

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une
perspective familiale : lignes directrices nationales

— CHAPITRE 10 —

Installations et équipement

Table des matières

Introduction	5
Plans d'aménagement et de réaménagement	6
Suggestions pour les installations existantes	7
Installations pour les soins en périnatalité	9
Principales composantes de l'unité de travail et de naissance	11
Triage/préadmission/salon pour le début du travail	11
Chambres de naissance pour la continuité des soins en périnatalité	11
Configuration des chambres de naissance	11
Salle d'opération pour césariennes et autres interventions	13
Aire de réanimation du nouveau-né	14
Chambres mère-enfant	14
Petite pouponnière	15
Aires de service et d'utilités	17
Autres caractéristiques des centres de niveaux II et III	17
Exigences en matière d'espace et d'équipement pour les pouponnières de niveaux II et III	22
Besoins en lits : unités de travail et de naissance	23
Surveillance des lieux de travail et ingénierie	24
Température ambiante, ventilation et climatisation	25
Alimentation en électricité pour les services	25
Télécommunications	26
Insonorisation	26
Sélection de matériaux et de produits de finition appropriés	26
Bibliographie	28
Annexe 1 — Processus de planification	30
Annexe 2 — Équipement de diverses pièces	33
Annexe 3 — Aires de service pour les soins en périnatalité	35
Annexe 4 — Critères de sélection des matériaux	37

Introduction

Le milieu physique des établissements qui offrent des services en périnatalité aux mères et aux familles a une grande influence sur les pratiques institutionnelles et sur l'expérience du personnel et des familles qui y séjournent. Un milieu favorable aux soins prodigués durant la grossesse, le travail, la naissance et la période postnatale facilite la collaboration entre les professionnels et les familles. La planification pour adapter ou rénover les installations existantes, ou pour en construire de nouvelles, est l'occasion idéale de concrétiser la philosophie des soins dans une perspective familiale (Hanson et coll., 1994).

Il faut toutefois se souvenir que la philosophie des soins est d'abord et avant tout véhiculée par les soignants. Tout réaménagement physique d'un établissement doit être accompagné d'initiatives pour modifier le comportement des intervenants de sorte que les soins en périnatalité relèvent véritablement d'une perspective familiale (Hodnett, 1998). Il ne faudrait toutefois pas attendre de modifier les installations pour adopter une approche axée sur la famille. La philosophie et les attitudes qui sous-tendent la prestation des soins dans une perspective familiale peuvent se concrétiser dans les installations les plus anciennes comme dans les plus modernes.

Certains principes sont d'une importance capitale dans la planification et l'aménagement d'une installation. Il faut donc veiller à l'application des principes résumés ci-après :

- La naissance est un événement heureux et, dans la plupart des cas, un processus normal et sain. Il faut donc que le soutien aux mères s'inscrive dans un cadre chaleureux et réconfortant, c'est-à-dire une chambre unique où peuvent se dérouler le travail et la naissance, où la mère peut passer du temps avec son bébé, où mère et enfant peuvent recevoir ensemble des soins sans être déplacés ou séparés.
- Le principal objectif des soins à la mère, au nouveau-né et à la famille est d'aider les mères à donner naissance à des bébés en santé; il s'agit d'optimiser la probabilité qu'une femme en santé donne naissance à un bébé en santé. Il faut donc que l'équipement et les installations nécessaires soient faciles d'accès.
- Il est beaucoup plus facile de prodiguer des soins à la mère dans son contexte familial. Il faut donc faire en sorte que la famille soit à l'aise dans le milieu physique et qu'elle se sente incluse dans le processus des soins.

- Si des difficultés surgissent, il est primordial d'aider la famille à rester ensemble le plus possible.
- Il est important d'utiliser la technologie à bon escient.

Plans d'aménagement et de réaménagement

La conception de nouveaux espaces et le réaménagement des espaces existants, de manière à intégrer les activités et les programmes de soins dans une perspective familiale, exigent une planification collective rigoureuse. Les plans d'aménagement de nouveaux organismes et de réaménagement d'organismes existants doivent refléter les principes de leur mission et de leur philosophie des soins. Il est entendu que ces principes doivent s'inspirer des principes de la prestation des soins dans une perspective familiale.

Trois principes de base doivent être pris en considération au moment de la planification :

- la nécessité d'une approche qui favorise la participation. À cette fin, il faut établir une collaboration et un partenariat avec les familles et faire participer le personnel au processus de planification;
- la nécessité d'une collaboration accrue entre les intervenants de la collectivité et des établissements. À cette fin, il faut faire en sorte que les études de planification prévoient la participation d'un large éventail d'intervenants et que l'on cherche à améliorer les services de santé par l'intégration des systèmes de prestation de soins;
- la nécessité de la planification de changements éventuels. À cette fin, il faut, dans la planification même, concevoir les plans de façon à ce qu'ils se prêtent à des adaptations, qu'ils soient à long terme ou conçus pour une installation particulière. La notion même de changement des circonstances est une des seules constantes des soins de santé.

La planification de l'aménagement et du réaménagement nécessite une équipe pluridisciplinaire composée de parents, d'intervenants en soins directs, d'administrateurs, de responsables de la planification des installations, d'architectes et de décorateurs intérieurs. Il est essentiel que les services de soutien, y compris l'entretien ménager et les services de diététique, y soient représentés. L'équipe pluridisciplinaire doit collaborer à l'élaboration des

programmes et à la planification des espaces conçus pour la prestation de ces programmes (Hanson et coll., 1994). (Consulter l'annexe 1.)

L'aménagement ou la rénovation des espaces pour les rendre plus fonctionnels permet aux administrateurs d'aller au-delà des questions d'usage, telles que l'espace en mètres carrés, l'utilisation de l'espace et différentes améliorations modestes pour résoudre des problèmes de conception. La planification de l'espace fonctionnel donne aux utilisateurs et aux administrateurs l'occasion de revoir en détail des questions relatives à l'influence de l'aménagement sur les expériences des familles et du personnel (Hanson et coll., 1994). Voici quelques questions pertinentes :

- Existe-t-il un parc de stationnement près de l'entrée, est-il adéquat et à prix abordable ? L'entrée des piétons est-elle clairement affichée ?
- Les familles peuvent-elles trouver facilement l'unité de naissance ?
- Quelles sont les premières impressions des familles lorsqu'elles arrivent à l'hôpital et à l'unité ?
- L'unité dispose-t-elle d'endroits privés où les familles peuvent s'entretenir avec le personnel ? Parler au téléphone ? Se regrouper ?
- A-t-on prévu des aires de jeu pour les enfants ?
- Y a-t-il un endroit où les familles peuvent ranger leurs effets en toute sécurité ?
- A-t-on aménagé des salles de conférence, de travail et de repos pour le personnel ?
- Le décor est-il chaleureux et invitant ? A-t-on l'impression que c'est un endroit aménagé pour les familles ?

Le choix des responsables de la planification, des architectes et des décorateurs constitue une étape importante. En plus d'évaluer l'expérience et les compétences des architectes et des décorateurs en aménagement des locaux, les directeurs du projet doivent considérer leur sensibilité aux besoins des familles et leur méthode de travail avec les clients (Johnson et coll., 1991).

