



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Projets immobiliers en obstétrique
et en néonatalogie**

Orientations cliniques
Direction santé mère-enfant

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-94629-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Obstétrique : soins obstétricaux regroupés, cellule familiale préservée

Introduction

L'objet du présent document est de soutenir une vision et une approche pour les projets immobiliers en cours ou à venir qui concernent les unités d'obstétrique et de néonatalogie.

Il repose sur le fait que les soins doivent être organisés selon l'intérêt supérieur des parents et de leur nouveau-né, dans une vision collaborative et dans le respect de leur autonomie et de leurs choix. Il est basé sur des principes directeurs qui constituent le fondement de la planification et de l'organisation des services pour lesquels la conception physique des lieux joue un rôle important :

- Réunir les services à la mère et au nouveau-né dans un seul endroit désigné;
- Préserver la dyade mère-enfant et la cellule familiale;
- Respecter l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né, en offrant un environnement intime et favorable pour répondre aux besoins particuliers des soins périnataux;
- Considérer la césarienne comme un épisode de soins obstétricaux;
- Reconnaître la compétence parentale ainsi que le rôle de la mère et du deuxième parent comme partie prenante des soins.

Dans un essai, Nathalie Plaat¹ cite le psychanalyste Donald Winnicott qui, en 1947, affirmait qu'un bébé tout seul, ça n'existe pas. Elle rappelle « à quel point non seulement le couplage parent-enfant est nécessaire à la survie psychique (et physique) du nouveau-né, mais aussi combien ce dernier est "immergé" dans la matrice psychique de la mère, dans une symbiose quasi totale ».

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)² souligne l'importance de la conception physique des établissements de naissance pour soutenir des soins de qualité et répondre aux besoins des familles. Elle mentionne aussi que les usagères notent l'importance « d'un espace accueillant pour elles-mêmes et leurs visiteurs, qui favorise la santé et le bien-être ».

De plus, les orientations pour la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés³ dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec font état de plusieurs pratiques cliniques essentielles, dont les suivantes :

- « Discuter avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement et de sa pratique.
- S'assurer que le contact peau à peau soit immédiat et ininterrompu, et soutenir les mères à amorcer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance ».

En conséquence, les projets immobiliers doivent permettre la mise en place optimale de ces pratiques, que ce soit dans les chambres de naissance ou dans les salles de césariennes.

Il est à noter que dans le présent document le terme « famille » tient compte de la diversité de composition des familles. Le terme « mère » désigne tout parent qui accouche d'un nouveau-né.

Chambres de naissance

Il existe actuellement deux modèles pour l'aménagement des chambres dans l'unité mère-enfant :

- **Le modèle de chambres TAR (travail, accouchement, récupération)**
La famille reste dans la même chambre pendant toute la durée du travail et de l'accouchement. En post-partum, la femme/famille est transférée avec son nouveau-né dans une chambre au sein d'un autre service jusqu'au congé de l'hôpital.
- **Le modèle de chambre TARP (travail, accouchement, récupération, post-partum) ou concept de chambre unique de séjour**
La famille reste dans la même chambre tout le long du séjour hospitalier.

À cet effet, l'ASPC⁴ stipule que « chaque interaction postpartum s'effectuera selon les principes des soins et du soutien axés sur la famille en tenant compte du bien-fondé des besoins individuels plutôt que des pratiques en place ».

Il est également indiqué⁵ que « les femmes et leur famille peuvent être soutenues dans un environnement de salle individuelle, conviviale et confortable, où elles sont en travail, accouchent, passent du temps avec leur bébé, et sont prises en charge ensemble, sans l'interruption causée par des déplacements, ou sans être séparées de leur nouveau-né ». Il en découle d'ailleurs la recommandation suivante : « Idéalement, les femmes sont en travail, accouchent et restent dans une chambre individuelle après l'accouchement. Cet espace peut avoir plusieurs fonctions : la réanimation, la stabilisation, l'observation, l'examen, etc., selon les besoins de l'enfant ou de la mère. »

Il est à noter que la différence du nombre de chambres nécessaires ou de la superficie requise dans les deux modèles TAR et TARP n'est pas considérable.

Un tableau comparatif des avantages et inconvénients des deux modèles (TAR et TARP) se trouve à l'annexe 1.

Recommandation 1 - Privilégier le modèle des chambres TARP

Il est recommandé de privilégier le modèle des chambres TARP pour les raisons suivantes :

- absence de différence avec les chambres TAR sur le plan de la sécurité;
- unité familiale préservée, ce qui a des effets sur le lien d'attachement, le peau à peau, l'allaitement et la santé des nouveau-nés (de plus en plus d'évidences démontrent que dès la naissance, on influence le parcours de vie);
- satisfaction des patientes globalement meilleure (continuité, sentiment de confiance et de sécurité);
- satisfaction du personnel plus grande (favorise le travail collaboratif, la continuité de soins);
- plus grande sécurité de la trajectoire de soins par diminution du risque d'erreurs en l'absence de transfert d'équipe de soins;
- investissement de base supérieur à prévoir, mais diminution des coûts par la suite (principalement lié à la diminution des DMS);
- plus grande flexibilité pour préserver la capacité d'accueil en cas de débordement (chambre à acuité variable). En comparaison, dans les chambres TAR, en cas d'un débordement de la clientèle en anténatal, une réduction du séjour post-partum n'augmente pas directement la capacité d'accueil. La pression de production peut alors se répercuter à toutes les étapes de la trajectoire de soins :
 - limiter le volume anténatal par déclenchement médical du travail ou par césarienne élective (vs essai de travail après césarienne ou accouchement vaginal après césarienne);
 - accélérer l'épisode du travail par des interventions (ex. agents ocytotiques, rupture artificielle des membranes (RAM));

- précipiter l'accouchement par l'interruption d'un travail « trop long » au moyen d'une intervention médicale (ex. accouchement instrumental (ventouse ou forceps) ou une césarienne);
- réduire le temps de récupération, c'est-à-dire interrompre les réflexes innés de la naissance (ex. le peau à peau, l'allaitement précoce).

La vision de soins regroupés qui s'adaptent à la condition du patient séjournant dans la même chambre se retrouve dans d'autres spécialités (ex. : cardiologie)⁶. Le modèle des chambres à acuité variable est de plus en plus prisé, car il renferme de nombreux avantages pour le patient tout en étant bienvenu par le personnel soignant. La mise en pratique peut néanmoins se révéler complexe, en dépit des résultats attendus pour les familles. Cela nécessite l'engagement des professionnels, une ouverture à l'innovation et l'élaboration d'une politique organisationnelle pour soutenir ce changement.

Estimation du nombre de chambres TARP requises (voir l'annexe 2 pour plus d'information)

La formule de calcul permettant d'estimer le nombre de chambres TARP requises est la suivante :

$$\frac{\text{(Nombre d'accouchements annuels projetés x durée moyenne de séjour)}}{(365 \times \text{taux moyen d'occupation})}$$

Le nombre d'accouchements annuels projetés est déterminé à partir de la projection du nombre de naissances par territoire (2021-2041) de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), des projections et des besoins de l'établissement ainsi que des autres offres de service présentes aux alentours.

Les durées moyennes de séjour (DMS) recommandées à utiliser dans la formule sont de :

- **2,2 pour les niveaux de soins 1A, 1B et 2A;**
- **2,4 pour le niveau de soins 2B;**
- **2,5 pour le niveau de soins 3.**

Le taux moyen d'occupation (TMO) est de **75 %**.

