



CHAPITRE 8

ORGANISATION DES SERVICES



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Chapter 8: Organization of services

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

Date de publication : juillet 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

IMPRIMÉ Cat. : HP15-30/8-2022F **PDF** Cat. : HP15-30/8-2022F-PDF Pub. : 220023
ISBN : 978-0-660-42969-4 ISBN : 978-0-660-42968-7

CHAPITRE 8

ORGANISATION DES SERVICES





L'ACCENT MIS SUR LA FAMILLE DANS L'ORGANISATION DES SERVICES DE MATERNITÉ ET DE SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (SMNPF) commencent par des attitudes et des pratiques qui valorisent et respectent les femmes et les personnes trans ou non-binaires, ainsi que leur famille, et se concentrent sur les nombreux environnements qui influent sur la famille, y compris les milieux sociaux, psychologiques, spirituels et physiques.

L'atteinte des objectifs des SMNPF se fonde sur une organisation des services qui tient compte d'un certain nombre de facteurs :

- Tous les intervenants au moment de planifier et d'offrir des soins, y compris les parents/famille, les groupes et organismes communautaires, les soins à domicile et en milieu communautaire, les fournisseurs de soins de santé (FSS), les gouvernements, ainsi que les administrateurs et les gestionnaires des soins de santé;
- La prestation de soins accessibles, compte tenu des conditions géographiques, démographiques et culturelles de la famille;
- Des efforts visant à maintenir ensemble les familles dans toute la mesure du possible; et si la séparation devient nécessaire, favoriser la communication entre les membres de la famille;
- La collaboration et la communication entre tous les participants, parents et aidants en ce qui concerne la consultation, le transport et le renvoi;
- La conception des installations et des équipements nécessaires en tenant compte des besoins des femmes et de leur famille;
- L'éducation des femmes, des familles et des FSS;
- La coordination des services et du soutien à l'échelle de la collectivité afin d'assurer la continuité des soins;
- Des cadres communs pour la qualité des soins, ainsi qu'une évaluation continue des résultats;
- L'utilisation efficace et éthique du personnel, des installations et des ressources.

Autres points à considérer :

- La superficie du Canada et la faible densité de sa population;
- Les besoins divers des communautés autochtones;
- Le roulement au sein des FSS — l'attrition des médecins de famille dispensant des soins de maternité et la contribution croissante des sages-femmes.

REMERCIEMENTS

AUTEURE PRINCIPALE

Jude Kornelsen, Ph. D.

Professeure agrégée,
Département de médecine familiale
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

AUTEURES COLLABORATRICES

Carol Cameron, SF, M.A.

Directrice exécutive,
Alongside Midwifery Unit
Directrice des soins aux patients,
accouchement et services aux enfants
Hôpital Markham Stouffville
Markham (Ontario)

Luisa Ciofani, inf. aut., M. Sc.(A), IBCLC

Infirmière et consultante en lactation
certifiée par le conseil international
Montréal (Québec)

Louise Hanvey, inf. aut., B. Sc. inf., M.G.S.S.

Analyste principale des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Lynn M. Menard, inf. aut., B. Sc. inf., M.A.

Chef d'équipe
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Stephanie Redpath, MBChB, FRCPCH (UK)

Professeur adjoint de néonatalogie
Division de néonatalogie
Centre hospitalier pour enfants
de l'Est de l'Ontario
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Diane Sawchuck, inf. aut., Ph. D.

Responsable des données probantes,
de l'évaluation et de l'application
des connaissances
Département de recherche
Island Health
Victoria (Colombie-Britannique)

Vicki Van Wagner SF, Ph. D.

Professeure agrégée
Sage-femmerie
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

**Lynne Wilson Orr, BID, M. Arch, OAA,
FRAIC, ARIDO, IDC, EDAC**

Principale
Parkin Architects Limited
Toronto (Ontario)

EXAMINATEURS

David Hancock, MHI, BTEch, CBET(c), CET


Directeur
Génie clinique
IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Carley Nicholson, R.D., M.S.P.

Analyste des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

TABLE DES MATIÈRES

1	RÉGIONALISATION DES SERVICES DE MATERNITÉ	2
1.1	IMPORTANCE DES SOINS OFFERTS LOCALEMENT	4
1.2	ACCOUCHEMENT HORS DU MILIEU HOSPITALIER	4
1.3	INTÉGRATION DU SOUTIEN	5
1.4	NIVEAUX DE SERVICE	5
2	AMÉLIORATION DU SYSTÈME	6
2.1	POLITIQUES ET PROCÉDURES	6
2.2	FORMATION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	7
2.3	MEILLEURES DONNÉES PROBANTES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES CLINIQUES	8
3	RESPONSABILISATION EN LIEN AVEC LE NIVEAU DE PRESTATION DE SERVICES	8
4	BESOINS EN PERSONNEL	9
5	SOINS INTERPROFESSIONNELS	11
6	TRANSPORT	13
6.1	RÉGIONALISATION ET STRUCTURE DU SYSTÈME DE TRANSPORT	14
6.2	COMPOSANTES ESSENTIELLES D'UN PROGRAMME RÉGIONAL D'AIGUILLAGE ET DE TRANSPORT	15
6.3	PRISE DE DÉCISIONS POUR LE TRANSPORT DE LA MÈRE	15
6.4	POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE TRANSPORT DE LA MÈRE	16
6.5	POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE TRANSPORT DU NOUVEAU-NÉ	17
6.6	PERSONNEL AFFECTÉ AU TRANSPORT	18
6.7	TÉLÉMÉDECINE	19
7	ÉTABLISSEMENTS ET ÉQUIPEMENT	20
7.1	PHASES DE SOINS	22
7.2	PRINCIPES ET PROCESSUS EN MATIÈRE DE CONCEPTION DES LIEUX	23
7.3	ACCOUCHEMENT À L'HÔPITAL : INSTALLATIONS PRÉNATALES, ANTÉNATALES, D'ACCOUCHEMENT ET POSTNATALES	24
7.4	ACCOUCHEMENT À DOMICILE ET AU CENTRE DE NAISSANCE	28
7.5	MESURES POUR ÉVALUER LA CONCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS	29



8	MISE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES : FACILITER LE CHANGEMENT	30
8.1	MOBILISATION DES PATIENTS-CLIENTS	31
8.2	SOUTENIR LA CULTURE DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE	32
9	ÉVALUATION DES SOINS	33
9.1	IMPORTANCE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	35
10	PLANIFICATION DES PANDÉMIES	36
10.1	SERVICES DE MATERNITÉ MOBILES	37
10.2	CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX SOINS EN MILIEU HOSPITALIER	38
10.3	CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	38
10.4	CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PATIENTES-CLIENTES	39
	CONCLUSION	40
	RÉFÉRENCES	42

Les principes directeurs des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (SMNPF) constituent le fondement de la planification et de l'organisation des services à la mère et au nouveau-né au niveau national, provincial, régional et local. Ces principes affirment que la grossesse et l'accouchement sont une étape saine et normale de la vie et que le soutien à la famille, sa participation, ainsi que des choix éclairés sont essentiels pour tous les soins. Les soins sont organisés de manière à répondre aux besoins physiques, affectifs, psychosociaux et spirituels de la mère, du nouveau-né et de la famille.

Les soins commencent par des attitudes et des pratiques qui valorisent et respectent les femmes et les personnes trans ou non-binaires, les enfants et les familles; ils se concentrent sur les nombreux environnements qui influent sur la famille, y compris les milieux sociaux, psychologiques, spirituels et physiques.

Les SMNPF :

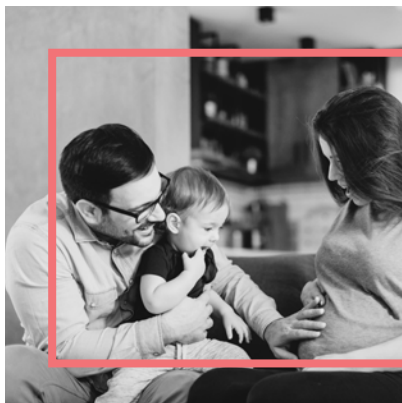
- s'appliquent à tous les milieux de soins;
- recommandent et facilitent la prestation de soins à proximité du domicile;
- favorisent un attachement précoce entre les parents et le nourrisson, car c'est un élément essentiel pour le développement des nouveau-nés et des enfants et pour l'évolution de familles saines;
- répondent aux besoins psychologiques des femmes et de leur famille;
- respectent la diversité des vies et des expériences des gens;
- reconnaissent les méfaits du racisme sur la santé et les soins de santé;
- reconnaissent qu'il y a discrimination à l'égard des familles vulnérables;
- intègrent un processus de prise de décisions éclairées;
- s'inscrivent dans un cadre qui exige une évaluation continue.

Pour atteindre ces objectifs, l'organisation des services peut prendre en compte les éléments suivants :

- Tous les intervenants au moment de planifier et d'offrir des soins, y compris les parents, les groupes et organismes communautaires, les fournisseurs de soins de santé (FSS), les bureaux de santé publique et les hôpitaux;
- L'état de santé des femmes enceintes (avant et pendant la grossesse) et l'aiguillage vers les ressources appropriées pour les soins;
- La prestation de soins accessibles, en tenant compte des conditions géographiques, démographiques et culturelles de la famille.

Pour planifier et organiser les soins, il est essentiel de répondre aux besoins de la population, selon les meilleures données probantes disponibles. La planification et l'organisation des services à la mère et au nouveau-né doivent tenir compte de ce qui suit :

- La superficie du Canada et la faible densité de sa population;
- Les besoins différents des communautés autochtones;
- Le roulement au sein des FSS – l'attrition des médecins de famille qui dispensent des soins de maternité et la contribution croissante des sages-femmes.



1 RÉGIONALISATION DES SERVICES DE MATERNITÉ

La régionalisation des services de santé au Canada a été mise en place pour répondre au besoin persistant de contenir les coûts, à une main-d'œuvre en soins de santé en évolution, à une demande continue de services et à une population vieillissante. Grâce aux soins de santé régionalisés, les planificateurs ont vu la possibilité de répondre aux besoins de soins plus complexes des résidents ruraux dans les communautés environnantes au moyen de centres régionaux d'aiguillage, par opposition aux grands centres tertiaires urbains. L'objectif consiste à réduire la nécessité de parcourir de longues distances et les perturbations qui en découlent. En outre, l'objectif de la politique des soins de maternité à *proximité du domicile* peut être maximisé pour tous les aspects des soins, y compris la préconception, la période prénatale, le travail et l'accouchement, ainsi que les périodes postnatale et néonatale.

Il est important d'organiser des soins périnataux régionalisés afin que les femmes et leur famille puissent avoir accès à des soins appropriés, sûrs et de qualité le plus près possible du domicile. Les impératifs qui sous-tendent ces soins sont des services décentralisés supervisés par des organes directeurs régionaux intégrés dans des niveaux de service correspondant aux besoins de la population. Dans ce modèle, les services périnataux sans accès aux services locaux de naissance par césarienne fonctionnent bien dans les communautés ayant un petit nombre de naissances par an. Dans ces communautés, les femmes enceintes sont prises en charge à la fois par les médecins de famille et les sages-

femmes, et la plupart d'entre elles ont des grossesses sans complications qui leur permettent d'accoucher dans la localité. En outre, dans de nombreux milieux ruraux de l'Ouest et du Nord du Canada, les médecins de famille ayant des compétences chirurgicales plus poussées effectuent des césariennes, avec le soutien de spécialistes des centres régionaux d'aiguillage. Pour ce qui est de la présence de spécialistes, elle est certes nécessaire dans les populations plus importantes où le nombre absolu de naissances par césarienne est plus élevé et les soins, plus complexes.

Dans un système sain et équilibré, les capacités des services de maternité s'alignent sur les capacités de l'établissement quant à prendre soin du nouveau-né de manière appropriée. La sélection des cas fondée sur les ressources locales est au cœur des soins périnataux régionalisés, si l'on suppose qu'un triage en fonction du risque est effectué. Les femmes enceintes présentant des facteurs de risque mère-fœtus sont dirigées vers des établissements disposant d'un plus grand nombre de ressources.

Les soins de santé régionalisés et axés sur la famille ont pour avantages de : réduire le stress de devoir se rendre dans une communauté d'accueil pour un accouchement vaginal à faible risque; améliorer les résultats; et constituer un premier pas pour répondre aux appels à l'action de la *Commission de vérité et réconciliation*. Ces appels ont ouvert la voie vers l'accouchement local en tant que mandat culturel dans le cadre du processus de réconciliation¹.

Même si les avantages des soins de maternité régionalisés sont fondés sur l'hypothèse que les soins de maternité primaires soient disponibles dans les communautés rurales ou à proximité, le manque de stabilité des plus petits centres de maternité a rendu cette tâche difficile. Cette instabilité a été précipitée par des difficultés à recruter et à retenir des FSS pour travailler dans des établissements à faible volume, qui n'ont souvent pas accès localement à l'accouchement par césarienne. Même si les services de maternité sans accès local à l'accouchement par césarienne sont sécuritaires (en supposant une sélection de cas appropriée pour l'accouchement local, un soutien régional des FSS en milieu rural et un accès à un transport efficace, au besoin), au cours des deux dernières décennies, il y a eu, au niveau mondial, un manque de stabilité de la part des soignants dans les établissements à faible volume²⁻⁴. Par ailleurs, les services dans le Nord canadien, où le niveau de FSS a été stable pendant de nombreuses décennies, représentent une exception notable à cette réalité⁵.

Il est essentiel de disposer d'un transport non seulement efficace, mais également rentable lorsque des niveaux de soins plus élevés sont nécessaires en temps opportun. La politique sur le transport de la mère (*Maternal Transport Policy*) de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) décrit les systèmes de transport régionaux, y compris l'équipement et le personnel nécessaires pour faciliter un transfert sûr et efficace, la nécessité d'un transport disponible 24 heures sur 24, ainsi qu'une communication fiable et précise entre les hôpitaux d'aiguillage et les équipes de transport⁶.

Bien que des protocoles de transport clairs soient pertinents à tous les niveaux de service, le besoin est plus grand pour le transport à partir d'établissements disposant de faibles niveaux de ressources (p. ex., sans accès local à l'accouchement par césarienne ou aux soins de spécialistes sur place). Dans l'ensemble du Canada, 40,5 % des femmes en région rurale ont voyagé pendant plus d'une heure pour se rendre à l'hôpital⁷.

Une planification et une mise en œuvre efficaces des transports exigent une perspective holistique. Une telle approche tient compte des conséquences pour la santé d'un retard à l'accès au niveau de soins appropriés et des désagréments pour la famille du nouveau-né du transport à l'extérieur d'une communauté locale ou hors d'un lieu déjà prévu. Un tel transport cause souvent une anxiété et un stress accrus, en particulier lorsqu'il est urgent et entraîne la séparation de la famille à un moment de vulnérabilité élevée. Lorsque les femmes enceintes doivent quitter leur collectivité avant le début du travail, elles sont souvent séparées de leur conjoint et de leur famille pour de longues périodes. Cette situation peut s'expliquer par une capacité limitée du transport d'urgence quant à répondre aux préférences de la femme en matière de soutien et au manque de ressources financières ne permettant pas aux membres de la famille de se déplacer en privé. Et il arrive parfois que certains d'entre eux doivent demeurer à la maison pour travailler ou s'occuper du reste de la famille.

Pour la femme enceinte, le transport accompagné d'un membre de la famille offrant un soutien est optimal sur les plans clinique et psychologique. Une planification centrée sur la famille vise à mettre en place des structures qui atténuent les inconvénients des déplacements requis à partir de la collectivité d'origine (p. ex., logements subventionnés dans le centre d'aiguillage à la disposition des membres de la famille; subventions pour les déplacements au-delà de celles disponibles par l'entremise du Cadre des politiques pour le transport médical des services de santé non assurés de Services Canada pour les Premières Nations inscrites admissibles et les clients inuits reconnus). Ce nouveau paradigme de soins vise également à garder la famille ensemble et à favoriser son retour opportun dans le milieu⁸.

La planification des soins de maternité régionalisés est fondée sur la géographie et les besoins particuliers de la collectivité afin de réduire les complications liées à la grossesse pouvant survenir au cours du déplacement vers des services de soins. Les ressources en soins de santé peuvent être dirigées de manières plus productives, chapeautées par la coordination et les directives des instances de la santé des diverses administrations du pays. Le bon fonctionnement des soins de maternité régionaux favorise également la participation de la communauté à la prise de décisions relatives aux services de santé.

1.1 IMPORTANCE DES SOINS OFFERTS LOCALEMENT

Les soins périnataux régionalisés, mis en évidence par l'importance de la réceptivité aux besoins de la collectivité, ne sont pas offerts partout au Canada, comme il était prévu à l'origine. De nombreuses régions rurales ont été témoins d'une centralisation des services de maternité plutôt que de leur régionalisation, ainsi qu'une dissolution des services à faible volume dans leurs collectivités. *L'exode élevé* en vue de recevoir des services de maternité, où plus des deux tiers de la population quittent la collectivité pour recevoir des soins, risque d'entraîner un certain nombre de revers⁹⁻¹²:

- Une diminution des naissances locales à un rythme dommageable dans un environnement déjà à faible volume, soit en raison d'indications cliniques, soit en raison de préférences maternelles ou familiales;
- Une confiance diminuée chez les FSS, ce qui risque de se refléter sur la communauté comme un manque de soutien pour la naissance locale – d'où une hausse de l'exode des patientes (et de la famille) et une stabilité moindre au sein du personnel;
- Un lien entre les résultats défavorables de la mère et du nouveau-né et la distance par rapport aux services;

- Les méfaits sanitaires et psychosociaux sur la femme enceinte et sa famille, y compris dans les communautés autochtones, où l'accouchement dans les territoires traditionnels avec l'appui d'une famille et d'une communauté élargies s'avère essentiel aux soins.

Des soins appropriés pendant les périodes prénatale et postnatale exigent également une planification minutieuse tenant compte de la perspective régionale afin d'assurer un dépistage et un triage adéquats pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. Les femmes qui n'éprouvent pas de complications pendant la grossesse peuvent entièrement être prises en charge par les FSS locaux ou par des médecins itinérants de premiers soins ou des sages-femmes. Le renvoi vers un spécialiste, au besoin, peut être facilité par des soins virtuels. Mais il est essentiel que les femmes vivant dans des communautés dépourvues de soins périnataux disposent d'un plan pour se déplacer soit avant le travail soit au début; et que, pendant la période postnatale, le couple mère-bébé reçoive les soins appropriés. Toutes les familles du nouveau-né ont également besoin d'avoir accès à une formation et à des renseignements prénatals. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir de telles ressources en personne, des cours virtuels et du matériel écrit peuvent favoriser l'apprentissage pour la famille.

