pas assez stabilisés selon les critères de l'établissement.

Les tableaux 2 et 3 nous permettent d'observer le nombre de bébés nés hors de la région. On constate que 22 % des bébés naissent hors de la région. Il y a un potentiel de retour de ses bébés en Montérégie, mais il est difficile d'évaluer à quelle hauteur. À cela s'ajoutent les bébés qui pour des raisons médicales, sont transférés vers les centres tertiaires. Certains centres ont un plus fort potentiel de bébés à reprendre du fait d'une rétention plus faible dès le départ (CSSS Champlain, CSSS Richelieu-Yamaska, CSSS Jardins-Roussillon).

Parmi tous les établissements visités, la problématique de ressources humaines est plus marquée que le manque de ressources matérielles et le manque de lits disponibles.

Avoir accès à du personnel qualifié et le retenir est le plus grand défi des établissements.

Enjeu en lien avec les ressources humaines

L'enjeu principal se situe donc au niveau des effectifs infirmiers et des médecins spécialistes.

Des pistes de solutions ont été évoquées et pourraient faire l'objet d'une proposition régionale adaptable à tous les centres accoucheurs de la région. Nous pensons notamment à la réorganisation du travail avec clarification des rôles et des fonctions du personnel clinique et administratif, permettant ainsi de dédier l'infirmière au rôle qui lui est dévolu à savoir l'évaluation clinique des patients de façon à optimiser son rôle.

Tableau 2

Naissances vivantes en Montérégie et hors Montérégie en 2008

Établissements	Pierre-Boucher	HCLM	Haut-Richelieu	Anna-Laberge	Honoré-Mercier	Granby	Suroît	BMP	Sorel	Total Montérégie	Total hors Montérégie	Total naissances	Taux de rétention par centre hospitalier	Taux de rétention régional
CSSS Jardins-Roussillon	158	167	75	1398	0	1	7	3	0	1 809	577	2 386	59%	76%
CSSS Pierre-Boucher	1554	516	4	21	21	0	0	3	27	2 146	488	2 634	59%	81%
CSSS Champlain	604	720	9	47	2	0	0	2	1	1 385	639	2 024	36%	68%
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	299	138	1224	89	31	63	0	74	0	1 918	214	2 132	57%	90%
CSSS de la Haute-Yamaska	1	0	1	0	6	667	1	319	0	995	51	1 046	64%	95%
CSSS La Pommeraie	4	2	17	0	1	31	0	438	0	493	19	512	86%	96%
CSSS Richelieu-Yamaska	605	161	12	31	1176	75	0	10	10	2 080	301	2 381	49%	87%
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	2	1	0	20	0	0	664	0	0	687	1 049	1 736		40%
CSSS du Suroît	0	0	0	118	0	0	344	0	0	462	24	486	71%	95%
CSSS du Haut-Saint-Laurent	0	0	0	76	0	0	88	0	0	164	65	229		72%
CSSS Pierre-De Saurel	27	8	0	1	12	0	0	0	312	360	38	398	78%	90%
Total	3 254	1 713	1 342	1 801	1 249	837	1 104	849	350	12 499	3 465	15 964	62%	78%

Source: MSSS, Fichier des naissances, formulaire SP-1, 2008

Tableau 3

Répartition des naissances vivantes (hors Montérégie) en 2008

Établissements	Lasalle	Lakeshore	Ste-Justine	Royal Victoria (CUSM)	St-Mary	CHUM St-Luc	Juif	Maisonneuve-Rosemont	Autres	Total
CSSS Jardins-Roussillon	278	3	69	61	46	34	51	9	26	577
CSSS Pierre-Boucher	29	0	126	56	32	104	43	48	50	488
CSSS Champlain	96	4	90	153	82	50	117	20	27	639
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	33	0	67	23	9	29	15	11	27	214
CSSS de la Haute-Yamaska	2	0	6	1	0	3	4	0	35	51
CSSS La Pommeraie	0	1	7	3	0	0	0	0	8	19
CSSS Richelieu-Yamaska	21	0	84	26	10	28	21	16	95	301
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	211	380	75	97	69	15	91	7	104	1 049
CSSS du Suroît	3	1	7	0	4	1	2	0	6	24
CSSS du Haut-Saint-Laurent	9	0	5	3	2	0	1	0	45	65
CSSS Pierre-De Saurel	0	0	7	1	1	2	1	1	25	38
Total	682	389	543	424	255	266	346	112	448	3 465

Source : MSSS, Fichier des naissances, formulaire SP-1, 2008

Enjeu en lien avec l'harmonisation des pratiques

Un deuxième enjeu se situe au niveau de l'harmonisation des pratiques en soins intermédiaires à travers tous les centres de naissance hospitaliers de la région. En effet, les pratiques sont différentes en ce qui a trait aux soins offerts aux nouveau-nés prématurés et/ou malades à travers la région.

