

Attribution des ressources pour une prise en charge sécuritaire de la patiente enceinte et du nouveau-né lors d'une césarienne			
Direction(s) responsable(s)	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Approuvé	2025-05-12
		Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Équipes des blocs opératoires, équipes des salles d'accouchement, inhalothérapeutes et médecins concernés (anesthésiologistes, gynéco-obstétriciens et pédiatres)		
Outils cliniques associés	CLI-60152 Feuille d'anesthésie CLI-60594 Notes d'observation du nouveau-né lors de la naissance		

1. Énoncé

Selon le guide des bonnes pratiques au bloc opératoire du gouvernement du Québec, la constitution d'une équipe performante repose sur plusieurs facteurs incluant la composition de la clientèle, la gravité des cas et les charges de travail. Cette équipe pluridisciplinaire joue un rôle spécifique en fonction des différentes disciplines. Elle se compose d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, de brancardiers, d'inhalothérapeutes, de chirurgiens, d'anesthésistes, ainsi que de tout autre professionnel jugé nécessaire pour une intervention particulière, par exemple les gynéco-obstétriciens et pédiatres.

L'équipe interagit de manière fluide avec les autres services tout au long des phases périopératoire et postopératoire. La coordination, la collaboration et la communication sont des éléments essentiels qui influencent directement son efficacité en salle d'opération. Ces dynamiques jouent un rôle clé dans la prise en charge sécuritaire des usagers. En cas de césarienne, de multiples complications peuvent survenir, tant chez la mère que chez le nouveau-né. Du personnel supplémentaire peut donc être requis pour garantir la sécurité des usagers. Cette directive vise ainsi à assurer une prise en charge sécuritaire de la personne enceinte et du nouveau-né lors d'une césarienne, en définissant l'attribution des ressources nécessaires en fonction des besoins.

2. Champ d'application/Contexte légal

L'équipe de base en salle d'opération est composée d'un anesthésiologiste, d'un inhalothérapeute, d'infirmières et/ou infirmières auxiliaires et d'un chirurgien. En cas de besoin ou d'urgence, tout personnel supplémentaire peut être demandé en renfort, tel qu'un pédiatre, un médecin, d'autres inhalothérapeutes et/ou infirmières.

Dans le contexte de césarienne, il est important de se rappeler que la mère peut rapidement devenir instable et nécessiter des soins plus accrus. Une fois le bébé né, il se peut que lui également ait besoin de soins plus accrus. Dans ce cas, il est donc nécessaire que l'attribution des ressources soit discutée préalablement et non au moment de l'urgence.

Le but et les résultats escomptés sont les suivants :

- Assurer la sécurité de la mère.
- Assurer la sécurité du nouveau-né.
- Garantir une communication et une collaboration entre les équipes afin d'établir le plan et les tâches de chacun en situation d'urgence.

3. Intervenants concernés

- Gynécologue/Obstétricien.
- Pédiatre.
- Anesthésiologiste.
- Inhalothérapeute.
- Infirmière de l'unité d'obstétrique.
- Infirmière du bloc opératoire.

Prise en charge sécuritaire de la patiente enceinte et du Nouveau-Né, dont le peau à peau lors d'une césarienne

4. Directives

Afin d'assurer la sécurité de la mère et du bébé lors d'une césarienne non planifiée, il est entendu que :