1.2 ACCOUCHEMENT HORS DU MILIEU HOSPITALIER

Un élément essentiel des soins à la mère et au nouveau-né offerts en région est le soutien à l'accouchement hors du milieu hospitalier par des sages-femmes autorisées. La SOGC recommande une évaluation des risques en fonction des critères établis dans un milieu familial ou un centre de naissance, car les deux endroits conviennent aux femmes enceintes susceptibles d'accoucher normalement par voie vaginale¹³. La reconnaissance et le soutien de l'accouchement hors du milieu hospitalier assisté par un FSS autorisé permettent de s'assurer que le triage, l'aiguillage et le transport vers un niveau plus élevé de soins sont en place dans l'ensemble du système régional si un transfert est nécessaire⁶.

1.3 INTÉGRATION DU SOUTIEN

L'un des déterminants clés de la sécurité des soins à la mère et au nouveau-né offerts en région réside dans le soutien offert aux FSS primaires par d'autres fournisseurs, comme des spécialistes ou des sous-spécialistes⁴. Des niveaux de services intégrés et bien fonctionnels peuvent être vus comme un faisceau de relations, avec des emplacements comportant moins de ressources, mais pouvant compter sur un soutien d'appoint de centres mieux pourvus. À leur tour, ces établissements mieux pourvus offrent d'emblée leur soutien parce qu'ils ont confiance dans le jugement des responsables de services disposant de moins de ressources¹⁴.

La communication virtuelle est devenue de plus en plus importante en soins de santé, alors que les FSS ont accès à des consultations sur demande auprès d'autres centres. Par exemple, en Colombie-Britannique, quatre voies de soutien virtuel en temps réel (SVTR) ont été établies avec Zoom pour les licences de soins de santé. Une de ces voies, à savoir MaBAL, facilite la communication avec les médecins en milieu rural ayant une expertise en soins de la mère et du nouveau-né, « 24 h par jour, 7 jours par semaine, sur Zoom et par téléphone; cela permet d'obtenir des conseils sur des soins urgents ou non touchant la préconception, les soins prénatals, anténatals, intranatals et postnatals, pour les mères et les nouveau-nés »¹⁵.

L'idée de tels réseaux n'est pas nouvelle. Ces réseaux ont toujours caractérisé le triage dans le Canada rural, mais ils sont maintenant mis en œuvre de façon délibérée à la fois pour officialiser et optimiser les voies d'aiguillage et de soutien¹⁶.



1.4 NIVEAUX DE SERVICE

Même si les soins de maternité sont semblables dans de nombreuses administrations du Canada, il reste que leurs mandats respectifs en matière de prestation de services de santé font en sorte qu'il n'est pas facile d'élaborer un système national de classification des niveaux de service. Pour sa part, la SOGC a récemment recommandé [traduction] « l'adoption d'un ensemble national normalisé de définitions englobant tous les établissements qui fournissent des soins de maternité pour différents niveaux de risque prévu »¹⁷. À l'heure actuelle, seuls la Colombie-Britannique et l'Ontario ont établi des niveaux de service pour les soins de maternité^{18,19}. L'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) a mis à jour ses déclarations de consensus sur les niveaux de soins de maternité (*Levels of Maternal Care*), et ce cadre pourrait avoir des applications dans le contexte canadien²⁰.

Suivant le fondement théorique de l'avancement des niveaux de service correspondant à la complexité de la population, la déclaration de consensus de la SOGC portant sur *les ressources pour la prestation de soins de maternité optimaux et la présence des membres de la famille (Attendance at and Resources for Delivery of Optimal Maternity Care)* décrit les niveaux de service et les critères des différents niveaux de soins¹⁷.

Les documents *Tiers of Services*, de la Colombie-Britannique, et *Standardized Maternal and Newborn Levels of Care Definitions*, de l'Ontario, expliquent en outre les niveaux d'acuité et de complexité que chaque niveau de service peut assurer en toute sécurité^{18,19}. Une capacité accrue pour répondre à des besoins périnataux complexes au moyen de soins offerts par un généraliste, un spécialiste et un sous-spécialiste maximise l'efficacité pour ce qui est de répondre aux besoins locaux prévus; par ailleurs, la centralisation des soins offerts par les sous-spécialistes harmonise les ressources de manière plus efficace pour répondre à des complexités moins courantes. Des recherches ont montré que les centres de sous-spécialistes ne sont pas optimaux pour la prestation de soins aux mères enceintes et qui sont à faible risque²¹.



2 AMÉLIORATION DU SYSTÈME

2.1 POLITIQUES ET PROCÉDURES

Pour répondre adéquatement aux circonstances changeantes et aux nouvelles données probantes, rien de mieux que de mettre par écrit des politiques et procédures visant à assurer un milieu de naissance sécuritaire, puis révisées et mises à jour régulièrement. À l'échelon local, tous les membres du personnel de l'établissement devraient être en mesure de se référer facilement à ces politiques et procédures, et d'y apporter une contribution.

Les politiques et procédures écrites peuvent porter sur ce qui suit :

- La communication sur les soins et le soutien aux femmes, aux nourrissons et aux familles;
- Les pratiques d'aiguillage entre les organismes et les services;
- L'admission des femmes, des nourrissons et des familles dans les hôpitaux et les centres de naissance;
- L'évaluation et les critères relatifs au congé de la femme et du bébé des hôpitaux et des centres de naissance;
- Les critères pour l'accouchement à domicile;
- L'aiguillage vers les services et les soutiens communautaires;
- L'identification et l'aiguillage des femmes ou des nourrissons dans des situations de violence réelles ou potentielles;
- Le transfert d'urgence des mères, des bébés et des personnes qui aident la mère, dans la mesure du possible, y compris l'obligation de prendre des arrangements préalables avec un établissement de santé d'accueil en cas d'urgence;
- La réanimation du nouveau-né;
- La promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel;
- La tenue des dossiers de santé;
- Les mesures de lutte contre les infections et les risques biologiques, y compris les plans et les interventions en cas de pandémie et d'agents pathogènes de niveau 4;
- Le stockage des médicaments et des médicaments d'urgence;
- Les matières dangereuses et les pratiques de sécurité au travail;
- Les interventions en cas d'urgence auprès de la mère ou du nouveau-né;
- L'évaluation des soins et l'amélioration de la qualité;
- Les procédures internes en cas de catastrophe, y compris en cas d'incendie;
- La sécurité culturelle et l'équité en matière de santé, y compris la lutte contre le racisme et l'élimination de la discrimination à l'égard des personnes et des groupes marginalisés et vulnérables.

En outre, Agrément Canada a élaboré des normes sur les services d'obstétrique pour aider les organisations à évaluer la qualité au niveau de la prestation de services²². Ces normes reposent sur une culture de la qualité, de la sécurité et des soins axés sur la famille.

2.2 FORMATION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

L'apprentissage continu des FSS est essentiel puisque de nouvelles données sur les pratiques exemplaires continuent d'émerger. La surveillance du perfectionnement professionnel et du maintien des compétences relève généralement de la responsabilité combinée des collègues professionnels et des praticiens individuels. Alors qu'un certain nombre de compétences et de comportements particuliers jugés nécessaires sont définis par les collègues professionnels, d'autres reflètent plutôt les besoins et les normes de l'unité ou de l'organisme de soins cliniques.

Les possibilités d'apprentissage optimales sont multidisciplinaires et tous les membres de l'équipe de soins y participent (médecins, sages-femmes, personnel infirmier, travailleurs sociaux, nutritionnistes, conseillères en allaitement, inhalothérapeutes, psychologues périnataux et autres). Trois principes énoncés au chapitre 1 sont des composantes importantes de la formation de tous les FSS qui dispensent des SMNPF²³ :

- Une démarche holistique des soins à la mère et au nouveau-né (principe 6);
- Une collaboration entre les prestataires de soins (principe 7);
- La considération des meilleures pratiques internationales en matière de SMNPF pouvant être pertinentes dans un contexte canadien (principe 17).

Les sujets de formation, idéalement déterminés au niveau de l'équipe, peuvent comprendre :

- les nouveaux traitements;
- les préoccupations d'ordre clinique;
- des données issues de recherche ou des situations émergentes qui influent sur les soins;
- la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme et la formation non discriminatoire, respectueuse et sensible sur le plan psychosocial.

Les possibilités d'apprentissage peuvent prendre diverses formes : tours de table interdisciplinaires, ateliers, conférences, trousse d'apprentissage, programmes d'enseignement structurés de premier et de deuxième cycle, enseignement à distance, autoapprentissage ou participation à de nouveaux comités, à de nouveaux projets ou à des recherches. Les administrateurs régionaux voudront tenir compte des défis que peuvent rencontrer les FSS en régions rurales et éloignées si les déplacements hors de leur collectivité sont difficiles. La coordination des efforts de formation au moyen de programmes régionaux organisés assure l'uniformité de l'information et réduit les dédoublements. De plus en plus, les établissements et les organismes utilisent l'apprentissage virtuel en offrant des cours, des conférences et des réunions en ligne.



Les possibilités d'apprentissage optimales sont multidisciplinaires et tous les membres de l'équipe de soins y participent.

2.3 MEILLEURES DONNÉES PROBANTES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES CLINIQUES

Les FSS peuvent adapter les lignes directrices aux besoins de la patiente-cliente²³. La décision relative au transport et à l'aiguillage est idéalement fondée sur [traduction] « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la

prise de décisions concernant les soins aux patientes »²⁴. De cette façon, les soins atteignent le quadruple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement : résultat optimal pour la patiente-cliente, sa satisfaction, satisfaction du FSS et efficience des coûts²⁵.

Au-delà de l'amélioration de la qualité clinique, les lignes directrices constituent un moyen efficace d'organiser et de présenter le volume croissant de preuves auxquelles les FSS font face.



3 RESPONSABILISATION EN LIEN AVEC LE NIVEAU DE PRESTATION DE SERVICES

Bien que les normes d'établissement soient réglementées par les diverses administrations au Canada, les chercheurs et les planificateurs de la santé reconnaissent de plus en plus la nécessité d'un cadre commun pour assurer la qualité des soins et faciliter l'évaluation²⁶. Toutefois, seuls la Colombie-Britannique et l'Ontario ont publié des attentes concernant les capacités en matière de soins à la mère et au nouveau-né. Ces publications comprennent des lignes directrices définissant les niveaux de soins à la mère et au nouveau-né, les besoins en ressources humaines, les tests de diagnostic et les traitements^{27,28}.

Les points communs entre les modèles de compétences s'harmonisent avec les définitions consensuelles, comme celles de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) énoncées dans le document *Standards of Obstetric-Gynecologic Services*²⁹. Par ailleurs, on constate au Canada des variations pour ce qui est de reconnaître les compétences requises pour offrir un soutien sécuritaire pour l'accouchement

à la maison et dans les centres ruraux sans accès local à l'accouchement par césarienne. Le soutien pour ces deux modèles de soins repose sur un certain nombre de facteurs : données probantes sur la sécurité des soins, appréciation de la vaste géographie du Canada et reconnaissance des conséquences psychosociales du déplacement en vue de l'accouchement.

La SOGC soutient les femmes ayant une grossesse à faible risque qui accouchent dans les collectivités rurales et éloignées. La Société affirme que [traduction] « l'évaluation des risques n'est pas une mesure unique, mais un processus qui se poursuit tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Le renvoi de la femme à un niveau de soins plus élevé peut être nécessaire lorsque des signes de complications apparaissent »³⁰. Malgré un appui national pour de tels services, le Canada rural a connu une baisse rapide des soins de santé locaux en raison de problèmes de renouvellement des ressources.

Les soins périnataux au Canada sont fondés sur un système régionalisé de prestation de services pour les soins à la mère et au nouveau-né. Les hôpitaux dotés d'une capacité d'accouchement par césarienne locale fournissent un appui de référence à ceux qui n'en ont pas, et les grands centres fournissent des soins de plus en plus spécialisés en fonction des besoins de la population. Dans les établissements qui n'offrent pas d'accouchement par césarienne (c.-à-d. les centres de naissance et les hôpitaux de niveau I), les principales conditions préalables aux soins comprennent un certain nombre de

composantes : discussions éclairées sur les limites que posent les situations d'urgence; transport et autres conséquences potentielles découlant des limites dans les situations d'urgence; soutien obstétrique établi, au besoin; disponibilité sur place de médicaments pour gérer les urgences obstétricales; et médicaments pour traiter l'hémorragie postnatale¹³. Voir la déclaration consensuelle de la SOGC, *Attendance at and Resources for Delivery of Optimal Maternity*, pour connaître les capacités prévues par niveau de service¹⁷.



4 BESOINS EN PERSONNEL

Les familles canadiennes reçoivent des soins pendant l'accouchement de divers FSS : des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille, des infirmières ou des infirmières praticiennes et des sages-femmes. Selon l'Institut Vanier, les infirmières représentent le groupe le plus important en nombre chez les fournisseurs de soins de maternité au Canada³¹. Dans le document *2018 Perinatal Nursing Standards in Canada*, on énonce quatre normes que les infirmières périnatales devraient respecter³². Ces normes appuient les principes des SMNPF, y compris les soins fondés sur la relation, la collaboration interprofessionnelle, la qualité et la sécurité, ainsi que la pratique fondée sur des données probantes.

Les décisions de dotation influent sur les résultats cliniques ainsi que sur la satisfaction et le maintien en poste des fournisseurs^{33,34}. Selon une évaluation de l'incidence des mandats de dotation des infirmières sur les résultats pour les patientes-clientes en Californie et sur les résultats à l'hôpital dans 15 pays européens, le nombre plus faible d'infirmières par patiente pèse considérablement sur les taux de mortalité chirurgicale et de défaut de porter secours^{35,36}. Toutefois, les modèles de dotation pour les unités chirurgicales peuvent ne pas être appropriés pour les unités périnatales, car le nombre d'employés par patiente est fondé sur les différents besoins en soins.

Les recommandations sur les niveaux minimaux de dotation sont généralement fondées sur le fait que les soins à la nouvelle mère et au nouveau-né sont sans complications; or, tous les couples mère-bébé n'ont pas besoin du même niveau de soins infirmiers. Le nombre d'infirmières après l'accouchement en particulier peut varier de 1:1 à 9:1, selon le niveau de soins requis pour toute complication³⁷. L'Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses recommande les nombres d'infirmières par patiente suivants pour les soins périnataux pour les couples mère-bébé en santé³⁸:

- Une infirmière par femme pour une femme en travail nécessitant une intervention pharmacologique ou médicale minimale, voire aucune, pour le soulagement de la douleur;
- Une infirmière par femme pour les femmes recevant de l'ocytocine;
- Une infirmière par femme ayant des complications pendant le travail;
- Deux infirmières par femme pour l'accouchement par voie vaginale et par césarienne – une infirmière pour la mère et une infirmière (ayant des compétences en réanimation de nouveau-né) pour le bébé;
- Deux infirmières jusqu'à 2 heures après l'accouchement – une infirmière pour la mère et une infirmière pour le bébé, ou dans le cas de naissances multiples, une infirmière pour chaque bébé.



À l'heure actuelle, il n'existe aucun indicateur pour comparer le nombre d'infirmières par patiente au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) s'emploie à combler cette lacune en élaborant une méthode systématique et comparable à l'échelle nationale pour mesurer le nombre de patientes-clientes pris en charge par membre du personnel³⁹.

En plus du nombre de FSS par patient, l'expérience et la combinaison de compétences des infirmières sont un facteur clé de la dotation périnatale. La normalisation du nombre d'infirmières par patiente au Canada pourrait protéger les effectifs contre des charges de travail excessives, mais elle pourrait également empêcher les services de prendre des décisions autonomes en matière de dotation en fonction de facteurs comme la disponibilité des ressources humaines, les compétences et le niveau de confort des infirmières⁴⁰. Pour prévoir les besoins en personnel en matière d'accouchement et de soins postnatals, il faut tenir compte des différents modèles de dotation et des besoins des patientes-clientes dans les hôpitaux urbains et ruraux. Comme nous l'avons déjà mentionné, les couples mère-bébé dans les hôpitaux tertiaires des centres urbains sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins plus élevés que leurs homologues des centres de naissance à faible risque seulement³⁷. Dans les petits hôpitaux ruraux où les ressources sont limitées, le besoin d'un personnel flexible fait en sorte qu'il n'est pas toujours possible de permettre le même nombre d'infirmières par patiente que dans les établissements à ressources supérieures⁴¹.

Les sages-femmes jouent un rôle de plus en plus important dans les soins de maternité au Canada en offrant une vaste gamme de services et en travaillant avec d'autres professionnels médicaux, au besoin. Les soins dispensés par une sage-femme à la mère et au bébé à faible risque sont rentables et sont associés à des séjours à l'hôpital plus courts et à moins d'interventions⁴². En outre, les soins dispensés par les sages-femmes peuvent améliorer les résultats à la naissance des femmes vulnérables ayant un statut socioéconomique faible^{43,44}.

La réglementation des sages-femmes et la prestation des soins de santé varient considérablement au Canada⁴⁵. Certaines administrations réglementent et financent les sages-femmes depuis plus de 20 ans; les collègues de sages-femmes y agissent comme organisme de réglementation fournissant normes et lignes directrices pour la profession⁴⁶. Ailleurs, la profession n'est ni réglementée ni financée⁴⁶.

Étant donné que la période périnatale est caractérisée par des changements biologiques et psychosociaux importants, les administrateurs voudront examiner comment la dotation et la coordination des professionnels de la santé alliés et du personnel auxiliaire peuvent compléter le travail des FSS primaires pour fournir des soins complets et intégrés dans une perspective familiale. Dans son document *Attendance at and Resources for Delivery of Optimal Maternity Care*, la SOGC détermine les ressources, le personnel et les installations nécessaires pour encourager l'accouchement physiologique en toute sécurité

dans un milieu axé sur la famille dans les collectivités rurales et urbaines. Cette déclaration de consensus s'appuie sur l'appréciation de l'autonomie des femmes enceintes dans la prise de décisions éclairées [traduction] « même dans les situations difficiles où les fournisseurs de soins de santé ne sont pas d'accord avec le choix »¹⁷.