Suggestions pour les installations existantes

Pour un grand nombre d'établissements, la construction d'une nouvelle unité peut être la seule façon de créer un environnement qui permet d'appliquer les principes de la prestation des soins dans une perspective familiale. Il est toutefois possible de modifier des installations moins modernes pour qu'elles se prêtent au soutien nécessaire lors des naissances normales. De plus, dans bien des cas, ces changements n'exigent pas de dépenses excessives. Avant

de réaménager un endroit, il faut, bien entendu, commencer par encourager les membres du personnel à faire preuve de créativité au moment de visualiser de nouvelles possibilités d'aménagement de l'espace existant. Les membres d'une collectivité ont tendance à voir l'aménagement des locaux de façon différente et peuvent proposer des perspectives nouvelles d'amélioration de l'environnement. Par exemple, il n'est peut-être pas nécessaire d'acheter des bains tourbillons dispendieux : l'hydrothérapie pour soulager la douleur durant le travail peut se faire dans les douches et les baignoires existantes (même s'il n'y en a pas dans la chambre de naissance, il y en a tout de même ailleurs dans l'unité et on peut y avoir accès). Les aires servant à l'évaluation du travail et au triage peuvent également se trouver dans d'autres salles à usage multiple. Le concept du décroisement est particulièrement utile; on peut ainsi encourager les femmes à se promener à l'extérieur de l'unité et à y revenir périodiquement pour les évaluations. D'autres articles peuvent être achetés à peu de frais pour les chambres de naissance, tels que des ballons de naissance (qui servent à s'asseoir pour gérer la douleur des contractions), des tabourets, des chaises berçantes, des fauteuils de repos pour les conjoints et différents articles décoratifs, comme des rideaux et des tableaux, qui ajoutent de la chaleur à une pièce. Voici d'autres suggestions de modifications d'une installation pour qu'elle se prête aux soins dans une perspective familiale sans, pour autant, engager de dépenses d'immobilisation :

- des lits « conventionnels » pour les naissances — les salles de travail peuvent servir au travail, à la naissance et à la récupération si l'on n'a pas les moyens d'avoir des lits spécialement conçus pour les naissances;
- des illustrations sur les murs de l'unité qui évoquent des valeurs familiales. Il peut s'agir d'illustrations représentant une mère et son bébé, un père et son bébé, des familles avec des bébés, des mères qui allaitent ou de mignons bébés prématurés et à terme. Des dessins accrochés à la hauteur des enfants (frères et sœurs) montrent avec éloquence que les enfants sont également les bienvenus;
- des salles individuelles nommées en l'honneur du premier bébé qui y est né, des personnes dont on reconnaît la participation spéciale au programme, des mères ou des familles spéciales, et ainsi de suite;
- des décorations maison accrochées aux portes;
- l'habillement des fenêtres ou des bordures de plafond selon les suggestions des membres du personnel ou des mères bénévoles;

- des aliments en remplacement du « menu » habituel de l'hôpital, comme un panier de fruits offert de façon régulière par un grand magasin de la localité;
- des visites guidées pour les frères et sœurs, des livres à colorier, des collants, des étagères à jouets rangés par groupe d'âge;
- une carte d'anniversaire pour chaque nouveau bébé;
- des coupons de stationnement pour les nouveaux pères ou conjoints et des rabais à la cafétéria de l'hôpital pour les parents.

Il s'agit en fait de démontrer une volonté de jeter un œil neuf sur l'aménagement de l'espace, d'apporter des changements relativement simples aux habitudes de travail du personnel et, bien entendu, de faire participer les familles de la collectivité.

Installations pour les soins en périnatalité

On recommande de profiter des rénovations ou de la planification de nouvelles installations pour réunir tous les services à la mère et au nouveau-né dans un seul endroit désigné. L'aménagement idéal évite toute circulation inutile dans l'unité. Aucun autre service ne devrait être dispensé dans cet endroit, et aucun client d'autres services ne devrait y recevoir des soins.

La conception de l'unité de périnatalité doit rendre l'endroit chaleureux et accueillant pour les parents, et procurer aux familles le plus d'intimité et de confort possibles. Son aménagement doit encourager les familles à rester ensemble et à participer aux différentes étapes du travail, de la naissance et de la période postnatale. L'unité doit être fonctionnelle pour faciliter la prestation de soins de qualité à la mère et au nouveau-né. La création d'un décor chaleureux exige un choix minutieux de coloris pour les murs, les meubles, la finition et l'éclairage, sans oublier la touche personnelle que peuvent apporter les tableaux, pièces artisanales, murales, courtepointes ou autres décorations.

Les services à la mère et au nouveau-né doivent intégrer différents aspects des soins. Bien entendu, il arrive que le volume des services et des ressources humaines permette parfois de regrouper certains éléments des soins dans une seule chambre. Par éléments de soins, on entend :

- les soins hospitaliers prénatals aux femmes qui ont besoin d'une période de stabilisation ou d'hospitalisation avant le travail;

- une aire de triage pour les femmes qui n'ont pas encore commencé la phase active du travail ou qui doivent demeurer sous observation pour déterminer si le travail est bel et bien commencé;
- les soins à la mère et au nouveau-né durant le travail, la naissance et la période postnatale.

On recommande aux hôpitaux de s'éloigner des transferts multiples qui obligent la mère à faire le travail dans une chambre, à donner naissance dans une autre, à se reposer avec son bébé dans une troisième pièce avant d'être tous deux transférés — la mère à l'unité postnatale, le bébé à la pouponnière. Cette pratique dérange la mère et la famille, nuit à la continuité des soins et utilise mal les ressources humaines, physiques et financières. De plus, elle transforme la naissance en un acte médical au lieu d'en faire un événement naturel.

On recommande donc que la mère reste dans la même chambre pour le travail, la naissance et les premières heures après la naissance. Une telle approche est plus réalisable dans un système qui recourt à des chambres de naissance. Par conséquent, on recommande d'aménager des chambres de naissance dans toutes les nouvelles installations. Toutefois, on reconnaît qu'il peut être nécessaire, là où les installations sont déjà en place, de continuer d'utiliser des chambres de travail/naissance/récupération — c'est-à-dire des chambres de naissance limitées au travail, à la naissance et à la récupération — et que la période postnatale se déroule à l'unité des soins mère-enfant. Néanmoins, le but ultime devrait être de prévoir *un séjour hospitalier complet dans une même chambre de naissance*.

On recommande également que les femmes en travail actif, après avoir été évaluées dans la pièce réservée au triage et à l'admission, soient admises à une chambre de naissance. Si la mère et le bébé sont tous deux en santé, ils peuvent soit rester dans la chambre de naissance après la naissance jusqu'à leur congé de l'hôpital, soit passer de la chambre de naissance à une unité de soins mère-enfant.

Si une césarienne est nécessaire, la femme doit être transférée à une des salles d'opération pour césariennes jusqu'à la naissance, puis conduite à la chambre de naissance ou à l'unité des soins mère-enfant. On sait que les mères ont besoin d'une période de récupération sous surveillance étroite et qu'il faut laisser le bébé avec elles; la récupération peut donc se faire dans la salle où a eu lieu la césarienne. Les salles d'opération pour césariennes et les chambres de récupération doivent être situées dans l'enceinte de l'unité des soins mère-enfant.

Principales composantes de l'unité de travail et de naissance

TRIAGE/PRÉADMISSION/SALON POUR LE DÉBUT DU TRAVAIL

La mère devrait d'abord être vue et évaluée dans l'aire de triage et de préadmission. Si le travail est déjà commencé, elle peut être admise à la chambre de naissance. Si le travail ne fait qu'à peine commencer, elle peut retourner chez elle, pourvu qu'elle demeure près de l'hôpital et que le trajet soit réalisable (cela peut dépendre de la distance, du temps qu'il faut, du moment de la journée et du transport accessible), ou rester dans un petit salon prévu à cette fin. Dans les cas où l'aire de préadmission n'est pas dans l'enceinte de l'unité mère-enfant, on admet souvent la mère à la chambre de naissance pour y être évaluée. Malheureusement, cette mesure peut entraîner un plus grand nombre d'interventions et constitue un mauvais usage des ressources (McNiven et coll., 1998). (Consulter le chapitre 5.)

CHAMBRES DE NAISSANCE POUR LA CONTINUITÉ DES SOINS EN PÉRINATALITÉ

Il est possible de réunir dans une seule chambre tous les soins à la mère et au nouveau-né et de prodiguer des soins aux femmes en travail dont les facteurs de risque sont identifiables ou qui ne semblent pas être à risque. Chaque chambre doit être équipée en prévision de tous les types de naissance, à l'exception des césariennes et des naissances qui nécessitent une anesthésie générale. Toutes les chambres de naissance doivent se trouver à proximité des salles d'opération pour césariennes. (Consulter la section sur les salles d'opération à la page 13.)

CONFIGURATION DES CHAMBRES DE NAISSANCE

Les chambres de naissance sont privées, de préférence avec salle de bain privée (comprenant toilettes, douche ou baignoire) et petit placard. Il est essentiel que toute chambre de naissance soit dotée d'une fenêtre avec vue sur l'extérieur. Chaque chambre doit avoir un lit confortable, de naissance ou ordinaire, pour aider à la prestation des soins durant le travail et la naissance. Au besoin, le lit doit se transporter facilement à la salle d'opération pour césariennes.