- Le Gynécologue appelle l'anesthésiologiste pour lui annoncer une césarienne P1, P2 ou P3. Selon le cas, l'anesthésiologiste peut demander qu'on appelle le pédiatre pour le mettre au courant **ou** lui demander de venir sur place selon la gravité du cas.
- L'inhalothérapeute dédié à la salle d'opération avertit un de ses collègues inhalothérapeutes dans une autre salle (de jour la semaine) ou sur le plancher (de soir, de nuit et la fin de semaine) et s'entendent ensemble pour que ce dernier soit appelé si la ventilation du nouveau-né est nécessaire ou si la situation requiert son aide. Il avise également son anesthésiologiste et l'équipe en salle du contact à appeler en cas de besoin et de son extension téléphonique.
- **Important** : si l'on anticipe en préopératoire une réanimation du nouveau-né, un deuxième inhalothérapeute doit être présent à la naissance dans la salle d'opération avec l'équipe de l'unité d'obstétrique (le pédiatre peut être demandé pour être présent au moment de la naissance)
- L'infirmière de l'unité d'obstétrique formée en réanimation néonatale doit être présente dans la salle d'opération lors de césarienne non planifiée, selon la procédure interne.
- Les infirmières de la salle d'opération s'assurent du bon roulement de la salle et apportent leur aide pour la mère et/ou le bébé. Elles communiquent au besoin avec l'unité d'obstétrique pour demander de l'aide supplémentaire et demander la présence du pédiatre et/ou de lancer le code rose néonatal au besoin.
- À la naissance du nouveau-né, si besoin de ventilation ou réanimation :
 - Le pédiatre est appelé par l'infirmière du bloc opératoire en service externe afin d'être présent dans la salle d'opération.
 - Si la mère est jugée instable par l'anesthésiologiste, l'inhalothérapeute qui s'occupe de la mère, demande à l'infirmière externe d'appeler un collègue inhalothérapeute pour aider les infirmières présentes qui gèrent la réanimation du nouveau-né.
 - L'anesthésiologiste aide si besoin à la réanimation si la mère est stable.
 - L'infirmière de l'unité d'obstétrique peut demander qu'on appelle à l'unité d'obstétrique pour de l'aide supplémentaire d'une autre infirmière formée en réanimation néonatale.
 - L'infirmière du bloc opératoire peut lancer le code rose néonatal afin d'obtenir de l'aide en salle.
- Selon la situation, tout intervenant peut également lancer le code rose néonatal afin d'obtenir de l'aide en cas de réanimation du nouveau-né et chacun est responsable d'appliquer la PRO-10150 *Réanimation cardiorespiratoire chez le nouveau-né de 30 jours et moins (code rose néonatal) en milieu hospitalier*.

5. Documentation

Formulaire CLI-60152 Feuille d'anesthésie

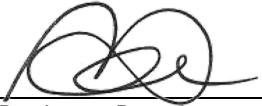
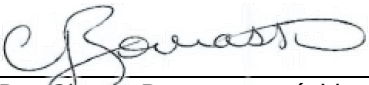
Formulaire CLI-60594 Notes d'observation du nouveau-né lors de la naissance

6. Référence

Rossignol, M., Boughrassa, F., & Moutquin, J.-M. (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* (ETMIS, Vol. 8, No 14). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

Directive clinique – Attribution des ressources pour une prise en charge sécuritaire de la patiente enceinte et du nouveau-né lors d'une césarienne

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Geneviève Faubert, infirmière clinicienne, bloc opératoire, hôpital Anna-Laberge	2025-01-24
	Dre Gisèle Daher, chef adjointe du département d'anesthésiologie	2025-02-11
Révisé par		
Personnes consultées	Dre Lynne Dumais, chef du département d'anesthésiologie	2025-02-18
	Claudine Ricard, chef du bloc opératoire, hôpital Anna-Laberge	2025-02-18
	Luce Leboeuf, chef du bloc opératoire, hôpital du Suroit	2025-02-18
	Martin Dussault, chef de service électrophysiologie, inhalothérapie et nutrition clinique	2025-03-28
	Nancy Rousseau, inhalothérapeute, hôpital Anna-Laberge	2025-03-28
	Stéphane Reid, inhalothérapeute, hôpital du Suroit	2025-03-28
	Marie-Josée Gaboury, coordonnatrice des soins infirmiers, périnatalité et pédiatrie	2025-04-16
	Geneviève Reid, chef de programmes gynéco-obstétrique, hôpital Anna-Laberge	2025-04-16
	Catherine Leblanc, chef de programmes gynéco-obstétrique, hôpital du Suroit	2025-04-16
	Dre Caroline Lavoie, chef du département d'obstétrique-gynécologie	2025-02-18
	Dre Maya Marc, chef de département de pédiatrie	2024-04-17
	Priscilla Fortier, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers, DSIEU	2025-04-10
	Ysabel Conway, conseillère en soins infirmiers volet obstétrique et petite enfance, DSIEU	2024-04-10
	Christelle Robert, conseillère cadre spécialisées en soins critiques, DSIEU	2024-04-17

Historique du document		
Recommandé par	 Dre Lynne Dumais Chef du département d'anesthésiologie	2025-05-02
Approuvé par	 Dre Claude Bourassa, présidente Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes	2025-05-12
Commentaires		

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette directive clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation