

SOUS-COMITÉ EN PÉRINATALITÉ

PROCÈS-VERBAL – Rencontre du 14 septembre 2015 à la salle S-706

Étaient présents :

Dre Isabelle Gosselin
Dre Angie Brockman
Dre Marie-Claude Matte
Dr Marc de Ladurantaye

SUJETS		RÉSUMÉ	SUIVI
1.	Adoption de l'ordre du jour	Dre Isabelle Gosselin ouvre la réunion et se présente en tant que responsable de la direction du programme du comité de périnatalité. Elle annonce par la suite la démission de Dre Anne-Patricia Prévost et Dr Louis-Xavier D'Aoust de la Table de périnatalité. L'ordre du jour est adopté.	
2.	Révision de la politique actuelle et de la convention collective des résidents par rapport à la garde	Dre Prévost et Dr D'Aoust avaient déjà fait une demande dans le passé dans le but d'uniformiser la garde, un questionnaire avait été fait. Suite aux résultats du questionnaire, une politique avait été produite, mais celle-ci n'a jamais été adoptée.	
3.	Compilation du sondage sur l'application de la politique dans chaque UMF	Voir ANNEXE 1	
4.	Discussion des obstacles sur la mise en application dans le respect de la convention collective. Discussion sur les pour et les contres de la	La Table des résidents-coordonnateurs a discuté de la garde en obstétrique et les points suivants ont été soulevés :	

SUJETS		RÉSUMÉ	SUIVI
	politique actuelle.	<u>Pour :</u> • Permits de maintenir l'esprit de continuité de la médecine familiale • Permits de contrer certaines lacunes des stages d'obstétrique de certains milieux (comme le triage et le post-partum) <u>Contre :</u> • Nuit à l'exposition dans les autres stages, qui sont tout aussi importants que l'obstétrique. C'est pire encore si les visites post-partum sont obligatoires, car le résident doit se déplacer 2 à 3 fois (accouchement, post-partum mère, et post-partum bébé) alors qu'il est parfois dans un stage dans un autre hôpital. • N'a pas d'avantage au niveau académique. Car l'exposition est faible et trop éparse durant l'année. La garde n'apporte donc rien de plus en compétences obstétricales par rapport au stage obligatoire d'obstétrique • N'a pas d'avantage au niveau clinique, au contraire, car il n'est pas mieux pour les patientes de se faire accoucher par un autre résident que son résident traitant. Il serait mieux pour elles de se faire accoucher par un patron directement que par un résident qui n'a parfois pas encore fait d'obstétrique ou encore qui l'a fait il y a 6 mois et n'en a pas refait depuis. • Est souvent incompatible avec la convention collective en termes de nombre de journées de gardes par mois.	

SUJETS		RÉSUMÉ	SUIVI
		Nuit à l'implantation des autres systèmes de garde (gardes en hôpital à l'étage ou aux soins, gardes communautaires, gardes de CHSLD, etc)	
5.	Proposition d'une politique uniforme de la garde	Voir ANNEXE 2 Dr Matte et Dr Brockman se questionne a savoir si l'exposition en soins périnataux sont suffisants au courant des 2 années de résidence. Dre Brockman suggère de voir la possibilité la nécessité de réexposer le résident durant sa 2ieme année de résidence.	
6.	Varia		
7.	Révision des APD spécifiques et développement des APD pour le stage à option et le programme court en périnatalité en R3	La différence dans les attentes envers un R3 versus un R2 est dans le niveau d'autonomie à gérer l'ensemble du travail des patientes sous sa responsabilité. Un R3 devrait être autonome, pouvoir faire de l'enseignement et avoir un rôle de leader dans l'équipe soignante.	

ANNEXE 1

POLITIQUE DE GARDE EN UMF 2015

Amos

Pour nous à l'UMF, nos résidents sont de garde pour leur patiente enceinte à partir de la 36e semaine de grossesse. Nous n'avons pas encore écrit notre politique, car nous sommes à les réviser et cela ira juste à l'automne.

Cité de la Santé

La procédure de garde change chaque année depuis 3 ans en fonction des cohortes et des directives de l'université.