Exemples venant étayer ce constat:

- Le protocole d'alimentation : le gavage intermittent versus le gavage en continu versus l'introduction de l'allaitement/biberon;
- Les pratiques entourant le dépistage du SARM et ERV lors d'un transfert : dépistage et isolement versus retour en incubateur.

Enjeu de formation

Le fait d'avoir des pratiques harmonisées en lien avec les données probantes va inciter davantage les centres tertiaires à retourner les nouveau-nés stabilisés et sécuriser les familles. Tous les centres de naissance hospitaliers devraient offrir le programme PRN de la société canadienne de pédiatrie.

Enjeu des ressources matérielles

Un troisième enjeu concerne l'équipement nécessaire à l'accueil des nouveau-nés (voir tableau 1).

Enjeu d'organisation régionale des services

Le quatrième enjeu consiste à s'organiser régionalement pour répondre à la demande en provenance des centres tertiaires. En effet, certains établissements disposent de plus de marge de manœuvre que d'autres et ne fonctionnent pas à pleine capacité (référence au taux d'occupation de l'unité en soins intermédiaire) et pourraient recevoir en dépannage des bébés d'un autre réseau local.

Bien que la région s'étende sur un vaste territoire et que les distances soient longues, on pourrait penser à un système semblable à celui de Montréal qui permet de voir où sont les disponibilités en soins intermédiaires dans la région. Il pourrait fonctionner par pôles pour éviter aux familles d'avoir de trop longues distances à parcourir. Cela pourrait se faire grâce à un système d'information et de répartition des bébés, tel que celui qui est implanté à Montréal.

Enjeu du rapatriement des clientèles et les besoins afférents

En analysant les tableaux 2 et 3, on constate que 4 territoires de CSSS se démarquent vu le nombre de naissances à l'extérieur de la région. En effet, les CSSS, Pierre-Boucher, Champlain et Jardins-Roussillon ont un assez gros volume de naissances qui ont cours à l'extérieur de la région, respectivement 488, 639 et 577. De même, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges qui n'a pas de centre hospitalier sur son territoire a 1049 naissances qui ont cours à Montréal, soit 60 % de sa clientèle.

Le fait de rapatrier entièrement ou en partie ce volume, va générer des besoins supplémentaires dans les centres hospitaliers qui desservent ces territoires. Ces besoins sont d'ordre financier et permettront de s'assurer que les ressources humaines et matérielles sont en nombre adéquates pour répondre à l'accroissement de volume.

5. PROPOSITION D'UN MODÈLE RÉGIONAL D'ORGANISATION

Dans le modèle proposé, il y a trois volets répondant à trois objectifs :

1. S'assurer que chaque centre hospitalier puisse desservir la population de son territoire

En se basant sur des critères de soins édictés par le MSSS qui tient compte de l'expertise des médecins, de l'expertise du personnel infirmier et du plateau technique disponible, des niveaux de soins ont été déterminés pour tous les établissements. Les parcs d'équipements ont été rehaussés de façon à mieux répondre aux besoins (voir tableau 4).

Des recommandations de formation du personnel ont été émises afin d'améliorer l'expertise. L'objectif étant de répondre à la demande de son territoire ou plus selon les possibilités.

2. Développer une vision régionale à moyen terme permettant la rétention des grossesses de 32 semaines et plus dans la région.

Afin de retenir une bonne proportion des femmes qui accouchent à l'extérieur de la région, les centres hospitaliers Pierre-Boucher et l'HCLM qui sont dotés de néonatalogistes pour prendre en charge ces nouveau-nés pourraient pratiquer les accouchements respectivement dès les 32 et 33 semaines évitant à ces femmes de se rendre à Montréal. En effet, plus le volume sera élevé plus l'expertise sera reconnue et plus la rétention sera meilleure.