Cette déclaration de consensus reconnaît également les conséquences psychologiques et socioculturelles négatives liées au fait d'exiger que les mères enceintes quittent leur communauté¹⁷. On y exhorte les FSS à tenir compte non seulement de la santé des femmes et de leur bébé, mais aussi des risques psychosociaux lorsqu'ils choisissent le lieu d'accouchement approprié. En outre, la déclaration préconise l'adoption d'un ensemble de définitions nationales normalisées pour tous les établissements qui fournissent des soins de maternité en fonction de leur capacité de soigner différents niveaux de risque. Cela permettrait d'établir un cadre d'évaluation à l'échelle nationale.



5 SOINS INTERPROFESSIONNELS

Il est important de pouvoir compter sur des équipes multidisciplinaires concertées de soins de maternité pour maintenir la disponibilité globale des FSS, améliorer l'accès aux soins de maternité et élargir le choix de ces derniers au Canada⁴⁷.

En 2006, la SOGC a dirigé le Projet de soins obstétricaux concertés dans le but d'élaborer des lignes directrices, de déterminer des normes

nationales et d'accroître la collaboration entre les professionnels⁴⁸. Les recommandations préconisaient que les décideurs et d'autres intervenants clés s'engagent à élaborer des soins coordonnés, à défendre les ressources nécessaires pour appuyer les soins appropriés et à parvenir à un consensus sur les stratégies clés afin d'établir, de conserver ou d'élargir des services de maternité multidisciplinaires concertés⁴⁸.

Le projet a permis de définir les principes clés d'un modèle de collaboration⁴⁸ :

- Des soins de maternité de qualité, axés sur la femme, fondés sur l'équité de l'accès aux services et de l'intégration de ces derniers;
- La prise en compte des meilleures données probantes et des pratiques exemplaires;
- La compétence professionnelle comportant l'engagement envers le modèle collaboratif, la confiance et le respect mutuels;
- Des valeurs, des visions et des objectifs partagés auxquels s'ajoute une communication honnête, ouverte et continue;
- La responsabilité et l'imputabilité, y compris l'acceptation de la nécessité de discuter des questions financières;
- La prestation régionale efficace et intégrée de services pour inclure des soins locaux avec la connaissance des services disponibles.

Ce modèle s'harmonise étroitement avec les SMNPF au moyen de principes communs bien articulés et de la reconnaissance de l'importance de la consultation de la collectivité dans l'élaboration de modèles de soins adaptés à l'échelle locale. Ces principes soulignent en particulier les défis uniques liés aux milieux ruraux à faible volume : [traduction] « Dans les régions rurales, le défi est moins une question de taille et d'interrelations, mais bien plutôt d'accès aux soins et de leur disponibilité, ainsi qu'une question de fournisseur chargé des soins. Il est bien connu que les fermetures d'hôpitaux ruraux et la réduction des effectifs partout au pays posent de nouveaux défis aux fournisseurs de soins de maternité »^{48,p.26}.



Étant donné que l'accès aux services périnataux varie d'une collectivité à l'autre, plusieurs administrations n'ont pas de protocoles normalisés pour transmettre aux FSS l'information concernant les patientes-clientes. Cela peut entraîner un échec des aiguillages, une incohérence des messages et un manque de coordination des soins.

Deux collectivités pilotes relevant de l'autorité de la santé du Nord de la Colombie-Britannique ont établi un modèle de services intégrés qui propose des accompagnateurs du soutien à la pratique et des accompagnateurs aux soins pour aider à établir un pont entre la pratique des soins primaires et d'autres services de l'organisation. Ces communautés ont signalé un accès accru et amélioré aux soins primaires pour les services prénatals, y compris pour les populations de femmes enceintes vulnérables qui reçoivent ainsi des soins fondés sur des données probantes pendant le reste de leur grossesse et par la suite⁴⁹.

D'autres études qui ont évalué des modèles intégrés de soins périnataux dans les hôpitaux et les collectivités ont signalé une augmentation du dépistage et du traitement des troubles périnataux d'humeur et d'anxiété (THAP)^{50,51}. La normalisation des processus liés à la coordination des soins périnataux a entraîné une réduction des facteurs de risque dans l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et une amélioration générale de la qualité des soins grâce à l'intégration clinique et professionnelle.

La déclaration de consensus de la SOGC, *The Roles of Multidisciplinary Team Members in the Care of Pregnant Women* (2016), donne la priorité à la sécurité et aux intérêts de la patiente-cliente tout en respectant son autonomie et en maintenant le respect de tous les membres de l'équipe⁵². Ce document souligne également l'importance des rôles et des responsabilités à définir au sein des équipes et le besoin d'aplanir les obstacles à la réussite des soins concertés.



6 TRANSPORT

La pratique de retirer les femmes enceintes des régions rurales et éloignées s'est instaurée dans les années 1960 et 1970 en réponse à un manque de sécurité perçue dans les milieux à faibles ressources. Il est certes essentiel que les femmes et leurs nouveau-nés aient accès à un transport d'urgence efficace et rapide pour pouvoir offrir des soins sécuritaires en région. Toutefois, des effets indésirables peuvent découler du stress lié à la séparation de la famille et à la perte des liens avec la collectivité, ainsi que du risque de difficultés financières liées au fait de quitter la collectivité⁵. Le traumatisme d'une telle réinstallation a même mené certaines femmes à dissimuler leur grossesse jusqu'à ce qu'elles soient en travail, souvent au détriment de l'accès aux soins prénatals et au dépistage.

Être sensible à la façon dont la famille perçoit le transport, cela permet d'améliorer les soins, sans négliger pour autant les stratégies visant à répondre aux besoins cliniques aigus. De nombreuses communautés autochtones rurales ont récupéré les naissances à l'échelon local grâce à des programmes communautaires de sages-femmes^{53,54}. Néanmoins, il y a des cas où des niveaux de soins plus élevés sont nécessaires, ce qui exige un transport sécuritaire sur le plan culturel⁵⁵. En 2017, Services aux Autochtones Canada a instauré le financement d'escortes pour les femmes enceintes autochtones en milieu rural, ce qui a atténué certains des effets de l'isolement dû à la réinstallation⁵⁶.

Si la santé du nouveau-né est préoccupante, les résultats sont meilleurs si le transport s'effectue pendant la grossesse⁵⁷⁻⁶⁰. En dépit des avantages cliniques que présente la prise en charge des cas à haut risque dans des centres disposant de ressources adéquates, il convient d'examiner l'effet du transport sur la famille⁶¹. La mère enceinte et sa famille peuvent ainsi subir des contraintes supplémentaires : stress lié au fait de s'éloigner d'un établissement familial, de perdre un FSS connu, de se voir privée du soutien de sa famille et de membres de la collectivité; et coûts financiers liés à l'hébergement et aux déplacements⁶². À cette fin, la stratégie d'atténuation la plus efficace consiste pour les FSS à essayer de déterminer les grossesses et les accouchements à risque élevé suffisamment tôt pendant la période prénatale pour éviter un transport d'urgence.

« Être sensible à la façon dont la famille perçoit le transport, cela permet d'améliorer les soins, sans négliger pour autant les stratégies visant à répondre aux besoins cliniques aigus. »



Il arrive aussi qu'en raison de l'emploi ou de la nécessité de prendre soin d'autres enfants, des escortes familiales ne soient pas possibles. Il peut s'ensuivre que la mère enceinte ressent de l'isolement et de la solitude, ce qui peut exacerber ses préoccupations pour la santé de son bébé. Les principes de SMNPF qui font valoir les pratiques exemplaires sont fondés sur l'importance de garder les familles unies par le transport accompagné. Tout en reconnaissant que ce ne soit pas toujours possible, FSS et administrateurs peuvent quand même s'employer à atténuer les conséquences de ce stress.

Les éléments essentiels d'un transport efficace axé sur la famille comprennent ce qui suit⁵⁹ :

- Une communication claire et honnête sur l'état de santé, le pronostic et les interventions prévues nécessaires pour optimiser la santé de la mère enceinte et de son nouveau-né;
- La présence de membres de la famille pendant la stabilisation et le transport (si possible);
- La prestation d'un soutien professionnel et continu à la famille;
- L'inclusion de la famille dans la planification des soins et la prise de décisions;
- Une communication continue du centre d'aiguillage sur l'état de la mère et du bébé si la famille est séparée.

6.1 RÉGIONALISATION ET STRUCTURE DU SYSTÈME DE TRANSPORT

La régionalisation des soins de la mère et du nouveau-né repose sur l'optimisation de l'accès aux unités de soins néonataux intensifs (USNI) et de la capacité de ces derniers⁶¹. Deux objectifs connexes des soins périnataux régionalisés sont les suivants :

- Identification rapide des grossesses à risque élevé pour assurer l'accouchement dans un hôpital disposant d'un niveau de soins approprié;
- Reconnaissance rapide des risques élevés non décelés pendant les soins prénatals afin de transporter efficacement les nourrissons vers un niveau de soins plus approprié⁶³.

La clé du succès des soins périnataux régionalisés consiste donc à déterminer les femmes enceintes à risque et à assurer leur transport en temps opportun.

Les pratiques exemplaires pour un transport efficace comprennent un point d'accès unique et une coordination provinciale et territoriale afin de donner la priorité aux besoins en fonction de l'acuité clinique et de l'intégration des modalités de transport (aérien et terrestre)⁶⁴. Un répartiteur unique au sein d'un réseau officiel de transfert de patiente-cliente augmente également la satisfaction du fournisseur^{65,66}. En plus de simplifier l'accès, les systèmes de transport doivent être en mesure d'offrir des conseils médicaux, d'envoyer rapidement des équipes de transport et de déterminer un hôpital d'accueil⁵⁹. Conformément aux SMNPF, une fois les soins nécessaires prodigués dans un centre tertiaire, les services de transport maternel rapatrient la mère et le nouveau-né et la famille également vers un établissement près du domicile, et ce, dès que possible.

6.2 COMPOSANTES ESSENTIELLES D'UN PROGRAMME RÉGIONAL D'AIGUILLAGE ET DE TRANSPORT

La première composante d'un système de transport efficace est d'éviter tout transport urgent ou non prévu. Idéalement, les grossesses à risque élevé sont déterminées avant le début du travail et le lieu optimal pour l'accouchement est choisi en fonction des besoins en ressources prévus. Ce choix repose sur des soins complets pendant la période prénatale et sur l'inclusion complète des mères enceintes et des familles dans la prise de décisions. En dépit des efforts déployés pour atténuer le besoin de transport périnatal, il y aura des cas où un transport imprévu et urgent est nécessaire.

Les soins de santé au Canada relevant de plus d'un niveau de compétence gouvernementale, les mécanismes de transport d'urgence varient considérablement au chapitre des moyens et de l'infrastructure. Les critères minimaux débutent par un système doté de ressources suffisantes et par un investissement soutenu dans les autorités sanitaires régionales⁶⁷. La normalisation de l'équipement, de la formation, des habiletés cliniques et des indicateurs de qualité est également nécessaire^{69,68}.

Les stratégies d'atténuation des issues indésirables visant à réduire les naissances non tertiaires comprennent notamment une ligne téléphonique d'aide périnatale pour optimiser le transfert de femmes enceintes et une formation périnatale de proximité pour les FSS dans les centres périnatals non spécialisés⁶⁸⁻⁷⁰.



La première composante d'un système de transport efficace est d'éviter tout transport urgent ou non prévu.

Il se peut que les véhicules désignés du service médical d'urgence aient besoin d'être plus affinés. Par exemple, il a été démontré que l'utilisation de véhicules dédiés par les quatre équipes de transport spécialisées de l'Ontario contribuait à réduire les complications et à optimiser la qualité des soins offerts aux nouveau-nés malades⁷¹. En outre, le matériel de transport devrait respecter les normes de santé et de sécurité au travail pour l'équipe, et l'infrastructure utilisée dans la communication par téléphone intelligent, téléphone satellite ou Webcam devrait être chiffrée⁷².

Pour ce qui est du système de soins, la valeur d'une *politique de non-refus* est reconnue comme une intervention clé pour améliorer les soins. Une politique de non-refus signifie qu'un établissement ne peut refuser ni désavouer le transfert d'une patiente-cliente ayant besoin de soins critiques. Même si la politique a été élaborée en fonction des soins de traumatologie, ce mécanisme permettant le triage en temps opportun est transférable aux soins de maternité⁷³.

6.3 PRISE DE DÉCISIONS POUR LE TRANSPORT DE LA MÈRE

Le transport de la mère peut se produire pour de nombreuses raisons : travail avant terme; rupture prématurée des membranes; hypertension gestationnelle grave ou autre trouble d'hypertension; hémorragie anténatale; restriction de la croissance intra-utérine; progrès insuffisants du travail; mauvaise présentation; et traumatisme maternel.

Le transport est contre-indiqué dans les cas suivants :

- L'état de la mère n'est pas assez stable;
- L'état du fœtus est instable et menace de se détériorer rapidement;
- L'accouchement est imminent;
- Les conditions météorologiques sont dangereuses pour le transport.

La vaste superficie et la diversité du climat du Canada font en sorte que le transport d'urgence à partir d'une communauté rurale peut ne pas être possible et que les dangers du transport immédiat l'emportent sur les avantages attendus. L'évaluation de la situation est alors de mise. Une telle évaluation exige une attention particulière aux conditions météorologiques et routières ou aux conditions de vol, à l'état de santé de la mère et du bébé, à son stade de grossesse, à la probabilité d'un accouchement imminent et à la disponibilité de FSS qualifiés⁷².

Les principes clés qui sous-tendent les décisions en matière de transport sont les suivants^{67,72} :

- La nécessité de consulter des spécialistes pour déterminer si le transport est indiqué pour une grossesse ou un accouchement à haut risque en fonction des facteurs de risque pour la mère enceinte, le bébé, le stade et l'avancement du travail, et les conditions éventuelles en chemin;
- La communication entre tous les membres de l'équipe, y compris les FSS responsables de l'envoi et de l'accueil;
- Le soutien des établissements en milieu rural qui ne disposent peut-être pas des ressources nécessaires pour stabiliser les nourrissons pendant de longues périodes;
- La réduction au minimum du nombre de transferts pour la mère enceinte ou son bébé;
- L'évitement des transferts au cours desquels la mère est séparée de son bébé;
- La préférence de la famille pour la réinstallation étant donné la perte des réseaux de soutien social existants.



Même s'il n'existe pas de guide national pour aider à la prise de décisions en matière de transport obstétrique et néonatal, Alberta Health Services a élaboré un « arbre de décision en matière de transport pour la prestation de services d'obstétrique », qui fait partie de sa directive *Criteria to Support Appropriate Level of Obstetrical Care*⁷².

6.4 POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE TRANSPORT DE LA MÈRE

Le transport de la mère joue un rôle important pour faire en sorte que les mères de toutes les régions aient un accès équitable au niveau approprié de soins afin d'obtenir les meilleurs résultats mère-bébé⁶⁸. Parmi les obstacles au succès du transport des femmes enceintes figure ce qui suit⁶⁸ :

- Le manque d'expertise en matière de triage des femmes enceintes à risque élevé;
- Les limites du dépistage chez les populations à faible risque;
- Le manque de capacité pour ce qui est du transport de la mère;
- Le manque de flexibilité dans les critères appliqués pour évaluer les aiguillages.

Il n'existe pas de lignes directrices nationales portant précisément sur le transport maternel, qui feraient valoir la nécessité pour les établissements de santé de disposer de politiques écrites à suivre pour le transfert et l'accueil des femmes enceintes. Des politiques à ce chapitre devraient donc porter sur⁷² :

- les membres des équipes affectées au transport, les compétences requises et les responsabilités de l'établissement de l'envoi et de l'établissement d'accueil;
- les besoins en matière de transport et d'équipement;

- les mécanismes permettant de mesurer l'assurance de la qualité et les améliorations du système;
- les protocoles en matière de communication et de partage de dossiers.

Des politiques efficaces mettent également l'accent sur une approche axée sur la famille au moyen d'éléments comme les suivants :

- Une communication continue et ouverte avec la femme et sa famille au sujet de leur situation afin qu'elles puissent participer activement à la prise de décisions;
- Des soins continus et de soutien de la part d'un personnel qualifié;
- Des efforts visant à maintenir ensemble les membres de la famille en mettant en place des mécanismes leur permettant de communiquer entre eux s'ils doivent être séparés.

6.5 POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE TRANSPORT DU NOUVEAU-NÉ

Même si les meilleurs résultats sont obtenus lorsque le transport se produit avant l'accouchement, certains nourrissons devront inévitablement être transportés. Comme c'est le cas pour le transport de la mère, il est essentiel que les établissements d'origine et d'accueil aient des politiques et des procédures concernant le transfert d'un nouveau-né. Celles-ci comprennent la description du personnel et de l'équipement nécessaires, la communication, la documentation et le partage des documents médicaux (dossiers, échographies, analyses sanguines). Le fait d'avoir des équipes dédiées chargées du transfert du nouveau-né pour le transfert améliore les résultats⁵⁹.



LA SCP RECOMMANDE D'UTILISER LES OUTILS SUIVANTS POUR PRENDRE DES DÉCISIONS SUR LE TRANSPORT NÉONATAL⁵⁹ :

Outil	But
Score de l'indice de mortalité du transport néonatal (MINT)	<ul style="list-style-type: none"> • Produit un score de prédiction de la mortalité pour les nourrissons en fonction des renseignements donnés à un service chargé du transfert du nouveau-né
Indice du risque de transport sur la stabilité physiologique (TRIPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisé pour prédire la mortalité à 7 jours et, dans l'ensemble, au moyen de quatre éléments à pondération : température, tension artérielle, état respiratoire et réaction aux stimuli nocifs
Score de risque des patients transportés (RSTP)	<ul style="list-style-type: none"> • Distingue les nouveau-nés devant subir une intervention pendant le trajet de ceux qui n'en ont pas besoin • A été proposé pour faciliter le triage
Situation, antécédents, évaluation, recommandations et répétition (SBARR)	<ul style="list-style-type: none"> • Améliore la communication et réduit les erreurs • Devrait être utilisé lors de transferts
Modes de mesure du transport recommandés par l'American Academy of Pediatrics et une initiative canadienne	<ul style="list-style-type: none"> • Propose la durée du transport (mobilisation, réponse et stabilisation), en faisant remarquer que cette période dépend des conditions météorologiques, de la distance et du mode de transport, tous des facteurs qui échappent souvent au contrôle des équipes assurant le transport.

Dans la mesure du possible, le nouveau-né doit être stabilisé à l'hôpital d'origine avant son transport⁷⁴. Pour ce qui est de la stabilisation du nouveau-né, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) recommande que les FSS utilisent le Programme de soins aigus aux nouveau-nés à risque (ACoRN), un cadre clinique en huit étapes visant à recueillir et à organiser les renseignements, à établir les priorités et à intervenir adéquatement⁷⁵. Lorsqu'on décide d'un mode de transport, il est important de tenir compte des facteurs de stress physiques sur le nouveau-né. Ces derniers sont particulièrement vulnérables aux vibrations, il faut donc les réduire au minimum pendant le transport⁷⁶.

