

Proposition d'organisation des

services



Dans le cadre d'un programme de
congé précoce en périnatalité

Proposition d'organisation des

services



Dans le cadre d'un programme de
congé précoce en périnatalité

Québec 

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Direction générale
de la planification et
de l'évaluation

Rédaction : Nicole Gravel

Avec la collaboration des personnes suivantes : Mme Marie-Paule Lambert,
région de la Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis
Mme Louise Larocque, **région de Québec, CLSC Sainte-Foy-Sillery**

et des organismes suivants :

Naissance-Renaissance : Mme Hélène Dugas

Association des pédiatres du Québec : Mme Renée-Claude Duval, Mr. Michel Guay

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec : Mr. Guy Bolduc

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec : Mr. Jean-Marie Moutquin

Traitement de texte et mise en pages : Mme Jocelyne Bédard, Mme Danielle Chabot

Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au :** (418) 644-4574
- **pour information additionnelle :** (418) 643-5573
1 800 707-3380 (sans frais)

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-35318-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

La transformation du système de santé et de services sociaux du Québec a pris un tournant décisif au cours des dernières années. Le virage ambulatoire constitue l'un des axes prioritaires de cette transformation. Il se caractérise par la réorientation des services et l'adaptation de ces services au milieu de vie des personnes pour répondre le mieux possible à leurs véritables besoins au fil des événements marquants de l'existence, tels que l'accouchement.

Toutefois, compte tenu de l'importance de soutenir les parents dans la période cruciale de la naissance d'un enfant, des actions concrètes doivent assurer la qualité de vie des mères, des pères, et des nouveau-nés.

Le présent document fait suite à une réflexion ministérielle partagée avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes, des expertes et des experts. Il repose sur un consensus et des convictions communes concernant la gamme de services qui devraient être offerts aux femmes et aux familles après une naissance.

Le présent outil de travail vise à assurer l'utilisation efficace, appropriée et judicieuse de tous les services offerts en périnatalité pour favoriser la continuité des soins et planifier la sortie en toute sécurité des centres accoucheurs. L'atteinte d'un tel objectif est indispensable pour les parents qui vivent déjà des moments intenses. Ainsi, pour faciliter l'organisation des services, ce document énumère les conditions essentielles et les différents critères à respecter dans la mise en place d'un programme de congé précoce en périnatalité ainsi que les services qui doivent être offerts.

Une organisation des services basée sur ces éléments fournit des conditions de succès pour le développement d'un programme de congé précoce dans le cadre du virage ambulatoire en périnatalité. Elle permettra aux parents d'avoir le pouvoir sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur la santé et le bien-être de leur nouveau-né et de leur famille.

Mireille Fillion
Sous-ministre adjointe à la planification et à l'évaluation

Ce document a été commenté par :

Madame Lucie Leduc, Conférence des régies régionales

Madame Jocelyne Michaud, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent

Madame Aline Gauthier, Régie régionale du Saguenay Lac-Saint-Jean

Mesdames Nicole Doré et Marie-Claire Lepage, Régie régionale de Québec

Madame Lise Richard, Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Madame Louise Rivard, Régie régionale de l'Estrie

Madame Louise Gagné, Régie régionale de Montréal-Centre

Madame Pauline Fortin, Régie régionale de l'Outaouais

Madame Thérèse Hiron-Lizé, Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue

Madame Maria Fortin, Régie régionale de la Côte-Nord

Madame Paule Gravel, Régie régionale du Nord-du-Québec

Madame Francine Maltais, Régie régionale de la Gaspésie Îles-de-la-Madeleine

Madame Jano Gignac, Régie régionale de la Chaudière-Appalaches

Mesdames Suzanne Durand et Diane Jolicoeur, Régie régionale de Laval

Madame Jocelyne Gaudet, Régie régionale de Lanaudière

Madame Jeanne-Louise Dufresne, Régie régionale des Laurentides

Madame Lise Bourdages, Régie régionale de la Montérégie

Nous les en remercions.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ ET LE VIRAGE AMBULATOIRE	3
PARTIE 1 : CONCEPTS ET CONDITIONS À RESPECTER POUR METTRE EN PLACE UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE	
1. DÉFINITION DU CONGÉ PRÉCOCE	7
2. CRITÈRES DE SÉLECTION POUR UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE.....	7
<i>Critères reliés à la santé de la mère et de l'enfant</i>	8
<i>Critères reliés à la prestation de services</i>	8
<i>Critères reliés au suivi postnatal</i>	9
3. CONDITIONS ESSENTIELLES À L'ORGANISATION D'UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE	9
4. CONDITIONS QUI FACILITENT L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE	11
5. RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE PÉRINATALITÉ.....	13
PARTIE 2 : ORGANISATION DES SOINS, DES SERVICES ET DU SUIVI	
1. PÉRIODE PRÉNATALE	17
<i>Services et soins avant l'accouchement</i>	17
2. PÉRIODE INTRAPARTUM ET POSTNATALE IMMÉDIATE.....	18
<i>Suivi postnatal immédiat au centre de naissance</i>	19
<i>Enseignement à donner aux parents avant le départ du centre accoucheur</i>	20
<i>Mécanisme de transmission de l'information</i>	22
3. PÉRIODE POSTNATALE À DOMICILE	23
<i>Services à offrir</i>	23
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES	29
ANNEXE 1 SYSTÈME DE GARDE RÉGIONALE EN PÉRINATALITÉ DE LA RÉGION DE QUÉBEC	
ANNEXE 2 EXEMPLE D'UN MODÈLE DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS EN PÉRINATALITÉ	
ANNEXE 3 EXEMPLE D'UNE ORGANISATION DE SERVICES CONTINUS EN PÉRINATALITÉ, INCLUANT LA PÉRIODE PRÉNATALE	
ANNEXE 4 EXEMPLE D'UNE CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ, RÉGION DE QUÉBEC	

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est vécue comme un des événements les plus importants dans la vie d'un couple. Les enfants sont aussi la plus grande richesse de notre société. La Politique de périnatalité du Québec¹ mentionne l'importance que représentent la maternité et la paternité comme expérience tant pour la personne que pour la société. Cette politique confirme la nécessité de soutenir les parents et les nouveau-nés. Pour ce faire, elle prend assise sur une approche globale et familiale, elle détermine que la continuité des soins et des services est indispensable.

D'autre part, le système de santé et de services sociaux du Québec s'est considérablement transformé. Le virage ambulatoire constitue le principal axe de cette transformation. En périnatalité, le tournant décisif s'est notamment manifesté par la réduction du temps d'hospitalisation au moment de la naissance d'un enfant et un transfert des services en milieu hospitalier vers d'autres partenaires du réseau.

Au Québec, en 1999, 53 établissements hospitaliers qui pratiquaient des accouchements offraient des congés précoces². Selon la tendance, cette pratique s'étendra à l'ensemble du Québec à plus ou moins brève échéance. Afin d'assurer la continuité des services après le congé précoce, 34 de ces 53 établissements avaient un protocole ou une entente locale avec des CLSC et 6 régions avaient une entente régionale ou sous-régionale. Quelques régions sont pourvues de tables régionales de concertation pour la mise en place d'une gamme de services intégrés en périnatalité³.

Compte tenu de la disparité des services offerts et du virage ambulatoire qui s'effectue dans le réseau de la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux a jugé pertinent, afin d'assurer la sécurité de la mère et du bébé, d'élaborer un document pour guider la mise en place des programmes de congé précoce en périnatalité.

Le Ministère est d'avis que la grossesse, la naissance et l'adaptation parentale et familiale en période postnatale sont des expériences de vie qui doivent être soutenues par une gamme de services de base. Ces services doivent être rendus disponibles à l'ensemble de la population du Québec par l'entremise des différents partenaires du domaine de la santé et des services sociaux.