Pour être pratique, la chambre de naissance doit mesurer environ 5 par 5 mètres (16 par 16 pieds) — soit un total de 25 mètres carrés (256 pieds carrés) — excluant les toilettes et la douche ou la baignoire. Au pied du lit, il doit y avoir un espace libre d'au moins 1,5 mètres (5 pieds). Puisqu'une

seule mère occupe la chambre, il doit y avoir suffisamment d'espace dans la pièce pour circuler librement et avoir facilement accès au lit. L'aménagement de la pièce doit faciliter le travail de l'intervenant de la santé qui doit inscrire les données au dossier durant le travail, la naissance et la période post-natale. L'aménagement d'une chambre de naissance doit tenir compte du besoin d'intimité de la mère durant le travail et la naissance.

On suggère que la chambre comprenne des articles qui la rendent fonctionnelle et contribuent au confort de la mère et de sa famille. Voici certains des articles recommandés :

- un berceau;
- un lit, une chaise ou un divan confortable pour les personnes qui aident la mère;
- un fauteuil oscillant ou une chaise berçante;
- une chaise pour l'intervenant;
- un miroir pour la naissance;
- un rideau autour du lit;
- une table de chevet;
- un meuble de rangement;
- une barre d'appui, un banc ou une chaise dans la douche;
- un panier à linge (à apporter dans la chambre au besoin);
- un casier qui ferme à clé pour les effets personnels;
- une horloge au mur avec trotteuse;
- un lecteur de cassette ou de CD, ou la radio (pour écouter de la musique);
- un téléviseur.

Il faut également prévoir un magnétoscope, qui pourrait servir à des fins éducatives, et le placer dans la chambre même ou dans l'unité. Même si des frais supplémentaires peuvent être exigés pour la télévision, il faut toutefois que toutes les mères aient accès aux émissions éducatives. Au moment de planifier la rénovation ou la construction d'installations, les administrateurs devraient examiner la possibilité d'installer des bains thérapeutiques (de préférence un bain à jets d'air) et des douches.

Chaque chambre de naissance doit être dotée d'un équipement distinct pour l'oxygène, l'air et l'aspiration pour la mère et le bébé. Des sorties de gaz facilement accessibles (ce qui peut inclure l'oxyde nitreux) et de l'équipement fixé au mur sont également nécessaires; ils peuvent être recouverts si on le désire. On doit y prévoir un éclairage naturel et indirect pour le travail, avec une source de lumière adéquate pour les traitements spéciaux.

Il doit y avoir six prises doubles au mur dans la partie de la chambre prévue pour la mère et six autres dans celle prévue pour le bébé. Il faut une prise additionnelle pour un appareil à rayons X portatif. Selon le code de construction en vigueur, il est possible que d'autres prises soient aussi exigées. Bien entendu, il faut prévoir une source appropriée d'énergie pour les situations d'urgence et des détecteurs de fumée.

Toutes les chambres doivent être munies d'une ligne téléphonique pour les appels vers l'extérieur, d'un système d'appel interne relié au poste des infirmières avec affichage de données et des sonnettes d'appel tout près du lit et dans la salle de bain.

L'annexe 2 dresse la liste de l'équipement recommandé pour les chambres de naissance. Le document *Lignes directrices nationales en matière de réanimation néonatale* (ICSI, 1994) explique en détail l'équipement recommandé pour la réanimation néonatale.

SALLE D'OPÉRATION POUR CÉSARIENNES ET AUTRES INTERVENTIONS

La salle d'opération pour césariennes est utilisée non seulement pour les césariennes, mais aussi pour d'autres situations de risque pour la mère ou le bébé, ou lorsqu'on prévoit des complications ou que des complications surgissent. Comme le préconise le *Guide de prévention des infections*, les salles de naissance et d'opération doivent être situées dans un endroit à accès limité dans le même secteur que les chambres de naissance ou près de celles-ci. Les salles d'opération pour césariennes doivent faire au moins 37 mètres carrés (400 pieds carrés), avec une salle de brosse adjacente. La chambre peut avoir un lit muni d'étriers et d'une base rétractable ou un lit de naissance. Il doit y avoir une bouche d'aspiration et une prise d'oxygène distinctes pour la mère et le bébé. L'espace prévu pour la réanimation et les autres soins du bébé doit être aménagé à part, dans la salle d'opération, ou encore dans une pièce contiguë. (Consulter la section sur l'aire de réanimation du nouveau-né à la page suivante.). Toute salle servant de salle d'opération doit contenir, ou permettre d'avoir à portée de la main, l'équipement nécessaire à une salle de naissance en plus de celui indiqué dans la liste de l'annexe 2.

Après une naissance en salle d'opération, il est préférable que la mère et le nouveau-né retournent à la chambre de naissance pour se remettre de l'anesthésie. L'aire de récupération doit être située et conçue de façon à ce que les infirmières puissent facilement surveiller la mère et le nouveau-né.

AIRE DE RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

La réanimation se fait habituellement dans la chambre de naissance, bien qu'une salle adjacente puisse, au besoin, être désignée pour la réanimation et la stabilisation des nouveau-nés. Si la réanimation se fait dans la chambre de naissance, il faut prévoir une aire assez grande pour procéder adéquatement à la réanimation du bébé sans nuire aux soins prodigués à la mère. La température ambiante de la pièce doit être maintenue entre 22° et 26°C. Un appareil de chauffage par rayonnement avec servocommande (par ex., une unité néonatale) doit également être en place.

Il faut que l'aire de réanimation soit distincte de celle réservée aux soins à la mère; lorsqu'elle se trouve dans la chambre de naissance, il faut y consacrer une surface d'au moins 3,7 mètres carrés (40 pieds carrés nets). Une salle de réanimation séparée doit faire environ 14 mètres carrés nets (150 pieds carrés nets) et être munie d'un nombre suffisant de bouches d'aspiration, de sorties d'oxygène et d'air comprimé pour la réanimation de jumeaux, et au moins de six prises de courant pour chaque bébé. Pour une salle de réanimation séparée, on doit prévoir en plus une prise de courant pour les appareils à rayons X portatifs.

CHAMBRES MÈRE-ENFANT

Un des principaux objectifs des soins postnatals est la cohabitation de la mère et du bébé. Comme le précise le chapitre 6, dans le contexte des soins mère-enfant, une seule infirmière s'occupe à la fois de la mère et du bébé. Pour ce genre de soins, il faut donc que la mère et le bébé cohabitent. L'infirmière prodiguera donc tous les soins dans cette même pièce, plutôt que dans une pouponnière centralisée.

On recommande d'utiliser des chambres privées pour les soins postnatals mère-enfant. L'aménagement de l'espace doit favoriser une libre circulation autour des lits de la mère et du bébé, et créer un milieu dans lequel la mère peut commencer à s'occuper efficacement d'elle-même et de son bébé. Il est toujours plus facile d'assurer la sécurité des nouveau-nés lorsque les mères et les bébés cohabitent.

On recommande de laisser un espace libre d'au moins 1,2 mètres (4 pieds) entre les lits, et d'au moins 1 mètre (3 pieds) entre le côté d'un lit et tout mur adjacent — pour un minimum de 9 mètres carrés (100 pieds carrés) par lit. Dans une chambre où il y a plus d'un lit, il faut prévoir assez d'espace pour pouvoir atteindre facilement chaque lit sans avoir à déplacer les autres meubles. De plus, il doit y avoir suffisamment d'espace pour

placer un berceau au chevet du lit de la mère et tout le matériel nécessaire aux soins du bébé. Dans une chambre à plusieurs lits, il faut installer des rideaux autour de chaque lit pour protéger l'intimité.

Dans chaque chambre mère-enfant, il devrait y avoir :

- un lit confortable pour la mère;
- un berceau muni d'un espace de rangement (pour les articles nécessaires aux soins du nouveau-né pendant 24 heures);
- une table de chevet;
- un meuble de rangement;
- un fauteuil ou une chaise berçante et un tabouret (pour adopter une position appropriée et favoriser le confort pendant l'allaitement);
- une armoire vestiaire pour ranger les vêtements et les valises;
- une lampe au-dessus du lit;
- une bouche d'aspiration et une bouche de sortie d'oxygène;
- un système de communication;
- un espace de rangement pour la lingerie propre et souillée;
- une horloge murale munie d'une trotteuse;
- une prise téléphonique pour les appels vers l'extérieur;
- un téléviseur pour des émissions éducatives.

Chaque chambre doit être munie d'un lavabo pour se laver les mains. Une salle de bain, avec toilettes et douche, doit aussi être aménagée dans chaque chambre ou dans une pièce adjacente. Il faut aussi y brancher un réfrigérateur et un congélateur pour la conservation du lait maternel.