Pour les unités de niveaux de soins 2 et 3, il faut prévoir une majoration d'environ **15 % (niveaux de soins 2A et 2B) et 25 % (niveau de soins 3)** du nombre de chambres TARP pour tenir compte des hospitalisations pendant la période anténatale (chambres GARE) et permettre d'absorber les pics d'activité occasionnels.

Conception des chambres TARP : intégration de bains pour soulagement non pharmacologique de la douleur

L'immersion en eau chaude ou en eau tiède encourage la relaxation, réduit les douleurs et favorise la progression du travail. Plusieurs études^{7, 8, 9} ont démontré les avantages pour les parturientes de faire une partie de leur travail dans l'eau : une satisfaction plus élevée, une diminution de la douleur ainsi qu'une réduction de l'utilisation d'analgésie et d'anesthésie sans différence notable sur le mode d'accouchement (accouchement vaginal spontané ou assisté), l'hémorragie post-partum et les déchirures périnéales du 3^e et du 4^e degré. Cela n'augmente pas non plus les issues néonatales défavorables¹⁰.

De plus, les établissements doivent s'assurer d'un environnement favorable à un accouchement physiologique et à la mise en place de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, comme le recommande la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹¹.

La présence d'une baignoire permettant l'hydrothérapie est recommandée dans chaque salle de bain des chambres TARP. Une salle d'hydrothérapie commune à plusieurs chambres TARP n'est pas optimale, car le déplacement de lieu ne permet pas de préserver la bulle d'intimité de la chambre TARP favorisant le processus naturel de l'accouchement.

Prendre en compte les besoins particuliers de la clientèle

La conception des chambres de naissance doit aussi prendre en compte les besoins particuliers de la clientèle. Par exemple, pour de nombreuses communautés autochtones, l'expérience de la maternité est indissociable de l'expérience familiale et communautaire. La présence et le soutien de la famille sont donc primordiaux pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il est important d'en tenir compte et donc de voir à ce qu'il y ait suffisamment d'espace dans la salle d'accouchement pour accueillir respectueusement les personnes qui aident la femme ainsi que les professionnels.

De plus, la hausse des taux d'obésité dans les pays industrialisés nécessite qu'on planifie des espaces suffisants et adaptés à ce type de clientèle.

Autre aménagement : salon de latence

Dans le programme *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO⁰⁸), il est indiqué que dans la plupart des situations, une femme en phase de latence devrait être retournée à la maison. Toutefois, il arrive que selon la distance ou une situation particulière, il s'avère plus judicieux de garder une patiente à proximité sans procéder à son admission¹². Un salon pour la phase de latence doit offrir un espace sécuritaire et confortable, propice à aider la femme à gérer cette phase du travail, et ce, en toute intimité.

Bloc obstétrical

Au Québec, une femme sur quatre accouchera par césarienne. Il est donc nécessaire de déterminer les caractéristiques qui permettent de créer un bloc obstétrical pour répondre aux besoins périnataux de la dyade mère-enfant.

Deux options sont actuellement disponibles au Québec pour réaliser des césariennes :

- **Bloc obstétrical intégré au bloc opératoire**
- **Bloc obstétrical localisé à même l'unité d'obstétrique**

L'accès facile au bloc obstétrical qui permet la prise en charge rapide de la mère et de son nouveau-né est primordial pour assurer des soins périnataux de qualité et optimiser le temps entre la décision de la césarienne et le moment du début de l'intervention (*decision-to-incision time*).

À cet effet, l'ASPC¹³ indique : « Si un accouchement par césarienne est nécessaire, la femme est transférée dans une salle d'opération, puis retourne dans la même unité de soins à la mère et au nouveau-né. Idéalement, la salle d'opération et l'aire de récupération se trouvent dans la zone des soins à la mère et au nouveau-né. » Plus particulièrement, elle émet la recommandation suivante : « Comme le préconisent les lignes directrices sur la prévention des infections, la salle d'opération pour naissances [utilisée pour les césariennes ou autres situations à risque pour la mère ou le bébé] devrait être située dans un endroit à accès limité et près de la chambre de naissance; elle devrait également être à proximité de l'USIN [unité de soins intensifs néonataux]. »

Un tableau comparatif des avantages et inconvénients des deux modèles (bloc obstétrical dans l'unité mère-enfant et bloc obstétrical dans le bloc opératoire) se trouve à l'annexe 3.

Recommandation 2 - Inclure le bloc obstétrical au sein de l'unité mère-enfant pour assurer un lien de proximité fonctionnelle avec le bloc opératoire et l'unité de soins intensifs néonataux

Il est recommandé d'inclure le bloc obstétrical au sein de l'unité mère-enfant pour assurer un lien de proximité fonctionnelle avec le bloc opératoire et l'unité de soins intensifs néonataux pour les raisons suivantes :

- maintien de la continuité des soins obstétricaux dans le respect des orientations de soins du personnel dédié à la trajectoire obstétricale;
- réponse plus rapide aux issues indésirables qui nécessitent une césarienne. Un clinicien peut ainsi retarder une décision parce qu'il sait que l'accès à la césarienne est rapide (ce qui évite de transférer inutilement une parturiente au bloc, le temps épargné ayant une incidence sur le taux de césariennes);
- environnement plus favorable pour préserver et favoriser la santé et le bien-être de la mère et de son bébé (peau à peau, accueil du nouveau-né en douceur, allaitement);
- satisfaction des mères et des familles globalement meilleure (moins de transport et plus de continuité des soins, sentiment de confiance et de sécurité);
- maintien du personnel sur place pour offrir les soins obstétricaux dans l'unité obstétricale;
- réduction des risques d'erreurs liés au transfert de soins (perte d'information et de données factuelles liées à l'épisode de soins);
- moins de perturbation des activités au bloc opératoire. Le personnel obstétrical participe à la gestion complète ou partielle de l'épisode de soins de la césarienne. Les autres professionnels nécessaires sont sur place pour une période précise plus courte et peuvent retourner aux activités du bloc opératoire plus rapidement.

La césarienne doit être considérée comme un épisode obstétrical qui nécessite toute la compétence du personnel formé pour les soins obstétricaux et périnataux; elle doit, le plus possible, offrir la même qualité de soins et de confort que les naissances en chambres TARP. Si le modèle TARP favorise le mieux-être des familles et respecte plus intégralement la continuité de l'unité familiale grâce à l'ininterruption de cette intégrité, ainsi devrait-il en être pour 25 % des femmes qui mettront au monde leur enfant par césarienne.

De plus, plusieurs études et plusieurs professionnels à l'œuvre dans les hôpitaux font part des bienfaits de la césarienne participative, qui vise à replacer la notion de naissance devant celle d'acte chirurgical. Cette modalité de césarienne est une approche qui ne diffère pas de la pratique actuelle de la césarienne dans la technique chirurgicale, mais qui introduit une philosophie très différente dans la façon de prendre en charge la mère et l'enfant. L'objectif est de reproduire, autant que possible, les conditions d'un accouchement par voie vaginale. Cette approche vise à permettre à la mère de retrouver un pouvoir décisionnel lors de l'accouchement. Contrairement à la pratique actuelle de la césarienne, la mère peut choisir de pousser malgré l'anesthésie, assister à la sortie du bébé et le porter en peau à peau immédiatement. Cette vision d'humanisation des soins en lien avec la césarienne ne pourra avoir lieu dans un bloc opératoire conventionnel. La réalisation de cette approche nécessite que les accouchements par césarienne bénéficient de l'expertise du personnel dédié aux soins obstétricaux et périnataux, et ce, dans un bloc obstétrical intégré à l'unité mère-enfant.