-
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de périnatalité*, 1993, 101 pages.
 2. NICOLE GRAVEL, PAULINE BÉGIN-BROSSEAU ET SYLVIE MONTREUIL, *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec, en date du 31 mars 1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, document de travail, p. 14 et 18
 3. Les orientations ministérielles prévoient, à moins d'indication médicale, que les sages-femmes aient l'entière responsabilité du suivi de la mère et de l'enfant en pré, per et post-natal y compris lorsque cet accouchement aura lieu dans un centre hospitalier. L'organisation des services devra donc tenir compte de cette réalité.

LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ ET LE VIRAGE AMBULATOIRE

Sans définir le congé précoce, la Politique de périnatalité du Québec⁴ établit, comme une des voies d'action prioritaires, « la nécessité d'offrir une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins des futurs parents et des familles⁵ ». Cette politique affirme également que la réalisation des objectifs énoncés « doit donner lieu à une nette amélioration du soutien psycho-sociosanitaire de toutes les femmes enceintes, des parents et des nouveau-nés (...)»⁶. Plus particulièrement, dans le cas « d'un retour accéléré à domicile⁷ », il y est dit que l'enseignement des soins du nouveau-né doit être donné aux mères et aux pères selon la durée du séjour au centre de naissance. Cette politique établit de plus la nécessité d'offrir des services en période prénatale ainsi que de soutenir les parents, à domicile, dans la période postnatale.

D'autre part, les programmes de congé précoce en périnatalité s'inscrivent dans le contexte du virage ambulatoire. Celui-ci vise une utilisation efficace, appropriée et judicieuse de tous les services hospitaliers internes et externes afin d'offrir des services adaptés, de qualité, continus, plus légers et sécuritaires. Il implique une déconcentration et une réorganisation géographique des services accompagnées de transferts de ressources du milieu hospitalier vers la première ligne, notamment les CLSC. « *La finalité du virage ambulatoire est l'instauration d'un continuum de soins et de services sans faille, sans cloison et sans brisure. Ce continuum doit donc être assorti d'un mécanisme régional de liaison efficace* »⁸. La réorganisation des soins et des services découlant du virage ambulatoire doit donc reposer sur un excellent partenariat, une complémentarité et une interaction entre tous les acteurs associés à la prestation de tout l'épisode de ces soins et de ces services.

Dans le cadre des soins et des services en périnatalité, ces éléments sont indispensables pour donner un sentiment de sécurité aux parents au moment d'un congé précoce.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de périnatalité*, 1993. La Politique traite brièvement de la diminution du séjour et de son corollaire, la pratique du retour accéléré à domicile. Elle mentionne les divers problèmes reliés à cette pratique, sans toutefois définir le congé précoce, p. 40.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de périnatalité*, 1993, Voie d'action 2, p. 52.

6. *Idem*, p. 52.

7. *Idem*, p. 55, dans les soins et les services centrés sur la famille au cours de la grossesse, de l'accouchement et du séjour postnatal dans un centre hospitalier.

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de la planification et de l'évaluation, *Le virage ambulatoire en santé physique; Enjeux et perspectives*, «Études et analyses», no 38, nov 1997, à paraître. Le document situe clairement le virage ambulatoire. Différents éléments contenus dans ce paragraphe ont été extraits des pages 2 à 4 et 19 à 25 de ce document.

Partie 1



Concepts et conditions
à respecter pour mettre en place
un programme de congé précoce

1. DÉFINITION DU CONGÉ PRÉCOCE

Dans le présent document, on entend par congé précoce de la mère et du nouveau-né :

tout congé de l'hôpital, d'un centre accoucheur ou d'un centre de naissance⁹ à 48 heures de vie de l'enfant ou moins après un accouchement normal (deux jours ou moins) ;

- tout congé de l'hôpital, d'un centre accoucheur ou d'un centre de naissance à 96 heures ou moins après un accouchement par césarienne (quatre jours ou moins).

L'ensemble des publications sur le sujet ainsi que les diverses associations professionnelles s'entendent sur cette définition du congé précoce. Il est important également de noter les positions de ces associations sur le sujet.

Selon l'Association des pédiatres du Québec, plusieurs critères sont à considérer pour permettre un congé précoce ; notamment, « un examen physique de l'enfant par un médecin doit être fait à deux reprises à un minimum de 24 heures d'intervalle avant le congé précoce¹⁰ ».

Le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a pour sa part déclaré, en décembre 1995, « que la durée normale du séjour pour un accouchement vaginal sans complication soit de deux jours dans le cas d'hôpitaux ne pouvant assurer de soins infirmiers à domicile, comparativement à une journée ou deux dans le cas d'hôpitaux pouvant dispenser de tels services. [...] Que la durée de séjour pour une césarienne soit de quatre jours ou plus pour les hôpitaux ne pouvant assurer de soins infirmiers à domicile, comparativement à trois jours ou plus dans les hôpitaux pouvant dispenser de tels services¹¹ ».

2. CRITÈRES DE SÉLECTION POUR UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE¹²

Dans tous les cas, il faut préciser que les parents, et jusqu'à un certain point l'enfant lui-même, sont les maîtres d'œuvre du déroulement de la naissance et du post-partum

9. Le terme centre de naissance exclut, dans le présent document, les maisons de naissance.

10. ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC, *Rapport du Comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale*, 2 novembre 1995, p. 14.

11. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, *Directives cliniques. Déclaration de principe*, n° 20, avril 1996.

12. LE CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (CÉTS), dans son rapport de décembre 1997 sur *l'Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum*, présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, note, en page 44, l'importance d'établir des critères clairs afin de contrôler les risques pouvant être liés au congé précoce et d'en minimiser les conséquences tant sur la santé que sur l'utilisation des ressources.

immédiat. Ainsi, avec l'équipe traitante, les parents sont aptes à juger de la pertinence du congé. *Aucune pression ne doit être faite sur les parents, notamment la mère, pour l'inciter à quitter précocement le centre accoucheur*¹³.

Critères reliés à la santé de la mère et de l'enfant

- La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complication.
- Le bébé est né à terme, considéré comme normal à l'examen et d'un poids approprié.
- La mère est en bonne santé physique.

Critères reliés à la prestation des services

- L'ensemble des soins à l'hôpital a été dispensé.
- L'enseignement aux parents a été donné, idéalement en période prénatale ou, sinon, en période postnatale immédiate. Les parents ont démontré leur capacité de prendre soin du bébé¹⁴. Les mères qui allaitent se révèlent aptes à donner le sein.
- Le bébé a subi les examens physiques appropriés¹⁵. Son état est médicalement stable. Le bébé est en bonne santé et capable de maintenir une température corporelle normale. Il a une bonne succion, il avale et s'alimente normalement et ses selles sont normales.
- Les épreuves de laboratoire pour la mère et le bébé ont été faites, incluant le dépistage des maladies métaboliques, et les résultats ont été vérifiés et sont connus (sauf en ce qui concerne les programmes systématiques de dépistage des maladies héréditaires et congénitales).
- Les besoins de soutien et de suivi tant sur le plan bio psychosocial et que sur le plan économique, pour les 48 premières heures ont été évalués et on peut répondre adéquatement à ces besoins.

13. Le CÉTS confirme aussi dans ce rapport que le taux de satisfaction des parents est élevé en ce qui regarde l'accès à un congé précoce lorsque celui-ci est choisi par les parents, p. 44.

14. Cet élément est le deuxième facteur qui devrait être inclus dans un programme de congé précoce, selon le CÉTS, p. 44.

15. L'Association des pédiatres recommande deux examens espacés de 24 heures. Dans le cadre d'un programme de congé précoce, cette recommandation exige que le premier examen se réalise au cours des premières heures de vie de l'enfant.. Si tel n'est pas le cas, un suivi devrait être planifié avant le congé de l'enfant.