Par la suite une fois les nouveau-nés stabilisés, ils pourraient être transférés vers leur hôpital de résidence.

3. Rapatrier le plus tôt possible les nouveau-nés issus des centres tertiaires

Pour se faire, tous les établissements ont été désignés selon un niveau soins.

Les nouveau-nés stables issus des centres tertiaires devraient être rapatriés en Montérégie dès la 32^e semaine à l'Hôpital Pierre-Boucher qui les prendrait en charge jusqu'à leur retour à l'hôpital le plus proche de leur domicile à 34 semaines et plus. Néanmoins, comme la région est étendue (voir fig. 1), ce corridor n'est pertinent que pour quatre CSSS de la région, vu les distances à parcourir par la famille. Il s'agit des CSSS Champlain, Haut-Richelieu–Rouville, Richelieu-Yamaska et Pierre-De Saurel.

En ce qui concerne les CSSS, du Suroît et Jardins- Roussillon, le corridor avec les centres tertiaires de Montréal seraient maintenus jusqu'à 34 semaines stables de façon à ce que les deux centres hospitaliers puissent recevoir directement les nouveau-nés sans passer par un autre hôpital de la Montérégie.

Pour les CSSS de la Haute-Yamaska et la Pommeraie le corridor serait le centre hospitalier et universitaire de Sherbrooke (CHUS) qui rapatrierait les nouveau-nés dès 34 semaines à Granby ou dès 35 semaines à l'hôpital Brome Missisquoi Perkins. Ce dernier pourrait passer au niveau 1b en offrant des soins aux nouveau-nés de plus de 34 semaines et en améliorant la formation du personnel en lien avec la stabilisation des nouveau-nés. La figure 2 nous montre cette proposition de modèle.

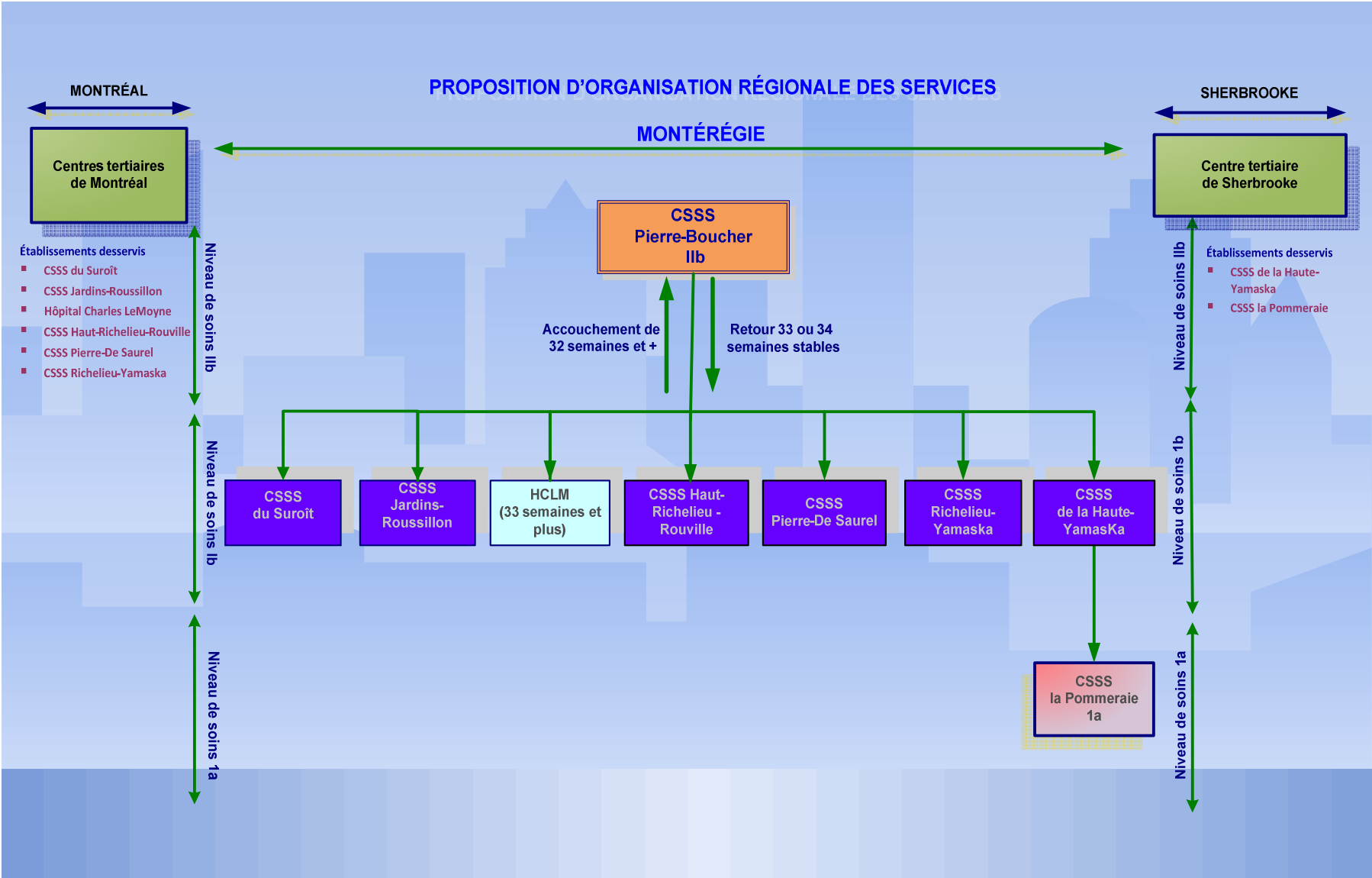
Tableau 4

Liste des équipements accordés aux établissements en juin 2011

Établissements	Incubateurs de transport	Lampes de photothérapie ou Bilirubin	Mélangeurs air-oxygène	Moniteurs multiparamétriques	Pousse-seringues	Incubateurs caléo	Respirateurs non invasifs de type "Infant Flow"	Minipertuseurs	Civière de transport	Saturomètre	Table de soins néonataux	Moniteur cardiaque	Incubateur standard
CSSS du Suroît*		2L	2	3									1
CSSS Jardins-Roussillon			1	3						2	1		
CSSS Pierre-De-Saurel				1					1				1
CSSS de Richelieu-Yamaska		2B		1				5		2		1	1
CSSS Haute-Yamaska	1					1				1			
CSSS La Pommeraie	1	2L		1									
CSSS Haut-Richelieu-Rouville		1L	1	2							1		
CSSS Pierre-Boucher		2L		4	3	4	2						
Hôpital Charles LeMoine		1L	2	4						2			2
Total	2	10	6	19		5	2	5	1	7	2	1	5

En comparant le tableau 4 au tableau 1 (page 26) qui fait état des besoins de la région, on constate que le MSSS a répondu à 90% des demandes des établissements. Le complément (10% restant) devra être effectué par l'Agence ou l'établissement.

Figure 2 : Proposition d'organisation régionale des services



6. RECOMMANDATIONS

Les solutions proposées :

Solutions en lien avec les ressources humaines

- La révision de la structure de postes de façon à créer une structure de postes attrayante dans le respect des conventions collectives, qui favorise la rétention et la polyvalence du personnel (postes à horaires fixes à temps complet et temps partiel, postes à rotation jour/soir et jour/nuit, horaires de 12 h, postes composés pédiatrie/périnatalité, etc.);
- La clarification des rôles et des tâches du personnel clinique et administratif, permettant ainsi de dédier l'infirmière aux soins d'évaluation clinique des patients de façon à optimiser son rôle, diminuer sa charge de travail et améliorer la rétention du personnel. Un réseau régional structuré qui supporterait les établissements au niveau de la formation et des bonnes pratiques;
- Le développement d'un programme de formation standardisé sur les soins aux nouveau-nés vulnérables de plus de 32 semaines afin de le rendre disponible aux établissements offrant des soins intermédiaires.
- Ces éléments s'inscriraient dans le cadre plus global du plan de main-d'œuvre de la Montérégie.

Solutions en lien avec l'organisation régionale des services

- Harmoniser les pratiques (protocoles de soins) offertes en soins intermédiaires-néonatalogie à travers la Montérégie en ce qui a trait aux soins et suivi des prématurés;
- Mettre en place un système permettant de garder dans la région les bébés stabilisés grâce à un outil indiquant quotidiennement le lieu et le nombre de lits de soins intermédiaires disponibles dans les différents centres accoucheurs de la région;
- Envisager la possibilité de pratiquer les accouchements de 32 et 33 semaines de la région.