En l'absence de la faisabilité d'un bloc obstétrical intégré à l'unité mère-enfant, un lien de proximité fonctionnelle entre l'unité d'obstétrique et le bloc opératoire général est nécessaire pour écourter le déplacement entre les deux blocs et pour faciliter la circulation interne de l'équipe du bloc opératoire général et lors d'urgences nécessitant un transfert de la parturiente au bloc général.

De même, tout le personnel du bloc opératoire qui se substitue au personnel de l'unité mère-enfant doit ajuster sa pratique pour les besoins immédiats des soins périnataux pouvant être entamés en salle de césariennes. Finalement, une adaptation d'espace à la salle de réveil doit permettre d'offrir un environnement intime et favorable pour répondre aux besoins particuliers des soins périnataux immédiats de continuité de la dyade mère-enfant.

La configuration des lieux devrait permettre d'optimiser l'utilisation du bloc obstétrical à l'unité mère-enfant pour toute la clientèle tout au long des trois quarts de travail ainsi que de la fin de semaine et des jours fériés. Par conséquent, l'organisation des soins pourrait faire appel à un modèle hybride alliant l'expertise du personnel du bloc opératoire à l'expertise du personnel de la salle d'accouchement.

Un lien de proximité fonctionnelle est également nécessaire avec l'unité des soins intensifs néonataux. S'il n'était pas anticipé que le nouveau-né présente des complications à la naissance, l'équipe de l'USIN doit pouvoir arriver au chevet du nouveau-né rapidement.

Cependant, certaines limitations associées au volume de naissances doivent être prises en considération, notamment en termes de coût et de maintien de l'expertise de l'équipe soignante. Il est alors raisonnable de recommander :

- A. Volume de naissances $\geq 1\ 000$ par année : inclure le bloc obstétrical au sein de l'unité mère-enfant pour assurer lien de proximité fonctionnelle avec le bloc opératoire.**
- B. Volume de naissances ≤ 1000 par année : prévoir le bloc obstétrical au bloc opératoire avec une proximité fonctionnelle horizontale de l'unité mère-enfant considérant l'incidence médico-légale qui entoure les soins obstétricaux et la notion du délai de décision de la césarienne et le moment du début de l'intervention (*decision-to-incision time*) qui prévaut.**

Dans toutes les circonstances, les considérations et les particularités régionales, tout autant que la mission des établissements, peuvent influencer les décisions qui seront prises.

Néonatalogie : un nouvel espace adapté pour la famille

Les unités néonatales demeurent l'un des rares secteurs des hôpitaux qui utilisent encore une conception à ciel ouvert pour les séjours des patients de plus de 24 heures, abritant plusieurs nourrissons, membres du personnel et familles dans une même grande pièce.

La Société canadienne de pédiatrie¹⁴ indique que les soins hospitaliers aux mères et à leur nouveau-né doivent être prodigués dans une perspective familiale; les mères et leur nouveau-né doivent demeurer ensemble et rentrer à la maison en même temps.

La période postnatale représente une transition importante pour la mère, le nouveau-né et sa famille. L'ASPC¹⁵ fait ressortir les objectifs des soins pendant cette période :

- Favoriser le bien-être physique de la mère et du bébé.
- Favoriser la création de liens entre la mère, le nouveau-né et les membres de la famille.
- Faciliter l'acquisition par le bébé de l'habileté à s'alimenter.
- Aider la mère à approfondir ses connaissances et à accroître sa confiance en elle-même.
- Encourager le perfectionnement des habiletés parentales.

Aujourd'hui, les parents sont des partenaires de soins pendant le séjour de leur enfant à l'hôpital et les pratiques d'intégration des familles sont devenues un standard de soins en reconnaissance de leur compétence. Les nouveaux aménagements des espaces de néonatalogie doivent donc favoriser la présence parentale, maintenir la sécurité technique de l'environnement et à la fois minimiser le risque infectieux. Les récentes données probantes concernant les espaces de néonatalogie confirment que les chambres simples qui permettent la présence en continu des parents recèlent de nombreux avantages sur le développement de l'enfant et servent à renforcer les liens d'attachement avec les parents. L'association entre les chambres individuelles et la réduction d'infections nosocomiales varie selon les études.

L'ASPC¹⁶ souligne également l'importance d'intégrer les principes de conception des lieux axés sur la famille dans tous les espaces périnataux, y compris les unités de soins intensifs néonataux. La recommandation qui est émise insiste sur le fait que les chambres fermées « sont optimales pour offrir aux familles l'intimité et le soutien dont elles ont besoin. La séparation des mères et des bébés découle souvent d'un manque d'espace et des pratiques hospitalières habituelles. De plus en plus, les unités de soins intensifs néonataux sont conçues non pas à baie ouverte, mais comme chambre individuelle de soins comportant un espace pour accueillir le ou les parents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ».

Principes directeurs guidant les soins en néonatalogie

1. Ne pas séparer la famille sauf pour une raison médicale ou une condition exceptionnelle.
2. Individualiser les soins au nouveau-né pour favoriser son développement.
3. Possibilité de réorganiser l'espace de néonatalogie selon les besoins et l'évolution des soins.
4. Préserver une organisation des soins qui soit sécuritaire et satisfaisante pour les parents.
5. Préserver une organisation des soins qui soit sécuritaire et satisfaisante pour le personnel infirmier.

1. Ne pas séparer la famille sauf pour une raison médicale ou une condition exceptionnelle

Il est requis :

- de permettre aux parents d'être le plus possible auprès de leur bébé, pour le soutenir tout au long de son parcours et l'accompagner dans ses soins;
- de considérer les parents comme étant des membres partenaires et des participants à part entière de l'équipe de soins;
- d'offrir un environnement soutenant le lien parents-enfants par la facilité d'accès au service, par la possibilité de dormir et de se restaurer sur place et par les infrastructures adaptées à l'accueil des familles.

Lorsque l'architecture est moins soutenant pour l'implication des parents, des mesures doivent néanmoins être mises en place pour favoriser le plus possible le contact parental (ex. : chaise confortable pour le peau à peau, espace pour dormir dans l'hôpital, etc.).

Bénéfices sur la santé et le développement du nouveau-né	Bénéfices sur l'adaptation à la parentalité pour les parents
<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des complications - Diminution du temps d'hospitalisation et des réadmissions - Gain de poids plus rapide - Plus favorable à la réussite de l'allaitement - Meilleur développement cognitif et langagier à 18 mois - Effets bénéfiques de la méthode kangourou, plus facile à appliquer 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilite leur participation aux soins *Une courte séparation a des effets négatifs* - Plus grande satisfaction - Plus de confiance dans leur rôle parental - Moins de stress, de dépression et d'anxiété - Allaitement (initiation, durée, exclusivité) - Meilleure communication avec le personnel soignant

2. Individualiser les soins au nouveau-né pour favoriser son développement

Le bon environnement est primordial pour un développement optimal des nouveau-nés en néonatalogie. Il est requis :

- d'individualiser les soins à chaque enfant et à chaque famille (horaires, soins, posture);
- de réduire le niveau sonore (bruits des équipements et bruits humains);
- de réduire le niveau de lumière (pendant les soins et en dehors des soins).

3. Possibilité de réorganiser l'espace de néonatalogie selon les besoins et l'évolution des soins

La famille reste dans la même chambre en néonatalogie tout le long du séjour de l'enfant tandis que l'équipement et le ratio infirmière/patient changent et s'adaptent aux besoins du nouveau-né et de sa famille.

- Chambres identiques.
- Adaptabilité de l'espace selon les besoins.

4. Préserver une organisation des soins sécuritaire et satisfaisante pour les parents

Pour ce faire, il est requis :

- d'offrir un soutien à la parentalité : participation des parents aux soins et au processus de décision, reconnaissance de leur compétence parentale;
- de continuer d'offrir des soins proches du patient;
- d'utiliser les technologies de surveillance des nouveau-nés;
- d'utiliser la technologie audiovisuelle virtuelle.