Critères reliés au suivi postnatal

- Les parents sont informés sur la nature des divers services offerts après le congé et sur la façon d'y avoir accès.
- Le suivi postnatal est organisé conjointement les CLSC et les centres hospitaliers¹⁶.
- La réadmission au centre accoucheur en cas d'urgence est assurée pour les sept premiers jours de vie de l'enfant. Des modalités d'organisation de services sont prévues pour en faciliter l'accès à la mère, notamment lorsque celle-ci allaite¹⁷.

3. CONDITIONS ESSENTIELLES À L'ORGANISATION D'UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE

La mise en place d'un programme de congé précoce dans le cadre de la Politique de périnatalité doit prévoir des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires¹⁸ ainsi que des mécanismes de suivi dans les périodes prénatale, perinatale et postnatale. Ainsi, les conditions suivantes sont essentielles à l'organisation de ces programmes.

- L'existence d'un protocole ou d'une entente de partenariat entre le centre accoucheur et le CLSC pour assurer la continuité des soins selon les balises minimales présentées dans la deuxième partie du présent document.
- L'offre par les CLSC d'une gamme de services dans les périodes prénatale et postnatale et l'assurance d'une accessibilité gratuite et universelle à ces services¹⁹.

16. Cet élément est considéré par le CÉTS comme le troisième facteur très important dans la mise en place d'un programme de congé précoce (p. 44 du rapport).

17. Certaines régions ont mis en place ou sont à mettre en place des mécanismes facilitant la cohabitation mère-enfant dans les cas où la réhospitalisation est nécessaire. Ces régions travaillent par ailleurs sur les façons de faire et les attitudes à adopter pour préserver l'attachement parents-enfant, soutenir l'allaitement maternel et prévenir divers problèmes familiaux. À titre d'exemple, l'Hôtel-Dieu de Lévis, le Centre hospitalier Saint-Georges-de-Beauce et le CHUQ, (pavillon Saint-François-d'Assise) ont aménagé une ou des « chambres d'hôtellerie » ou ont établi des ententes avec des partenaires pour répondre à ce besoin. Pour faciliter la cohabitation dans certaines situations où la mère doit être réhospitalisée dans un autre département que l'unité mère-enfant, la pouponnière prête un lit de bébé ce département. Plusieurs mécanismes peuvent aider les parents à l'occasion d'une réhospitalisation.

18. Au moment de la mise en place du réseau intégré de soins et de services en périnatalité, la complémentarité entre les professionnels doit inclure les sages-femmes, dans le respect des responsabilités de ces dernières.

19. L'importance d'offrir gratuitement et universellement des services dans les périodes prénatale et postnatale est exposée dans la Politique de périnatalité, à la voie d'action 2, p. 52 à 58.

- Une réallocation budgétaire adéquate entre les divers partenaires pour permettre l'actualisation de l'offre de services.
- L'accès local à des rencontres prénatales et postnatales.
- La réorganisation des soins infirmiers, tant en milieu hospitalier qu'en CLSC.
- L'existence d'un mécanisme de liaison avec les médecins qui s'occupent du suivi postnatal.
- L'existence d'un protocole ou d'une entente de partenariat entre le CLSC et les organismes communautaires pour le soutien à l'allaitement et le soutien aux familles.
- La participation des médecins qui pratiquent en périnatalité aux programmes de suivi prénatal et postnatal pour les femmes et les bébés.
- Une garantie de réadmission directe à l'hôpital au cours de la première semaine de vie de l'enfant, si nécessaire. L'accessibilité à un service favorisant la présence de la mère près du bébé, notamment lorsqu'elle allaite.
- L'accessibilité à un service téléphonique du genre Info-Santé 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, et, idéalement, à un service d'Info-Périnatalité²⁰.
- La transmission rapide de l'information entre les partenaires après une autorisation .
- La préparation adéquate du personnel qui assure les services de première et de deuxième lignes. Il serait important de donner des formations à l'échelle régionale visant à favoriser le développement d'un langage commun entre les intervenantes et intervenants des divers milieux de la région.

Les infirmières de première et de deuxième lignes²¹ peuvent avoir certains besoins particuliers au regard du suivi postnatal à la maison. Il serait pertinent qu'une évaluation plus précise de ces besoins soit effectuée dans chacune des régions. Par ailleurs, une formation prévoyant le jumelage des infirmières de CLSC et de CH ainsi que des mises en situation faciliteraient l'arrimage entre CLSC et CH.

Ces besoins pourraient être les suivants :

- des connaissances pour procéder au prélèvement sanguin au talon de l'enfant, si nécessaire ;
- des connaissances pour réaliser une évaluation clinique de l'ictère du nouveau-né ;

20. Voir l'annexe 1.

21. Le personnel infirmier de première et de deuxième lignes est quotidiennement au cœur des transformations que nécessite la mise en place d'un programme de congé précoce. Le CÉTS, souligne l'effet du congé précoce sur l'organisation des soins infirmiers, (rapport déjà cité, p. 14).

- des connaissances pour offrir le soutien à l'allaitement maternel ;
- des connaissances sur les caractéristiques du post-partum, tant pour la mère que pour le bébé ;
- des connaissances sur la procédure pour enlever les points, les agrafes et pour évaluer et soigner les plaies après l'accouchement ;
- des stratégies pour favoriser l'attachement parents-enfant et des indices permettant de dépister les problèmes d'attachement ou d'autres problèmes sociaux ;
- des connaissances pour rendre les intervenantes et les intervenants capables d'agir auprès des personnes plus vulnérables ainsi que pour les mobiliser ;
- la préparation pour l'enseignement à donner en période prénatale, en période post-partum et en période postnatale ;
- l'arrimage entre les CLSC et les CH pour faciliter le retour à la maison.

4. CONDITIONS QUI FACILITENT L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE CONGÉ PRÉCOCE

Il est important de se rappeler que la Politique de périnatalité du Québec considère que les soins et les services en période périnatale doivent être centrés sur la famille. Ceux-ci reposent sur les principes de qualité, de continuité, de complémentarité, d'accessibilité, d'efficacité et d'équité régionale. Ils sont donnés principalement par les médecins²², le personnel des CLSC et des centres hospitaliers ainsi que par les organismes communautaires. Le réseau familial et le soutien apporté par des proches sont par ailleurs des éléments importants à considérer dans l'élaboration d'un plan de soins et de services en période périnatale. Le virage ambulatoire en périnatalité vise une utilisation appropriée et judicieuse de tous les services et de toutes les ressources, qu'elles soient familiales ou institutionnelles.

Plusieurs difficultés, surmontables cependant, rendent ardue la mise en place de soins et de services continus et complémentaires centrés sur la famille. Ces difficultés sont dues à une méconnaissance des partenaires, à des problèmes de ressources et de réallocation budgétaire, à des problèmes au partenariat et à la concertation régionale, à un manque de soutien pour augmenter le taux d'allaitement, à des problèmes techniques en milieu hospitalier liés aux écueils que représente la transmission de l'information dans le CLSC qui dessert le territoire où habite la famille, etc.

22. Et les sages-femmes, dans certains cas.

Les diverses conditions pouvant faciliter le développement et la mise en place de services et de soins intégrés en périnatalité sont :

- un leadership dynamique exercé par les régions régionales ;
- la formation, dès le début du processus de transformation, d'un comité de travail regroupant l'ensemble des partenaires en cause : CH, CLSC, médecins et organismes communautaires²³ ;
- l'importance d'établir des liens avec tous les médecins²⁴ qui pratiquent en périnatalité, dans des cabinets privés ou publics. Les médecins doivent être engagés dans des collaborations intersectorielles ;
- l'évaluation des besoins de formation clinique du personnel et l'offre d'une réponse à ces besoins ;
- une continuité des soins et des services, idéalement par les mêmes intervenantes et intervenants ;
- l'harmonisation, au niveau régional, du contenu des rencontres prénatales et de l'enseignement donné en centre de naissance ; l'accès à une formation du personnel en conséquence.