Dans son document de principes *Le transport interhospitalier des nouveau-nés gravement malades*, la SCP traite des composantes d'une équipe de transport néonatal, des compétences et de la formation, de l'équipement et des véhicules,

des systèmes et des processus, tout en faisant valoir l'importance d'une approche du transfert axée sur la famille. Voir ce document pour obtenir des recommandations sur le personnel, l'équipement, les véhicules, les systèmes et les processus, et l'assurance de la qualité nécessaire au transfert des nouveau-nés⁵⁹.

6.6 PERSONNEL AFFECTÉ AU TRANSPORT

Le personnel affecté au transport a besoin d'une expertise collective, de compétences techniques et d'un jugement clinique pour fournir des soins de soutien à la grande variété d'urgences qui peuvent survenir pendant le transport. Les membres d'une telle équipe peuvent comprendre des médecins, des infirmières, des inhalothérapeutes et des services médicaux d'urgence, en fonction du niveau de besoin prévu de la femme ou du nouveau-né transporté.

Le document *Criteria to Support Appropriate Level of Obstetrical Care* d'Alberta Health Services et le document de principes de la SCP, *Le transport interhospitalier des nouveau-nés gravement malades*, présentent les principales compétences des FSS pour assurer le transport des mères et des nouveau-nés^{59,72} :

- Capacité de surveiller les femmes, les signes vitaux néonataux et du fœtus, et les nourrissons, d'évaluer les conditions changeantes et d'y réagir;
- Capacité d'effectuer la réanimation néonatale et la réanimation cardiopulmonaire (RCR);
- Capacité d'amorcer et d'administrer une intravénothérapie;
- Capacité d'effectuer un accouchement d'urgence;
- Souplesse, pensée critique, jugement opportun et capacité à résoudre des problèmes;
- Pensée indépendante;
- De bonnes compétences en leadership et en communication interpersonnelle, et des compétences appropriées en gestion de ressources en cas de crise.

Pour la plupart des transferts entre hôpitaux, les ambulanciers sont les fournisseurs de soins cliniques appropriés; mais il y a des scénarios où, pour des raisons cliniques, logistiques ou générales de soutien, une sage-femme, un médecin ou une infirmière devrait voyager avec la patiente-cliente.

Dans le cas du transport néonatal, les membres de l'équipe de service ont besoin d'une formation supplémentaire pour pouvoir stabiliser l'enfant. Si le nourrisson présente une instabilité mettant sa vie en danger, un néonatalogue peut accompagner l'équipe pour aider à stabiliser le nourrisson⁷⁷. Dans son document *Competencies Profile - Interfacility Critical Care Transport of Maternal, Neonatal, and Paediatric Patients*, l'Association canadienne des centres de soins de santé pédiatriques (ACCSP) énumère les compétences détaillées qui couvrent un large éventail d'exigences pour les cliniciens effectuant des transports⁷⁸.

6.7 TÉLÉMÉDECINE

Dans un modèle de soins régionalisé, la télémédecine peut aider à réduire les transferts évitables en connectant les spécialistes avec les patientes-clientes⁷⁹⁻⁸¹. Par exemple, la télémédecine a été utilisée pour évaluer la rétinopathie de prématurité chez les nouveau-nés de très faible poids à la naissance, pour l'échographie et l'échocardiographie fœtales, pour soutenir les familles et offrir une formation⁸². Les consultations avec un néonatalogue par télémédecine ont permis de réduire le nombre de transferts entre les établissements par rapport aux consultations téléphoniques⁸⁰. Une majorité (93 %) des FSS qui ont mis à l'essai la télémédecine ont déclaré une amélioration de la sécurité ou de la qualité des soins offerts aux patientes-clientes⁸³.

Ces constatations sont particulièrement importantes pour les résidents des collectivités rurales et éloignées qui peuvent alors éviter le transport sur de longues distances vers les centres de soins tertiaires grâce à une intégration accrue de la télémédecine dans les réseaux de soins.



7 ÉTABLISSEMENTS ET ÉQUIPEMENT

Même s'il existe de nombreuses manières de soutenir les SMNPF, la conception physique des établissements de naissance joue un rôle clé. De tels lieux conçus selon une perspective familiale tiennent compte des expériences et des préférences des mères et de leur famille. Les établissements peuvent répondre aux besoins des femmes et de leur famille tout en atteignant l'objectif primordial de sécurité pour les familles et le personnel.

Toutefois, il est important de s'assurer que les principes qui sous-tendent les soins sont principalement soutenus par les personnes mêmes qui fournissent des soins. Si l'on souhaite modifier l'établissement physique, il vaut mieux accompagner ces efforts de façon à soutenir et à préserver la pratique des FSS. Les décisions en matière de conception des lieux peuvent avoir une incidence sur le travail d'équipe dans le contexte des soins. L'aspect physique des lieux est aussi important que la technologie pour faciliter la communication. De bonnes pratiques de communication sont favorisées par une transparence spatiale (le fait de pouvoir voir les autres employés), la création d'un espace de travail collaboratif ou partagé, et des *zones neutres*, c'est-à-dire des espaces qui

appartiennent à tous et qui ne créent ni ne renforcent les hiérarchies (comme c'est le cas dans les salles pour médecins ou les salles pour infirmières)⁸⁴.

Les principes des SMNPF sont essentiels à la planification et à l'organisation de l'établissement physique. Ils reconnaissent que l'accouchement est une célébration et, dans la plupart des cas, un processus normal et sain. 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 (ce que l'on appelle « soins de maternité en chambre individuel », ou SMCI).

« De tels lieux conçus selon une perspective familiale tiennent compte des expériences et des préférences des mères et de leur famille.

Les soins à la mère et au nouveau-né sont désormais perçus sous un angle nouveau : l'amélioration de la qualité des soins⁸⁵. Dans cette perspective, on valorise de façon toute particulière des soins respectueux et appropriés et la satisfaction de la famille à l'égard de son expérience⁸⁵⁻⁸⁷. La prestation de soins de maternité respectueux est conforme à une approche fondée sur les droits de la personne visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande ce qui suit⁸⁸ :

- Une communication et un engagement efficaces de la part de tous les FSS et administrateurs en réponse aux besoins et préférences des femmes;
- Des interventions qui visent à contribuer à une expérience de naissance respectueuse.

Cette approche de soins de maternité dignes reconnaît ce qui suit :

- L'objectif central des soins offerts aux femmes, aux bébés et aux familles consiste à aider les femmes à accoucher en bonne santé, dans des établissements appropriés comportant un équipement adéquat;
- La prise en charge des femmes dans le contexte de leur famille, et les familles peuvent être logées confortablement dans le milieu et se sentir partie intégrante du processus;
- En cas de difficultés, un objectif essentiel est d'aider les familles à être le plus possible ensemble;
- Il faut utiliser la technologie de manière appropriée.



Une conception intégrée signifie que le personnel de l'établissement participe à la prise de décisions afin que les priorités de tous – FSS, autres membres du personnel, patientes-clientes – soient au centre de la planification. Ce processus s'appelle « conception sociale ». Ce principe reconnaît que les familles ont des besoins socioculturels divers, selon les caractéristiques de la communauté et de la famille individuelle⁸⁹. L'attention portée à la diversité, par un apport direct, peut mener à une approche adaptée aux besoins de la collectivité. Pour de nombreuses communautés autochtones, par exemple, l'accouchement est une expérience collective soutenue par les Aînés et d'autres membres de la famille et du milieu pendant le travail et après l'accouchement. Il faut donc qu'il y ait suffisamment d'espace dans la salle d'accouchement pour accueillir respectueusement les personnes qui aident la femme ainsi que les FSS.

L'évolution des caractéristiques démographiques peut également être prise en compte lorsqu'il est question de la conception des lieux. Un exemple frappant est la hausse des taux d'obésité dans les pays industrialisés⁹⁰. On s'assurera alors que soient disponibles un nombre suffisant de lits, de chaises, de tables d'examen, de brassards de tensiomètre et d'équipements spécialisés, comme des ascenseurs, pour accueillir les femmes atteintes d'obésité. La conception des lieux devrait également tenir compte de l'espace nécessaire aux femmes et à leurs FSS pour se déplacer confortablement et en toute sécurité et pour accommoder les autres membres de la famille.

En fin de compte, les patientes-clientes apprécient d'être accueillies par [traduction] « un espace accueillant pour elles-mêmes et leurs visiteurs, qui favorise la santé et le bien-être »⁹¹.

Il faut également tenir compte des nouvelles tendances dans l'accès aux soins de santé, comme la diminution de la durée des séjours à l'hôpital, lors de la planification des SMNPF^{92,93}. La conception des lieux devrait refléter les besoins accrus en locaux pour patientes externes anténatales et postnatales. Cela peut comprendre un espace réservé pour des consultations privées ou pour l'alimentation des nourrissons à proximité des unités de travail et d'accouchement.

Même si des périodes de construction ou de rénovation majeure offrent la possibilité de mieux intégrer des processus axés sur la famille et de rafraîchir des installations démodées, les espaces existants peuvent également être améliorés avec des ressources moindres. Par exemple :

- Prévoir des douches pour la gestion de la douleur au lieu de rénover pour installer des baignoires d'accouchement;
- Utiliser des lits d'hôpitaux conventionnels si l'on n'a pas les moyens d'avoir des lits spécialement conçus pour l'accouchement;
- Utiliser la même salle à la fois pour le travail, l'accouchement et récupération;
- Élargir des limites de l'unité pour permettre la promenade pendant le travail.

D'autres articles, comme des ballons de naissance, des tabourets d'accouchement, des chaises berçantes, des fauteuils de repos pour conjoints et différents articles décoratifs qui ajoutent de la chaleur à une pièce, peuvent s'acheter à un coût minime. Mais les considérations en matière de conception des lieux s'étendent aussi au-delà de la salle d'accouchement pour inclure les soins continus, depuis le moment où une femme enceinte et une famille entrent dans l'établissement.

En reconnaissant que les SMNPF s'appliquent à tous les milieux de soins, il est important d'intégrer les principes de conception des lieux axés sur la famille dans tous les espaces périnataux, y compris les USNI. En plus de répondre aux besoins physiques du nouveau-né, les USNI peuvent soutenir les besoins psychosociaux du nourrisson et de sa famille⁹⁴. En particulier, les principes de conception des lieux peuvent aider

les FSS et les familles à partager la prise de décisions et permettre aux parents d'être le principal fournisseur de soins pour leur bébé⁹⁵. Les chambres unifamiliales de l'USNI comportent de nombreux avantages, comme aider les familles à faire des choix dans l'environnement (p. ex., en ajustant l'éclairage, la température, le bruit), améliorer les taux d'allaitement maternel et réduire le stress et l'anxiété des parents, en particulier pour les familles qui peuvent être loin de chez elles pour un séjour prolongé à l'hôpital⁹⁵.

Les normes de pratiques exemplaires pour la conception d'une USNI recommandent également la création d'une bibliothèque familiale ou d'une zone d'éducation, où l'on trouve des renseignements sur les procédures de l'USNI, sur la perte et le deuil des nourrissons et des ressources locales⁹⁶.

7.1 PHASES DE SOINS

Des soins complets à la mère et au nouveau-né comportent plusieurs phases. Les établissements qui intègrent de tels soins peuvent inclure une zone de triage pour les femmes qui ne sont pas encore en travail actif ou qui font l'objet d'une surveillance pour déterminer si le travail a commencé. Certains établissements disposent d'une « zone prénatale » pour les femmes nécessitant une hospitalisation durant la grossesse.

Selon les lignes directrices établies par Perinatal Services BC, grâce aux SMCI, l'espace de travail, d'accouchement et de postpartum est conçu pour éviter de déplacer la mère. Les SMCI accroissent la satisfaction patiente-cliente et contribuent à réduire le taux d'infection, la durée du séjour à l'hôpital, le nombre de postes d'employés et les coûts directs⁹⁷⁻⁹⁹. Les infirmières ont également exprimé une plus grande préférence pour les chambres individuelles de soins de maternité en ce qui a trait au milieu physique, à leur capacité de répondre aux besoins des familles et d'enseigner aux familles, au milieu de la pratique infirmière, au soutien par les pairs et au niveau de compétence perçue¹⁰⁰. Leur satisfaction était beaucoup plus élevée que celle de leurs homologues occupant des chambres standard.

Même si l'objectif d'un séjour complet à l'hôpital dans une seule pièce n'est pas possible pour certains bâtiments existants, il serait possible de réduire le nombre de déplacements pendant les soins sans en modifier l'infrastructure.

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-né¹⁰¹. Idéalement, la salle d'opération et l'aire de récupération se trouvent dans la zone des soins à la mère et au nouveau-né.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le fait d'avoir un grand nombre de chambres unifamiliales dans une USNI réduit la nécessité d'adopter des politiques plus restrictives concernant la présence parentale, ce qui permet aux familles de rester ensemble¹⁰².

7.2 PRINCIPES ET PROCESSUS EN MATIÈRE DE CONCEPTION DES LIEUX

La fonctionnalité de l'espace est déterminée par ses utilisateurs ou ses occupants. Pour améliorer les SMNPF, il est essentiel de réfléchir à la façon dont les femmes et leur famille évolueront dans un espace déterminé. Il est donc utile de prendre en compte les points suivants :

- 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?
- 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?
- 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 jeux pour les enfants?
- Y a-t-il un espace de rangement où les familles peuvent ranger leurs effets en toute sécurité, y compris leurs suppléments alimentaires (réfrigérateur, cafetière, bouilloire)?

- 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?

Les outils de cartographie et la modélisation en trois dimensions (3D) peuvent maximiser l'efficacité de la phase de conception des lieux. Il est possible de rendre un établissement plus axé sur la famille sans dépenses d'investissement; il s'agit alors de sélectionner soigneusement les couleurs intérieures, l'ameublement, les finitions et l'éclairage pour assurer le confort de l'environnement. De plus, les établissements peuvent intégrer des œuvres d'art, des murales, des courtelines et d'autres éléments décoratifs décrivant des représentations culturelles diverses et inclusives des familles. Ils peuvent également offrir des services qui favorisent les principes de SMNPF, comme des visites et des activités avec les frères et sœurs, des collations nourrissantes ou des repas plutôt que des aliments de la cuisine de l'hôpital, et des messages personnalisés dans les chambres des familles¹⁰³.

La conception des lieux est étroitement associée à la nécessité d'un *plan de gestion du changement* pour orienter la transition de l'aménagement existant vers le nouvel environnement et encourager des modèles positifs d'interaction entre le personnel et les familles dans un nouveau contexte. Même si la disposition physique des services prénatals peut favoriser les SMNPF, ou y nuire, il est essentiel de reconnaître l'influence de la *culture* sur ces soins et l'importance des relations comme le fondement d'une perspective qui incite à placer la femme enceinte et sa famille au centre des soins.

HSC WINNIPEG WOMEN'S HOSPITAL

L'hôpital pour femmes de Winnipeg (*HSC Winnipeg Women's Hospital*) a ouvert ses portes en décembre 2019 avec une vision consistant à [traduction] « répondre aux besoins uniques et variés des femmes en matière de soins de santé tout au long du cycle de vie, des nouveau-nés et des familles dans leur cheminement vers la santé, l'espoir et la guérison ». L'établissement s'est également engagé à [traduction] « faire progresser les soins par l'excellence en recherche et en éducation afin d'appuyer les aidants dans leur quête de soins sûrs, efficaces, innovateurs, compatissants et holistiques tout en étant sensible à l'expérience vécue par les femmes » et à être un endroit « accueillant, respectueux, apaisant et paisible »¹⁰⁴.

Les principes directeurs visent la sécurité, l'établissement de priorités pour l'expérience patiente-cliente, la consultation, la participation du personnel, ainsi qu'un environnement intérieur sain et de grande qualité et une intégration positive dans le voisinage. Les soins axés sur les femmes et sur la famille sont des principes clés, et les soins axés sur la famille mettent l'accent sur un [traduction] « modèle qui consiste à fournir des soins respectueux, compatissants et adaptés à la culture qui répondent aux besoins, aux valeurs et aux préférences des patients et des membres de leur famille »¹⁰⁴.

Le processus de la conception des lieux a été intégré, fondé sur la collaboration et la communication avec un large éventail d'intervenants clés. Cela a permis de prévoir un lieu de répit pour la famille, de l'espace au chevet pour la famille, des lieux de rassemblement et des espaces spirituels.

7.3 ACCOUCHEMENT À L'HÔPITAL : INSTALLATIONS PRÉNATALES, ANTÉNATALES, D'ACCOUCHEMENT ET POSTNATALES

Des installations qui sont adaptées aux patientes sont facilement accessibles et utilisables; elles permettent de plus le mouvement, la communication et la connexion entre les membres de la famille⁹¹. Il est important de planifier adéquatement un espace pour les utilisateurs indépendants et assistés de fauteuils roulants dans chacune des installations prénatales, d'accouchement et postnatales¹⁰⁵.

Il faut également disposer d'un espace de rangement adéquat pour les aides à la manipulation, comme les lève-personnes et les fauteuils roulants¹⁰⁶. La vie privée est un aspect très important des soins; il peut être établi et entretenu grâce à des niveaux élevés d'isolement sonore et des rideaux de fenêtre dans tous les établissements¹⁰⁶.

Les documents *International Health Facility Guidelines, CSA Z8000-18 : Établissements de santé canadiens, lignes directrices sur la planification, la conception et la construction* et d'autres lignes directrices recommandent la conception et l'équipement dans les unités de travail et d'accouchement^{106,107}.

RECOMMANDATIONS POUR LA CONCEPTION ET L'ÉQUIPEMENT

Unités pour patientes hospitalisées et soins à domicile en périnatalité

Les femmes qui doivent être hospitalisées pendant leur grossesse en raison de complications personnelles ou liées à leur bébé sont soignées à l'unité anténatale.

Les recommandations en matière de conception des unités en périnatalité pour les patientes hospitalisées comprennent diverses interventions visant à réduire les troubles du sommeil; par exemple, l'utilisation d'un panneau de porte laminé comportant des notes collantes pour indiquer l'heure de réveil préférée de la mère et la mise à disposition d'appareils à bruit blanc, de masques pour les yeux et de bouchons d'oreille pour faciliter le sommeil¹⁰⁸.

Certaines administrations fournissent des soins périnataux à domicile aux femmes ayant des complications pendant la grossesse. Une infirmière des soins à domicile se rend régulièrement sur place pour effectuer des évaluations et offrir une formation en fonction des besoins de la mère. L'objectif des soins périnataux à domicile est de soutenir les familles à la maison et de réduire le nombre d'admissions à l'hôpital¹⁰⁹. Des recherches menées au BC Women's Hospital ont montré que de tels soins contribuent à améliorer les résultats psychosociaux et à réduire les coûts pour le système de soins¹¹⁰.

Entrée ou aire d'accueil

Une entrée ou une aire d'accueil offrant une atmosphère accueillante et informelle, des commodités publiques et des aires d'attente pour les familles sont idéales. Il est important d'avoir un accès clair au personnel d'admission¹¹¹. La zone doit être surveillée afin d'empêcher un accès libre et d'optimiser la sécurité.

Triage et salon pour le travail précoce

L'OMS recommande de retarder l'admission dans une salle de travail jusqu'au moment de la première phase du travail actif. Ce délai diminue la probabilité d'une intervention visant à accélérer le travail¹¹². Toutefois, il peut arriver que les risques liés à un voyage de retour à la maison l'emportent sur les avantages d'être à la maison; par exemple, si la mère en travail doit faire un long trajet pour rentrer chez elle, puis revenir, ou si la température rend le voyage dangereux. Une salle pour le travail précoce offre un espace sécuritaire où les femmes et leur famille peuvent se sentir à l'aise.

Les éléments de conception d'une telle salle comprennent un poste de lavage des mains, une douche, une aire d'exercices et de promenade, un salon séparé et calme, ainsi qu'un poste alimentation offrant des collations légères et des boissons^{106,113}.

Salle d'opération pour naissances

Une telle salle est utilisée non seulement pour les césariennes, mais aussi pour d'autres situations de risque pour la mère ou le bébé, ou lorsqu'il s'agit de complications possibles ou réelles. Comme le préconisent les lignes directrices sur la prévention des infections, la salle d'opération pour naissances devrait être située dans un endroit à accès limité et près de la chambre de naissance; elle devrait également être à proximité de l'USNI¹¹⁹. Dans la norme *CSA Z8000 Établissements de santé canadiens - Planification, conception et construction*, on trouve une liste de l'équipement nécessaire pour une telle salle d'opération, par exemple¹⁰⁶ :

- chaque salle d'opération pour naissances doit avoir une superficie d'au moins 60 m², avec une salle de brossage adjacente;
- l'espace prévu pour la réanimation et autres soins du bébé doit être aménagé à part, dans la salle d'opération pour naissances, ou encore dans une pièce contiguë (voir la section sur l'« aire de réanimation du nouveau-né »);

- toute salle de naissance servant à une intervention médicale doit contenir, ou permettre d'avoir à portée de la main, l'équipement nécessaire à une salle de naissance;
- la chambre peut avoir un lit muni d'étriers et d'une base rétractable, ou un lit de naissance;
- il devrait y avoir une bouche d'aspiration et une prise d'oxygène distinctes pour la mère et le bébé.

Salle de travail, d'accouchement, de soins postnatals, ou chambre individuelle de soins de maternité

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.

Quelle que soit la taille de la pièce, la mère qui accouche devrait être soutenue dans son choix de position pour le travail et la mobilité. Une ambiance non clinique favorise la détente, l'environnement jouant un rôle important dans la production d'ocytocine pendant le travail^{106,114}. Idéalement, chaque chambre est munie d'une toilette privée, d'une douche ou d'une baignoire et d'une fenêtre avec vue extérieure.

L'environnement d'accouchement n'a pas seulement une incidence sur l'expérience d'accouchement de la femme et sur ses résultats et ceux de son nouveau-né, il influe également sur les soutiens à l'accouchement de la femme et sur le personnel de soins de maternité¹¹⁴⁻¹¹⁷. Le contrôle de l'environnement de la chambre (p. ex., l'éclairage, la température, la liberté de fermer ou d'ouvrir la porte) et la liberté de mouvement, en particulier, favorisent le confort général de la femme et de sa famille, ce qui suggère que les familles pourraient bénéficier de disposer de diverses options pour l'aménagement de leur chambre et apporter d'autres fournitures de la maison pour améliorer le confort général¹¹⁸.

Dans la *norme CSA Z8000 Établissements de santé canadiens – Planification, conception et construction*, on trouve une liste de l'équipement recommandé pour les SMCI. Chaque chambre d'accouchement comprend ce qui suit¹⁰⁶ :

- Un équipement distinct pour l'oxygène, l'air et l'aspiration; des sorties de gaz facilement accessibles (ce qui peut inclure l'oxyde nitreux); et de l'équipement fixé au mur, même s'il peut être recouvert;
- Un éclairage naturel ou indirect pour le travail et une source lumineuse adéquate pour les interventions médicales;
- Une source d'énergie pour les situations d'urgence;
- Des détecteurs de fumée;
- Une ligne téléphonique pour les appels vers l'extérieur;
- Un système d'appel interne relié au poste des infirmiers avec affichage de données et des sonnettes d'appel tout près du lit et dans la salle de bain.

Chambre postpartum mère-enfant

Si les soins en chambre individuelle ne sont pas possibles, la mère et le bébé devraient quand même rester ensemble. L'aménagement des lieux pour les SMNPF après la naissance comprend notamment les exigences suivantes :

- Un lit confortable pour la mère et un berceau autonome pour son bébé muni d'un espace de rangement (pour les articles nécessaires aux soins du nouveau-né pendant 24 heures);
- Une surface de couchage pour la personne qui aide la mère¹⁰⁶;
- Un lavabo dans chaque chambre, une salle de bain avec toilettes et douche dans chaque chambre ou à proximité;
- Un réfrigérateur muni d'un congélateur pour conserver le lait maternel¹⁰³;
- Une table de lit et une lampe au-dessus du lit ainsi qu'une table de chevet;
- Des espaces de rangement pour la lingerie propre et souillée;
- Une chaise berçante;
- Une ligne téléphonique pour les appels vers l'extérieur;
- Un téléviseur ou un écran pour matériels éducatifs¹⁰³.

Aire de réanimation du nouveau-né

Une aire de réanimation peut être nécessaire si un bébé a besoin d'une intervention ou d'une surveillance médicale, car l'importance de ne pas séparer les mères et les bébés est bien établie (OMS, 2018) et la mère ou son conjoint devrait rester aux côtés du bébé¹¹².

Même s'il n'existe pas de lignes directrices canadiennes sur le sujet, le document américain *Recommended Standards for Newborn ICU Design* recommande une aire de réanimation de 13,0 m² pour chaque berceau afin de permettre le déplacement du personnel et de l'équipement dans les cas de réanimation et de stabilisation. Une aire de réanimation pour deux bébés (au moins) devrait être envisagée en cas de naissances multiples.

Chaque aire de réanimation comporte les éléments suivants¹¹⁹ :

- Un lavabo;
- Un comptoir/espace de travail;
- Un approvisionnement en gaz médicaux;
- Des lumières sur commutateurs séparés;
- L'intimité pour chaque couple mère-bébé et la famille;
- Des fournitures et un équipement de réanimation (entreposage possible à proximité);
- Un élément chauffant pour nourrisson.

Unités de soins néonataux intensifs (USNI)

Les USNI à unité unique sont optimales pour offrir aux familles l'intimité et le soutien dont elles ont besoin^{96,120}. La séparation des mères et des bébés découle souvent d'un manque d'espace et des pratiques hospitalières habituelles. De plus en plus, les USNI sont conçues non pas comme baie ouverte, mais comme chambre individuelle de soins comportant un espace pour accueillir le ou les parents 24 heures par jour, 7 jours par semaine; cela permet également aux parents de fournir une somme importante de soins à leur bébé.

Même s'il n'existe pas de lignes directrices canadiennes sur les USNI, le document américain *Recommended Standards for Newborn ICU Design* recommande ce qui suit¹¹⁹ :

- Pas moins de 13,9 m² [150 pi²] d'aire de plancher libre, à l'exclusion des postes de lavage des mains, des colonnes et des allées;
- Un poste de lavage mains libres;
- Un aménagement qui offre une intimité à la famille;
- Une allée adjacente non obstruée d'au moins 2,4 m (8 pieds) de largeur pour le passage du personnel et le déplacement de l'équipement;
- Au moins, une chaise inclinable confortable pour favoriser le contact peau contre peau, un bureau ou autre surface pour écrire ou pour un ordinateur portable, et un espace de rangement d'au moins 0,17 m³ (6 pi³);
- Faible niveau sonore dans les chambres pour nourrissons.

7.4 ACCOUCHEMENT À DOMICILE ET AU CENTRE DE NAISSANCE

Depuis 1992, l'accès accru aux soins de sages-femmes au Canada a entraîné une augmentation du nombre d'accouchements à domicile ou hors du milieu hospitalier assistés par des sages-femmes autorisées. L'accouchement à domicile est sans danger pour les femmes à faible risque susceptibles d'avoir un accouchement vaginal sans complication.^{121,122} Pour certaines femmes, l'accouchement à domicile peut être l'exemple même des SMNPF, car le travail et l'accouchement se produisent dans un environnement familial et intime, adapté aux besoins de la femme et de sa famille.

Même si les différentes associations de sages-femmes au Canada ont élaboré des lignes directrices contenant des exigences relatives à un accouchement à domicile sécuritaire, il existe peu de restrictions sur la taille du domicile, au-delà d'un espace suffisant pour permettre à la femme accoucheuse de s'allonger et à la sage-femme de l'aider et d'installer son équipement¹²³.

Une sage-femme se rendra à la maison pendant la période prénatale pour s'assurer que l'endroit convient à l'accouchement, tout en déterminant la distance à parcourir, au besoin, pour accéder aux services hospitaliers et le meilleur accès aux services médicaux d'urgence.

Dans certaines administrations, les accouchements hors du milieu hospitalier peuvent se faire dans des centres de naissance. Ces établissements de santé communautaires réglementés favorisent l'accouchement pour les femmes à faible risque d'avoir besoin d'un soutien spécialisé. Les centres de naissance peuvent être autonomes ou faire partie d'un établissement de soins de santé plus vaste. Ils sont généralement composés de sages-femmes, même si dans certaines administrations les médecins peuvent également y jouer un rôle. De nombreux centres de naissance sont conçus avec des espaces ouverts ou polyvalents pour faciliter le travail et la naissance ainsi que les soins prénatals individuels et collectifs et des groupes de soins postnatals, d'allaitement et éducatifs.

La décoration des salles d'accouchement peut varier d'un environnement comme à la maison, avec meubles en bois et lits à deux places standard, à un style plus institutionnel avec meubles et lits de qualité hôpital. De nombreux centres de naissance offrent l'accouchement dans l'eau. L'aménagement des centres de naissance vise tout particulièrement à être un contrepoint aux milieux institutionnels ou aux soins hospitaliers traditionnels.

7.5 MESURES POUR ÉVALUER LA CONCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS

Les décisions relatives à la conception influent sur les coûts, les opérations et le rendement; par ailleurs, une conception efficace des établissements de soins de santé intègre une approche sociotechnique, qui combine éléments humains et éléments techniques^{124,125}. Au cours des dernières années, les principes Lean ont été largement adoptés dans la conception des hôpitaux afin de réduire les déchets et d'utiliser de façon optimale les capacités du personnel^{124,126}. Les « 3 P du modèle Lean » (production, préparation, processus) tiennent compte des personnes, des produits et des processus dans la conception des installations¹²⁴. Selon les principes Lean, il s'agit de « déterminer la valeur pour l'utilisateur, schématiser la chaîne de valeur,

créer un flot, implanter un flot tiré et assurer une amélioration continue »^{84, p.1}. Deux études récentes menées en Angleterre ont appliqué ces principes à la conception d'une nouvelle unité d'endoscopie et d'une nouvelle unité de maternité^{124,127}. Les deux équipes de recherche ont constaté que les 3 P sont un outil efficace pour élaborer des conceptions d'installations qui répondent aux exigences de multiples intervenants^{124,127}.

L'évolution vers une conception environnementale fondée sur des données probantes exige l'établissement de mesures d'évaluation. Cela comprend le suivi et l'évaluation du rôle de la conception physique dans les résultats cliniques et l'amélioration des indicateurs tels que le rendement économique, la productivité des employés et la satisfaction de la famille¹²⁸. En plus des mesures propres à chaque site, les évaluations après l'occupation fournissent des données utiles pour adapter itérativement la conception aux besoins des femmes et de leur famille.

Certaines administrations exigent maintenant que les projets de réaménagement des soins de santé comprennent une évaluation après l'occupation. Bien que ces projets varient quant à la taille, l'échelle, l'emplacement et le but, les évaluations pertinentes peuvent être normalisées à l'aide de trousseaux d'outils¹²⁹.



8 MISE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES : FACILITER LE CHANGEMENT

Les diverses administrations du pays se sont orientées vers les soins axés sur les patients et la famille afin d'accroître la réceptivité aux besoins des communautés en matière de soins de santé. Les effets prévus comprennent l'amélioration de résultats mesurables, comme l'accès aux soins primaires; l'amélioration de la satisfaction des patients et des clients à l'égard des soins qu'ils reçoivent; et la réduction des temps d'attente à l'hôpital¹³⁰⁻¹³². À l'échelle internationale, des engagements explicites en matière de soins axés sur la famille sont également pris¹³³. Ces changements sont appuyés par une restructuration qui donne la priorité à l'adaptation du système de soins aux besoins et aux préférences des personnes et des collectivités, plutôt qu'à l'obligation de s'adapter au système. À cet égard, le principal tenant est le respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés¹³⁴.

Les principes suivants des soins axés sur la famille sont particulièrement importants pour les soins de maternité :

- L'éducation et les connaissances : à la base des décisions relatives aux soins;
- L'engagement envers la pleine participation de la famille à la prise de décisions et à la défense de la femme enceinte;
- La collaboration et la gestion d'équipe afin de favoriser la continuité le long du parcours des soins;
- La sensibilité aux dimensions culturelles et spirituelles de la naissance;
- Le respect des besoins et des préférences des patientes-clientes pour reconnaître les valeurs et les croyances individuelles;
- L'accès à l'information pour que les patientes-clientes participent à la prise de décisions éclairées¹³⁵;
- Une compréhension que la grossesse et l'accouchement sont des événements physiologiques normaux qui peuvent tout de même entraîner des pathologies et des résultats inattendus;
- La reconnaissance de l'importance de répondre aux besoins psychologiques des femmes et de leur famille tout au long de l'année de grossesse.

Un cadre de soins culturellement adapté et centré sur la famille s'applique à trois niveaux : de l'individu, de l'hôpital et du système de soins de santé. Par exemple, les SMCI à l'hôpital reflètent les pratiques exemplaires du point de vue de la mère et de la famille. L'établissement de priorités pour ces mesures du *processus* lors de l'évaluation des soins renforce une perspective axée sur la famille – cela permet de redéfinir le parcours des soins à travers les yeux de la mère et de la famille.



8.1 MOBILISATION DES PATIENTS-CLIENTS

L'engagement du public, fondé sur le respect de la voix des patients-clients pour la conception et la planification des soins de santé, est une façon d'obtenir des soins axés sur la famille. Il ne s'agit pas uniquement ici de prendre en compte la perception des patients-clients en matière de soins; cela comporte également la participation du public aux décisions stratégiques concernant les services et les politiques de santé¹³⁶. Il reste que des définitions opérationnelles claires du public et de son rôle restent floues. Le public [traduction] « veut émettre des commentaires, en particulier pour ce qui est d'établir des priorités dans les grands secteurs de services, y compris

l'élaboration des critères qui présideront ultimement aux décisions en matière de financement », mais il existe un manque de clarté en ce qui concerne la manière dont les citoyens et les patients-clients peuvent contribuer à l'établissement des priorités, à la transformation des soins de santé et à l'amélioration des soins de maternité^{93,137,138}.

Le *Spectre de la participation publique* de l'AIP2, largement utilisé, a été élaboré pour aider à définir le rôle du public dans tout processus de participation du public¹³⁹. Ce continuum, qui représente des catégories d'impact croissant pour la prise de décisions, se déplace entre les activités visant à informer, à consulter, à impliquer, à collaborer et à habiliter les citoyens.

LE SPECTRE DE LA PARTICIPATION PUBLIQUE DE L'IAP2¹³⁹

	Information	Consultation	Implication	Collaboration	Habilitation
Objectif de la participation du public	Fournir au public une information équilibrée et objective pour l'aider à comprendre le problème, les options possibles, les perspectives et les solutions.	Obtenir les commentaires du public sur les options possibles ou les décisions en matière d'analyse.	Travailler directement avec le public tout au long du processus pour veiller à ce que ses préoccupations et aspirations soient comprises et prises en compte de façon suivie.	Établir des partenariats avec le public pour chaque aspect de la prise de décisions, y compris l'élaboration d'options possibles et le choix de la solution préférée.	Placer la prise de décisions entre les mains du public.
Exemples de méthodes d'engagement	<ul style="list-style-type: none"> • Communiqués • Fiches d'information • Sites Web • Portes ouvertes • Annonces/prospectus • Ligne téléphonique d'information • Émissions-débats 	<ul style="list-style-type: none"> • Sites Web • Groupes de discussion • Sondages • Réunions publiques ou en petits groupes 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers • Tours de table • Scrutin délibératif • Réunions publiques ou en petits groupes 	<ul style="list-style-type: none"> • Comités consultatifs • Partenariats • Établissement du consensus • Prise de décisions participative 	<ul style="list-style-type: none"> • Jurys citoyens • Scrutins • Décisions déléguées • Contrats de service

Lorsque le public est effectivement engagé, les soins sont améliorés et il y a une meilleure prestation de services^{140,141}. Le succès des processus d'engagement patients-clients repose en grande partie sur la souplesse de la culture des soins de santé, laquelle permet de passer d'un modèle essentiellement hiérarchique et descendant à un modèle où le pouvoir est partagé ou neutre entre patients-clients et fournisseurs¹⁴². Puisqu'un tel changement exige beaucoup d'énergie et de temps, sa réussite dépendra également d'un bon soutien au sein de la structure organisationnelle et de la culture de l'établissement de soins.