Actuellement, les patientes de moins de 36 semaines de grossesse sont couvertes uniquement par les patrons superviseurs depuis la directive de l'université il y a un peu plus d'un an.

Les patientes de 36 sem et plus sont couvertes de jour par le médecin traitant. S'il est dans un autre milieu de stage, il doit tenter de gérer à distance, demander l'aide d'un collègue sur place si possible et peu en dernier recours demander au patron superviseur d'évaluer seule la patiente si une évaluation sur place est nécessaire et que personne ne peut le remplacer. Il est donc responsable de 8h le matin à 20h le soir.

Le soir, la nuit et les weekends, il y a un résident de garde. Ils s'agit de gardes en disponibilités de 20h à 8h. Le tout en respectant la convention et le maximum de garde en disponibilité possible par mois. Cela implique parfois une découverte de garde. Le résident traitant qui désire accoucher sa patiente en tout temps doit aviser sa patiente et son équipe sans quoi il ne sera pas appelé de nuit ou le weekend.

Les multiples problèmes:

- Chaque cohorte est insatisfaite du fonctionnement et demande des changements qui font en sorte que la politique change tous les ans et parfois deux fois par an
- les résidents 2 veulent se retirer du pool (équipe de suivi) dès que leur dernière patiente a accouché. Ils ont pris cette initiative par eux même il y a quelques années et impossible à changer depuis deux ans puisqu'ils exigent une directive ou accord de l'université. Toutefois, la résidence était maintenant faite en longitudinal je crois que cela ne va pas avec l'essence du programme, ni le travail d'équipe nécessaire dans la pratique générale de nos jours.
- le résident traitant est souvent injoignable de jour ou ne retourne pas ses appels dans un délai raisonnable (10 min).
- nous ne pouvons nous servir du résident en stage à la salle d'accouchement d'emblée puisque les R2b et les résidents du marigot ou autres résidents

extérieurs ne s'occuperont pas du post-partum de la patiente et du suivi du BB.

Aussi, je crois qu'il est très difficile d'atteindre les objectifs de la résidence si un R2 peut cesser de faire des accouchements à partir de P1-P2 de sa deuxième année. Aussi, je crois que nous sommes la seule université québécoise avec seulement un mois de salle d'accouchement et aucune semaine intégrée. Je crois que cela est à tenir en compte pour les aptitudes de nos résidents finissants et l'agrément aussi

Faubourgs

1. Suivi de patientes enceintes

Il est attendu que le résident effectue trois (3) suivis de grossesse (visite de prise en charge, suivi de la grossesse et visite post-partum) au sein de ses bureaux de continuité pendant sa résidence. Ces visites sont supervisées par le patron enseignant et les dossiers obstétricaux sont révisés par un patron membre de l'équipe de périnatalité de l'UMF du résident aux moments déterminés.

Il est attendu que le résident effectue l'équivalent de trois (3) suivis de grossesse en clinique d'obstétrique avec un médecin de l'UMF, soit l'équivalent de neuf (9) demi-journées de clinique d'obstétrique pendant la résidence (neuf (9) cliniques x quatre (4) visites par clinique = 36 visites, soit l'équivalent de trois (3) grossesses).

2. Garde en disponibilité pour l'accouchement des patientes suivies par un résident

Pendant la grossesse, le résident détermine avec la patiente s'il sera présent pour le suivi de son travail et son accouchement ou encore si elle sera prise en charge par l'omnipraticien de garde à son arrivée à la salle d'accouchement.

Entre 35 et 37 semaines (au moment du prélèvement pour le streptocoque B), le résident remet à la patiente le formulaire « Suivi de grossesse par un résident – Prise en charge par le résident » ou encore le formulaire « Suivi de grossesse par un résident – Prise en charge par l'omnipraticien de garde » en fonction de l'entente prise préalablement avec la patiente. Le cas échéant, le résident indique également ses non-disponibilités sur ce formulaire pour la période allant de 37 à 42 semaines. La patiente est responsable d'apporter avec elle ce formulaire lorsqu'elle se présente à la salle d'accouchement, afin qu'elle puisse être prise en charge par les bons intervenants (résident traitant ou omnipraticien de garde). La salle d'accouchement et l'unité du post-partum disposeront d'une liste de coordonnées afin de rejoindre le résident.

2.1. Prise en charge de la patiente à moins de 37 semaines de grossesse ou prise

en charge par le médecin omnipraticien de garde

Si la patiente se présente à la salle d'accouchement avant 37 semaines (soit jusqu'à 36 6/7 semaines), elle est évaluée et prise en charge par l'équipe traitante de la salle d'accouchement, soit les externes, résidents juniors et médecins omnipraticiens présents sur place. La même procédure sera suivie à compter de 37 semaines s'il a été convenu que la patiente serait prise en charge par l'omnipraticien de garde ou encore si la patiente est admise alors que le résident traitant s'est mis non disponible sur la feuille remise à la patiente.

2.2. Prise en charge par le résident traitant à 37 semaines ou plus de grossesse

Si la patiente se présente à la salle d'accouchement à 37 semaines ou plus et qu'il a été convenu qu'elle serait prise en charge par le résident traitant, ce dernier est alors informé par le personnel de la salle d'accouchement. Le résident dispose alors de 15 minutes pour retourner l'appel de la salle d'accouchement, sans quoi la patiente sera prise en charge par l'omnipraticien de garde et le résident ne sera pas contacté à nouveau. Il est alors attendu que le résident se présente à la salle d'accouchement pour procéder à l'évaluation de sa patiente, au suivi de son travail ainsi qu'à son accouchement. Si le résident n'est pas en mesure de se déplacer immédiatement il doit contacter l'omnipraticien de garde et s'entendre avec lui sur la façon d'organiser la prise en charge de la patiente.

L'ensemble des milieux de stage est avisé que la prise en charge d'une patiente à la salle d'accouchement prime sur les autres activités cliniques, à l'exception de la garde en établissement et des journées académiques. Si des problèmes à cet égard sont rencontrés, le résident est prié d'en aviser la direction de l'UMF.

Si la présence du résident est requise à la salle d'accouchement au-delà de minuit et qu'il travaille le lendemain matin, il peut être libéré de ses tâches cliniques. Le secrétariat de l'UMF doit alors être avisé dans les plus brefs délais afin qu'une entente soit prise à cet égard.

3. Visite post-partum des patientes suivies par les résidents

Le résident traitant est tenu d'effectuer la visite post-partum hospitalière de sa patiente. Le résident sera informé de l'accouchement de sa patiente par le personnel du post-partum le jour même de l'accouchement ou encore le lendemain matin si la patiente accouche pendant la nuit. Le congé ayant lieu environ 48 heures après l'accouchement, le résident est tenu de se présenter à l'hôpital de 12 à 36 heures après l'accouchement afin d'effectuer la visite post-partum et signer le congé de la patiente. Une fois la visite réalisée, le résident doit contacter l'omnipraticien de garde afin de discuter du cas, et ce, avant que la patiente soit libérée. La visite de suivi post-partum au bureau doit être prévue de 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Le résident doit indiquer ses non-disponibilités potentielles pour la visite post-partum sur le formulaire « Suivi de grossesse par un résident » qui est remis à la

patiente afin que la visite soit effectuée par l'omnipraticien de garde pendant la période d'absence. Par ailleurs, si le résident est en absence prolongée (ex. : région), il est attendu que la visite soit effectuée par le résident qui prend charge de la patiente en l'absence de son collègue.

Si le résident omet d'effectuer la visite post-partum ou encore ne retourne pas l'appel du post-partum dans une période où il ne s'était pas placé en non-disponibilité, la direction de l'UMF sera avisée et le résident obtiendra un inférieur aux attentes au critère professionnalisme de son stage d'UMF.

LaSarre

Le résident a pour objectif d'acquérir les connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité. Pour ce faire, à notre UMF, il assurera idéalement le suivi complet de 6 patientes incluant l'accouchement. À noter que d'autres activités de suivi de grossesses seront organisées avec les médecins de l'équipe d'obstétrique pour maximiser leur exposition dans ces domaines. Aussi, des semaines de tournée avec l'équipe d'obstétrique seront prévues.