Nous croyons qu'il est fort pertinent, pour orchestrer le processus de partenariat, de dégager dans chaque région une ressource expérimentée ayant le mandat clair d'établir la concertation régionale et une véritable collaboration entre les différents partenaires.

23. *Idem*

24. *Idem*

5. RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE PÉRINATALITÉ

Les régies régionales ont la responsabilité de la planification des soins et des services en matière de périnatalité ainsi que celle du partage équitable des ressources humaines et financières en fonction des rôles et des responsabilités respectives des divers partenaires dans ce dossier. Le redéploiement des services et la planification des soins et des services en périnatalité²⁵ se basent sur une reconfiguration des effectifs humains afin d'assurer la complémentarité entre les partenaires, la continuité des soins et des services et le partage des ressources.

La complémentarité ainsi que la concertation seront garants de l'accessibilité à un suivi et à un soutien adéquats. Afin de favoriser cette complémentarité, un partage autorisé de l'information pertinente s'avère un élément clé pour assurer un suivi et un soutien de qualité. Ainsi, il s'avère primordial de mettre en place des mécanismes pour faciliter ce partage d'information entre tous les partenaires travaillant en périnatalité²⁶.

Par ailleurs, ce partenariat doit se concrétiser avec les différents organismes communautaires qui travaillent sur le même territoire. La Politique de périnatalité mentionne clairement l'importance de ce partenariat : « Très proches, voire porte-parole des besoins des femmes et des familles, les ressources communautaires sont invitées dans chaque région du Québec à participer étroitement à la conception, à la planification et à la mise en œuvre du soutien psycho-sociosanitaire des femmes enceintes et de leurs familles²⁷. »

En période prénatale, la collaboration des partenaires communautaires peut être offerte sous les formes suivantes :

- soutien des mères et des familles ;
- accompagnement et préparation à la naissance et à l'allaitement ;
- représentation collective et individuelle des parents et défense de leurs droits ;
- offre de services de suivi et d'entraide ;
- information et référence ;
- complémentarité entre les partenaires pour le suivi et soutien.

25. Voir l'annexe 2. Les régies régionales ont aussi la responsabilité d'intégrer les sages-femmes au domaine de la périnatalité dans le respect des orientations ministérielles à leur égard.

26. Les modalités d'intégration des sages-femmes au partage des responsabilités en périnatalité seront définies dans un autre document.

27. *Politique de périnatalité*, document déjà cité, p. 52.

Dans les périodes intrapartum et postnatale immédiate, cette collaboration peut s'exprimer ainsi :

- soutien à la mère et sa famille ;
- accompagnement à la naissance ;
- représentation individuelle et collective, défense des droits de la mère et de ceux de sa famille ;
- soutien à l'allaitement ;
- information et référence ;
- complémentarité entre les partenaires pour le suivi et soutien.

En période postnatale, cette collaboration peut prendre les formes suivantes :

- soutien, entraide ;
- accompagnement psychosocial ;
- offre de services ;
- représentation individuelle et collective, défense des droits de la mère et de ceux de sa famille ;
- soutien à l'allaitement ;
- information et référence ;
- complémentarité entre les partenaires pour le suivi et le soutien.

.

Partie 2



Organisation des soins,
des services et du suivi

1. PÉRIODE PRÉNATALE

Services et soins avant l'accouchement

La période prénatale est cruciale dans le déroulement de l'accouchement futur et de l'adaptation de la famille à l'enfant. Cette période est toutefois idéale pour diffuser l'enseignement susceptible de favoriser un congé précoce en toute sécurité. C'est aussi à ce moment qu'il est possible de promouvoir de saines habitudes de vie et de favoriser le développement de solidarités sociales. Cette période est aussi privilégiée pour prévenir la naissance de bébés de faible poids, les retards de développement ainsi que l'abus et la négligence envers les enfants et la violence conjugale. Ainsi, au cours de la période prénatale, il est idéalement souhaitable que tous les futurs parents aient accès à des rencontres prénatales, mais principalement ceux qui auront pour la première fois la responsabilité d'un nouveau-né.

Minimalement, dans le cadre d'un programme de congé précoce après l'accouchement, la période prénatale devrait :

- permettre aux parents d'avoir accès à des rencontres prénatales et de recevoir le maximum de l'enseignement qui sera donné ou revu pendant la période intrapartum et postnatale immédiate ;
- permettre de dépister précocement des situations potentiellement problématiques, d'intervenir en conséquence et de transmettre l'information pertinente au centre accoucheur (exemple : le soutien alimentaire) ;
- assurer le suivi nutritionnel au besoin ;
- permettre aux parents d'avoir accès à l'information pertinente sur le programme de congé précoce ainsi que sur l'ensemble des ressources du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les organismes communautaires, qui travaillent en périnatalité ;
- faciliter l'accès au lieu de l'accouchement.

Certaines régions répondent aux besoins des parents en périnatalité par la mise en place de services basés sur une approche globale et familiale. Ces services intègrent en continuité les soins en période prénatale, en période intrapartum et postnatale immédiate et en période postnatale à la maison. C'est le cas, par exemple, du partenariat conclu par le Centre hospitalier de Baie-Comeau²⁸.

28. Voir l'annexe 3.

D'autres modèles d'organisation des soins et des services intégrés sont possibles. Notons à cet égard l'intégration des services prénataux avec des cliniques de périnatalité comme c'est le cas dans la région de Québec²⁹.

2. PÉRIODE INTRAPARTUM ET POSTNATALE IMMÉDIATE

Les soins à donner à la mère et au nouveau-né doivent être envisagés selon une approche familiale³⁰. Cette approche renvoie à une philosophie qui permet à la femme et à sa famille de vivre l'accouchement et la naissance comme un événement normal de la vie. Elle devrait faciliter, pour l'ensemble de la famille, l'adaptation à l'enfant qui vient de naître. L'assistance fournie à la mère et à sa famille pendant cette période doit être personnalisée, humaine, chaleureuse et respectueuse de leurs valeurs.

L'approche familiale s'appuie sur le concept de choix en matière de soins à la mère et à l'enfant. Pour aider la femme et le couple à choisir librement et en toute connaissance de cause entre diverses options, il faut être en mesure de communiquer tous les éléments d'information nécessaires et d'engager un dialogue franc et respectueux des personnes.

Cette approche implique la participation de la famille ou de toutes les personnes choisies par la femme qui accouche. Elle implique aussi l'aménagement de chambres qui favorisent la cohabitation.

La pratique de la cohabitation de la mère et du bébé devrait être offerte à toutes les mères lors du séjour en centre de naissance. La cohabitation mère-enfant favorise la création de liens, augmente le sentiment de compétence parentale, facilite l'allaitement maternel et prépare plus adéquatement le retour à la maison.

Le moment de l'hospitalisation se répartit en deux périodes, soit le travail et l'accouchement (intrapartum), et le suivi postnatal immédiat (post-partum). Dans le cadre d'un programme de congé précoce, ce suivi s'effectue pendant les 48 premières heures ou moins de la vie de l'enfant.

Dans certains hôpitaux, on privilégie les « soins combinés », c'est-à-dire que les soins sont prodigués à la mère et au bébé par la même infirmière. Cette façon de faire facilite l'observation qui permet de mieux comprendre les besoins des parents et d'ajuster l'enseignement et le suivi en conséquence.

29. Voir l'annexe 4. Précisons qu'une clinique de périnatalité devrait idéalement se retrouver en CLSC.

30. Les mères et les bébés suivis par les sages-femmes restent sous la responsabilité de celles-ci dans la période postnatale.