8.2 SOUTENIR LA CULTURE DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

Une culture organisationnelle favorable est essentielle à la transformation d'un système¹⁴³. Mettre en place et soutenir un nouveau paradigme de soins de maternité, cela suppose d'adhérer fermement aux principes des SMNPF et de s'appuyer sur tous changements structureaux initiaux apportés au système de soins de santé. Une fois déterminés les domaines de changements positifs, les stratégies suivantes aideront à créer et à soutenir des changements culturels et organisationnels :

- Harmoniser la vision et l'action : Pour relier la vision et l'action, il faut un changement structurel à tous les niveaux d'un organisme (plans d'affectation des ressources, décisions budgétaires)¹⁴⁴.
- Effectuer des changements progressifs : Même si les changements liés aux systèmes et aux politiques fournissent le cadre nécessaire pour appuyer des changements généralisés, des changements petits et progressifs peuvent survenir et mener à des changements importants et globaux¹⁴⁵.

- Favoriser le leadership partagé : Le changement à l'échelle du système ou de l'hôpital est un « problème pernicieux », en ce sens qu'il n'offre pas de solution unique ou qu'il résiste à la résolution en raison de points de vue incomplets ou contradictoires¹⁴⁶. Concrètement, cela signifie que le changement du système de santé ne peut être résolu de façon isolée, mais requiert une responsabilité et un leadership partagés, ainsi qu'un engagement à l'égard de modèles de décisions partagés pour réduire toute fragmentation au sein de l'organisation¹⁴⁷.
- Promouvoir la mobilisation du personnel : Partager la prise de décisions en faisant participer tous les niveaux du personnel par l'entremise de groupes de discussion, d'équipes d'amélioration à l'échelle de l'unité, de séances de remue-méninges, de rétroaction rapide sur les résultats des petits projets terminés, de visites sur place, de téléconférences et de consultations individuelles¹⁴⁷. Même si cela exige beaucoup de temps, une sensibilisation authentique souligne des solutions d'importance.



- Créer et favoriser des relations interpersonnelles collaboratives :
Au niveau de l'hôpital, des mécanismes propres à promouvoir la collaboration entre les membres de l'équipe de soins assumant des rôles et responsabilités variés permettront de renforcer une culture favorable à la mise en place de changements structurels nécessaires. Les relations de collaboration sont soutenues de bien des manières, comme « par la création de groupes de travail, de comités axés sur un problème particulier ou de groupes d'apprentissage qui appuient l'action concertée, avec des structures d'attribution de temps et de récompense qui favorisent la participation d'un large éventail d'intervenants ».
- Porter attention au contexte : Les changements du système peuvent susciter des préoccupations au sujet des moyens de subsistance des professionnels. Des processus sont nécessaires pour appuyer le personnel et maintenir l'engagement à formuler des commentaires itératifs sur les conséquences du changement, dont certains peuvent être involontaires. Il s'agit donc de veiller à ce que des politiques soient en place pour répondre aux préoccupations des travailleurs¹⁴⁸.



9 ÉVALUATION DES SOINS

L'absence de définitions consensuelles et les différences organisationnelles entre les administrations ont nui à l'analyse des données pancanadiennes. Si la collecte de données nationales est une tâche ardue, la diffusion et l'utilisation de ces données peuvent également poser problème. En particulier, des préoccupations concernant la protection de la vie privée peuvent limiter l'analyse de sous-groupes de bases de données (p. ex., les mères nécessitant des soins spécialisés ou intensifs, ou les admissions aux USNI). Or, de telles analyses sont cruciales pour mieux comprendre les besoins et les soins requis

dans les segments de population à risque plus élevé. Un équilibre doit donc être atteint entre les préoccupations liées à la protection de la vie privée et une prestation efficace des services de soins à la mère et au nouveau-né (p.ex., l'accès à des données anonymes ou agrégées).

La mise en œuvre réussie des SMNPF dépend d'un système efficace, fiable et opportun qui évalue les résultats des soins et est sensible à la façon dont les femmes et leur famille perçoivent leur expérience de la maternité.

L'évaluation des soins consiste à consigner soigneusement les indicateurs de processus et de résultats. Elle comprend également un examen et une analyse réfléchis des renseignements retrouvés au sein d'une structure de rapport anonyme de manière à assurer une divulgation complète afin d'améliorer les soins.

L'évaluation des soins à la mère et au nouveau-né est souvent considérée comme la responsabilité des organisations régionales et nationales. Toutefois, chaque unité et fournisseur de services devrait participer à l'évaluation afin de déterminer si les mères, les bébés et les familles disposent de soins accessibles, appropriés et abordables. Des comités locaux multidisciplinaires de mères et de nouveau-nés remplissent cette fonction. Les organisations à haute fiabilité sont celles qui [traduction] « atteignent des objectifs de qualité et d'efficacité en matière de sécurité en appliquant cinq principes centraux :

1. la sensibilité aux opérations (c.-à-d. une sensibilisation accrue à l'état des systèmes et des processus pertinents);

2. la réticence à simplifier (c.-à-d. l'acceptation que le travail est complexe, avec le potentiel d'échouer de manière nouvelle et inattendue);
3. la préoccupation de l'échec (c.-à-d. considérer les quasi-échecs comme des occasions d'amélioration, plutôt que comme une preuve de succès);
4. le respect envers l'expertise (c.-à-d. la valorisation des points de vue du personnel possédant les connaissances les plus pertinentes en matière de sécurité par rapport aux personnes ayant une plus grande ancienneté);
5. et la capacité de résilience (c.-à-d. donner la priorité à la formation d'urgence pour de nombreuses défaillances improbables, mais possibles, du système) »¹⁴⁹.

L'ÉVALUATION DES SOINS PEUT COMPRENDRE CE QUI SUIT :

- L'amélioration continue de la qualité (ACQ), qui comprend la rétroaction et les activités de vérification, y compris l'établissement d'objectifs, la détermination de la mesure appropriée des objectifs, l'inventaire des lacunes dans les soins, l'intégration de la rétroaction de la patiente-cliente et la réalisation de vérifications ordinaires de pratique;
- L'examen régulier des politiques et des procédures en fonction des renseignements actuels;
- La formation et l'éducation du personnel ainsi que l'éducation et l'apprentissage des parents;
- L'évaluation des résultats : examen de la mortalité maternelle et infantile, des causes majeures de morbidité et des incidents importants; et analyses épidémiologiques;
- L'évaluation de l'utilisation des ressources et des services hospitaliers;
- L'évaluation de l'intégration de la mère et du bébé dans la communauté, y compris le soutien à l'allaitement;
- La demande de rétroactions des mères et de la famille et l'évaluation de leur satisfaction à l'égard des soins périnataux;
- L'évaluation des enquêtes ou des traitements couramment utilisés et l'étude des mécanismes de la maladie ou de la prévention.

Chaque unité devrait avoir en place une politique écrite décrivant les méthodes d'évaluation actuellement utilisées et un mécanisme par lequel de nouvelles évaluations peuvent être approuvées pour utilisation.

9.1 IMPORTANCE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

L'ACQ dans les soins de santé est un mécanisme qui permet de réfléchir aux processus et aux résultats d'une évaluation exhaustive de la qualité. L'un des principaux attributs de l'ACQ dans le contexte des SMNPF est l'élaboration d'indicateurs ou de mesures qui sont importants pour toutes les parties prenantes clés, y compris les femmes et leur famille. S'assurer que ces mesures communes sont valides et que leurs résultats sont utiles pour améliorer les soins de santé, cela exige un engagement actif à être à l'écoute des expériences des femmes et de leur famille. Des cadres d'ACQ ou d'évaluation pourront être mis en place pour autant que les FSS consignent ces expériences de soins.

Idéalement, ce processus se déroule de manière itérative au fur et à mesure que de nouvelles données et de nouveaux modèles de soins sont mis en œuvre afin d'ajuster le tir en ce qui concerne le système si des éléments du parcours des soins doivent être ajustés. Puisqu'une approche ne convient pas à tous, les décideurs voudront intégrer la souplesse dans leurs cadres d'ACQ et d'évaluation, en respectant les différences contextuelles entre les établissements quant à la manière dont les SMNPF sont mis en œuvre. Ainsi, l'application systématique de mesures pertinentes, fondées sur la famille et propres à chaque site mènera à des procédés d'amélioration de la qualité propres à guider la maturation des SMNPF au Canada.

Pour obtenir des soins axés sur la famille, il faut que les femmes et leur famille qui reçoivent de tels soins participent de manière authentique et qu'on leur demande d'expliquer ce qu'est le soin en question et comment mesurer son succès. La résurgence des sages-femmes au Canada est un exemple de réponse aux préférences en matière de soins de la patiente-cliente. Cela atteste en faveur du principe fondamental d'une prise de décisions éclairées et de la capacité des clientes à créer un environnement qui reflète directement leurs besoins par l'accouchement à domicile.

Dans le milieu hospitalier, l'engagement à mettre en œuvre les principes des SMNPF prend de l'ampleur, de même qu'une ouverture d'esprit en faveur de soins dirigés par ceux mêmes qui les reçoivent.

Comme mesure de la qualité des services de santé, les indicateurs peuvent favoriser les améliorations et la reddition des comptes^{150,151}. Une analyse systématique de la littérature portant sur l'évaluation de la prestation de soins de santé à la mère et à l'enfant à l'échelle internationale a permis de déterminer 87 indicateurs clés dans diverses catégories : activités de prévention, outils de diagnostic ou de dépistage, activités de traitement, mortalités maternelle et infantile, morbidités maternelle et infantile¹⁵¹. Au Canada, les indicateurs de la santé périnatale sont regroupés en quatre grands domaines de la santé : comportements et habitudes en matière de santé, services de santé, répercussions sur la santé maternelle et répercussions sur la santé foetale et infantile¹⁵².

L'éventail d'indicateurs appliqués à l'échelle nationale et internationale souligne la nature contextuelle des marqueurs de qualité et de sécurité dans les soins de maternité; il souligne également l'importance d'adopter une approche nuancée dans l'examen des déterminants sociaux de l'accès aux soins périnataux centrés sur la famille. En outre, la vaste gamme d'indicateurs de la santé et de la maternité dans la littérature souligne l'importance d'une collaboration interprofessionnelle bien intégrée, y compris avec les personnes ayant une expertise en santé mentale et en alimentation et nutrition. Cette conclusion est appuyée par le document *Évaluation de l'Initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (2010-2011 à 2017-2018)*, d'Affaires mondiales Canada. Cette évaluation réalisée en 2019 a révélé la nécessité de « mettre davantage l'accent sur une approche intégrée et multisectorielle pour mieux tenir compte des déterminants de la santé[...] »¹⁵³.



10 PLANIFICATION DES PANDÉMIES

Les principes de SMNPF peuvent aider à éclairer la prise de décisions, la pratique et les politiques en cas de pandémie. Il est encore plus important de respecter les valeurs des SMNPF lorsque les facteurs de stress sont intensifiés et que le besoin de se sentir connecté et soutenu augmente.

Toutefois, certains protocoles hospitaliers liés à une pandémie, comme l'accès restreint aux visites, constituent des obstacles à la participation de la famille pendant l'hospitalisation. Pour relever ces défis, il est essentiel d'expliquer clairement les politiques et les mécanismes de communication non physique entre les membres de la famille¹⁵⁴. L'Institute for Patient- and Family-Centered Care recommande de décrire les modifications des politiques au moyen d'un langage axé sur la patiente et la famille. Le langage du partenariat, y compris le ton, les mots utilisés et les messages fournis, aide à communiquer le rôle essentiel que jouent les membres de la famille.

Si l'isolement devient essentiel pendant le travail et l'accouchement, les hôpitaux peuvent utiliser des plateformes virtuelles pour tenir les familles au courant des progrès de la mère et du bébé. Un obstacle à cette situation est le manque d'accès Internet adéquat, ou encore d'outils ou de ressources pour la vidéoconférence ou les appels interurbains. Une solution pourrait consister à remettre aux patientes-clientes un téléphone intelligent avec un service Internet à faible coût ou gratuit ou des cartes d'appel prépayées. Cela permettrait également à ces femmes et aux

membres de la famille d'avoir accès virtuellement aux services de traduction¹⁵⁴. Parallèlement, il est important de reconnaître la capacité réelle des FSS à adopter des technologies et autres outils nouveaux et à distribuer des ressources limitées.

Au cours des deux dernières décennies seulement, des pays du monde entier ont dû faire face au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, 2003), au nouveau virus de la grippe H1N1 (H1N1, 2009), au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV, 2013), à l'écllosion d'Ebola (2014-2015) et à la pandémie de COVID-19¹⁵⁵. Les conditions écologiques mondiales donneront lieu à davantage de pandémies¹⁵⁶. Un élément commun à toutes les épidémies est une augmentation des cas qui nécessitent des mesures de santé publique coordonnées pour réduire le fardeau de morbidité et de mortalité et éviter que soient submergées les ressources en soins de santé.

« Il est encore plus important de respecter les valeurs des SMNPF lorsque les facteurs de stress sont intensifiés et que le besoin de se sentir connecté et soutenu augmente.



Les pandémies ont des répercussions sur tous les segments de la population, y compris les femmes enceintes et leur famille, et une approche coordonnée nécessite une planification fondée sur des données probantes¹⁵⁷⁻¹⁶¹. La mise au point de modèles de services cliniques fondés sur la prévention de la contamination croisée est essentielle à toute intervention^{159,160,162-165}. Dans le domaine des soins de maternité, cela peut se faire dans les services de maternité existants et par l'intermédiaire des services de maternité auxiliaires temporaires afin de répondre à la capacité de pointe dans les hôpitaux.

Dans le contexte de l'intervention en cas de pandémie, les besoins psychologiques de la mère enceinte et de sa famille prennent une importance accrue. Les mesures d'isolement peuvent accroître le potentiel d'intervention pendant le travail et entraîner la séparation des nouveau-nés de leur mère (ce qui pose des problèmes importants pour la mise en place de l'allaitement). Il est possible d'atténuer ces effets potentiels sur les soins aux patientes-clientes et à leur famille en tenant davantage compte des soutiens familiaux pendant l'accouchement. Cela comprend notamment un recours accru aux sages-femmes, et leur facilité d'accès également, et la possibilité qu'un plus grand nombre encore de femmes accouchent à la maison, loin des établissements hospitaliers, où de telles restrictions extrêmes sont plus susceptibles de se produire. Comme il appert que les pandémies seront de plus en plus fréquentes à l'avenir, il est essentiel de prendre des mesures en conséquence dès maintenant.

10.1 SERVICES DE MATERNITÉ MOBILES

Même s'il n'existe pas de lignes directrices canadiennes sur l'utilisation des maternités mobiles, dans le document américain *Guidelines for Auxiliary Maternity Units*, on recommande l'expansion des unités de sages-femmes (tant à l'hôpital qu'à l'extérieur) afin d'atténuer les surcharges potentielles de la capacité hospitalière. Ces lignes directrices décrivent la portée des services que ces unités pourraient offrir¹⁶². Les unités mobiles peuvent être construites de façon efficace pour répondre aux besoins des femmes enceintes et en travail à faible risque, qui continuent d'être appuyées par une équipe multidisciplinaire de calibre (sages-femmes, obstétricien, néonatalogie et soins infirmiers).

Les critères d'inclusion des patientes-clientes sont les suivants¹⁶² :

- Âge gestationnel limité entre 36+0/7 et 42+0/7 semaines;
- Grossesse unique;
- Présentation céphalique;
- Aucun problème d'hypertension, même s'il s'agit de cas légers ou contrôlés;
- Aucun problème chez la mère ou le fœtus, ou de problème néonatal qui dépasserait les capacités de l'unité;
- Détermination des patientes-clientes avant le début de l'accouchement.

Dans le cas où les patientes-clientes ont besoin de plus de soins, il faudrait mettre en place¹⁶² :

- un plan préétabli pour la disponibilité des services de consultation téléphoniques et de soins aigus obstétricaux et néonataux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- un plan préétabli pour le transfert urgent ou non urgent de la mère ou de son nouveau-né, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Voir le document *Guidelines for Auxiliary Maternity Units* pour connaître les besoins particuliers des unités de maternité temporaires¹⁶².

10.2 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX SOINS EN MILIEU HOSPITALIER

En ce qui concerne la préparation à une pandémie, les problèmes les plus fréquents dans les unités de maternité sont généralement le roulement élevé des patientes-clientes, la coordination du personnel et des fournitures, la répartition éthique de ressources médicales limitées et la coordination avec les organismes gouvernementaux^{158,164}. Tous les hôpitaux peuvent prévoir de futures pandémies et d'autres urgences en optimisant les communications de secours et leur réaction à la capacité de pointe, en se préparant à une dégradation potentielle des services, de même qu'en constituant une réserve et en planifiant les lignes d'approvisionnement¹⁵⁸. Parmi les autres considérations importantes pour les soins hospitaliers, mentionnons l'identification précoce des cas dans la collectivité pour permettre l'isolement à domicile et le triage approprié aux soins hospitaliers, au besoin¹⁵⁹. Dans la mesure du possible, les séjours à l'hôpital devraient être raccourcis et les rendez-vous postnatals offerts par télémedecine¹⁵⁸.

Les lignes directrices et les recommandations en cas de pandémie peuvent changer rapidement à mesure que les modes de transmission des maladies infectieuses évoluent et que les connaissances fondées sur la recherche deviennent disponibles¹⁶⁶. Le public a besoin de recevoir de nouveaux renseignements sur les pratiques exemplaires en matière de confinement et de traitement au fur et à mesure de leur disponibilité – et il le mérite; ainsi, les gens deviennent plus sensibilisés, peuvent modifier leurs comportements et contribuer à la prévention et à la propagation de la maladie¹⁶⁷.

10.3 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Il est particulièrement difficile pour les fournisseurs de soins de maternité d'empêcher la propagation de la contagion parce qu'ils sont en contact étroit avec les femmes en travail¹⁶¹. Cela peut avoir une incidence sur leur bien-être mental, en plus d'accroître la charge de travail malgré la réduction des contacts avec les patientes-clientes (en raison de la réduction des visites prénatales, de l'utilisation accrue des soins virtuels et de la réduction des consultations non urgentes), la pénurie d'équipement de protection individuelle (ÉPI), et l'inconfort physique lié à l'utilisation de tels équipements¹⁶⁸. Dans un contexte de restrictions imposées par les hôpitaux, les FSS peuvent également éprouver des émotions plus intenses en raison de leur rôle dans le soutien des femmes en travail en l'absence du conjoint ou de personnes qui autrement offriraient un soutien. En outre, les FSS peuvent ressentir de l'anxiété face à la possibilité de transmettre l'infection aux membres de leur propre famille et choisir de s'isoler pendant qu'ils sont en pratique clinique. Ils peuvent également éprouver une détresse mentale liée à une prise de décisions lourde sur les plans affectif et éthique au sujet de l'attribution des ressources¹⁶⁹.