Le nombre de grossesses requis sera attribué, avec l'accord de la patiente (nullipare ou multipare), de façon aléatoire, dès le début du stage. Ceci afin de maximiser le nombre de rencontres résident – patiente. L'attribution des suivis se fera sans égard aux problématiques de grossesse, qui ne seront ni à privilégier, ni à éviter.

Idéalement, les rendez-vous de ces patientes seront prévus les jours où un médecin de l'équipe d'obstétrique est présent à la clinique. Après chaque visite, le résident se doit d'en discuter avec un médecin de l'équipe d'obstétrique, qu'il soit ou non son médecin superviseur.

Exceptionnellement, advenant le cas qu'il n'y ait aucun médecin de l'équipe d'obstétrique sur place à la clinique, le résident devra alors contacter le médecin de garde en obstétrique pour en discuter.

Le résident demeure responsable du suivi de grossesse de ses patientes. Advenant le cas qu'il prévoit être absent et que ses patientes doivent être revues, le résident s'assure qu'elles le seront, idéalement, par un confrère résident, sinon par un médecin de l'équipe d'obstétrique. En ce qui concerne l'accouchement, il n'y aura pas de confrère remplaçant, alors ce sera le médecin de garde en obstétrique qui s'en chargera.

Le Gardeur

En se basant sur les principes que :

- Le but visé par le suivi de femmes enceintes lors de la résidence est de s'exposer au suivi de grossesses du début à la fin
- Il est attendu que le résident soit présent lors de l'accouchement de la patiente dont il a assuré le suivi, selon les modalités de garde en vigueur

- L'apprentissage des actes techniques reliés à la gestion du travail et de l'accouchement se fait lors du stage-bloc d'obstétrique
- L'apprentissage du travail d'équipe est particulièrement important dans un contexte de périnatalité

Disponibilité

Le résident doit être disponible dès que ses patientes atteignent 36 semaines de grossesse (ou 34 semaines dans le cas d'une grossesse gémellaire). Il doit ainsi porter son téléavertisseur, et transmettre son numéro de téléphone à domicile à la salle d'accouchement, afin de pouvoir être contacté de 8h à 20h du lundi au vendredi.

Conditions de non-disponibilité

Le résident n'est pas tenu de se présenter à la salle d'accouchement dans les circonstances suivantes :

- Il est absent, en raison d'un des congés prévus à l'entente de la FMRQ (vacances, congrès, études, parentales, maladies, autres)
- Il est absent, en raison de son stage de médecine familiale rurale.
- La condition de sa patiente nécessite césarienne élective. Le résident doit cependant assurer le suivi du nouveau-né.
- Les samedis, dimanches et jours fériés ainsi que 20h à 8h les jours de semaine.

Lorsqu'il prévoit s'absenter, le résident doit transférer temporairement ses patientes à un(e) collègue résident(e) et avvertir ses patientes en précisant la durée de son absence. Il est aussi responsable d'aviser la salle d'accouchement

de son absence. Afin de faciliter le transfert d'information avec le département d'obstétrique, le résident doit inscrire ses disponibilités et le nom d'un éventuel

résident remplaçant sur une feuille avec le dossier remis à sa patiente.

Liste de garde en obstétrique

Pour les samedis, dimanches et jours fériés, le groupe de R1 doit constituer une liste de garde dès qu'une de leur patiente atteint 36 semaines de grossesse

jusqu'à l'accouchement de leur dernière patiente. Le résident de garde doit être

disponible sur appel de 8h à 20h pour les patientes en travail et faire la tournée des patientes et des nouveau-nés du groupe.

Primauté de l'accouchement

L'accouchement de ses patientes enceintes prime sur les activités cliniques régulières du résident. Celui-ci doit être libéré de ses activités cliniques durant la journée ou lors de sa garde communautaire (y compris les quarts de travail à l'urgence et en sans rendez-vous) pour accoucher ses patientes. La libération

lors de ces activités cliniques ne compte pas pour une absence et n'intervient pas dans le calcul de la validité d'un stage.