Suivi postnatal immédiat au centre de naissance

Les interventions médicales en post-partum doivent permettre de s'assurer de l'état de santé stable de la mère et du nouveau-né. Pour ce faire, il faut :

- Idéalement deux examens physiques du nouveau-né³¹ ;
- un examen physique de la mère ;
- la consultation, l'évaluation et le suivi des résultats des tests de laboratoire réalisés en anténatal, intrapartum et postpartum , et ce, avant le congé (sauf en ce qui concerne les résultats des maladies métaboliques).

Pour la mère, les suivants :

- ◇ groupe sanguin et facteur Rh ;
- ◇ test de Coomb's indirecte ;
- ◇ rubéole ;
- ◇ Hb - Ht ;
- ◇ HbsAG ;
- ◇ VIH.

31. Les examens sont faits par des médecins. Par contre, les sages-femmes ont l'entière responsabilité des soins de la mère et de l'enfant (incluant l'examen complet du nouveau-né). Elles procèdent à l'admission et au congé aux mères et à leur bébé.

Pour le nouveau-né, ces tests sont les suivants :

- ◇ groupe sanguin et facteur Rh ;
- ◇ test de Coomb's direct ;
- ◇ Hb - Ht, si indiqué ;
- ◇ glycémie, si indiqué ;
- ◇ bilirubinémie, si indiqué ;
- ◇ prélèvements sanguins pour dépister la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie et la tyrosinémie héréditaire. Ces prélèvements doivent toujours être effectués avant le départ de l'enfant du centre de naissance et selon le mécanisme prévu, dans les délais requis³² et par du personnel compétent et formé. Si le centre de naissance juge opportun de confier cette responsabilité à un partenaire, il doit s'assurer que les conditions nécessaires pour la réalisation des prélèvements sont en place.

Enseignement à donner aux parents avant le départ du centre accoucheur

Afin d'alléger l'information à donner aux parents pendant l'intense période que constitue la naissance d'un enfant, une très grande part de l'enseignement devrait préférablement leur être donnée en période prénatale. D'autre part, la distribution de documents, tels que le livre *Mieux vivre avec son enfant*, et la transmission d'explications complémentaires peuvent aussi s'effectuer en période prénatale.

L'enseignement à donner aux parents, que ce soit en période prénatale ou en centre de naissance, est un élément fondamental du programme de congé précoce. S'il se donne au centre de naissance, au cours de la période postnatale immédiate, il doit être dosé de façon à tenir compte de la capacité de réception et de concentration des mères ou des pères pendant cette période particulièrement intense. Il peut s'avérer nécessaire, dans certains cas, de reporter certains éléments dans la période du suivi postnatal à domicile. Le père du bébé doit être incité à assister à l'enseignement. Cet enseignement doit permettre :

- d'assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né ;
- d'augmenter la capacité des parents à prendre soin de leur bébé et d'eux-mêmes.

Le meilleur contexte pour donner l'enseignement aux parents en milieu hospitalier est :

- la cohabitation parents-enfant ;

32. Le Service génétique du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), responsable de l'analyse des échantillons, mentionne que les prélèvements doivent être faits après 24 heures d'alimentation afin que la mesure de la phénylcétonurie demeure efficace. Les prélèvements peuvent donc être faits pourvu que le bébé s'alimente depuis au moins 24 heures.

- la présence d'une structure de soins intégrés parents-enfant donnés par une équipe qui s'occupe à la fois de la mère et du bébé.

Le contenu de l'enseignement à donner aux parents devrait être divisé en trois parties : une pour le nouveau-né, une pour la mère et une autre pour le couple ou la famille.

Pour le nouveau-né :

- ◇ santé et hygiène du bébé : bain, soins du cordon, changement de couches, soins du siège, etc. ;
- ◇ ictère ou jaunisse chez le nouveau-né ;
- ◇ alimentation et élimination ;
- ◇ comportements du nouveau-né : pleurs, bâillements, hoquet, coliques, etc.

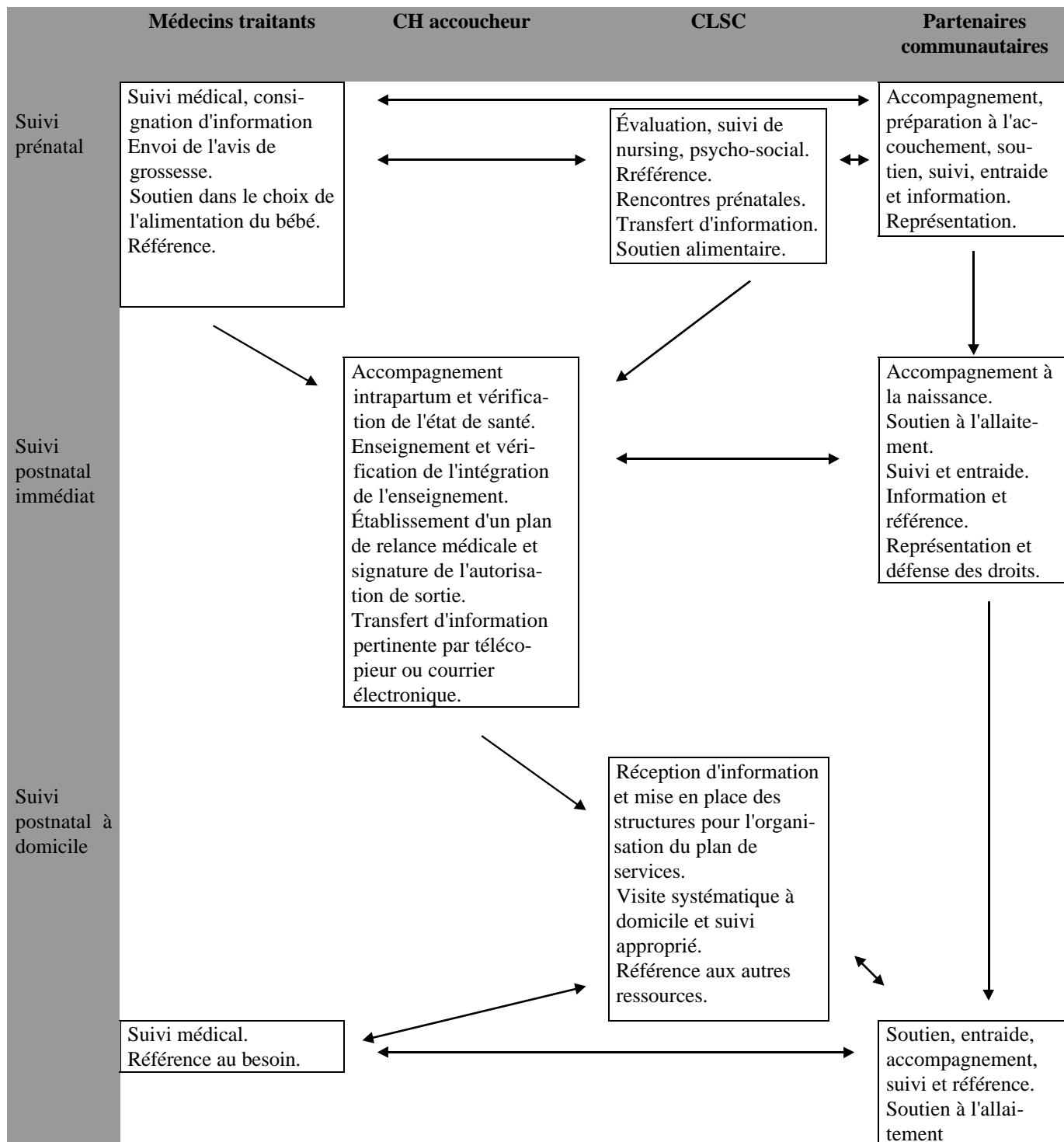
Pour la mère :

- ◇ activités, repos et hygiène de vie de façon à permettre une récupération optimale ;
- ◇ allaitement maternel (hygiène avant le boire, préparation des seins, présentation et prise du mamelon, montée de lait, engorgement, etc.) ;
- ◇ soins de la plaie abdominale, du périnée et des hémorroïdes, s'il y a lieu ;
- ◇ prévention de la dépression et information sur les indices de dépression post-partum.