5. Préserver une organisation des soins qui soit sécuritaire et satisfaisante pour le personnel infirmier

Pour ce faire, il est requis :

- d'explorer des aménagements et des activités propices à un travail d'équipe;
- d'organiser des activités de formation permettant le développement ou la consolidation de certaines compétences;
- de réviser la philosophie de soins en lien avec la vision des parents comme étant des membres partenaires-participants à part entière de l'équipe de soins;
- de considérer une démarche structurée de révision de l'organisation des soins et des services en amont des transformations de la configuration physique des lieux;
- d'utiliser les technologies de surveillance des nouveau-nés et de réponse aux besoins des parents.

Recommandation 3 - Privilégier les chambres fermées avec espace dédié aux parents en néonatalogie pour préserver l'unité familiale

Une architecture reposant sur une philosophie de soins centrée sur la famille facilite la présence des parents de façon plus constante. Le modèle permettant un environnement propice à l'implication parentale consiste en des chambres familiales individuelles fermées avec un lit et un fauteuil ou un lit pour les deux parents.

1. Pour des soins d'observation du nouveau-né de courte durée lorsque l'état de l'enfant est stable (ex. : hypoglycémie, photothérapie chez le bébé sans soluté, monitoring de bilirubine, monitoring d'un bébé asymptomatique à risque d'infection)

Évaluer la possibilité de garder le nouveau-né dans la chambre TARP de la mère pour qu'il puisse y recevoir les soins nécessaires ou, en l'absence de chambres TARP, dans la chambre post-partum.

2. Pour des soins intermédiaires ou intensifs du nouveau-né

Évaluer la possibilité pour la mère dont les conditions sont stables de continuer la période post-partum et d'accompagner son nouveau-né dans la chambre en néonatalogie. Certains critères d'exclusion s'appliqueront selon l'état de la mère.

3. Éléments à prendre en compte dans ce modèle de soins

Les inconvénients des chambres familiales individuelles (fermées) pour les nouveau-nés dont la famille ne peut cohabiter doivent être pris en considération. La seule stimulation par la voix du personnel soignant ne peut permettre un développement neurologique optimal de ces nouveau-nés. Aussi, la musicothérapie, l'écoute de bruits blancs et l'implication de bénévoles pour les bercer pour leur faire la lecture ou pour les masser, par exemple, permettront une stimulation optimale¹⁷.

De plus, la disposition des chambres familiales individuelles affecte étroitement l'organisation du travail du personnel infirmier. Parmi les inconvénients, mentionnons la diminution de l'interaction entre l'équipe de soins aux patients de la néonatalogie, l'augmentation de la charge de travail des infirmières, la diminution de la visibilité sur l'unité et les interactions difficiles avec la famille. Des chambres fermées en néonatalogie introduisent une situation complexe dans laquelle des compromis sont nécessaires pour les infirmières et surtout celui de la visibilité et de l'intimité.

Aménagement de l'espace

- Explorer des aménagements de chambres fermées en forme de grappe.
- Prioriser un poste central pour encourager les échanges dans l'équipe.
- Éviter des configurations linéaires de chambres fermées.
- S'assurer que les espaces dans la chambre soient de configuration telle qu'on puisse y aménager un lit et un fauteuil-lit pour les deux parents ou un divan-lit.

Personnel infirmier

- Polyvalence du personnel infirmier en salle de naissance, en post-partum et en néonatalogie
- Formation adaptée et développement professionnel continu

Organisation des soins

- Concevoir des protocoles clairs selon la trajectoire de soins du nouveau-né (reste dans la chambre TARP ou transfert dans une chambre familiale individuelle en néonatalogie) en lien avec sa condition de santé.
- Concevoir des protocoles clairs pour le post-partum des mères transférées en néonatalogie avec leur nouveau-né ainsi que les critères d'exclusion.

Chambre intégrée TARP et néonatalogie

La possibilité de chambres intégrées TARP et néonatalogie a été explorée. Dans ce modèle, le nouveau-né nécessitant des soins en néonatalogie est pris en charge dans la chambre TARP pour toute la durée de son séjour, quel que soit le niveau de soins requis (certaines exclusions peuvent néanmoins s'appliquer).

Unités de soins secondaires et tertiaires en néonatalogie

Ce modèle n'a pas été retenu pour les unités de soins secondaires et tertiaires, car il nécessite :

- Une réorganisation complète des soins infirmiers;
- Plus de personnel;
- Des chambres très bien équipées, ce qui est contraire à la philosophie des chambres TARP de promouvoir l'accouchement naturel.

De plus, considérant les configurations actuelles des unités de néonatalogie où l'on trouve des espaces à aire ouverte, la transformation complète en chambres intégrées TARP et néonatalogie entraînerait à notre avis un risque opérationnel qui pourrait affecter la sécurité et la qualité des soins, compte tenu du changement majeur que cela nécessiterait. En contrepartie, d'immenses avantages seront obtenus en introduisant un modèle de chambres fermées en néonatalogie.

Unités de soins 1B en néonatalogie

Cette option pourrait permettre d'optimiser les soins dans la mesure où les besoins du nouveau-né demeurent non critiques et sur une période relativement courte, ce qui est conforme à un niveau de soins 1B.

Outre le niveau de soins, le volume de naissances devra aussi être un indicateur à prendre en considération, car celui-ci pourrait influencer le nombre de bébés susceptibles d'être admis en néonatalogie. Le modèle proposé de chambre intégrée TARP et néonatalogie risque d'être complexe dans l'organisation des soins infirmiers dans les milieux où le nombre de naissances est important.

Les chambres intégrées TARP/néonatalogie, en plus de préserver la cellule familiale et de diminuer les transferts, permettent une polyvalence d'utilisation.

Conclusion

Les orientations actuelles pour les projets immobiliers sont basées sur une perspective qui vise à préserver la cellule familiale à toutes les étapes de la trajectoire de soins. Ces changements appellent une part d'innovation et d'adaptation à la nouveauté, mais aussi une part de compromis du côté des professionnels qui doivent les mettre en œuvre.

L'ASPC¹⁸ souligne l'importance « de s'assurer que les principes qui sous-tendent les soins sont principalement soutenus par les personnes mêmes qui fournissent des soins ». La mise en place d'un plan de gestion du changement et la mise en avant d'une approche d'accompagnement sont nécessaires pour accompagner la transition de l'aménagement existant vers le nouvel environnement qui incite à placer la femme enceinte et sa famille au centre des soins.

Projets immobiliers en obstétrique et néonatalogie – Recommandations

Obstétrique : soins obstétricaux regroupés, cellule familiale préservée

- Recommandation 1 - Privilégier le modèle des chambres TARP.
- Recommandation 2 - Inclure le bloc obstétrical au sein de l'unité mère-enfant avec un lien de proximité fonctionnelle avec le bloc opératoire et l'unité des soins intensifs néonataux.

Néonatalogie : un nouvel espace adapté pour la famille

- Recommandation 3 - Privilégier les chambres fermées avec espace dédié aux parents en néonatalogie pour préserver la cellule familiale.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (2018). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 4 : Soins durant le travail et l'accouchement*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4.html#a7.1>
- Agence de la santé publique du Canada (2020). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 5 : Soins postnataux*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>
- Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- Agence de la santé publique du Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 10 : Installations et équipements*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/sc-hc/H39-527-2000-fra.pdf
- Ali, E., Norris, J. M., Hall, M., & White, D. E. (2020). Single-room maternity care: Systematic review and narrative synthesis. *Nursing open*, 7(6), 1661-1670. <https://doi.org/10.1002/nop2.586>
- Álvarez, M. J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-González, D., Rosón, M., & Lapeña, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 69, 119-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009>
- Bonapace, J., Gagné, G., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, É., & Buckley, S. (2018). No 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, volume 40, numéro 2, 246-266. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.022>
- Brown, K. K., & Gallant, D. (2006). Impacting patient outcomes through design: Acuity adaptable care/universal room design. *Critical care nursing quarterly*, 29(4), 326-341. <https://doi.org/10.1097/00002727-200610000-00006>
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- Cordioli E. (2013). Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Med J*. 131(5), 364. doi: 10.1590/1516-3180.20131315T2.
- Gerrits, P., Hosson, M., Semmekrot, B. and Sporcken, J. (2013) Less hypoglycaemias in single room maternity care. *Open Journal of Pediatrics*, 3, 183-185. doi: [10.4236/ojped.2013.33031](https://doi.org/10.4236/ojped.2013.33031).

- Eslami, J., Hatami, N., Amiri, A., & Akbarzadeh, M. (2020). The potential beneficial effects of education and familiarity with cesarean section procedure and the operating room environment on promotion of anxiety and pain intensity: A randomized controlled clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 9, 240. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_31_20
- Grant, T. R., Ellinas, E. H., Kula, A. O., & Muravyeva, M. Y. (2018). Risk-stratification, resource availability, and choice of surgical location for the management of parturients with abnormal placentation: A survey of United States-based obstetric anesthesiologists. *International journal of obstetric anaesthesia*, 34, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2018.01.008>
- Hall, M., Nowell, L., Castrogiovanni, N., Palacios-Derflinger, L., Norris, J. M., & White, D. E. (2019). Healthcare Providers' Perceptions of Single-Room Versus Traditional Maternity Models: A Concurrent Mixed-Methods Study. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 33(4), 312-321. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000413>
- Harris, S. J., Farren, M. D., Janssen, P. A., Klein, M. C., & Lee, S. K. (2004). Single room maternity care: Perinatal outcomes, economic costs, and physician preferences. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 26(7), 633-640. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30610-7](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30610-7)
- Haute Autorité de santé (2014). *Certification des établissements de santé : qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique*. https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2017/11/2014_HAS-securite-secteur-naissance.pdf
- International Health Facility guidelines (2017). Part B – Health Facility Briefing & Design : Birthing unit. https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_birthing_unit
- Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J., & Seymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 235-243. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x>
- Janssen P. A., Harris S. J., Soolsma J., Klein M. C., Seymour L. C. (2001). Single room maternity care: The nursing response. *Birth (Berkeley, Calif.)*. 28(3):173-179. DOI: [10.1046/j.1523-536x.2001.00173.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00173.x)
- Janssen, P. A., Keen, L., Soolsma, J., Seymour, L. C., Harris, S. J., Klein, M. C., & Reime, B. (2005). Perinatal nursing education for single-room maternity care: An evaluation of a competency-based model. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 95-101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01014.x>
- Lemyre, B., Jefferies, A. & O'Flaherty, P. (2018). Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. *Paediatrics & Child Health*, 523-531. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy128>
- Lipman, S., Daniels, K., Cohen, S. E., & Carvalho, B. (2011). Labor room setting compared with the operating room for simulated perimortem cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 118(5), 1090-1094. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182319a08>
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A. M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131(5), 902-918. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367>
- Magee, S. R., Battle, C., Morton, J., & Nothnagle, M. (2014). Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(5), 690-693. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140014>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *L'initiative des amis des bébés : orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-815-01W.pdf>
- Plaat, N. (2018). Attachement, fonction contenante et rigidités contemporaines : Et si « contenir » redevenait la meilleure façon de soutenir les parents et leur nouveau-né? *Spirale*, 86, 18-26. <https://doi.org/10.3917/spi.086.0018>
- Scala, M. L., Marchman, V. A., Godenzi, C., Gao, C., & Travis, K. E. (2020). Assessing speech exposure in the NICU: Implications for speech enrichment for preterm infants. *Journal of perinatology : official*

journal of the California Perinatal Association, 40(10), 1537–1545. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0672-7>

- Smith, A., Laflamme, E., & Komanecky, C. (2021). Pain Management in Labor. *American family physician*, 103(6), 355-364.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*, 1(3), 61-125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>

Annexe 1 - Comparaison entre les modèles de chambres TARP et TAR

Le tableau ci-dessous compare les avantages **+** et les inconvénients **-** des deux modèles.

Critères de comparaison	TARP	TAR
Sécurité des soins	+ Diminue le risque d'erreurs lors des transferts (chaque transfert de dossier évité diminue le potentiel d'erreurs, en lien avec la perte d'information, le manque de communication, le délai de transfert) ¹⁹ .	
Qualité des soins pour la dyade mère-enfant : attachement, allaitement	+ Renforce la formation d'un lien néonatal précoce : attachement, peau à peau, allaitement. → Diminution des hypoglycémies néonatales ²⁰ .	- Tend à transformer la naissance en un acte médical au lieu d'en faire un événement naturel ²¹ .
Continuité des soins	+ Améliore la continuité des soins ²² et du soignant (pas de transition d'infirmière en post-partum). → Relation améliorée avec la famille, favorise la confiance et le sentiment de sécurité. + Augmente la qualité des soins infirmiers ²³ : personnel formé en mode multisoins. → Soutien plus efficace et réponse aux questions en lien avec l'entièreté de l'épisode de soins.	- Un transfert vers une chambre post-partum constitue un nouvel épisode de soins.
Collaboration au sein de l'équipe de soins infirmiers	+ Facilite le travail collaboratif ²⁴ : équipes plus grandes qui peuvent s'entraider.	- Tend à préserver une hiérarchie intrapartum et post-partum qui ne favorise pas la collaboration.
Expertise de l'équipe de soins infirmiers	Demande une flexibilité de l'organisation des soins pour maintien de l'expertise en périnatal et post-partum avec le risque d'être bon dans tout, mais excellent dans rien (enjeux surtout pour les grossesses à risque élevé [GARE]).	- Maintien des groupes de professionnels hautement spécialisés et orientés sur la tâche avec parfois beaucoup de pression de production.
Climat de travail	+ Diminue les transferts : moins de transport, moins de stress.	- Crée une zone souvent bruyante d'activité intense et une concentration du stress.
Incidence sur la durée moyenne de séjour (DMS)	+ Permet une plus grande flexibilité pour préserver la capacité d'accueil en cas de débordement : chambre à acuité variable. → Diminue la durée moyenne de séjour (DMS) ²⁵ + Permet aux parents de se sentir autonomes plus rapidement pour prendre soin de leur nouveau-né.	- Augmente la DMS à cause des transferts. - Limite la réactivité en cas de débordement en périnatal. → La réduction du séjour post-partum n'augmente pas directement la capacité d'accueil. - Un transfert vers une chambre post-partum constitue un nouvel épisode de soins.
Coûts	+ Présente des économies sans affecter les issues périnatales. → Réduit la DMS tout en augmentant l'efficacité dans l'utilisation des ressources ²⁶ . - Nécessite l'utilisation de plus de matériel dans la chambre et un transfert du matériel en anténatal et en postnatal.	+ Permet d'avoir des chambres fonctionnelles avec le matériel en place à moindre coût (moins de chambres à équiper) à court terme.
Satisfaction des familles*	+ Augmente la satisfaction des mères ^{27, 28} et des familles dans tous les domaines évalués : lieux physiques, moins de transferts, continuité des soins ^{29, 30} . - Enjeu de confort des femmes sur un lit d'accouchement pendant de longues heures (mousses à ajouter sur le matelas pour corriger cet inconfort).	
Satisfaction de l'équipe soignante	+ Améliore la satisfaction liée à l'environnement de travail ^{31, 32} → Proportion des médecins qui préfèrent le TARP était : 11 % avant le début, 46 % à 6 mois, 79 % à 12 mois ³³ . + Améliore le niveau global de satisfaction au travail des infirmières de 6,5 à 8,4 sur 10 (p = 0,002) ³⁴ . - Nécessite une meilleure évaluation de l'adaptation au changement par les infirmières ³⁵ .	+ Diminue la mobilisation de matériel + Diminue et optimise les déplacements au sein de l'unité

*La configuration de la chambre est importante pour les parents, quel que soit le modèle : lumière naturelle, équipements d'urgence peu visibles, espace famille, réduction du bruit.