Déplacement

Lorsqu'une patiente de l'UMF se présente au triage de la salle d'accouchement, elle est évaluée par le médecin du groupe Horizon. Dès qu'un résident est informé qu'une de ses patientes est en travail, il doit se présenter pour en prendre charge. Avec l'accord du médecin superviseur en obstétrique, le résident traitant peut poursuivre ses activités cliniques au CHPLG tout en étant disponible pour sa patiente. Dans tous les cas, lorsqu'il quitte un stage pour accoucher une patiente, le résident doit le faire avec professionnalisme, informant ses superviseurs de la raison pour laquelle il quitte l'unité de soins et du moment probable de son retour. Il informe ses superviseurs des suites qu'il entend donner au travail qu'il a débuté et qui n'est pas terminé. Il informe aussi son chef d'UMF de la garde ou de la journée manquée.

Responsabilité à la salle d'accouchement

Une fois sur place, il devra assurer la gestion du travail et de l'accouchement. Après l'accouchement, le résident traitant devra assurer le suivi de la patiente et du bébé et les voir tous les jours jusqu'à leurs congés de l'hôpital. Si le résident se trouve dans l'impossibilité d'effectuer ce suivi post-partum, il est responsable de trouver un résident remplaçant afin d'assurer le suivi. Il devra ensuite faire le suivi de ses patientes et de leurs enfants tout au long de sa résidence s'ils n'ont pas déjà un médecin de famille. Toutes ces tâches seront faites sous la supervision des médecins de la salle d'accouchement du groupe Horizon et de l'UMF.

Obligations

Un résident doit suivre un minimum de 6 femmes enceintes. Puisque l'apprentissage des actes techniques reliés à la gestion du travail et de l'accouchement se fait surtout lors du stage bloc d'obstétrique, un résident qui suit la grossesse d'une patiente qu'il n'accouche pas ne peut se voir obliger d'accoucher une patiente supplémentaire. Cependant, si une patiente est transférée en soins tertiaires pour terminer sa grossesse, celle-ci doit avoir vu son médecin résident un minimum de 5 visites prénatales (jusqu'à la visite de 28 semaines) pour compter comme un suivi de grossesse.

Maisonnette-Rosemont

Les modalités suivantes s'appliquent pour le résident à contacter lors de la présence d'une patiente suivie par un résident à la salle d'accouchement:

#1 : Faire signaler le résident qui assure le suivi de la patiente

Si ce dernier n'est pas disponible

#2 : Aviser le résident de médecine familiale de garde à la salle d'accouchement le cas échéant

Maria

Les résidents ont décidé de se mettre de garde pour leurs patientes afin de préserver la continuité des soins.

Marigot

Couverture de la salle d'accouchement à partir de 36 semaines.

Un résident de garde à tous les jours. C'est celui-ci qui prend l'appel. Il peut alors contacter le résident traitant pour savoir si celui-ci désire s'occuper de sa patiente (certains de nos résidents aiment faire de l'obstétrique!) ou s'il laisse le résident de garde s'en occuper. Nous avons entre 6 et 8 résidents qui se partagent la liste de garde d'obstétrique.

Mont-Laurier

Les résidents devraient en voyer leur disponibilité en même temps que les feuilles 1-2-3-4 sont envoyées au CME. Sont habituellement dispos de 8 à 20h00. Quelques exceptions.

Viennent habituellement voir leur cliente et bb en post-partum si ne sont pas à l'extérieur.