Pour le couple ou la famille :

- ◇ observation et découverte de l'enfant (attachement parents-enfant, participation du père, etc.), découverte des caractéristiques du nouveau-né (sommeil et activité, compétences sensorielles et motrices, etc.) ;
- ◇ mode de vie à la maison ;
- ◇ alimentation du bébé au biberon, le cas échéant (préparations lactées, réchauffement du biberon, présentation et prise de la tétine, rot, etc.) ;
- ◇ démarches à faire (déclaration de naissance, carnet de santé, prélèvement urinaire à réaliser à la maison, etc.) ;
- ◇ remise du document *Mieux vivre avec son enfant* ;
- ◇ explications sur le suivi disponible en CLSC ;
- ◇ informations sur les ressources existantes : réseau familial, services offerts par les ressources communautaires et d'entraide, services téléphoniques, suivi donné dans les cliniques médicales, suivi donné au centre de naissance.

Mécanisme de transmission de l'information



Un mécanisme de transmission de l'information entre le centre de naissance, le CLSC, les médecins et les partenaires communautaires doit être mis en place afin de s'assurer que le plan de services soit concrétisé dans les plus brefs délais après le congé du centre hospitalier.

Il est à noter qu'en tout temps la transmission de l'information entre les partenaires doit être l'objet d'une autorisation.

3. PÉRIODE POSTNATALE À DOMICILE³³

La période postnatale est déterminante dans le développement des liens familiaux. Le soutien offert aux parents et aux autres membres de la famille durant cette période doit être à la mesure de leurs besoins. Il doit aussi tenir compte de la durée du séjour au centre accoucheur.

Les soins et les services doivent être intégrés, continus, légers et de qualité, adaptés aux besoins particuliers de chacune des familles. L'ensemble des soins et des services doit être offert dans la communauté, donc dans le milieu de vie des familles.

Services à offrir

Les services locaux de base

Le CLSC est reconnu comme étant la ressource de première ligne en périnatalité, notamment pendant la période postnatale. Il assure les soins et les services de première ligne en collaboration avec ses divers partenaires.

L'épisode des soins et des services à mettre en place, par le CLSC, comporte les aspects suivants :

- Une visite systématique et rapide à domicile

Tant pour assurer le suivi et les soins que pour participer à la mise en place du soutien adéquat à offrir, il est nécessaire de procéder sans délai à une visite systématique de toutes les mères et de leur bébé dès leur congé du centre accoucheur. La visite à domicile s'inscrit dans la continuité des soins prônée par la *Politique de périnatalité*.

Il est reconnu que d'importants changements physiologiques se produisent chez la mère et le nouveau-né les deuxième et troisième jours après la naissance. Ainsi, la montée laiteuse se produit entre 48 et 96 heures après la naissance ; l'ictère

33. Les sages-femmes ont la responsabilité de ce suivi pour les mères qu'elles suivent et leur bébé.

physiologique se manifeste généralement le troisième jour de la vie de l'enfant. Des problèmes causés par des malformations du système cardiaque et gastro-intestinal peuvent aussi se manifester pendant cette même période.

À défaut de pouvoir se rendre domicile la troisième journée de la vie de l'enfant, un appel téléphonique doit être fait à toutes les mères le lendemain du retour à la maison (généralement la troisième journée de la vie de l'enfant). Cet appel doit permettre de vérifier les besoins et les inquiétudes de la mère, les besoins du bébé ainsi que de procéder aux références nécessaires, notamment lorsqu'il y a des difficultés reliées à l'allaitement. Il doit de plus permettre de planifier la visite à domicile qui devrait se réaliser dans les deux jours qui suivent. **La visite à domicile ne devrait jamais dépasser la troisième journée suivant le départ de l'hôpital.**

À l'occasion de cette visite, il faudra :

- planifier avec la famille le plan de services pouvant répondre à ses besoins ;
- vérifier l'état de santé du bébé (l'ictère, l'alimentation ou la succion nutritive au sein, le poids, les urines et les selles ainsi que les soins qui lui sont donnés). Assurer les liens avec le médecin traitant au besoin ;
- vérifier l'état de santé général de la mère (l'état de bien-être, les conditions de l'allaitement, l'état du périnée ou de la plaie de la césarienne, et surveiller les symptômes de dépression postpartum). Établir les liens avec le médecin traitant au besoin ;
- soutenir et encourager l'allaitement maternel ;
- reconnaître et renforcer la compétence parentale, soutenir l'attachement parents-enfant et compléter ou consolider l'enseignement donné aux parents ;
- informer les femmes et les familles sur les services et le soutien offerts ;
- repérer les familles plus vulnérables qui vivent des situations d'isolement, de pauvreté, de violence et de négligence. Reconnaître les situations problématiques sur le plan bio psychosocial et assurer le suivi approprié par le biais de l'équipe multidisciplinaire du CLSC ;
- vérifier les divers besoins de la famille immédiate et orienter les personnes vers les ressources communautaires qui peuvent y répondre ;
- rappeler l'importance de remplir le formulaire de déclaration de naissance, la pertinence du prélèvement urinaire chez l'enfant et l'envoi de ce prélèvement ;
- s'assurer que l'information adéquate en matière de contraception a été fournie au couple.

Compte tenu des besoins des familles, il est possible que l'infirmière ne puisse réaliser l'ensemble des interventions. Au cours de la même visite, l'organisation des services devra prévoir cette éventualité et assurer un suivi.

- Un service téléphonique

Une équipe devrait permettre d'assurer des services téléphoniques de jour et de nuit, sans délai d'attente pour les parents. La ligne Info-Santé est déjà en service partout au Québec, et ce, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Une ligne Info-Périnatalité peut être mis en place afin de répondre le plus adéquatement possible aux questions que se posent les parents au cours de la période postnatale. Notons, à titre d'exemple, qu'une telle ligne a été mise en service dans la région de Québec³⁴. **La ligne téléphonique ne peut, en aucun cas, remplacer la visite à domicile.**

Les médecins des cliniques privées ou publiques pratiquant en périnatalité

Les médecins de famille, les pédiatres, les obstétriciennes, les obstétriciens et les gynécologues sont des intervenants majeurs en santé périnatale. Ils assurent le suivi médical prénatal, les accouchements et le suivi de la mère et de son enfant après la naissance. Le médecin joue aussi un rôle important quant au choix du type d'alimentation du futur enfant.

Les médecins pratiquant en périnatalité ont la responsabilité du suivi médical de la mère et du nouveau-né, notamment dans la période postnatale. Au cours de cette période, il est extrêmement important que la collaboration soit établie entre tous les partenaires et que ces derniers travaillent en complémentarité.

Les sages-femmes

Les sages-femmes auront un rôle privilégié à jouer en santé périnatale. Des travaux sont actuellement en cours afin d'intégrer ces professionnelles aux activités en périnatalité dans chacune des régions.

Le centre accoucheur

Le centre accoucheur (centre hospitalier ou autre) doit prévoir le retour de la mère et du bébé, en cas d'urgence. La réadmission directe jusqu'au septième jour de vie de l'enfant, doit donc être possible à toutes les mères et les nouveau-nés qui en auront besoin. Dans les cas où la mère ou le nouveau-né doit être réhospitalisé, le système en place doit prévoir et faciliter la cohabitation de la mère et du bébé.