Solutions en lien avec les ressources matérielles

- Voir au rehaussement des équipements nécessaires à l'accueil de nouveau-nés et peut-être même considérer l'acquisition de certains équipements partagés entre les établissements. En effet, un « pool » d'équipements pourrait être constitué pour la région en vue de prêts aux établissements lorsque requis. Les besoins sont en partie comblés par le financement accordé en juin 2011 (voir tab 4).

7. Conclusion

Ce plan a été élaboré au départ, pour répondre à une demande urgente du Ministère qui était de désengorger les centres tertiaires de Montréal. Néanmoins, la démarche entreprise pour atteindre cet objectif nous a permis d'explorer l'offre de service régionale et de nous pencher vers un modèle qui voit plus loin que la simple réponse à la demande du MSSS.

Les visites effectuées nous ont permis d'entrevoir les possibilités d'optimisation, d'amélioration des pratiques, et de mise en commun au bénéfice de toute la région.

Ce plan reflète bien l'esprit de collaboration et de réseautage qui prévaut en Montérégie.

ANNEXE 1

CANEVAS DE LA VISITE DES ÉTABLISSEMENTS
MAI/JUIN 2010

CANEVAS DE LA VISITE DES ÉTABLISSEMENTS
MAI - JUIN 2010

CRITÈRES	OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE
1. FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE NÉONATOLOGIE		
Lits intermédiaires néonataux (nombre réel/besoin estimé)		
Nombre de pédiatres qui font la garde au PEM		
Nombre d'accouchement par année dans l'établissement		
Organisation des lieux physiques		
Autres... Exemple : Unité Kangourou		

CRITÈRES				OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE
2. OFFRE DE SERVICE					
En référence à la grille suivante, cochez les services aux nouveau-nés dispensés par votre établissement (adaptés selon les niveaux de soins néonataux de la Société canadienne de pédiatrie, joint en annexe);					
Offre de service	Oui	Non	Commentaire		
Photothérapie	x				
Alimentation par gavage	x				
Perfusion et médication intraveineuse	x				
Surveillance des nourrissons sous monitoring cardio-respiratoire (années et bradycardies du prématuré)	x				
Surveillance des nourrissons sous saturométrie	x				
Oxygène nasal accompagné d'une saturométrie (ex. : pour les nourrissons atteints d'une maladie pulmonaire chronique)	x				
Administration de caféine	x				
Examen ophtalmologique de la rétine pour le suivi des prématurés	x				
Échographie transfontanelle pour le suivi des prématurés		x	reflet rouge à la pouponnière et suivi conjoint avec un centre tertiaire		
Autres précisez :	Dépistage auditif à tous nos nouveau-nés				
Autres précisez :					
Autres précisez :					
Autres précisez :					

CRITÈRES		OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE		
3. RESSOURCES HUMAINES/ORGANISATION DU TRAVAIL					
A) Décrivez-nous l'organisation et la composition de l'équipe de soins affectée auprès des « nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance particulière » en précisant le titre d'emploi de chacun des membres de l'équipe.					
B) Quel est le ratio actuel infirmière (lits pour « nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance particulière »)?					
C) Quelles sont les problématiques vécues en lien avec l'organisation du travail (composition de l'équipe de soins, lieux physiques, etc.)?					
D) Quelles sont la durée et la méthode privilégiée pour la formation des infirmières affectées aux soins des « nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance particulière »?					
E) Complétez le tableau suivant en indiquant le pourcentage d'heures travaillées en temps supplémentaire :					
	Professionnels affectés aux soins des nouveau-nés	% heures travaillées			
		2007-2008	2008-2009		
	Infirmière				
	Infirmière auxiliaire				
	Autre, précisez :				
F) Quels moyens ont été mis en place pour diminuer le nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire s'il y a lieu (tels des horaires de 12 heures, etc.)?					
G) Votre établissement a-t-il recours aux infirmières des agences de main-d'œuvre indépendante pour la prestation des soins aux « nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance particulière »?					
H) Quels moyens ont été mis en place pour améliorer la rétention du personnel infirmier et contrer la pénurie de main-d'œuvre (tels le mentorat, l'aménagement des horaires de travail, la clarification des rôles, etc.)?					