Les données provenant de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 et les recherches préliminaires menées sur la pandémie de COVID-19 appuient l'affirmation voulant que les FSS éprouvent une anxiété, une crainte et un stress accrus¹⁶⁸. Aussi, pour assurer la santé de la main-d'œuvre, il ne fait aucun doute qu'il est essentiel de lui fournir un soutien psychologique pendant une pandémie. Parmi les moyens visant à réduire l'épuisement et à soutenir les FSS qui éprouvent une détresse émotionnelle figurent les suivants :

- Inclure des psychologues parmi les membres du personnel pour atténuer le stress et réduire l'épuisement professionnel;

- Dépister les problèmes de santé mentale et offrir une psychoéducation¹⁶⁹;
- Tirer parti de la technologie pour fournir des soutiens psychosociaux¹⁶⁸;
- Modifier les politiques afin de faciliter des modes de vie plus sains (dormir suffisamment, faire de l'exercice et avoir une alimentation saine);
- Pouvoir compter sur un soutien au niveau de l'établissement pour décompresser (p. ex., des salles d'exercice sur place et des postes d'autosoins, ainsi que des séances permettant de verbaliser).

10.4 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PATIENTES-CLIENTES

Pour offrir des soins appropriés axés sur la famille, il est essentiel de comprendre les façons complexes dont les pandémies façonnent l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Des tensions au sein de la société peuvent être facilement amplifiées pour la famille du nouveau-né. La crainte de contracter le virus et ce que cela signifierait pour la santé de la mère, du bébé et de la famille, la crainte d'une séparation des membres de la famille, l'appréhension de la mère de se retrouver seule pendant le travail, ou encore le chagrin du conjoint de manquer la naissance de l'enfant, voilà autant de facteurs qui risquent de compromettre l'expérience de l'accouchement. Selon les premières données sur la pandémie de COVID-19, des niveaux élevés de stress et d'anxiété causent ou amplifient des problèmes de santé mentale; et ce, en raison de la crainte de contracter la maladie et de l'incidence de l'isolement physique sur l'accouchement et l'expérience de la naissance^{169,170}. Aussi, un soutien continu et individuel pendant le travail peut atténuer le stress et ses effets sur la santé de la mère et du bébé¹⁷¹.

La réduction de la durée du séjour à l'hôpital (prolonger le travail précoce à la maison) et le nombre de personnes de soutien sont des stratégies à adopter au cours de l'élaboration et de la planification des soins lors de futures pandémies.

Trouver un nouveau FSS à proximité de la famille afin de réduire au minimum une exposition potentielle liée au déplacement serait également un élément à prendre en compte¹⁷². Les femmes et leur famille ont besoin de comprendre toutes les options possibles en ce qui concerne l'endroit où elles peuvent accoucher, ainsi que des risques et des avantages associés à chacune, compte tenu de leur situation particulière. Pour assurer au mieux la sécurité des femmes et de leur famille pendant une pandémie, il s'agit de trouver un juste équilibre entre, d'une part, les protocoles de santé publique et, d'autre part, des soins de santé de qualité, fondés sur des données probantes et une approche des droits de la personne qui tient dûment compte des préoccupations de la mère enceinte et de la famille¹⁷³.

Le principe éthique d'excellence en matière d'accouchement est l'autonomie des femmes enceintes, laquelle est essentielle pour l'actualisation des SMNPF¹⁷⁴. Cela inclut l'autonomie dans les décisions sur le lieu de naissance et le choix du FSS et des soutiens. Ce principe fondamental est remis en question lorsque des urgences de santé publique font que le choix individuel est subordonné à la sécurité de la population. Dans ces circonstances, la prise de décisions est guidée par le principe du préjudice, ou par [traduction] « la justification pour un gouvernement, ou un organisme gouvernemental, de prendre des mesures afin de restreindre la liberté d'un particulier ou d'un groupe » pour protéger d'autres personnes¹⁷⁵. Restreindre les libertés, lorsqu'elles s'appliquent aux soins de maternité et du nouveau-né en cas de pandémie, cela peut comporter plusieurs

exigences : limiter les personnes offrant le soutien dans la salle d'accouchement, restreindre la promenade pendant le travail dans une zone confinée, ou encore dépersonnaliser involontairement des FSS en raison de la nécessité du port d'ÉPI. Malgré la difficulté de maintenir l'accent sur la famille tout en

respectant les restrictions de santé publique, il est essentiel de renforcer la normalité de l'accouchement. Il s'agit d'une communication continue et transparente avec la mère enceinte et la famille au sujet de protocoles qui peuvent sembler contraignants, en insistant sur l'objectif d'une mère, d'un bébé et d'une famille en santé.

CONCLUSION

Au cours des dernières décennies au Canada, les valeurs et les préférences axées sur la patiente et la famille sont devenues un principe directeur des soins de maternité et de tous les soins de santé. L'organisation de soins axée sur la patiente signifie que planificateurs et FSS peuvent être plus réceptifs en travaillant en partenariat avec les personnes qu'ils servent. Cela peut se faire au niveau individuel, lorsque l'accouchement est à faible risque, dans des situations aiguës où des protocoles d'urgence sont en place pour traiter un risque clinique immédiat pour la mère ou le bébé, ou lorsqu'il existe un risque sociétal plus important, par exemple une pandémie.

Une telle réflexion axée sur la patiente peut se faire le long du parcours des soins; cela pourra atténuer le stress que peuvent ressentir les familles des régions rurales et éloignées si elles ont besoin d'un transport d'urgence de leur collectivité vers un centre plus important. De même, les soins axés sur la patiente améliorent l'expérience des femmes et des familles autochtones en favorisant en toute sécurité les pratiques culturelles de leur choix.

Les soins axés sur la patiente peuvent également s'appliquer au niveau de l'établissement; il faudrait alors planifier un environnement physique qui renforce les principes de choix de la patiente-cliente et de la famille, leur autonomie et leur respect. Il peut s'agir, par exemple, de SMCI, d'une participation entière du conjoint comme

soutien et d'une sensibilisation à l'inclusion culturelle dans l'environnement. Il ne sera possible d'instaurer de tels changements structurels que dans la mesure où ces changements seront également gérés au niveau social, en fournissant un soutien à la fois aux patientes-clientes, aux FSS et aux administrateurs lorsque de nouvelles pratiques sont adoptées.

Sur le plan psychologique, il serait possible d'élaborer une psychologie périnatale en tant que profession pour mieux tenir compte des soins à prodiguer aux femmes et à leur famille au cours d'une grossesse normale, ainsi qu'en cas de complications, sans pour autant négliger les soignants.

Les planificateurs des services de santé peuvent s'assurer que les cadres de prestation de soins de leur établissement disposent de protocoles et de lignes directrices qui reflètent l'inclusivité et permettent une application souple des SMNPF pour répondre de façon sécuritaire aux besoins sociaux et géographiques de leurs patientes-clientes. Au niveau de la société, les SMNPF exigent que nous favorisions un état d'esprit fondé sur des partenariats entre patientes-clientes, FSS et administrateurs pour la planification et l'évaluation – et cette évaluation prendra appui sur des mesures de qualité des soins identifiées par la patiente. Le succès d'une telle démarche dépendra, certes, d'un consensus sur les bons éléments à mesurer.

Comme le reflètent bon nombre des principes des SMNPF décrits dans la préface et examinés tout au long des chapitres, les soins centrés sur la famille exigent que nous prenions en compte toutes les expériences en fait de soins de maternité, y compris celles des femmes et des familles racialisées et immigrantes, des personnes non conformes au genre, celles qui ont des problèmes de santé mentale et celles qui sont marginalisées en raison de l'absence de logement stable ou de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Si nous voulons réduire

les disparités en matière de santé, dans la planification des services, il faudra inclure leurs voix, et celles d'autres femmes vulnérables, comme celles qui ont des problèmes de santé chroniques, dont l'obésité. Les principes de SMNPF peuvent être particulièrement difficiles à appliquer dans des circonstances extrêmes, mais il y a toutes chances d'améliorer les choses en conciliant ces soins avec des pratiques sécuritaires, et sensibles du point de vue culturel et psychologique.

RÉFÉRENCES

1. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet]. Winnipeg (MB) : TRC; 2015 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : www.trc.ca/assets/pdf/French_Executive_Summary_Web.pdf
2. Cameron PJ, Este DC, Worthington CA. Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Can J Rural Med.* 2012;17(2):47-55.
3. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):379-85.
4. Kornelsen J, McCartney K. The safety of rural maternity services without local access to cesarean section: an applied policy research unit review [Internet]. Vancouver (BC) : Perinatal Services BC, BC Women's Hospital and Health Centre, University Centre for Rural Health, Australia; 2015 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : https://med-fom-crrh.sites.olt.ubc.ca/files/2015/11/apru_the-safety-of-rural-maternity-services-without-local-access-to-c-section_2015.pdf
5. Van Wagner V, Osepchok C, Harney E, Crosbie C, Tulugak M. Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik Health Centre, 2000-2007. *Birth.* 2012;39(3):230-7.
6. Wilson AK, Martel M, Arsénault M, Cargill YM, Delaney M, Daniels S, et al. Maternal transport policy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(10):956-63.
7. Institut canadien d'information sur la santé. Naissances à l'hôpital au Canada : un regard sur les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées.. Ottawa (ON): ICIS; 2013.
8. Services aux Autochtones Canada. Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des Services de santé non assurés (SSNA) (Version provisoire) [Internet]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2019 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1579891130443/1579891286837>
9. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health.* 1990;80(7):814-8.
10. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):147.
11. Grzybowski S, Fahey J, Lai B, Zhang S, Aelicks N, Leung BM, et al. The safety of Canadian rural maternity services: a multi-jurisdictional cohort analysis. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):410.
12. Kornelsen J, Grzybowski S. Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(6):554-61.
13. Campbell K, Carson G, Azzam H, Hutton E. No 372- Déclaration sur l'accouchement à domicile planifié. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(2):228-32.
14. Iglesias S, Kornelsen J, Woollard R, Caron N, Warnock G, Friesen R, et al. Joint position paper on rural surgery and operative delivery. *Can J Rural Med.* 2015;20(4):129-38.
15. Rural Coordination Centre of BC. MaBAL (Maternity and babies advice line) [Internet]. Vancouver (BC) : RCCBC; 2021 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : <https://rccbc.ca/rtvs/mabal/>
16. Kornelsen J, Friesen R. Building rural surgical networks: an evidence-based approach to service delivery and evaluation. *Healthcare policy.* 2016;12(1):37-42.
17. Stirk L, Kornelsen J. No 379-Assistance et ressources en matière de prestation de soins de maternité optimaux. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(5):697-707.e5.
18. Perinatal Services BC. Maternal/fetal and neonatal services: setting the stage [Internet]. Vancouver (BC) : Provincial Health Services Authority; 2020 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resourc-es/SystemPlanning/TiersOfService/Tier-of-service-setting-the-stage.pdf
19. Provincial Council for Maternal and Child Health. Standardized maternal and newborn levels of care definitions [Internet]. Ottawa (ON) : PCMC; 2013 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/Level-of-Care-Guidelines-2011-Updated-August1-20131.pdf>
20. Kilpatrick SJ, Menard MK, Zahn CM, Callaghan WM. Obstetric care consensus #9: levels of maternal care. *Obstet Gynecol.* 2019;221(6):B19-30.
21. Hemminki E, Heino A, Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland: should births be centralised in higher level hospitals? *BJOG.* 2011;118(10):1186-95.
22. Agrément Canada. Obstetrics services [Internet]. Ottawa (ON) : Agrément Canada; 2021 [consulté le 17 juin 2021]. Accès : <https://store.accreditation.ca/products/obstetrics-services>
23. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 1 : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale au Canada : fondement théorique et principes directeurs sous-jacents [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2017 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-1.html>
24. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ.* 1996;312(7023):71-2.
25. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573-6.
26. Organisation mondiale de la santé. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2016 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>

27. Perinatal Services BC. Guidelines and standards [Internet]. Vancouver (BC) : Provincial Health Services Authority; 2021 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : www.perinataleservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards
28. Provincial Council for Maternal and Child Health. Paediatric levels of care—PCMCH [Internet]. Ottawa (ON) : PCMC; 2021 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : <https://www.pcmch.on.ca/health-care-providers/paediatric-care/pcmch-strategies-and-initiatives/paediatric-levels-of-care/>
29. American College of Obstetricians and Gynecologists. Standards of obstetric-gynecologic services. 7^e éd. Washington (DC): ACOG; 1989.
30. Miller KJ, Couchie C, Ehman W, Graves L, Grzybowski S, Medves J. No 282-Soins de maternité en région rurale. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(12):e566-75.
31. L'Institut Vanier de la famille. En contexte : comprendre les soins de maternité au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : L'Institut Vanier; 2017 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : <https://vanierinstitute.ca/in-context-understanding-maternity-care-in-canada/>
32. Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. Perinatal nursing standards in Canada [Internet]. Ottawa (ON): CAPWHN; 2018 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PERINATAL_NURSING_STANDARDS_IN_CANADA.pdf
33. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care.* 2007;45(12):1195-204.
34. Tellez M. Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. *Nurs Econ.* 2012;30(2):73-81.
35. Aiken LH, Cerón C, Simonetti M, Lake ET, Galiano A, Garbarini A, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2018;29(3):322-7.
36. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states: implications of the California nurse staffing. *Health Serv Res.* 2010;45(4):904-21.
37. Raby C, Dowse T, Bennet L. Postpartum/newborn patients: who are they and do they all need the same amount of nursing care? *J Nurs Manag.* 2008;16(2):198-203.
38. Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing. Guidelines for professional registered nurse staffing for perinatal units executive summary. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(1):131-4.
39. Singer J, Canadian Institute for Health Information, Negrello T, Rondeau A, Clussich A, Boyes C. A ratio of staff-to-patients—development of a new indicator [Internet]. Ottawa (ON): Réseau canadien des personnels de santé; 2016 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : www.hhr-rhs.ca/images/stories/J.Singer_Presentation_HWAO_Abstract_en.pdf
40. Association des infirmières et infirmiers du Canada. How effective are nursing staff mix and nurse-to-patient ratio mechanisms in improving nurses' workloads? [Internet]. Ottawa (ON): AIIC; 2006 [consulté le 18 juin 2021]. Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/research_summaries_all_e.pdf?la=en&hash=2CE-778BA1506C447C21A7DAA4AE757DD1A58D627
41. MacKinnon K. We cannot staff for 'what ifs': the social organization of rural nurses' safeguarding work. *Nurs Inq.* 2012;19(3):259-69.
42. Koto PS, Fahey J, Meier D, LeDrew M, Loring S. Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: a retrospective, cohort study. *Midwifery.* 2019;77:144-54.
43. McRae DN, Muhajarine N, Stoll K, Mayhew M, Vedam S, Mpopfu D, et al. Is model of care associated with infant birth outcomes among vulnerable women? A scoping review of midwifery-led versus physician-led care. *SSM Popul Health.* 2016;2:182-93.
44. McRae DN, Muhajarine N, Janssen PA. Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: A Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):279.
45. Mattison CA, Lavis JN, Hutton EK, Dion ML, Wilson MG. Understanding the conditions that influence the roles of midwives in Ontario, Canada's health system: An embedded single-case study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):197.
46. Association canadienne des sages-femmes. Sages-femmes au Canada [Internet]. Montreal (QC) : ACSF; 2021 [consulté le 21 juin 2021]. Accès : <https://canadianmidwives.org/fr/sages-femmes-au-canada/>
47. Peterson WE, Medves JM, Davies BL, Graham ID. Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: easier said than done. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(11):880-6.
48. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines and implementation tools for multidisciplinary collaborative primary maternity care models [Internet]. Ottawa (ON): MCP2; 2006 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : https://www.homebirthsummit.org/wp-content/uploads/2013/09/Multidisciplinary-Collaborative-Primary-Maternity-Care-May_Ottawa.pdf
49. Northern Health. Stories of integrated perinatal services in two northern communities [Internet]. Vancouver (BC): BCPSQC; 2015 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : <https://bcpsqc.ca/quality-awards/winners/stories-of-integrated-perinatal-services-in-two-northern-communities/>
50. Lomonaco-Haycraft KC, Hyer J, Tibbits B, Grote J, Stainback-Tracy K, Ulrickson C, et al. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;20:1-8.
51. Goedde D, Zidack A, Li Y, Arkava D, Mullette E, Mullowney Y, et al. Depression outcomes from a fully integrated obstetric mental health clinic: a 10-year examination. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2021;27(2):123-33.