Certains centres accoucheurs offrent aux mères l'accès téléphonique à la pouponnière. Ce service peut exister en complémentarité avec les services offerts par le ou les CLSC partenaires.

Les organismes communautaires

Pour faciliter les relevailles et accompagner les mères et leur famille, les organismes communautaires ont toujours été des partenaires essentiels. Ces organismes apportent aux mères et à leur famille un soutien garant d'une qualité d'intervention globale qui

34. L'annexe 1 présente la ligne Info-Périnatalité de Québec.

répond aux besoins exprimés par celles-ci. Il est donc important d'établir des liens avec ces partenaires qui assurent généralement la complémentarité avec le ou les CLSC ainsi qu'avec les maisons de naissance.

CONCLUSION

Au Québec, plusieurs centres de naissance ont déjà instauré un programme de congé précoce en périnatalité. Celui-ci semble être une option intéressante, d'abord pour les parents qui désirent rapidement se retrouver en famille après la venue du nouveau-né, ensuite pour le centre de naissance qui y voit une occasion de réaliser des économies intéressantes dans une période de restrictions budgétaires.

La mise en place d'un programme de congé précoce doit, si l'on veut que ce programme soit efficace, s'accompagner d'une réorganisation des services dans l'optique d'en améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité ainsi que la sécurité pour les mères et les nouveau-nés. Pour ce faire, les régies régionales doivent assumer un leadership important et gérer la réallocation essentielle des ressources humaines et financières. En effet, il est important que des impératifs budgétaires ne mettent pas en péril une notion aussi importante que celle de la sécurité de la mère et de l'enfant.

Pour que l'ensemble des partenaires du réseau de la santé, les familles et les nouveau-nés sortent gagnants de la mise en place d'un programme de congé précoce en périnatalité, les conditions énumérées dans le présent document sont essentielles. Le respect de ces conditions favorisera la continuité des soins et permettra aux parents de se sentir à l'aise. La réduction du séjour peut faciliter la continuité des soins et l'établissement de contacts significatifs avec des personnes qui peuvent être plus vulnérables. Finalement, ces conditions assureront la qualité des soins, des services et du suivi.

La mise en place d'un programme de congé précoce en périnatalité se présente donc comme une excellente occasion pour les régies régionales de concrétiser le virage ambulatoire tout en redonnant aux parents le pouvoir sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur la santé et le bien-être de leur enfant.

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC. *Rapport du Comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale*, 2 novembre 1995.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (CÉTS). *L'évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en postpartum*, Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux. Décembre 1997.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 1993, 101 p.

GRAVEL, Denise. *L'impact du court séjour hospitalier post-accouchement sur la morbidité maternelle et infantile*, Revue de littérature préparée dans le cadre d'une maîtrise en épidémiologie. Faculté de médecine, Université Laval, décembre 1997.

GRAVEL, Nicole, Pauline BÉGIN-BROSSEAU et Sylvie MONTREUI,. *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec, en date du 31 mars 1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1998, document de travail à paraître.

LECLAIR, Ginette et Pauline BÉGIN-BROSSEAU, *Le virage ambulatoire en santé physique. Enjeux et perspectives*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, coll. «Études et analyses», N 38, novembre 1997, à paraître.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques. Déclaration de principe*, N° 20, avril 1996.

STE-MARIE, Robert. *Portrait des services postnataux en CLSC dans le cadre des programmes de congé précoce*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, janvier 1998, à paraître.

Annexes



ANNEXE 1

LE SYSTÈME DE GARDE RÉGIONALE EN PÉRINATALITÉ DE LA RÉGION DE QUÉBEC

RÉGION 03 : SYSTÈME DE GARDE RÉGIONAL

La ligne Info-Périnatalité

L'équipe d'Info-Santé assure une réponse téléphonique destinée aux demandes reliées au post-partum immédiat, et ce, jour, soir et nuit sans délai d'attente. La ligne spéciale est en service depuis mars 1995. Les appels pour des besoins en périnatalité sont traités en priorité par rapport aux appels réguliers d'Info-Santé.

Le numéro de la ligne Info-Périnatalité est communiqué aux parents à leur sortie de l'hôpital. On leur mentionne que ce service leur est accessible durant les quinze premiers jours suivant leur arrivée à la maison. Par la suite, les parents contacteront leur CLSC ou le numéro régulier d'Info-Santé : 648-2626.

L'infirmière qui reçoit l'appel a été formée à cette fin et peut, dans la très grande majorité des cas, répondre au besoin exprimé.

Si, par contre, elle évalue un besoin de visite à domicile pour un problème de santé plus important et plus urgent, elle peut transférer la demande à l'infirmière ou à l'infirmier de garde sur base régionale, de soir ou de nuit. De jour, elle oriente la demande vers le CLSC.

Infirmières et infirmiers de garde sur base régionale

Actuellement, un système de garde régional est fonctionnel et géré pour la région par le CLSC Orléans. Il peut assurer une réponse comportant une visite à domicile aux personnes qui en ont besoin, et ce, de 16 h à 8 h, 7 jours par semaine.

Les infirmières et infirmiers qui composent l'équipe de garde ont été formés à cette fin et peuvent assumer adéquatement cette mission.

Les fins de semaine et les jours fériés, de 8 h à 16 h, ce sont les infirmières du CLSC qui sont de garde pour répondre aux besoins de visites à domicile.

NUMÉRO DE LA LIGNE « PÉRINATALITÉ » : 648-2610

ANNEXE 2

EXEMPLE D'UN MODÈLE DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS EN PÉRINATALITÉ

Modèle de partage des responsabilités en périnatalité

	Médecins (clinique, CH, CLSC)	Centres hospitaliers	CLSC
Période prénatale	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture du dossier obstétrique - Suivi médical - Évaluation situationnelle de grossesse - Informations - Référence vers les services appropriés 	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique de grossesse¹ - Diffusion de l'information sur le fonctionnement et la philosophie du centre accoucheur pendant la période intrapartum et postnatale immédiate 	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique de périnatalité² - Suivi infirmier et psychosocial - Rencontres prénatales - Soutien des mères et des familles, en particulier les mères en difficulté ou vulnérables - Suivi nutritionnel - Diffusion de l'information - Référence vers les services appropriés
Période intrapartum et postnatale immédiate	<ul style="list-style-type: none"> - Soins médicaux à la mère et au bébé - Diffusion de l'information et enseignement - Référence vers les services appropriés au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Admission - Évaluation des besoins, suivi et accompagnement pendant la période de travail et l'accouchement - Amorçage de l'allaitement - Enseignement aux parents et préparation au congé - Transmission rapide de l'information au CLSC 	
Période postnatale	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi médical à planifier selon les besoins et la complémentarité des services - Référence vers les services appropriés, au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Réadmission directe au centre hospitalier, au besoin - Établissement d'un plan de soins ou référence vers les services appropriés au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi postnatal précoce et systématique à domicile - Établissement d'un plan de soins et de services - Soutien, orientation ou référence vers les services appropriés - Ligne téléphonique Info-Santé ou Info-Périnatalité - Soutien à l'allaitement - Suivi nutritionnel

Ce modèle peut être réaménagé selon les caractéristiques et les besoins de chacune des régions.

1. La clinique de grossesse offre le soutien au diagnostic et les interventions médicales et de nursing.
2. La clinique de périnatalité offre à toutes les femmes enceintes, sur référence systématique des médecins, une évaluation situationnelle. Les intervenantes et intervenants y donnent de l'information, peuvent effectuer des prélèvements et réfèrent les patientes vers les services dont elles ont besoin.