Annexe 2- Estimation du nombre de chambres TARP requises

La formule de calcul permettant d'estimer le nombre de chambres TARP requises est la suivante :

$$\frac{(\text{Nombre d'accouchements annuels projetés} \times \text{durée moyenne de séjour})}{(365 \times \text{taux moyen d'occupation})}$$

Le nombre d'accouchements annuels projetés est déterminé à partir de la projection du nombre de naissances par territoire (2021-2041) de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), des projections et des besoins de l'établissement ainsi que des autres offres de service présentes aux alentours.

Le taux moyen d'occupation (TMO) et la durée moyenne de séjour (DMS) qui servent actuellement dans la formule de calcul à la suite d'une recommandation d'experts en 2011 sont respectivement de 2,5 jours et de 70 %, ce qui équivaut à une formule simplifiée de 1 chambre pour 100 naissances.

Cependant, les analyses effectuées dans le cadre de plusieurs projets de réaménagement d'unités d'obstétrique ont démontré que le nombre de chambres TARP ainsi calculé s'applique difficilement à l'ensemble des projets et qu'il ne tient pas compte des nouvelles réalités et des nouvelles pratiques. C'est pourquoi les paramètres pour le calcul des chambres TARP ont été revus à la lumière des données actuelles.

1. Durée moyenne de séjour (DMS)

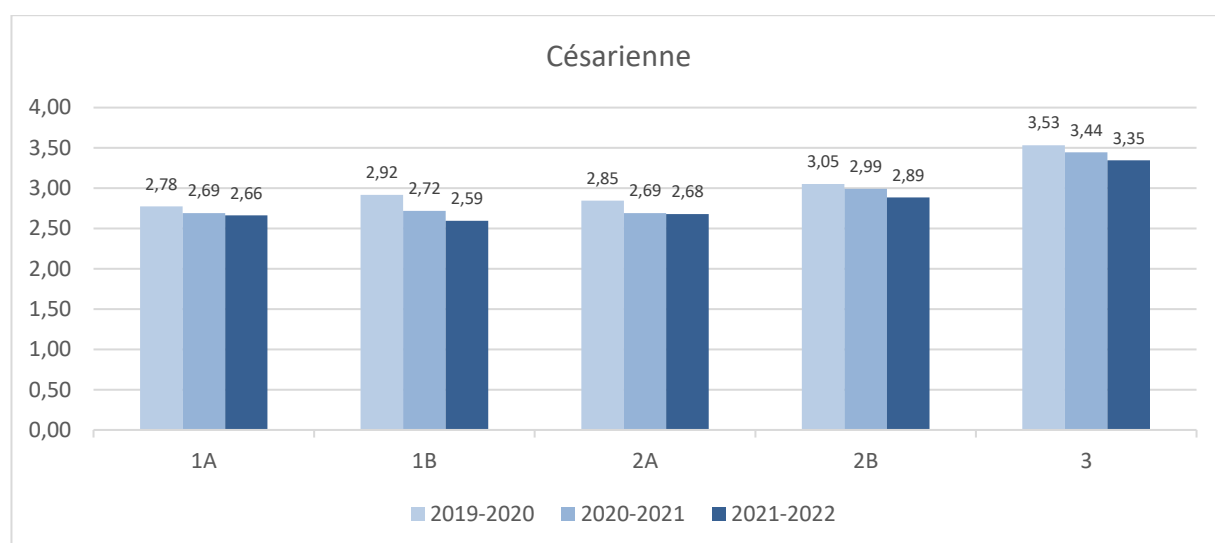
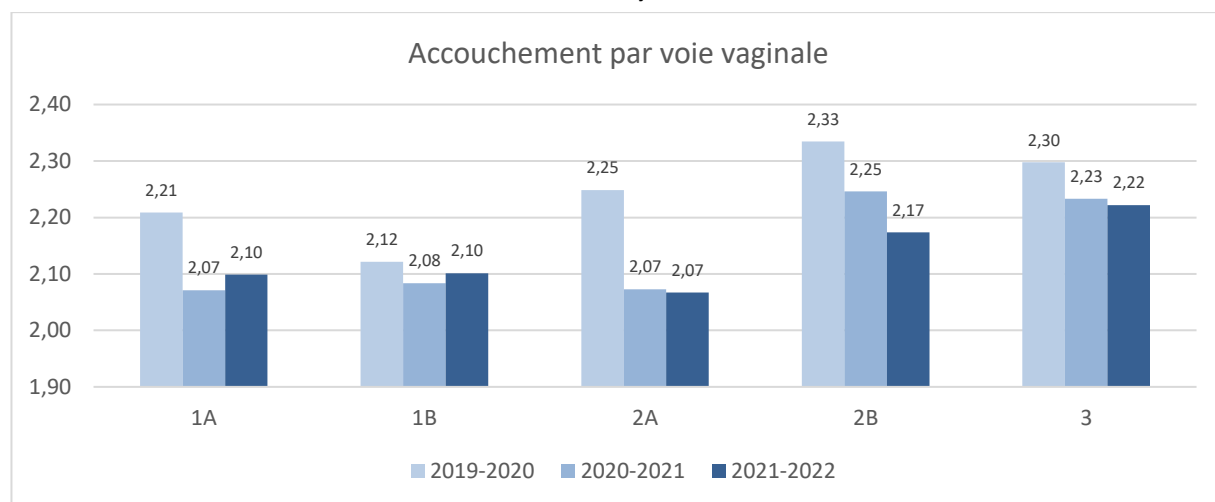
CONSIDÉRANT l'évolution des pratiques, la tendance actuelle à la baisse de la DMS et, plus particulièrement que :

- le concept TARP de soins dans des chambres uniques a déjà démontré une capacité de réduire la DMS pour diverses raisons (réduction des transferts, efficience dans la continuité des soins, demande spontanée de la clientèle qui se sent autonome plus rapidement);
- la précarité des ressources humaines et l'ensemble de mesures mises en place pour préserver une capacité d'accueil, dont le congé précoce du nouveau-né à terme et en santé;
- les avantages d'un retour précoce à la maison pour les nouveaux parents, lequel favorise le lien d'attachement et l'intégration du nouveau-né dans la famille, améliore le repos et le sommeil de la mère, augmente la participation du deuxième parent et réduit le risque d'infection nosocomiale;
- le plan d'action en périnatalité 2023-2025 pour lequel la mise en place de services postnatals précoces et adaptés aux besoins des familles sera une des priorités;
- les nouveaux aménagements immobiliers en néonatalogie avec les chambres familiales individuelles fermées pouvant accueillir la mère avec son nouveau-né pour la période post-partum vont diminuer la DMS en obstétrique;
- les statistiques ci-dessous qui font état de la médiane des DMS pour chaque niveau de soins, et qui démontrent une tendance actuelle à la baisse des DMS, et ce, depuis les 3 dernières années ainsi qu'une variation selon le niveau de soins et le mode d'accouchement (vaginal, césarienne);

IL EST RECOMMANDÉ de modifier la DMS en fonction des données à jour et d'utiliser, dans la formule de calcul du nombre de chambres TARP, les DMS suivantes :

- **2,2 jours pour les niveaux de soins 1A, 1B et 2A;**
- **2,4 jours pour le niveau de soins 2B;**
- **2,5 jours pour le niveau de soins 3.**

Médiane des DMS à l'accouchement, par niveau de soins, selon le mode d'accouchement, de 2019 à 2022*



Source : Données MED-ECHO - DMS à l'accouchement calculée de l'admission jusqu'au congé de la mère

* La médiane des DMS a été privilégiée par rapport à la moyenne pour tenir compte de la tendance centrale et moins des valeurs extrêmes.