PETITE POUPONNIÈRE

Puisqu'on s'attend maintenant à ce que la mère et le nourrisson cohabitent et que l'infirmière leur prodigue les soins requis dans leur chambre, il n'est plus nécessaire que toutes les unités postnatales soient équipées d'une pouponnière pleine grandeur. Il faut toutefois prévoir une petite pouponnière pour les nouveau-nés qui, pour différentes raisons, ne peuvent pas demeurer constamment avec leur mère ou doivent demeurer à l'hôpital plus longtemps que celle-ci.

La petite pouponnière doit pouvoir recevoir, en tout temps, jusqu'à 25 p. 100 des bébés dans l'unité. On y retrouve habituellement une aire de traitement. Il faut prévoir un espace libre d'un mètre (3 pieds) entre les berceaux. La zone réservée à chaque berceau doit avoir une surface d'au moins 2,8 mètres carrés (30 pieds carrés).

La petite pouponnière doit avoir :

- une aire de travail désignée pour les examens et les traitements mineurs;
- une aire pour la tenue des dossiers médicaux;
- des cloisons de verre entre la pouponnière et le poste de travail des infirmières pour optimiser la capacité de surveillance du personnel de service.

En outre, la petite pouponnière doit être suffisamment éclairée — au moyen de fenêtres donnant sur l'extérieur ou d'une lumière du jour artificielle — pour permettre l'observation de la coloration de la peau des nouveau-nés. La couleur des murs ne doit pas altérer la coloration des nouveau-nés (par exemple, les murs ne doivent pas être peints en jaune ou en bleu).

Chaque petite pouponnière doit disposer du matériel suivant :

- des berceaux munis d'un espace de rangement pour les articles nécessaires aux soins du nouveau-né pendant 24 heures;
- un lavabo pour se laver les mains — dont les robinets sont activés par le poignet ou le pied — par groupe de quatre à six nouveau-nés;
- une bouche de sortie d'oxygène pour cinq ou six postes néonataux;
- une bouche d'aspiration pour cinq ou six postes néonataux;
- une horloge murale munie d'une trotteuse;
- des chaises berçantes;
- un placard pour ranger la lingerie propre;
- un espace désigné dans la salle d'utilités pour les couches souillées, le linge sale et le matériel dont on s'est servi;
- un espace de rangement (dans la pouponnière ou quelque part dans l'unité) pour le matériel destiné aux nouveau-nés;
- une prise de courant murale double par groupe de deux postes néonataux (on recommande aussi de prévoir des prises de courant pour alimenter les appareils à rayons X portatifs);
- une source d'alimentation électrique d'urgence.

L'annexe 2 donne une liste de tout l'équipement nécessaire pour la petite pouponnière, aussi appelée pouponnière normale.

Dans les premières heures suivant la naissance, moment où l'observation et l'évaluation de la mère et du nouveau-né sont très importantes, le nouveau-né doit idéalement être avec sa mère. Cependant, les bébés qui doivent faire l'objet d'une observation spéciale ou d'une intervention médicale doivent être placés dans une petite unité de soins de transition ou de soins aux nouveau-nés malades; cet espace peut faire partie de la petite

pouponnière. La capacité de cette pièce est déterminée d'après le nombre des naissances dans le centre et la moyenne de la durée du séjour dans l'aire d'observation. On recommande que l'unité des soins de transition soit conçue de façon à réserver une surface d'au moins 3,7 mètres carrés nets (40 pieds carrés nets) par bébé. L'unité des soins aux nouveau-nés malades devrait jouxter les chambres de naissance ou leur être adjacente. On doit y retrouver du matériel de réanimation d'urgence et un système de canalisations pour l'approvisionnement en oxygène et l'aspiration.

AIRES DE SERVICE ET D'UTILITÉS

Il faut prévoir plusieurs aires de service et d'utilités, essentielles au bon fonctionnement des installations pour les soins de la mère et du bébé. Dans de nombreux cas, les membres de la famille et le personnel les utilisent. Ces aires sont décrites à l'annexe 3.

Autres caractéristiques des centres de niveaux II et III

Les centres de naissance de *niveau II* doivent être pourvus des installations et de l'équipement précités avec, en plus :

- les installations et l'équipement requis pour la surveillance électronique (monitorage) de la fréquence cardiaque fœtale (SOGC, 1995);
- une unité de soins néonataux spéciaux.

Les centres de naissance de *niveau III* devraient être pourvus des installations et de l'équipement des niveaux I et II avec, en plus :

- ce qu'il faut pour fonctionner en tant qu'unité de soins intensifs en obstétrique pour traiter les complications obstétricales ou médicales de la grossesse;
- des lits obstétricaux pour effectuer une surveillance invasive à l'étage où se trouvent les chambres de naissance;
- une salle d'opération pour césarienne ou autres interventions pour les hôpitaux qui prévoient 1 000 naissances par année;
- une unité de soins intensifs néonataux.

Les centres de naissance de niveaux II et III doivent aussi avoir un appareil d'échographie portatif à l'étage où se trouvent les chambres de naissance.

Lorsqu'un nouveau-né est admis à l'unité de soins intensifs néonataux, les membres de la famille vivent énormément de stress. Les parents de nouveau-nés prématurés ou malades sont précipités en terrain inconnu en même temps qu'ils se familiarisent avec leur nouveau rôle de parents. Plusieurs d'entre eux avouent s'être sentis dépassés et de trop dans cet environnement de haute technologie, incapables de réconforter leur bébé ou impuissants dans ce milieu. Ces familles ont grand besoin de soutien, d'information et de réconfort (Johnson et coll., 1991). Il est essentiel que les politiques, les pratiques et les programmes axés sur la famille qui existent ailleurs dans l'établissement fassent partie intégrante des soins critiques.

Tableau 10.1 Évaluation d'une unité de soins intensifs néonataux et d'une unité de soins néonataux spéciaux axées sur la famille

- La première impression des familles sur l'unité est-elle positive ?
- Le milieu et l'aménagement de l'unité la rendent-elle accueillante pour les enfants et les familles ?
- Les stimulations inappropriées et excessives sont-elles réduites au minimum ?
- A-t-on pris tous les moyens possibles pour réduire le bruit ?
- L'éclairage est-il adéquat pour les bébés et les intervenants de la santé ? Encourage-t-il les activités normales pendant le jour ?
- L'espace de travail autour des bébés est-il adéquat et accessible, et permet-il au personnel de prodiguer les soins avec efficacité ?
- Les parents disposent-ils d'un espace suffisant pour prendre soin de leur bébé et le dorloter en tout confort ? Existe-t-il des endroits confortables pour les parents (p.ex., des chaises berçantes) ?
- A-t-on prévu des pièces séparées où les familles peuvent se retrouver en toute intimité (pour des interactions quotidiennes, des situations spéciales, l'allaitement et des rencontres avec les professionnels de la santé) ?
- Les familles sont-elles encouragées à aménager l'entourage immédiat de leur bébé pour qu'il soit aussi accueillant que possible ?
- Les téléphones, les salles de bain pourvues de tables à langer, les chambres d'allaitement, les fontaines et les services de restauration sont-ils situés à proximité et faciles à trouver ?
- Existe-t-il des endroits de rangement assurant la sécurité des manteaux et autres effets personnels des familles ?
- Existe-t-il un endroit confortable à proximité de l'unité où les parents peuvent dormir ?
- Les familles ont-elles un endroit pour faire l'apprentissage des nouvelles techniques de soins et recevoir de l'aide ?
- Les familles peuvent-elles être logées avec leur bébé avant que celui-ci ne reçoive son congé ? Y a-t-il une unité où les soins peuvent être prodigués par les parents ? (Swanson, 1998)
- Les parents sont-ils informés des ressources accessibles dans leur région ?

La présence des parents est cruciale tant pour leur propre santé et leur propre bien-être que pour ceux du nouveau-né. Non seulement l'attitude du personnel et les politiques et pratiques de l'unité doivent démontrer aux familles qu'elles sont les bienvenues en tout temps, mais il faut aussi prévoir des pièces confortables dans l'unité pour qu'elles puissent se reposer et dormir. Pour évaluer le service fourni, il faut se poser certaines questions, lesquelles sont résumées au tableau 10.1.

Le cadre de l'unité de soins intensifs néonataux et l'approche adoptée pour la prestation des soins doivent être dictés par des principes de *soins de soutien au développement* du bébé. Cette approche multidimensionnelle a été conçue de façon à créer et à maintenir un milieu favorable au développement, à fournir les stimuli sensoriels appropriés à l'âge et à protéger le nourrisson contre des stimulations inappropriées, excessives et stressantes. Fondée sur la théorie synactive du développement, l'approche reconnaît que les bébés communiquent leurs besoins par leur comportement et que chaque nouveau-né doit être évalué de façon individuelle (Als et coll., 1994, 1986; Als, 1982). Les protocoles de soins individualisés qui se retrouvent sous le titre «soutien au développement» comprennent les activités suivantes :

- structurer le cadre physique de manière à réduire l'éclairage et le bruit;
- regrouper les interventions de soins et en déterminer l'ordre;
- placer les bébés dans la position adéquate et les emmailloter;
- inciter les parents et les frères et sœurs à participer aux soins;
- assurer l'uniformité et la continuité pluridisciplinaire des soins;
- donner des soins individualisés au bébé et à la famille (Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario, 1996).

L'objectif global des soins de soutien au développement est d'optimiser le développement des bébés prématurés, leur bien-être à long terme et leur adaptation à la vie extra-utérine.

La 10^e Conférence Ross canadienne en pédiatrie, *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment* (SCP, 1995), a donné lieu à plusieurs recommandations fondées sur des données scientifiques pour faciliter la prestation de soins de soutien au développement dans les unités de soins intensifs néonataux. Les tableaux 10.2, 10.3 et 10.4 présentent leurs recommandations au sujet de l'éclairage et des bruits ambiants, et des soins appropriés aux besoins de développement du bébé.

Tableau 10.2 Lignes directrices pour l'éclairage dans les unités de soins intensifs néonataux

- L'intensité de l'éclairage ambiant doit être surveillée dans les unités de soins intensifs néonataux pour assurer sa conformité aux normes actuelles recommandées en milieu de travail.
- Il faut établir l'intensité minimale d'éclairage qui permet au personnel des unités de soins intensifs néonataux de s'acquitter de ses tâches efficacement et en toute sécurité.
- L'intensité de l'éclairage au niveau du visage du bébé (c.-à-d. dans l'incubateur, le berceau ou sur la table chauffante) doit être mesurée.
- L'éclairage provenant d'une source de lumière non thérapeutique ambiante à longueur d'onde bleue (<500 nm) doit être réduit au minimum à l'intérieur de l'unité de soins intensifs néonataux.
- L'intensité de l'éclairage ambiant dans les unités de soins intensifs néonataux doit permettre à l'enfant de distinguer entre le jour et la nuit, surtout lorsque son congé de l'hôpital approche.
- Une source d'éclairage individualisée doit être utilisée pour chaque enfant dans l'unité de soins intensifs néonataux.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Tableau 10.3 Lignes directrices pour le niveau de bruit ambiant dans les unités de soins intensifs néonataux

- Chaque unité de soins intensifs néonataux doit procéder à une vérification annuelle de l'intensité des bruits ambiants, durant au moins 24 heures, et plus souvent en cas de changements des niveaux de bruits ambiants ou de l'aménagement de la pouponnière.
- Étant donné que la réduction du niveau de bruit ambiant n'aura vraisemblablement pas d'effet nocif, les unités de soins intensifs néonataux doivent examiner des mesures de réduction du niveau de bruit, notamment la modification des installations physiques et de l'équipement, des horaires du personnel et des activités. Le niveau sonore à l'intérieur des installations des unités de soins intensifs néonataux doit toujours être inférieur à l'intervalle de 65-79 décibels.
- Le niveau sonore dans les unités de soins intensifs néonataux doit toujours être inférieur à celui des normes de santé au travail pour les adultes.
- Lorsque l'on excède le niveau sonore habituel (par ex., lors du transport en hélicoptère), il faut recourir à des méthodes de sécurité efficaces pour protéger les oreilles des bébés.
- Même si le niveau de bruit ambiant doit être modéré, il ne faut pas interdire les sons potentiellement bénéfiques comme la voix des parents.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Tableau 10.4 Lignes directrices pour les soins appropriés aux besoins de développement du bébé

- Les concepts de « soins appropriés aux besoins du bébé et prodigués dans une perspective familiale » tiennent compte :
 - de l'état clinique du bébé;
 - de son comportement;
 - de son tempérament;
 - de son milieu;
 - de son développement;
 - de sa famille;
 - de réactions aux stimulations positives et négatives (y compris les situations qui présentent des risques et la peinture).
- Il faut également planifier la prestation de soins continus par des soignants compatibles.
- Les concepts précités doivent être intégrés à tout programme de formation du personnel.
- Il faut favoriser l'amélioration des communications entre les familles et les intervenants.
- Il faut concevoir des systèmes qui encouragent la cohérence et la continuité des soins par la réduction du nombre de soignants.
- Il faut instaurer des systèmes pour encourager l'évaluation du comportement du bébé, dans le but d'élaborer des plans de soins individualisés, de réduire l'état de stress (tant de l'enfant que des parents) et de promouvoir un développement optimal.
- Il faut encourager les soignants, les chercheurs et l'industrie à collaborer en vue de promouvoir l'utilisation d'un équipement qui est de toute sécurité pour les bébés et adapté à leurs besoins.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Dans bien des situations, la mère obtient son congé de l'hôpital avant son enfant et doit parcourir de longues distances pour être avec lui. Des systèmes doivent être mis en place pour satisfaire les besoins des parents et des nouveau-nés en pareils cas. Par exemple, les parents peuvent avoir besoin d'une chambre à l'hôpital, ou dans des installations adjacentes que l'hôpital met à la disposition des parents, ou encore dans d'autres logements situés à proximité. En outre, il se peut qu'il faille transférer le bébé aussitôt que possible dans un établissement près de la demeure des parents (SCP, 1995).

Les unités de soins intensifs néonataux doivent comporter des espaces réservés aux familles. Il est très important que les parents et les bébés disposent d'une pièce tranquille ou d'une pièce de transition où ils peuvent passer de longs moments dans l'intimité. Un mobilier confortable, un accès direct et intime à une salle de bain (avec lavabo et toilettes), un téléphone

permettant de communiquer avec le personnel et un nombre suffisant de sorties des gaz et de prises de courant sont tous des éléments nécessaires. Il faut aussi prévoir une pièce pour que la mère puisse allaiter et utiliser un tire-lait.

Il est souhaitable qu'il y ait des unités réservées aux parents qui donnent les soins à leur bébé; les parents apprennent ainsi à s'occuper de leur enfant avant le congé. Ces unités ont pour but de favoriser la prise en charge des soins par les parents le plus tôt possible, ce qui leur donne confiance en eux et en leurs compétences. On doit inclure les parents dans toute planification et toute prise de décisions relatives aux soins de leur enfant. En outre, les parents doivent avoir accès à certaines installations s'ils décident de rester en permanence auprès de leur enfant. Il faut également élaborer des critères pour l'acceptation des parents dans ces unités de soins, critères qui tiennent compte de la santé et du bien-être de l'enfant (Swanson, 1998).

Exigences en matière d'espace et d'équipement pour les pouponnières de niveaux II et III

Les pouponnières de niveau II, qui doivent se trouver à proximité des chambres de naissance et loin du va-et-vient général de l'hôpital, doivent être dotées des installations et de l'équipement décrits à la section précédente sur les petites pouponnières. Elles doivent également disposer d'un nombre suffisant de berceaux, de tables chauffantes et d'incubateurs pour maintenir la température corporelle, de même que de pompes à perfusion, de moniteurs pour surveiller la fréquence cardiopulmonaire et d'appareils d'aide à la respiration.

Pour les soins intermédiaires néonataux, il faut prévoir une aire couvrant environ 8 mètres carrés (86 pieds carrés) pour chaque poste de bébé, 1,2 mètre (4 pieds) entre les incubateurs, les berceaux ou les tables chauffantes (par rayonnement) et des allées de 1,5 mètre (5 pieds) de large. Chaque poste de bébé requiert également huit prises de courant, deux bouches de sortie d'oxygène, deux bouches de sortie d'air et deux bouches d'aspiration. En outre, la pièce doit être pourvue d'une prise spéciale pour alimenter les appareils à rayons X portatifs. Toutes les prises de courant doivent être reliées au courant régulier et au courant auxiliaire. L'équipement et le matériel pour la réanimation doivent être immédiatement accessibles; il faudrait peut-être, pour cela, le placer sur un chariot d'urgence. Les exigences en matière d'équipement pour les bébés qui ont besoin de soins de niveau II

sont décrites à l'annexe 2. On doit aussi prévoir suffisamment d'espace pour la tenue de dossiers au chevet de chacun des lits.

Dans les pouponnières de niveau III, les aires de soins intensifs néonataux doivent être adjacentes à l'unité de naissance dans les hôpitaux qui disposent de ces installations. L'aire des soins doit être dotée des installations et de l'équipement exigés pour une installation de niveau II. De plus, on doit prévoir un espace libre de 1,8 mètre (6 pieds) entre les incubateurs ou les tables chauffantes (sous une source de chaleur par rayonnement), et les allées doivent avoir 2,4 mètres (8 pieds) de large. Chaque nouveau-né a besoin d'une surface totale de 12 mètres carrés (130 pieds carrés). Chaque poste requiert de douze à seize prises de courant, de deux à quatre bouches d'oxygène, de deux à quatre bouches d'aspiration et de deux à quatre bouches d'air comprimé. Toutes les pouponnières de niveaux II et III doivent avoir un plan détaillé d'évacuation d'urgence, lequel précise l'équipement et le personnel requis. Les exigences en matière d'équipement pour les bébés qui ont besoin de soins de niveau III sont décrites à l'annexe 2.

Besoins en lits : unités de travail et de naissance

Auparavant, le calcul du nombre de pièces requises pour toutes les phases de la naissance s'appuyait sur le rapport suivant : le nombre de naissances, la durée moyenne du séjour et le niveau d'occupation accepté. Aujourd'hui, cependant, chaque unité de naissance doit analyser attentivement les fonctions, les philosophies et les prévisions qui dicteront le type et le nombre de pièces requises.

Une des méthodes de planification est l'analyse approfondie des activités dans chaque type de pièce. Par exemple, les chambres de naissance ne doivent pas servir systématiquement à des soins, comme les tests pour des malades externes, alors qu'une autre pièce pourrait mieux convenir. On recommande l'utilisation de chambres privées pour toutes les phases de la périnatalité jusqu'au congé de l'hôpital.

L'évaluation du nombre de chambres de naissance présuppose une analyse des pratiques existantes en matière de soins. L'analyse doit tenir compte du taux de naissances prévu, du taux de césariennes prévu, du taux d'occupation en tenant compte des hauts et des bas du recensement, du

nombre et du type de naissances avec complications, des centres environnants pour les transferts et de la durée prévue du séjour de la mère pendant toutes les phases de la périnatalité. Voici certaines questions à considérer :

- Quel est le plus grand nombre de naissances possible annuellement ?
- Quelle est la durée du séjour des mères qui ont recours aux services ambulatoires et aux services offerts avant, pendant et après la naissance ?
- Quels sont les taux actuels et prévus pour les césariennes électives et les césariennes non planifiées ?
- Quels sont les taux d'occupation acceptables des pièces pour les différents niveaux de soins ?
- Quels sont les niveaux d'occupation maximale prévus et à quelle fréquence se présentent-ils ?
- Quels partenariats régionaux sont en place pour prodiguer les soins qui ne peuvent l'être dans un centre particulier ? Combien de mères et de bébés seront transférés dans un autre centre de soins ? Combien de mères et de bébés provenant d'autres centres seront admis ?

Une fois les données recueillies, on peut utiliser la formule normative suivante pour calculer le nombre de pièces requises selon le type.

$$\frac{\text{Le nombre d'interventions par client} \\ \text{(tenir compte de toutes les activités dans cette pièce)} \times \text{la durée totale du séjour}}{365 \text{ jours} \times \text{le pourcentage d'occupation pour ce type de pièce}}$$

Nota : On utilise le nombre d'interventions par client (cas ou activités) plutôt que le nombre de naissances.

Surveillance des lieux de travail et ingénierie

Il existe des lignes directrices pour régler les taux acceptables de renouvellement de l'air, les niveaux d'éclairage et les niveaux de bruit provenant d'autres salles. Ces lignes directrices doivent être appliquées soigneusement pour créer un milieu plus familial. La mère doit pouvoir contrôler l'environnement de l'aire de naissance, c'est-à-dire la température et l'intensité de l'éclairage et du bruit.

Plusieurs codes et normes s'appliquent aux installations pour les mères et les bébés. Il faut notamment consulter le Code national du bâtiment du Canada, le code du bâtiment de la province ou du territoire et les normes de l'Association canadienne de normalisation (ACN).

Température ambiante, ventilation et climatisation

Les ingénieurs de l'hôpital doivent surveiller toutes les conditions du milieu. La température optimale suggérée pour les centres de naissance se situe entre 22° et 26°C. Il faut maintenir l'humidité relative entre 30 et 60 p. 100. Pour tenir compte de l'utilisation de gaz anesthésiques dans les chambres de naissance, il faut prévoir la même fréquence de renouvellement de l'air que dans les salles d'opération (soit de 16 à 20 changements d'air par heure) si on utilise de l'oxyde nitreux.

Cependant, plusieurs facteurs influent sur les lignes directrices recommandées et il faut les prendre en considération. Ces facteurs doivent faire l'objet de discussions avec les ingénieurs mécaniques — le but ultime recherché étant le confort de la mère et du nouveau-né. Par exemple, durant la naissance, l'intensité plus forte de l'éclairage et le plus grand nombre de personnes augmentent la chaleur ambiante de la chambre de naissance; par contre, après la naissance, les activités diminuent et, par conséquent, la température de la pièce baisse.

Alimentation en électricité pour les services

Les normes de l'ACN fournissent des lignes directrices pour l'alimentation et les méthodes d'alimentation en électricité. Une alimentation électrique de secours est nécessaire pour l'équipement essentiel que nécessitent les soins aux bébés dans les pouponnières de niveaux II et III et les salles d'opération pour césariennes. La nécessité d'une alimentation électrique isolée ne fait pas consensus : bien que celle-ci ne soit pas exigée dans les chambres de naissance, elle l'est dans les unités de soins intensifs néonataux et dans les salles d'opération lorsqu'il faut avoir recours à des interventions invasives à l'aide d'appareils électriques. On peut utiliser les codes locaux relatifs au bâtiment et à l'électricité pour déterminer les exigences en matière d'éclairage d'urgence.

Télécommunications

Dans le milieu hospitalier d'aujourd'hui, comme partout ailleurs, le système de télécommunications doit répondre à un nombre croissant de besoins. Les lignes de transmission de données sont nécessaires pour accommoder les réseaux électroniques. Le système d'intercommunication (interphone) peut faire partie du système téléphonique ou peut fonctionner comme entité indépendante. Les systèmes d'appels d'urgence doivent être incorporés dans les systèmes de télécommunications. Les téléphones, utilisés régulièrement par le personnel et les membres de la famille, sont particulièrement utiles en cas d'urgence.

Insonorisation

Le contrôle du bruit est très important dans les centres de naissance. On doit appliquer les lignes directrices suivantes pour réduire le bruit :

- installer des panneaux d'insonorisation à toutes les cloisons;
- insonoriser les partitions jusque sous le plancher;
- munir les portes pleines de joints de caoutchouc;
- installer des ventilateurs ou des chaînes audio dans les chambres de naissance pour masquer les autres bruits;
- utiliser, partout où c'est nécessaire, des matériaux insonorisants ou des surfaces conçues pour atténuer la réflexion du son;
- munir l'équipement mécanique de dispositifs d'amortissement ou d'absorption des vibrations;
- considérer l'installation d'un système de son pour la diffusion d'une musique d'ambiance.

Sélection de matériaux et de produits de finition appropriés

Le choix de matériaux et de produits de finition appropriés peut réduire les coûts à long terme. Il faut se poser les questions suivantes durant le processus de sélection :

- Quelles méthodes et quel équipement utilise-t-on actuellement pour le nettoyage ?
- Quel est le coût de revient du nettoyage au pied carré, y compris l'installation de l'équipement, et le nettoyage et l'entretien réguliers ? Par exemple, y a-t-il du personnel sur place pour enlever les taches sur les tapis ou sur les tissus de recouvrement du mobilier ?

- Quelles sont la résistance et la durée des matériaux ? Peuvent-ils résister aux fréquents nettoyages requis dans les chambres de naissance ? Conserveront-ils leur apparence après tous ces nettoyages ?
- Les matériaux peuvent-ils résister aux produits et aux méthodes de nettoyage utilisés ?
- Les matériaux peuvent-ils résister aux taches de produits chimiques faites lors du travail et de la naissance ?
- La combinaison des matériaux choisis créera-t-elle une ambiance appropriée, propice au travail et à la naissance, tout en étant attrayante ?

L'annexe 4 présente une liste des critères de sélection des matériaux pour les murs, les planchers et les plafonds.

Bibliographie

ALS, H. « Toward a synactive theory of development: promise for assessment and support of individuality », *Infant Mental Health Journal*, vol. 3 (1982), p. 229-243.

ALS, H., G. LAWHORN, E. BROWN, R. GIBES, R. DUFFY, G. McANULTY et coll. « Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome », *Pediatrics*, vol. 78 (1986), p. 1123-1131.

ALS, H., G. LAWHORN, F. DUFFY, G. McANULTY, R. GIBES-GROSSMAN et J. BLICKMAN. « Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant: medical and neurofunctional effects », *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, n° 11 (1994), p. 853-858.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for Perinatal Care*, 4^e éd., Washington, chez les auteurs, 1997.

AMIEL-TISON, C. « Risque neurologique et intervention précoce chez le nouveau-né en unité de soins intensifs », *Réalités pédiatriques*, vol. 26, 1997, p. 37-42.

COLE, J.G., A. BEGISH-DUGDDY, M.L. JUDAS et K.M. JORGENSEN. « Changing the NICU environment: the Boston City Hospital model », *Neonatal Network*, vol. 9, n° 2 (1990), p. 15-23.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF MANITOBA. *Recommended Standards for Hospital Resources Maternal and Newborn Care*, Winnipeg, chez l'auteur, 1994.

DANHAIVE, O. « Le confort de l'enfant ventilé », *Ventilation artificielle chez le nouveau-né et l'enfant*, Devictor, D, P. Hubert et G. Moriette (éd.), Arnette Blackwell, 1997, p. 419-464.

DUNSKY, L.S., R. WESTREICH, M.C. KLEIN, A. PAPAGEORGIOU, M. GELFAND, M. KRAMER et V. ELKINS. « La satisfaction à l'égard de la naissance parmi les couples utilisant la chambre de naissance ou la chambre traditionnelle », *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, no 2, autonome 1983, p. 47-54.

FANAROFF, A.A. *1997 Year Book of Neonatal and Perinatal Medicine*, St. Louis (MO), Mosby, 1997.

HANSON, J.L., B.H. JOHNSON, E. SEALE JEPPSON, J. THOMAS et J.H. HALL. *Hospitals Moving Forward with Family-Centered Care*, Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 1994.

HARRISON, H. « The principles for family-centred neonatal care », *Pediatrics*, vol. 92 (1993), p. 643-650.

HODNETT, E.D. « Home-like versus conventional birth settings », (Cochrane Review) dans The Cochrane Library, parution n° 2, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales en matière de réanimation néonatale*, Ottawa, chez l'auteur, 1994. Publié aussi

en anglais sous le titre *National Guidelines for Neonatal Resuscitation*, Canadian Institute of Child Health.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. *Designing for Child Health: Newborn Intensive Care*, Bethesda (MD), chez l'auteur, 1995.

JOHNSON, B.H., E. SEALE JEPPSON et L. REDBURN. *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Bethesda (MD), Association for the Care of Children's Health, 1991.

LEQUIEN, P., et al. « L'environnement du prématurissime. Les 10 premiers jours de vie », *Médecine Infantile*, vol. 6, 1990, p. 461-466.

McNIVEN, P.S., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT, K. KAUFMAN et M.E. HANNAH. « An early labor assessment program: a randomized, controlled trial », *Birth*, vol. 25, n° 1 (1998), p. 5-10.

NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES. *Infant Developmental Care Guidelines*, Washington, chez l'auteur, 1993.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Developmentally Supportive Care*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1996.

ROSS LABORATORIES. *Hospital Environments for Newborn Special Care*, Columbus (Ohio), Ross Products Division, Abbott Laboratories, 1993.

SIZUN, J., et coll. « Peut-on améliorer le pronostic neuro-intellectuel et comportemental des enfants nés prématurément par une modification de leur environnement ? », *Arch Pédiatr*, 1998 (sous presse).

SIZUN, J., C. MAMBRINI et TU-AHN TRAN. « Réduire le stress du nouveau-né prématuré par un programme individualisé: l'expérience du NIDCAP », Sixième Journée *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*, UNESCO, Paris, 13 novembre 1998. Organisation Direction Générale de la Santé, Association ATDE. Source: base de données PEDIADOL.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *Supplément français à la 10^e Conférence Ross canadienne* intitulée *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics* (Le document original est en anglais seulement), GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES. *Lignes directrices en matière d'anesthésie*, Ottawa, chez l'auteur, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Guidelines to the Practice of Anaesthesia*, Canadian Anaesthetists Society.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Surveillance fœtale pendant le travail », *Le Journal SOGC*, vol. 17, n° 9 (1995), p. 859-901. Publié aussi en anglais sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *The SOGC Journal*.

SWANSON, L. « Home is where the hospital is for London preemies », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, vol.159, p.158-159.

ANNEXE 1

Processus de planification

TERMINOLOGIE ET PROCESSUS DE PLANIFICATION

Les définitions suivantes des principaux volets du processus de planification montrent comment ces volets s'inscrivent dans le cadre des soins à la mère et au nouveau-né. Les définitions peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Étude du rôle : définit le rôle de l'établissement et, en termes génériques, la gamme des services à offrir. Le rôle des services de soins à la mère et au nouveau-né est habituellement défini à ce stade ou lors de l'élaboration d'un plan régional (par ex., des niveaux I, II ou III). Il faut y retrouver le nombre de lits, de berceaux et d'employés par spécialité.

Plan stratégique : remplace habituellement l'étude du rôle, tout en ayant des composantes similaires. Le plan stratégique définit la mission, la vision, les orientations stratégiques et les buts de l'établissement.

Programme directeur : fournit une évaluation, pour chaque service de l'hôpital, des répercussions de l'orientation future de l'hôpital sur la portée des services qu'ils offrent, sur leur charge de travail et leurs activités, sur les exigences techniques relatives aux principaux éléments d'aménagement des pièces et de superficie de chaque service de l'hôpital.

La capacité de l'établissement de modifier les installations pour prodiguer des soins dans une perspective familiale est évaluée au moment de l'élaboration du plan directeur. À ce stade, on détermine la gamme des services actuels et futurs et, selon les exigences provinciales ou territoriales, les besoins en matière de ressources (p. ex., dotation en personnel) et d'installations.

Plan directeur : décrit et illustre au moyen de graphismes les répercussions du programme directeur sur le développement ou l'aménagement des installations et fournit une stratégie d'utilisation continue de réaménagement ou d'agrandissement des immeubles.

L'emplacement futur, la configuration générale et l'accessibilité des services de soins à la mère et au nouveau-né sont décrits comme une

composante de l'immeuble lors de l'élaboration du plan directeur ou conceptuel. Il est essentiel, à cette étape de l'examen d'ensemble, de tenir compte des soins à la mère et au nouveau-né dans le contexte d'autres services hospitaliers et des contraintes de l'immeuble.

Programme fonctionnel: décrit en détail une activité de soins de santé proposée, dresse le plan des systèmes opérationnels qui s'y rattachent et évalue les ressources requises (p.ex., dotation en personnel, installations) pour un seul élément fonctionnel ou pour un centre complet. En tant que préalable essentiel à un projet d'immobilisation, cette étape sert de lien entre la planification opérationnelle et la mise en œuvre.

Une fois le projet d'immobilisation approuvé, il faut élaborer un programme fonctionnel pour le service des soins à la mère et au nouveau-né. Ce programme explique en détail les fonctions proposées, les procédures opérationnelles, les activités, la dotation en personnel, les considérations de conception et l'aménagement des locaux, la superficie de chaque pièce ou aire, et la superficie brute du service ou de l'aire fonctionnelle. Le programme fonctionnel sert d'assise à la planification de l'architecture et de la construction, et à toute planification subséquente. Il sert également à communiquer les intentions au personnel de l'hôpital et à d'autres organismes. Dans plusieurs provinces, le programme architectural ou d'aménagement de l'espace se fait séparément.

PROCESSUS ARCHITECTURAL OU DE CONCEPTION

Une fois que les volets précités sont en place, le processus architectural ou de conception peut commencer. Il comporte six grands volets : le prédesign, la définition du concept (ou étude de définition), l'avant-projet détaillé, les dessins d'exécution, l'appel d'offres et la construction. Ces six étapes doivent être réalisées dans cet ordre, et chacune dépend de la réalisation des volets précédents.

Au cours du *stade du prédesign*, on confirme le programme fonctionnel, et les installations existantes sont examinées. Tous les principaux intervenants y participent, y compris le personnel et les familles. Par la suite, on dresse le budget, on crée l'équipe du projet et on précise les responsabilités de chacun de ses membres. Finalement, l'échéancier du projet est déterminé.

La *définition du concept* comprend l'élaboration d'un rapport sur l'esquisse de l'unité. Ce rapport comprend les concepts préliminaires en matière

d'espace et de systèmes mécaniques et électriques, l'évaluation des coûts et le devis préliminaire pour les matériaux de construction. On recommande de préparer des contre-projets et de les étudier à fond. Il faut définir et examiner les besoins de la dotation en personnel pour faire les esquisses préliminaires, et déterminer les budgets opérationnels.

L'objectif de *l'avant-projet détaillé* est de produire un plan détaillé de tous les éléments de l'unité (fonctions, pièces). Le plan détaillé tient compte de différents éléments : occupants, aménagement intérieur, fonctions, besoin d'intimité, accessibilité, besoins en ameublement et en équipement permanents, matériaux et finitions, besoins de rangement, sécurité, éclairage, gaz médicaux et besoins énergétiques réguliers et de secours. Tous les éléments, pour chaque fonction, doivent être passés en revue avec des groupes d'utilisateurs.

Les *dessins d'exécution* et le devis définissent le projet avec une précision qui permet de procéder à un appel d'offres et à la construction. Des devis complets et précis réduisent les possibilités de malentendus, assurent une construction conforme aux prévisions et aident à limiter les coûts imprévus.

L'hôpital et l'architecte émettent ensuite un *appel d'offres* à un groupe de candidats approuvés et choisissent *l'équipe chargée de la construction*.

ANNEXE 2

Équipement de diverses pièces

Équipement de la chambre de naissance

Certains articles peuvent être rangés à l'extérieur de la pièce et y être apportés au besoin.

- appareils ultrasoniques portatifs pour auscultation fœtale (par ex., par Doptone, par effet Doppler — submersibles)
- thermomètre
- sphygmomanomètre
- stéthoscope et fœtoscope
- gants d'examen, lubrifiants
- équipement de perfusion
- chariot pour le transport des médicaments pour l'anesthésie, les épidurales et les cas d'urgence
- chariot contenant
 - des cuvettes et des instruments stérilisés
 - un plateau pour instruments (instruments pour une naissance vaginale normale, pour la réparation de déchirures ou pour une épisiotomie; instruments servant aux urgences obstétricales)
 - de la literie, des chemises d'hôpital, etc.
- solution antiseptique pour le brossage
- équipement pour l'administration d'oxygène (canules nasales, masques)
- serviettes hygiéniques obstétricales et piqués
- plateau pour les instruments de cathétérisme
- équipement pour examen par spéculum
- table chauffante pour le nouveau-né
- instruments et tables de travail
- table Mayo
- porte-cuvettes
- lampe d'examen à portée de la main
- tabouret pour l'intervenant qui assiste la naissance
- pèse-bébé (d'accès facile)
- incubateur de transport et équipement
- matériel pour une naissance vaginale à l'aide d'instruments

Équipement de la salle d'opération pour césariennes

(en plus de l'équipement requis dans une chambre de naissance)

- forceps
- ventouse

- plateau pour l'anesthésie locale
- médicaments — analgésiques, ocytociques
- équipement pour l'anesthésie (consulter les lignes directrices en matière d'anesthésie de la Société canadienne des anesthésistes)
- équipement pour un curetage de l'utérus

Équipement de la pouponnière normale

- équipement de réanimation d'urgence du nouveau-né (consulter ICSI, 1994)
- incubateur
- médicaments pour les nouveau-nés (conformément aux lignes directrices du Programme national de réanimation)
- substituts du plasma (conformément aux lignes directrices du Programme national de réanimation)
- stéthoscope pédiatrique
- pèse-bébés
- lampe d'examen
- table chauffante
- oxymètre de pouls
- saturomètre

ANNEXE 3

Aires de service pour les soins en périnatalité

- salle familiale, aires privées réservées à l'allaitement
- bureau d'administration
- poste des infirmières
- aires pour la tenue des dossiers
- salle de conférence
- locaux réservés à la formation du personnel et des familles permettant un accès facile au matériel documentaire
- salon et vestiaire pour le personnel et salles de repos avec lits (pour les employés sur appel)
- une ou des salles d'examen et de traitement
- endroit de rangement de sécurité pour les médicaments
- aire de nettoyage des instruments
- aire et équipement nécessaires pour le nettoyage des bassines
- bain tourbillon ou à jets d'air, ou douche facilement accessible (s'il n'y en a pas dans chaque chambre)
- cuisine pour les familles et le personnel
- espace de rangement
- utilités pour la lingerie propre et souillée
- aires de brossage
- bibliothèque pour les familles et le personnel

Équipement pour les soins aux bébés — niveaux II et III

Au chevet de chaque lit

- incubateur, table chauffante, berceau¹
- stéthoscope
- moniteur cardiorespiratoire (mesure — invasive de la tension artérielle)
- appareil d'aspiration, y compris des cathéters
- ballon et masque pour ventilation
- cabinet/chariot/tiroir de rangement des fournitures (p.ex., bandelettes réactives pour la détection du glucose) et des articles personnels, y compris ceux fournis par les parents

Dans chaque unité¹

- unités de photothérapie
- lampe chauffante portative
- lumières d'examen (sauf s'il y en a près de chaque lit)

1. Le nombre exact varie selon les besoins de la collectivité.

- ventilateurs, mélangeurs d'oxygène
- analyseurs d'oxygène, oxymètres, moniteurs de PO₂ transcutanés
- moniteurs de CO₂ transcutanés de fin d'expiration/saturomètres
- bonbonnes d'oxygène portatives pour évacuation d'urgence
- incubateurs de transport (et équipement)
- pompes à perfusion intraveineuse
- ophtalmoscope, otoscope, lampe de transillumination
- pèse-bébés, pèse-couches
- tire-lait électriques, congélateur pour conserver le lait
- réfrigérateur pour médicaments
- chariot pour instruments de réanimation
- équipement pour ventilation manuelle (dans les cas d'une défaillance de la pression du gaz ou d'une évacuation d'urgence)
- plateaux et matériel pour les interventions (p. ex., pour accès intravasculaire, drains thoraciques)
- manuels et matériel éducatif à l'intention des parents et du personnel
- analyseur de gaz sanguins (dans l'unité ou tout près, pour des résultats en cinq minutes)
- chariots de rangement, tables à instruments, selon les besoins

De plus, il faut prévoir de l'équipement et du matériel de rechange.

ANNEXE 4

Critères de sélection des matériaux

Tableau A4.1 Critères de sélection des revêtements de sol et des matériaux de base

- facteurs de résistance à l'eau et d'absorption
- facteurs de résistance au glissement et facteurs de sécurité
- facteurs de confort pour le personnel qui travaille debout durant de longues heures
- facteurs de confort pour les patients — chaleur
- propreté et apparence de propreté (les taches font mauvaise impression)
- belle apparence
- durabilité
- facteurs de résistance aux dommages et aux marques causés par l'équipement et les chariots

Tableau A4.2 Critères de sélection des revêtements muraux

- couleur — doit permettre au personnel d'évaluer la coloration de la peau du patient (surtout du nouveau-né)
- facilité d'entretien et de nettoyage (voir les commentaires du tableau 1)
- qualités visuelles et esthétiques
- coût
- résistance aux dommages causés par les chariots et l'équipement (considérer l'installation de rampes sur les murs et de pare-chocs)
- reflet de la lumière — un fini lustré peut créer un reflet nuisible pour les yeux du nouveau-né; un fini mat de couleur foncée absorbe trop de lumière et nécessite trop d'éclairage artificiel
- motifs ou coloris unis

Tableau A4.3 Critères de sélection des revêtements de plafond

- absorption du son
- absorption des odeurs/facilité de nettoyage
- intégration de l'équipement électrique et mécanique dans le faux-plafond
- coût
- reflet de la couleur et de la lumière
- belle apparence
- facilité d'accès au faux-plafond pour la réparation de l'équipement

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 30 lines.