l) Y-a-t-il une consultante certifiée (IBCLC) en allaitement maternel dans votre établissement ?				
4. Ressources matérielles				
A) Complétez le tableau suivant concernant l'équipement dédié aux soins des nouveau-nés sur votre unité :				
	Item	Nombre actuel	Commentaires	
	Lampe de photothérapie			
	Incubateur			
	Table chauffante			
	Incubateur de transport		en achat	
	Moniteur (cardiaque et respiratoire)		2 sont désuets	
	Saturomètre			
	Débitmètre à oxygène			
	Pompes volumétriques précises à 0,1 ml/hre (perfusion intraveineuse)			
	Pousse-seringues (perfusion intraveineuse)			
	Pompes à gavage		nous nous servons de pousses seringues	
	Appareils à tension artérielle non invasifs			
	Appareil à succion			
	Autre : Babylog			
	Autre : appareil dépistage auditif			
	Autre :			
	Autre :			
	Autre :			

B) Quelles sont les problématiques vécues en lien avec les ressources matérielles? (équipement insuffisant ou désuet, entretien et réparation, disponibilité du matériel, etc.)				
CRITÈRES			OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE
5. Statistiques				
A) Complétez le tableau suivant concernant les statistiques pour les lits de nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance particulière :				
	2007- 2008	2008-2009		
Nombre d'admissions (totales)				
Nombre d'admissions en provenance d'un autre centre				
Nombre de jours-présences				
Nombre d'heures travaillées				
Durée moyenne de séjour				
% occupation				
Nombre de transferts vers un autre centre				
B) Quelles sont les difficultés vécues lors des transferts (admissions) en provenance des centres de soins néonataux de niveau II + et III (convalescence après un séjour aux soins intensifs néonataux)?				
C) Quelles sont les raisons qui font que des transferts (admissions) en provenance des centres de soins néonataux de niveau II + et III sont refusées par vos centres (s'il y a lieu)?				

CRITÈRES		OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE
D) Quelles sont les raisons qui font que des transferts (admissions) en provenance des centres de soins néonataux de niveau II + et III sont refusées par votre centre (s'il y a lieu)?			
E) Comment sont organisés et effectués les transports lors des transferts (admissions) en provenance d'un centre de soins néonataux de niveau II + et III?			
F) Décrivez-nous la politique d'isolement des patients de votre unité lors d'un transfert (admission) en provenance d'un autre centre?			
Nom de l'établissement de niveau III	Nombre de transferts (admission en provenance de ce centre)		
	2007-2008	2008-2009	
CHU Sainte-Justine			
CUSM-Hôpital de Montréal pour enfants			
CHUS –Hôpital Fleurimont			
CUSM- Hôpital Royal Victoria			
Hôpital Général Juif			
6. Niveau de soins			
Niveau 1a			
Ces établissements offrent les soins de base et la photothérapie			
Niveau 1b			
ces établissements offrent les soins à des nouveaux nés de 34 semaines de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse et de l'alimentation par gavage			

	CRITÈRES	OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	OBSERVATIONS DE L'AGENCE
	Niveau II a		
	Ces établissements offrent les soins à des à des nouveaux nés de 32 semaines de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse et de l'alimentation par gavage		
	Niveau II b		
	Ces établissements offrent les soins à des nouveaux nés de 32 semaines de gestation et plus, de la thérapie intraveineuse, de l'alimentation par gavage et des services de ventilation nasale		
	Niveau III a		
	ces établissements offrent les soins aux nourrissons peu importe leur âge gestationnel ou leur poids, de la ventilation mécanique+ monoxyde d'azote (NO), l'accès immédiat à tous les spécialistes consultants		
	Niveau III b		
	ces établissements offrent services de niveau III a et l'accès complet sur place à des sur-spécialistes consultants. Ils exécutent et interprètent des tests d'imagerie de pointe (TDM,IRM, échocardiographie d'urgence). Ils exécutent également les opérations importantes à l'exclusion de la réparation de graves malformations cardiaques congénitales qui exigent une circulation extracorporelle (CEC)		/
	Niveau III c		
	ces établissements offrent services de niveau III b et une réparation chirurgicale de graves malformations cardiaques congénitales qui exigent une circulation extracorporelle (CEC)		

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Agence de la santé et des services
Sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3