Le tableau ci-dessous détaille la démarche de calcul de la DMS pour chaque niveau de soins.

Type d'accouchement	DMS (en jours)		
	Niveau de soins 1A, 1B et 2A	Niveau de soins 2B	Niveau de soins 3
Accouchement par voie vaginale	2,1	2,2	2,2
Césarienne	2,6 (Taux césarienne : 25 %)	2,9 (Taux césarienne : 25 %)	3,3 (Taux césarienne : 30 %)
Accouchement total	2,2	2,4	2,5

2. Taux moyen d'occupation (TMO)

CONSIDÉRANT :

- le TMO pour les unités de soins aigus et les urgences de 85 %;
- le volume d'activité en obstétrique qui par définition est imprévisible (impossibilité de le planifier avec une répartition égale dans le temps) et incompressible (impossibilité de remettre un épisode de soins ou d'accélérer le processus d'accouchement sans créer des risques d'issues défavorables);
- la nécessité d'optimiser raisonnablement l'occupation des chambres TARP pour maximiser l'utilisation de l'espace et ne pas créer des unités inutilement grandes et moins fonctionnelles;
- la littérature récente sur les chambres TARP¹;

IL EST RECOMMANDÉ de modifier le TMO en fonction des données à jour et d'utiliser dans la formule de calcul du nombre de chambres TARP un TMO de **75 %**.

¹ DOD SPACE PLANNING CRITERIA, CHAPTER 420: LABOR AND DELIVERY / OBSTETRIC UNIT, JULY 1, 2017

Ce TMO nécessite de considérer dans l'aménagement des lieux un espace de débordement potentiel pour accommoder les pics d'activité occasionnels qui pourraient nécessiter une plus grande capacité d'accueil.

Il est recommandé aussi que les chambres pour les grossesses à risque élevé (GARE) soient en TARP pour plus de polyvalence. En cas d'augmentation imprévue d'activités, ces chambres peuvent être utilisées pour une parturiente. La femme hospitalisée en GARE peut aussi rester dans la même chambre pour son accouchement, le cas échéant.

Le développement d'une modalité de suivi de GARE à domicile et par la télésanté permet d'anticiper dans certaines installations une baisse de l'occupation des chambres GARE.

3. Calcul du nombre de chambres TARP

Pour que le modèle de calcul présenté ci-dessous soit fonctionnel, toutes les chambres de l'unité d'obstétrique doivent être de type TARP en vue de permettre une polyvalence et une adaptabilité aux besoins de la clientèle ainsi que des variations de volumétrie. En effet, le volume de parturientes et de femmes hospitalisées en GARE varie de façon imprévisible. Il est donc préférable que les espaces de soins soient en vases communicants.

Avoir des chambres anténatales non TARP ou des chambres post-césarienne électorale plus petites (chambre normale : 20 m², chambre TARP : 27,5 m²) ne permet pas une diminution importante de l'espace immobilier requis et limite la flexibilité nécessaire pour préserver une capacité d'accueil. Cette option ayant été évaluée, mais n'ayant pas été retenue, elle n'est donc pas élaborée dans le présent document.

Méthode de calcul :

1. Installations de niveaux de soins 1A, 1B et 2A

$$\frac{[\text{Nombre d'accouchements annuels projetés} \times 2,2 \text{ (DMS)}]}{[365 \times 75 \% \text{ (TMO)}]}$$

2. Installations de niveau de soins 2B

$$\frac{[\text{Nombre d'accouchements annuels projetés} \times 2,4 \text{ (DMS)}]}{[365 \times 75 \% \text{ (TMO)}]}$$

3. Installations de niveau de soins 3

$$\frac{[\text{Nombre d'accouchements annuels projetés} \times 2,5 \text{ (DMS)}]}{[365 \times 75 \% \text{ (TMO)}]}$$

4. Installations de niveaux de soins 2A, 2B et 3 : Ajout du nombre de chambres GARE/débordement

Il faut prévoir une majoration d'environ **15 % (niveaux de soins 2A et 2B)** et de **25 % (niveau de soins 3)** du nombre de chambres TARP pour :

- Tenir compte des hospitalisations pendant la période antepartum (chambres GARE);
- Tenir compte des retours pour hospitalisation en post-partum/postnatal;
- Permettre d'absorber les pics d'activité occasionnels.

ANNEXE 3 - COMPARAISON ENTRE LES DEUX LOCALISATIONS POSSIBLES DU BLOC OBSTÉTRICAL

Le tableau ci-dessous compare les avantages **+** et les inconvénients **-** des deux modèles.

Critères de comparaison	Bloc obstétrical dans l'unité mère-enfant	Bloc obstétrical dans le bloc opératoire
Sécurité des soins : rapidité d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> + Équipe sur place et proximité du matériel. + Permet une trajectoire de soins à séquence rapide pour les urgences^{36,37}. + Permet une réponse plus rapide aux urgences dans la salle de césariennes et au besoin au sein de l'unité. + En cas d'arrêt cardio-vasculaire maternel, optimise la prise en charge (césarienne dans la chambre)³⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complique l'organisation des soins en lien avec les urgences : temps entre la décision de la césarienne et le moment du début de l'intervention (<i>decision-to-incision time</i>). → L'unité d'obstétrique se trouve souvent à distance du bloc opératoire général. - Comprend de nombreux transferts de lieux et de personnel (risque d'erreurs, synchronisation de plusieurs secteurs avec des délais).
Accès au personnel (ex. : anesthésiste)	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent un seul anesthésiste disponible la nuit : augmente les risques et la nécessité de se diriger au bloc opératoire général. 	<ul style="list-style-type: none"> + Advenant des issues défavorables (hystérectomie, vessie perforée, etc.) permet une réponse rapide par le personnel en place, adéquatement formé. Les chirurgiens sont aussi plus proches en cas de besoin. + Il y a souvent plus de personnel sur place capable de faire les services internes et externes.
Formation, compétence	<ul style="list-style-type: none"> - Enjeux de maintenir l'expertise des services internes et externes aux césariennes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le personnel du bloc opératoire n'est pas formé pour les soins aux nouveau-nés, ni en réanimation néonatale avancée ni en urgences obstétricales.
Qualité des soins pour la dyade mère-enfant : attachement, allaitement	<ul style="list-style-type: none"> + Donne à la majorité des césariennes une prise en charge obstétricale et non chirurgicale par du personnel dédié à ce type de soins pour la mère et l'enfant. → Préserve l'unité familiale et les pratiques recommandées (peau à peau, allaitement). → Améliore l'expérience de la femme et de la famille (césarienne douce et humanisation des soins associés à la césarienne)³⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entraîne un partage de la trajectoire de la clientèle obstétricale avec celle des autres patients du bloc opératoire général → Rend difficile la cohabitation de la mère et de son nouveau-né. → Complique la pratique du contact peau à peau et la mise au sein dès la naissance en salle d'opération et en salle de réveil (manque de temps, manque d'expertise du personnel, manque de confort du personnel, environnement inadéquat, manque d'intimité pour la maman, etc.). → Permet difficilement d'implanter une approche de césarienne « douce ».
Qualité et organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> + Permet une réponse plus rapide aux issues indésirables qui nécessitent une césarienne : un clinicien peut ainsi retarder une décision parce qu'il sait que l'accès à la césarienne est rapide (évite de transférer inutilement une patiente au bloc, diminution du taux de césariennes). + Améliore les pratiques en lien avec certaines interventions : cerclage (présence du partenaire), accouchement de jumeaux (retarder le transfert en salle de césariennes), etc. 	
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> + Améliore la continuité des soins et du soignant. → Relation améliorée avec la famille, favorise les sentiments de confiance et de sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprend de nombreux transferts de lieux et de personnel. → Incidence sur la continuité des soins.
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un deuxième aménagement aux normes, donc plus élevé que d'utiliser les salles existantes. + Permet une meilleure utilisation des ressources matérielles et humaines⁴⁰. + Augmente le nombre de patients opérés au bloc opératoire général en ayant les salles de césariennes dédiées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite le matériel de réanimation du nouveau-né (lits et chariot de réanimation). → Celui-ci doit toujours être disponible dans une salle qui ne sert pas exclusivement aux césariennes.
Satisfaction des familles	<ul style="list-style-type: none"> + Permet au deuxième parent d'être présent durant la presque totalité de la trajectoire de la césarienne (durant la procédure, pendant la récupération post-césarienne). + Avant la procédure, est propice à familiariser les mères aux césariennes et à l'environnement de la salle d'opération, ce qui réduit leur anxiété et la douleur après la césarienne⁴¹. 	
Satisfaction de l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> + Évite le déplacement du personnel vers le bloc chirurgical pour offrir les soins obstétricaux au détriment des autres patientes en charge dans l'unité. 	

- ¹ Plaat, N. (2018). Attachement, fonction contenante et rigidités contemporaines : Et si « contenir » redevenait la meilleure façon de soutenir les parents et leur nouveau-né? *Spirale*, 86, 18-26. <https://doi.org/10.3917/spi.086.0018>
- ² Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- ³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *L'initiative des amis des bébés : orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-815-01W.pdf>
- ⁴ Agence de la santé publique du Canada (2020). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 5 : Soins postnataux*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- ⁶ Brown, K. K., & Gallant, D. (2006). Impacting patient outcomes through design: Acuity adaptable care/universal room design. *Critical care nursing quarterly*, 29(4), 326-341. <https://doi.org/10.1097/00002727-200610000-00006>
- ⁷ Smith, A., Laflamme, E., & Komanecky, C. (2021). Pain Management in Labor. *American family physician*, 103(6), 355-364.
- ⁸ Smith, A., Laflamme, E., & Komanecky, C. (2021). Pain Management in Labor. *American family physician*, 103(6), 355-364.
- ⁹ Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- ¹⁰ Cordioli E. (2013). Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Med J*. 131(5), 364. doi: 10.1590/1516-3180.20131315T2.
- ¹¹ Bonapace, J., Gagné, G., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, É., & Buckley, S. (2018). No 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, volume 40, numéro 2, 246-266. <https://doi.org/10.1016/j.ijogc.2017.11.022>
- ¹² Agence de la santé publique du Canada (2018). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 4 : Soins durant le travail et l'accouchement*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4.html#a7.1>
- ¹³ Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- ¹⁴ Lemyre, B., Jefferies, A., & O'Flaherty, P. (2018). Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. *Paediatrics & Child Health*, 523-531. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy128>
- ¹⁵ Agence de la santé publique du Canada (2020). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 5 : Soins postnataux*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>
- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- ¹⁷ Scala, M. L., Marchman, V. A., Godenzi, C., Gao, C., & Travis, K. E. (2020). Assessing speech exposure in the NICU: Implications for speech enrichment for preterm infants. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(10), 1537-1545. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0672-7>; Álvarez, M. J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-González, D., Rosón, M., & Lapeña, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 69, 119-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009>; Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A. M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131(5), 902-918. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367>
- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada (2022). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 8 : Organisation des services*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>
- ¹⁹ Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*, 1(3), 61-125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- ²⁰ Gerrits, P., Hosson, M., Semmekrot, B. and Sporken, J. (2013). Less hypoglycaemias in single room maternity care. *Open Journal of Pediatrics*, 3, 183-185. doi: 10.4236/ojped.2013.33031.
- ²¹ Agence de la santé publique du Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales, chapitre 10 : Installations et équipements*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/sc-hc/H39-527-2000-fra.pdf
- ²² Hall, M., Nowell, L., Castrogiovanni, N., Palacios-Derflinger, L., Norris, J. M., & White, D. E. (2019). Healthcare Providers' Perceptions of Single-Room Versus Traditional Maternity Models: A Concurrent Mixed-Methods Study. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 33(4), 312-321. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000413>
- ²³ Janssen P. A., Harris S. J., Soolsma J., Klein M. C., Seymour L. C. (2001). Single room maternity care: The nursing response. *Birth (Berkeley, Calif.)*. 28(3):173-179. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2001.00173.x
- ²⁴ Voir note 9.
- ²⁵ Harris, S. J., Farren, M. D., Janssen, P. A., Klein, M. C., & Lee, S. K. (2004). Single room maternity care: Perinatal outcomes, economic costs, and physician preferences. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 26(7), 633-640. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30610-7](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30610-7)
- ²⁶ Voir note 12.
- ²⁷ Janssen, P. A., Keen, L., Soolsma, J., Seymour, L. C., Harris, S. J., Klein, M. C., & Reime, B. (2005). Perinatal nursing education for single-room maternity care: An evaluation of a competency-based model. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 95-101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01014.x>
- ²⁸ Voir note 7.
- ²⁹ Ali, E., Norris, J. M., Hall, M., & White, D. E. (2020). Single-room maternity care: Systematic review and narrative synthesis. *Nursing open*, 7(6), 1661-1670. <https://doi.org/10.1002/nop2.586>
- ³⁰ Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J., & Seymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 235-243. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x>
- ³¹ Voir note 10.
- ³² Voir note 14.
- ³³ Voir note 12.
- ³⁴ Voir note 10.
- ³⁵ Voir note 10.
- ³⁶ International Health Facility guidelines (2017). Part B – Health Facility Briefing & Design: Birthing unit. https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_birthing_unit
- ³⁷ Haute Autorité de santé (2014). *Certification des établissements de santé : Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique*. https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2017/11/2014_HAS-securite-secteur-naissance.pdf
- ³⁸ Lipman, S., Daniels, K., Cohen, S. E., & Carvalho, B. (2011). Labor room setting compared with the operating room for simulated perimortem cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 118(5), 1090-1094. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182319a08>
- ³⁹ Magee, S. R., Battle, C., Morton, J., & Nothnagle, M. (2014). Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(5), 690-693. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140014>
- ⁴⁰ Grant, T. R., Ellinas, E. H., Kula, A. O., & Muravyeva, M. Y. (2018). Risk-stratification, resource availability, and choice of surgical location for the management of parturients with abnormal placentation: A survey of United States-based obstetric anesthesiologists. *International journal of obstetric anesthesia*, 34, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2018.01.008>
- ⁴¹ Eslami, J., Hatami, N., Amiri, A., & Akbarzadeh, M. (2020). The potential beneficial effects of education and familiarity with cesarean section procedure and the operating room environment on promotion of anxiety and pain intensity: A randomized controlled clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 9, 240. https://doi.org/10.4103/iejhp.iejhp_31_20