Notre-Dame

1. Nous allons fortement encourager les résidents à accoucher leurs patientes enceintes, mais pas d'obligation étant donnée la nouvelle convention collective. Si un résident souhaite accoucher ses patientes (de jour-soir-nuit), il doit en avertir la patiente et l'écrire au dossier. Évidemment les mêmes règles que l'an passé s'applique s'il est de garde concomitamment sur un autre site et certaines priorités demeurent (garde s.intensifs, cours-formations obligatoires ACLS, NRP, pédago et autres...). La seule différence est qu'une **évaluation préalable est faite** par le résident de garde en stage en obstétrique (obligatoire si résident de med.fam sur place en stage et idéalement souhaitée si résident d'obstétrique seulement) avant l'appel au résident concerné. Le résident se déplace uniquement si le travail est réellement commencé (ceci pour éviter un déplacement moins académique que l'activité auquel il participe). Le résident doit aussi avertir la DLP s'il désire accoucher ses patientes enceintes de soir-nuit (hors convention).
2. Les résidents resteront de garde le jour pour le patiente enceinte à partir de 36 semaines de grossesse, et ce de 8h00 le am à 17h00 le soir.
3. 3. Des gardes seront offertes aux résidents 1 et 2 qui le désirent (ou encore à ceux qui bénéficieraient d'une plus grande exposition) en remplacement de quelques autres gardes lorsqu'ils sont en stage bloc UMF (SRV-Urgence). Le CISC des Faubourgs aura priorité lors des périodes pairs et N-Dame les périodes impairs.
4. Idéalement, les résidents pourront faire les gardes en obstétrique après avoir fait et réussi leur stage en obstétrique et GESTA.
NB: GESTA est fait par le résident avant ou pendant son stage en obstétrique.
5. Il y a un ou deux résidents de médecine familiale (N-Dame ou Faubourgs) à chaque période de l'année en stage en obstétrique à HSL. Ainsi, toutes les

patientes des résidents de ces 2 milieux seront accouchées par le groupe de résidents et les médecins de famille accoucheurs des 2 UMFs.

Shawinigan

À l'UMF de Shawinigan, notre politique de garde en disponibilité est la suivante: à partir de 36 semaines de grossesse de leur patiente suivie au bureau (un minimum de 6 patientes par résident), les résidents sont de garde obligatoirement du lundi au vendredi de 8h-20h. S'ils sont non disponibles 1 semaine ou plus durant cette période, ils doivent se trouver un résident remplaçant. Pour les résidents qui veulent en faire plus, ils peuvent être de garde 24/24 7/7 mais ce n'est pas une obligation. Ces gardes viennent compléter l'exposition en périnatalité qu'ils ont dans leur stage de 6 semaines au département où ils ont 12 gardes (dont deux de fin de semaine) sur appel 24h/24 à faire.

St-Hubert

De garde pour leur patiente à partir de 36 sem de 8h à 20h les jours de semaine
Ils se font une liste de garde pour les nuits et les w/e
Si trous dans la liste de garde les patrons accouchent leur patiente
Suivi de 6 grossesses

Trois-Rivières

Nos résidents font 4 semaines d'obstétrique en R1. Ceci est divisé en 4 périodes du lundi 8:00 am au vendredi 16:00pm et 4 périodes du vendredi 16:00 au lundi 8:00 am.
Les résidents terminent leurs journée à 23:00 au plus tard ou jusque les mamans et bébés soient tous vus.
Si patiente en fin de travail, les résidents sont invités à rester. Si ils travaillent plus de 16 heures consécutives, ils ont 8 heures de repos.
Lors de leurs semaines d'umf, chaque résident a 4-6 suivis de grossesse. Ils sont disponibles à partir de 36 semaines pour ces accouchements jusque 20h du lundi au vendredi.. Si ils sont appelés pour leur patiente, ceci prime sur l'activité clinique en cours. Bien entendu, si le maximum de la convention collective est déjà atteint le résident peut fermer sa paget et ce sera le patron et le résident en obstétrique qui couvre.
LE RÉSIDENT EST ÉGALEMENT TENU DE FAIRE LE SUIVI MÉDICAL À L'ÉTAGE D'OBSTÉTRIQUE DE LA MÈRE AINSI QUE DE SON BÉBÉ JUSQU'AU CONGÉ DU LUNDI AU VENDREDI ET AU CHOIX LA FIN DE SEMAINE, ET CE MÊME S'IL Y A DÉJÀ UN RÉSIDENT SUR PLACE EN STAGE OBLIGATOIRE

Verdun

notre politique est que les résidents ne sont plus tenus de faire leurs accouchements, mais sont fortement encouragés et sont libérés le lendemain si l'accouchement se fait après minuit.