52. Hutton, Eileen, RM, PhD, Farmer MJ, MD, Carson GD, MD. Les rôles des membres de l'équipe multidisciplinaire dans les soins aux femmes enceintes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(11):1070-1.
53. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(4):384-91.
54. Epoo B, Stonier J, Wagner V Van, Harney E. Learning midwifery in Nunavik: community-based education for Inuit midwives. *Primatisiwin A J Aborig Indig Community Heal.* 2012;10:283-99.
55. Bowen A, Pratt C. Indigenous birth. Dans : Exner-Pirot H, Norbye B, Butler L, éd. *Northern and Indigenous health care* [Internet]. Saskatoon (SK): University of Saskatchewan; 2018 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : <https://openpress.usask.ca/northernhealthcare/>
56. Services aux Autochtones Canada. Rapport sur les résultats ministériels de 2017-2018 [Internet]. Ottawa (ON) : SAC; 2018 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : <https://www.sac-isc.gc.ca/fr/1538153575415/1538153630277>
57. Stewart MJ, Smith J, Boland RA. Optimizing outcomes in regionalized perinatal care: Integrating maternal and neonatal emergency referral, triage, and transport. *Curr Treat Options Pediatr.* 2017;3:313-26.
58. Redpath S, Shah PS, Moore GP, Yang J, Toye J, Perreault T, et al. Do transport factors increase the risk of severe brain injury in outborn infants <33 weeks gestational age? *J Perinatol.* 2020;40(3):385-93.
59. Whyte HEA, Jefferies AL, Lacaze T, Newhook LA, Henderson L, Lemyre B, et al. The interfacility transport of critically ill newborns. *Paediatr Child Health.* 2015;20(5):265-9.
60. Harris Jr BA, Wirtschafter DD, Huddleston JF, Perlis HW. In utero versus neonatal transportation of high-risk perinates: a comparison. *Obstet Gynaecol.* 1981;57(4):496-9.
61. Lasswell SM, Barfield WD, Roach RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;304(9):992-1000.
62. Mosher SL. The art of supporting families faced with neonatal transport. *Nurs Womens Health.* 2013;17(3):198-209.
63. Yu VYH, Dunn PM. Development of regionalized perinatal care. *Semin Neonatol.* 2004;9(2):89-97.
64. Newton, Scott M., DNP,RN, EMT-P., Fralic, Maryann, DrPH,RN, FAAN. Interhospital transfer center model: components, themes, and design elements. *Air Med J.* 2015;34(4):207-12.
65. Aguirre FV, Varghese JJ, Kelley MP, Lam W, Lucore CL, Gill JB, et al. Rural interhospital transfer of ST-elevation myocardial infarction patients for percutaneous coronary revascularization: the stat heart program. *Circulation.* 2008;117(9):1145-52.
66. Ahl E, Wold R. Defining and developing a specialty stroke transport team. *Air Med J.* 2009;28(3):133-8.
67. Perinatal Services BC. Provincial maternal newborn transfer network: principles and processes [Internet]. Vancouver (BC): Provincial Health Services Authority; 2004 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/TransferProcess/MNTNPrinciplesProcessesApril2014.pdf
68. Lee K. Neonatal transport metrics and quality improvement in a regional transport service. *Transl Pediatr.* 2019;8(3):233-45.
69. Goh A, Browning Carmo K, Morris J, Berry A, Wall M, Abdel-Latif M. Outcomes of high-risk obstetric transfers in New South Wales and the Australian Capital Territory: the high-risk obstetric transfer study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015;55(5):434-39.
70. Binder S, Hill K, Meinen-Derr J, Greenberg JM, Narendran V. Increasing VLBW deliveries at subspecialty perinatal centers via perinatal outreach. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(6):331-2.
71. Sampaio TZAL, Wilson M, Aubertin C, Redpath S. Diagnosis discordance and neonatal transport: a single-center retrospective chart review. *Am J Perinatol.* 2019;36(5):522.
72. Alberta Health Services. Criteria to support appropriate level of obstetrical care [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2020 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/TransferProcess/MNTNPrinciplesProcessesApril2014.pdfhttps://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-womens-health-criteria-support-appropriate-level-obstetrical-care-gdl-hcs-201-01.pdf
73. Gagliardi AR, Nathens AB. Exploring the characteristics of high-performing hospitals that influence trauma triage and transfer. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;78(2):300-5.
74. Lupton BA, Pendray MR. Regionalized neonatal emergency transport. *Semin Neonatol.* 2004;9(2):125-33.
75. Société canadienne de pédiatrie. À propos d'ACoRN [Internet]. Ottawa (ON) : SCP; 2019 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : <https://www.cps.ca/fr/acorn>
76. Goswami I, Redpath S, Langlois RG, Green JR, Lee KS, Whyte HEA. Whole-body vibration in neonatal transport: a review of current knowledge and future research challenges. *Early Hum Dev.* 2020;146:105051.
77. Wright JD. Before the transport team arrives: neonatal stabilization. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2000;13(4):87-107.
78. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Competencies profile-interfacility critical care transport of maternal, neonatal, and paediatric patients [Internet]. Ottawa (ON) : CAPHC; 2012 [consulté le 22 juin 2021]. Accès : <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2016/01/CAPHC-Transport-Systems-Competencies-Profile-Interfacility-Critical-Care-Transport-of-Maternal-Neonatal-and-Paediatric-Patients.pdf>
79. Kyle E, Aitken P, Elcock M, Barneveld M. Use of telehealth for patients referred to a retrieval service: timing, destination, mode of transport, escort level and patient care. *J Telemed Telecare.* 2012;18(3):147-50.
80. Haynes SC, Dharmar M, Hill BC, Hoffman KR, Donohue LT, Kuhn-Riordon KM, et al. The impact of telemedicine on transfer rates of newborns at rural community hospitals. *Acad Pediatr.* 2020;20(5):636-41.

81. Mann S, McKay K, Brown H. The maternal health compact. *N Engl J Med.* 2017;376(14):1304-5.
82. Kim EW, Teague-Ross TJ, Greenfield WW, Keith Williams D, Kuo D, Hall RW. Telemedicine collaboration improves perinatal regionalization and lowers statewide infant mortality. *J Perinatol.* 2013;33(9):725-30.
83. Fang JL, Collura CA, Johnson RV, Asay GF, Carey WA, Derleth DP, et al. Emergency video telemedicine consultation for newborn resuscitations: the mayo clinic experience. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(12):1735-43.
84. Becker F. Organizational ecology and knowledge networks. *Calif Manage Rev.* 2007;49(2):42-61.
85. Afulani PA, Moyer CA. Accountability for respectful maternity care. *Lancet.* 2019;394(10210):1692-3.
86. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847.
87. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet.* 2016;388(10056):2176-92.
88. Organisation mondiale de la santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2014 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>
89. Chen D, Cheng L, Hummels C, Koskinen I. Social design: an introduction. *Int J Des.* 2016;10(1):1-5.
90. Żukiewicz-Sobczak W, Wróblewska P, Zwoliński J, Chmielewska-Badora J, Adamczuk P, Krasowska E, et al. Obesity and poverty paradox in developed countries. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(3):590-4.
91. Douglas CH, Douglas MR. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expect.* 2004;7(1):61-73.
92. Cegolon L, Maso G, Heymann WC, Bortolotto M, Cegolon A, Mastrangelo G. Determinants of length of stay after vaginal deliveries in the Friuli Venezia Giulia Region (North-Eastern Italy), 2005-2015. *Sci Rep.* 2020;10(1):5912.
93. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):289.
94. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics (Evanston).* 2003;111(4):e437-49.
95. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 5 : Soins postnataux [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2020 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>
96. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011;35(1):20-8.
97. Janssen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfaction. *Birth.* 2000;27(4):235-43.
98. Harris SJ, Farren MD, Janssen PA, Klein MC, Lee SK. Single room maternity care: perinatal outcomes, economic costs, and physician preferences. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(7):633-40.
99. Ulrich R, Zimring C, Joseph A, Quan X, Choudhary R. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity [Internet]. Concord (CA): The Center for Health Design; 2004 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : <https://www.healthdesign.org/knowledge-repository/role-physical-environment-hospital-21st-century-once-lifetime-opportunity>
100. Janssen PA, Harris SJ, Soolsma J, Klein MC, Seymour LC. Single room maternity care: the nursing response. *Birth.* 2001;28(3):173-9.
101. Halpern S. SOGC joint policy statement on normal childbirth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(7):602-3.
102. Darcy Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *J Perinatol.* 2020;40(Suppl 1):36-46.
103. Jenkinson, B., Josey N, Kruske S. BirthSpace: an evidence-based guide to birth environment design. [Internet]. Brisbane (AU): The Queensland Center for Mothers and Babies; 2014 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : https://www.researchgate.net/publication/278328878_BirthSpace_An_evidence-based_guide_to_birth_environment_design
104. Health Sciences Centre Winnipeg. HSC women's hospital update—January 2016 [Internet]. Winnipeg (MB): Health Sciences Centre; 2016 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : www.hsc.mb.ca/files/WRHPFAQsFINAL.pdf
105. Hignett S, Evans D. Spatial requirements in hospital shower and toilet rooms. *Nurs Stand.* 2006;21(3):43-8.
106. Canadian Standards Association. Canadian health care facilities CSA Z8000-18 : planning, design and construction : CSA standards. Ottawa (ON): CSA; 2018.
107. International Health Facility Guidelines. Part B—health facility briefing & design including functional planning units [Internet]. New South Wales (AU): TAHPI; 2017 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : http://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_complete
108. Lee KA, Gay CL. Improving sleep for hospitalized antepartum patients: a non-randomized controlled pilot study. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(12):1445-53.
109. BC Women's Hospital and Health Centre. Antepartum care [Internet]. Vancouver (BC): Provincial Health Services Authority; 2021 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : www.bcwomens.ca/our-services/pregnancy-prenatal-care/antepartum-care#At--Home

110. West C, Palmer L, Tier T. No place like home: an antepartum program at British Columbia's Women's Hospital has shown that women with complications of pregnancy do better and save the system money when they are cared for at home. *Can Nurse*. 2000;96:1-5.
111. United Kingdom Department of Health and Social Care. Children, young people and maternity Services. Health building note 09-02 [Internet]. Londres (RU): NBS; 2013 [consulté le 23 juin 2021]. Accès : <https://www.thenbs.com/PublicationIndex/documents/details?Pub=DHEFD&DocID=303357>
112. Organisation mondiale de la santé. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018 [consulté le 24 juin 2021]. Accès : <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-new-born-care-in-health-facilities.pdf>
113. Breman RB, Storr CL, Paul J, LeClair M, Johantgen M. Women's prenatal and labor experiences in a hospital with an early-labor lounge. *Nurs Womens Health*. 2019;23(4):299.
114. Lorentzen I, Andersen CS, Jensen HS, Fogsgaard A, Foureur M, Lauszus FF, et al. Study protocol for a randomised trial evaluating the effect of a "birth environment room" versus a standard labour room on birth outcomes and the birth experience. *Contemp Clin Trials Commun*. 2019;14:100336.
115. Hodnett ED, Stremler R, Weston JA, McKeever P. Re-conceptualizing the hospital labor room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth*. 2009;36(2):159-66.
116. Singh D, Newburn M. Feathering the nest: what women want from the birth environment. *RCM Midwives*. 2006;9(7):266-9.
117. Hammond A, Foureur M, Homer CSE, Davis D. Space, place and the midwife: exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women Birth*. 2013;26(4):277-81.
118. Hauck Y, Rivers C, Doherty K. Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*. 2008;24(4):460-70.
119. White RD, Smith JA, Shepley MM. Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. *J Perinatol*. 2013;33(1):S2-16.
120. Watson J, DeLand M, Gibbins S, York EM. Improvements in staff quality of work life and family satisfaction following the move to single-family room nicu design. *Adv Neonatal Care*. 2014;14(2):129-36.
121. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009;181(6-7):377-83.
122. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016;188(5):e80-90.
123. Association of Ontario Midwives. Home birth FAQ [Internet]. Toronto (ON): AOM; 2021 [consulté le 24 juin 2021]. Accès : <https://www.ontariomidwives.ca/home-birth-FAQ>
124. Hicks C, McGovern T, Prior G, Smith I. Applying lean principles to the design of healthcare facilities. *Int J Prod Econ*. 2015;170:677-86.
125. Burack EH, Smith RD. Personnel management: a human resource systems approach. St. Paul (MN): Wiley & Sons; 1977.
126. Bowerman J, Fillingham D. Can lean save lives? *Leadersh Health Serv*. 2007;20(4):231-41.
127. Smith I. Operationalising the lean principles in maternity service design using 3P methodology. *BMJ Qual Improv Rep*. 2016;5(1):u208920.w5761.
128. Cesario SK. Designing health care environments: Part I. Basic concepts, principles, and issues related to evidence-based design. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(6):280-8.
129. Alvaro C, Kostovski D, Andrea Wilkinson A, Gallant S, Gardner P. A planning guide for post occupancy evaluation [Internet]. Toronto (ON): Methologica; 2015 [consulté le 24 juin 2021]. Accès : http://methologi.ca/wp-content/uploads/2017/01/Methologica_PlanningGuide_Web_PrintandFill_Nov8.pdf
130. Ministère de la Santé d'Ontario. Patients first: a proposal to strengthen patient-centred health in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Gouvernement de l'Ontario; 2015 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2015/docs/discussion_paper_20151217.pdf
131. Alberta Health Services. Strategic direction: defining our focus / measuring our progress [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2012 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://docplayer.net/5964730-Strategic-direction-defining-our-focus-measuring-our-progress.html>
132. Saskatchewan Ministry of Health. Patient first review update—the journey so far and the path forward [Internet]. Saskatoon (SK): Government of Saskatchewan; 2015 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://www.saskatchewan.ca/government/health-care-administration-and-provider-resources/saskatchewan-health-initiatives/patient-first-review>
133. Villa S, Barbieri M, Lega F. Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. *Health Care Manag Sci*. 2009;12(2):155-65.
134. National Center for Interprofessional Practice and Education. Picker Institute's eight principles of patient-centered care [Internet]. Minneapolis (MN): University of Minnesota; 2015 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://nexu.sipe.org/informing/resource-center/picker-institute%E2%80%99s-eight-principles-person-centered-care>
135. de Labrusse C, Ramelet A, Humphrey T, MacLennan SJ. Patient-centered care in maternity services: a critical appraisal and synthesis of the literature. *Womens Health Issues*. 2016;26(1):100-9.
136. Conklin A, Morris Z, Nolte E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review. *Health Expect*. 2015;18(2):153-65.

137. Usher S, Denis J, Prével J, Baker R, Chreim S, Kreindler S, et al. Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Econ Policy Law*. 2020;1-17.
138. Marsh S, Dunkley-Bent J, Jolly M. Implementing better births: a resource pack for local maternity systems [Internet]. Londres (RU): NHS; 2017 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/nhs-guidance-maternity-services-v1.pdf>
139. International Association for Public Participation (IAP2). IAP2 spectrum of public participation [Internet]. Denver (CO): IAP2 International Federation; 2018 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf
140. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci*. 2018;13(1):98.
141. Lofters A, Virani T, Grewal G, Lobb R. Using knowledge exchange to build and sustain community support to reduce cancer screening inequities. *Prog Community Health Partnerships Res Educ Action*. 2015;9(3):379-87-387.
142. Acri M, Olin SS, Burton G, Herman RJ, Hoagwood KE. Innovations in the identification and referral of mothers at risk for depression: development of a peer-to-peer model. *J Child Fam Stud*. 2014;23(5):837-43.
143. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q*. 2012;90(3):421-56.
144. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Schwartz M, et al. Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Manage Rev*. 2007;32(4):309-20.
145. Buchanan DA, Addicott R, Fitzgerald L, Ferlie E, Baeza JI. Nobody in charge: distributed change agency in healthcare. *Hum Relations*. 2007;60(7):1065-89.
146. Buchanan R. Wicked problems in design thinking. *Source Des Issues*. 1992;8:5-21.
147. Willis CD, Best A, Riley B, Herbert CP, Millar J, Howland D. Systems thinking for transformational change in health. *Evid Policy*. 2014;10(1):113-26.
148. Austin MJ, Ciaassen J. Impact of organizational change on organizational culture: Implications for introducing evidence-based practice. *J Evid Based Soc Work*. 2008; 5(1-2):321-59.
149. Veazie S, Peterson K, Bourne D. Evidence brief: implementation of high reliability organization principles. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2019.
150. Saturno PJ, Martinez-Nicolas I, Robles-Garcia IS, López-Soriano F, Angel-García D. Development and pilot test of a new set of good practice indicators for chronic cancer pain management. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2015;19(1):28-38.
151. Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Moreno-Zegbe E, Fernández-Elorriaga M, Poblano-Verástegui O. Indicators for monitoring maternal and neonatal quality care: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):25.
152. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale (ISP) [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2020 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/>
153. Affaires mondiales Canada. Rapport final : Évaluation de l'Initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants 2010-2011 à 2017-2018 [Internet]. Ottawa (ON): AMC; 2019 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://www.international.gc.ca/gac-amc/publications/evaluation/2019/mnch-smne.aspx?lang=fra>
154. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-centered care during the COVID-19 era. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(2):e93-7.
155. Organisation mondiale de la santé. Past pandemics [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2020 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-new-born-care-in-health-facilities.pdf>
156. Daszak P, das Neves C, Amuasi J, Hayman D, Kuiken T, Roche B, et al. Workshop report on biodiversity and pandemics of the intergovernmental platform on biodiversity and ecosystem services [Internet]. Bonn (DE): IPBES; 2020 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : <https://zenodo.org/record/4311798#.YPB-K-hKHPY>
157. Beigi RH, Hodges J, Baldisseri M, English D, Magee-Womens Hospital Ethics Committee, the Magee-Womens Hospital Ethics Committee. Clinical review: considerations for the triage of maternity care during an influenza pandemic—one institution's approach. *Crit Care*. 2010;14(3):225.
158. Beigi R, Davis G, Hodges J, Akers A. Preparedness planning for pandemic influenza among large US maternity hospitals. *Emerg Health Threats J*. 2009;2(1):7079.
159. Capanna F, Haydar A, McCarey C, Bernini Carri E, Bartha Rasero J, Tsibizova V, et al. Preparing an obstetric unit in the heart of the epidemic strike of COVID-19: quick reorganization tips. *J Matern Neonatal Med*. 2020:1-7.
160. Chua M, Lee J, Sulaiman S, Tan H. From the frontline of COVID-19—how prepared are we as obstetricians? A commentary. *BJOG*. 2020;127(7):786-8.
161. Wilson AN, Ravaldi C, Scoullar MJL, Vogel JP, Szabo RA, Fisher JRW, et al. Caring for the carers: ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth*. 2021;34(3):206-9.
162. American Association of Birth Centers, Commission for the Accreditation of Birth Centers. Guidelines for auxiliary maternity units [Internet]. Perkiomenville (PA): AABC; 2020 [consulté le 29 juin 2021]. Accès : https://cdn.ymaws.com/www.birthcenters.org/resource/resmgr/covid_resources/guidelines_for_auxiliary_mat.pdf
163. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2020;222(6):521-31.
164. Odor PM, Neun M, Bampoe S, Clark S, Heaton D, Hoogenboom EM, et al. Anaesthesia and COVID-19: infection control. *Br J Anaesth*. 2020;125(1):16-24.

165. Ferrazzi EM, Frigerio L, Cetin I, Vergani P, Spinillo A, Prefumo F, et al. COVID-19 obstetrics task force, Lombardy, Italy: executive management summary and short report of outcome. *Int J Obstet Gynaecol.* 2020;149(3):377-8.
166. Rajan N, Joshi GP. COVID-19: role of ambulatory surgery facilities in this global pandemic. *Anesth Analg.* 2020;131(1):31-6.
167. Wong LP, Sam I. Public sources of information and information needs for pandemic influenza A(H1N1). *J Community Health.* 2010;35(6):676-82.
168. Wu PE, Styra R, Gold WL. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ.* 2020;192(17):E459-60.
169. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med.* 2020;383(6):510-2.
170. Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: preliminary data from the COVID-19 new mum study. *Appetite.* 2021;156:104985.
171. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(7):CD003766.
172. Gildner TE, Thayer ZM. Birth plan alterations among American women in response to COVID-19. *Health Expect.* 2020;23(4):969-71.
173. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duff E, Dykes F, Hunter B, et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery.* 2020;88:102759.
174. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: a practical ethical guide. *Birth.* 2017;44(3):195-9.
175. Upshur REG. Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health.* 2002;93(2):101-3.