(nous avons déjà le système de garde aux étages et la garde communautaire - un 3e système de garde aurait été impraticable)

ANNEXE 2

Politique sur le suivi obstétrical

1. Exposition clinique
 - 1.1 Pour développer leurs compétences, tous les résidents doivent assurer le suivi de 6 femmes enceintes en UMF ou d'un équivalent en clinique d'obstétrique avec un minimum de 3 suivis de femmes enceintes en UMF. En clinique d'obstétrique, un effort doit être fait pour favoriser la continuité de soins en faisant ce qui est possible pour permettre au résident de revoir les mêmes patientes.
 - 1.2 Advenant qu'une grossesse se termine prématurément (ex : avortement spontané) le nombre de suivi minimum de grossesse en UMF est de 4.
2. Responsabilités suivi patientes enceintes
 - 2.1 Dans chaque UMF, le groupe des résidents doit collectivement assumer la responsabilité de l'ensemble des patientes enceintes suivies à l'UMF. Un effort doit être mis de l'avant afin de favoriser la continuité de soins donnés.
 - 2.2 Afin d'assurer des soins de qualité et d'offrir un encadrement optimal aux résidents, chaque UMF doit s'assurer qu'un médecin de l'équipe de périnatalité supervise directement ou indirectement chaque consultation effectuée dans le cadre du suivi des patientes enceintes à l'UMF.
 - 2.3 Le résident qui suit une partie de ses femmes enceintes en clinique d'obstétrique doit assumer une part des responsabilités équivalente à celle qu'assument ses collègues qui suivent 6 femmes enceintes dans leur UMF.
 - 2.4 La responsabilité des patientes qui se présentent à la salle d'accouchement est assumée par l'équipe de résidents et de médecins sur place à la salle d'accouchement. Toutefois, le résident responsable du suivi d'une patiente peut choisir de se déplacer pour l'évaluation, le suivi et l'accompagnement lorsque sa patiente se présente à la salle d'accouchement. Le résident qui souhaite assumer cet accompagnement doit informer la salle d'accouchement de ses disponibilités par l'entremise du formulaire _____.
3. Directives sur le déplacement pour l'accompagnement des patientes **pour le résident qui souhaite assumer celui de ses patientes**
 - 3.1 Le résident doit obligatoirement se présenter aux gardes de nuit, formations GESTA et PRN, aux journées académiques ainsi qu'aux gardes où sa présence est obligatoire selon l'entente avec.
 - 3.2 Dès qu'il est informé qu'une de ses patientes est en travail à la salle d'accouchement, le résident traitant convient avec le médecin de service qui a évalué sa patiente, du moment auquel il devra se déplacer.
 - 3.3 Lorsque c'est possible, après entente avec le médecin qui a évalué la patiente à la salle d'accouchement, le résident traitant termine ses activités cliniques avant de se déplacer. Dans tous les cas, lorsqu'il quitte un stage pour accoucher une patiente, le résident doit le faire avec professionnalisme en informant ses

superviseurs de la raison pour laquelle il quitte l'unité de soins et du moment probable de son retour. Il informe ses superviseurs des suites qu'il entend donner au travail qu'il a débuté et qui n'est pas terminé. Il informe aussi le DLP de son UMF de la garde ou de la journée manquée.

- 3.4 Pour le résident qui assume l'accompagnement du travail à la salle d'accouchement, on s'attend à ce qu'il assure la gestion du travail et de l'accouchement, de même que le suivi de la patiente jusqu'à son congé.
4. Responsabilités du suivi post-partum et des enfants
 - 4.1 Le résident doit assurer le suivi post-partum à l'UMF de ses patientes ainsi que de leurs enfants tout au long de sa résidence.
5. Période de repos compensatoire
 - 5.1 Dans le respect de la convention collective, le résident qui s'est déplacé pour être au chevet de sa patiente qui accouche peut avoir droit à une période de repos compensatoire :
 - 5.1.1 Le résident qui quitte la salle d'accouchement avant minuit doit être présent dans son stage le lendemain.
 - 5.1.2 Le résident qui quitte la salle d'accouchement entre minuit et 4h peut se présenter dans son stage seulement à partir de midi.
 - 5.1.3 Le résident qui quitte la salle d'accouchement après 4h peut prendre congé jusqu'au lendemain.

Conclusion sur le suivi post-partum