ANNEXE 3

EXEMPLE D'UNE ORGANISATION DE SERVICES CONTINUS EN PÉRINATALITÉ, INCLUANT LA PÉRIODE PRÉNATALE

Centre hospitalier de Baie-Comeau

La version électronique de cette annexe n'est pas disponible

ANNEXE 4

EXEMPLE D'UNE CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ

Région de Québec

Il est à noter que la région de Québec a privilégié l'implantation des cliniques de périnatalité dans les centres accoucheurs, dans l'optique de favoriser le développement de la référence médicale et l'accès aux services diagnostiques. Selon l'organisation des services d'obstétrique dans les régions et compte tenu de son appartenance aux services de première ligne, le ministère souligne la pertinence de développer cette mesure en CLSC.



CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ
IMPLANTATION EN CENTRE HOSPITALIER

**RECOMMANDATIONS DU
COMITÉ DE TRAVAIL DÉSIGNÉ**

DÉCEMBRE 1996

AVANT-PROPOS

Le comité régional sur la périnatalité et la petite enfance a émis, suite aux travaux amorcés en juin 1995, des recommandations concernant l'organisation des services dans ce domaine d'activités. Ces recommandations, adoptées par le Conseil d'administration de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, amenaient un certain nombre de propositions spécifiques, notamment la création de clinique de périnatalité en centre hospitalier¹. Pour donner suite à ces recommandations, un sous-comité de travail (annexe 1) a été mis en place afin de soumettre des propositions en regard de l'implantation de ces cliniques dans les deux centres hospitaliers désignés, soit le Pavillon St-François d'Assise et le Pavillon Saint-Sacrement.

Par ailleurs, une étude sur la situation en périnatalité réalisée en mai 1988, avait déjà amené un groupe de travail à proposer la mise en place de telles cliniques qui devenaient le pivot central en regard des services périnataux. Un document présentait alors certains éléments de réflexion entourant la création de ces cliniques². Le concept, tel qu'exposé en 1988, ainsi que l'expertise développée depuis ce temps, notamment au Centre Hospitalier de la Malbaie et à l'Hôpital du Christ-Roi, ont donc servi de base aux éléments de contenu apportés dans le présent document.

1. DÉFINITION DE LA CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ

Il s'agit d'un lieu fonctionnel et accessible situé à l'intérieur de chacun des centres hospitaliers désignés «accoucheurs», offrant plusieurs services répondant aux besoins des clientèles tout en assurant la complémentarité d'abord avec le médecin traitant puis avec les autres intervenants-es du milieu. Il est à noter que ces cliniques ne viennent remplacer, ni les cliniques privées médicales, ni les cliniques de grossesse à risque élevé (GARE) existantes actuellement. De plus, la dimension recherche pourra être privilégiée et intégrée, lorsque possible, dans les activités de cette clinique.

2. BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA CLINIQUE

Établir précocement un contact avec la clientèle enceinte et leur famille référées par le médecin traitant pour :

- assurer un soutien aux parents dès le début de la grossesse ;
- évaluer les besoins d'informations des parents et y répondre de façon adéquate ;
- identifier et référer les familles plus vulnérables.

3. PRÉMISSSES DE BASE

¹ Recommandations sur l'organisation des services en périnatalité et en petite enfance, Comité sur la périnatalité et la petite enfance, mars 1996.

² Rapport sur la situation des services en périnatalité et proposition d'un plan d'action, Comité de périnatalité du CRSSS et des établissements de l'agglomération de Québec, mai 1988.

- La clinique de périnatalité, devenant le pivot central en regard de l'organisation d'un système de référence efficace, présuppose que celui-ci est éthiquement acceptable dans la mesure où le réseau de la santé et des services sociaux puisse répondre aux problèmes de santé et de bien-être identifiés ;
- le développement de ces cliniques doit s'appuyer sur l'expertise et les ressources déjà en place ;
- le dépistage des facteurs de vulnérabilité constitue la pierre angulaire du système de référence régional qui s'inscrit dans une perspective de **promotion de la santé et de prévention** ;
- la participation active des médecins exerçant en cabinet privé est essentielle au fonctionnement d'un tel système ;
- toute clientèle doit autoriser la transmission de renseignements personnels la concernant et être assurée que la confidentialité sera respectée par les établissements/organismes et intervenants-es impliqués-es.

4. PERSONNEL AFFECTÉ À LA CLINIQUE

Cette clinique se compose d'infirmières en périnatalité et du personnel clérical nécessaire. On pourra y adjoindre, au besoin, certains autres intervenants, pour fins de consultations, tels que travailleur social, nutritionniste, etc.

5. FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE

Le fonctionnement de la clinique, tel qu'abordé ici, vient préciser trois grands points majeurs, soit la trajectoire de clientèle qui permet d'exposer globalement les grandes étapes de suivi pour la femme enceinte, le couple ou la famille, le développement d'un modèle de services interactifs ainsi que le contenu des entrevues qui, pour sa part, clarifie le type de services dispensés à la clientèle.

5.1 Trajectoire de clientèle

La trajectoire de services pour la clientèle a été pensée dans une optique de continuum de services pour les périodes pré et postnatale. En ce sens, un des objectifs visés est de mieux préparer la clientèle en ce qui regarde le travail, l'accouchement ainsi que le séjour de courte durée en centre hospitalier, lors de l'arrivée du bébé. En outre, le dépistage **précoce** des familles en besoin ou en difficulté demeure un élément important, en termes de prévention, en permettant de les supporter plus rapidement, pouvant alors éviter une dégradation de leur situation familiale. L'ensemble de ces actions, tout en permettant un meilleur arrimage entre les médecins et les autres intervenants-es du réseau, auront, à plus long terme, un impact certain sur tout ce qui entoure la petite enfance et, de façon non négligeable, sur les coûts de santé reliés à cette problématique.

La trajectoire proposée, se partage en cinq grandes étapes (annexe 2). **L'étape 1 réfère à la connaissance de la grossesse.** Cette étape est rattachée directement aux cliniques médicales, les médecins étant la porte d'entrée du système. L'arrivée de clinique de périnatalité ne change en rien la pratique médicale car les médecins continuent d'assurer le suivi de leur clientèle. Toutefois, ils pourront dorénavant référer la femme enceinte et son conjoint, à la clinique de périnatalité, en remettant à la mère une copie du dossier obstétrical (AH- 266) ainsi qu'une prescription des différents examens qu'ils désirent pour leur cliente. Les mères recevront alors les informations pertinentes concernant le processus à suivre pour la prise de rendez-vous, selon les directives émises par chacun des centres hospitaliers impliqués.

Cette référence à la clinique de périnatalité constitue donc l'étape 2 de la trajectoire. Tel qu'exprimé précédemment dans la section sur les objectifs, le travail des infirmières des cliniques dans les centres hospitaliers désignés visent principalement à assurer aux parents le soutien nécessaire face à cette nouvelle situation, de procéder à l'évaluation de leurs besoins d'informations et d'identifier et de référer les familles en besoin. Deux entrevues sont prévues, soit une première à 10-18 semaines et une deuxième à 28-32 semaines. Des formulaires de collecte de données communs pour les deux centres hospitaliers ont été élaborés (annexe 3) et des guides d'utilisation seront complétés incessamment afin d'assurer une harmonisation des contenus. D'autres informations pourront évidemment être recueillies de façon complémentaire, respectant ainsi les besoins et mandats spécifiques de ces établissements.

L'étape 3 concerne plus spécifiquement la référence aux ressources. Un des principes de base que sous-tend la clinique de périnatalité est le retour de la clientèle dans son milieu naturel. À cet égard, l'identification de besoins particuliers, tels que des difficultés d'ordre nutritionnel ou social, amènerait les infirmières à référer la cliente ou le couple, après consentement, au médecin traitant, au CLSC et/ou à d'autres ressources du milieu. Le formulaire de référence deviendra, à cet égard, un outil très utile (annexe 4). Ceci n'exclut toutefois pas la possibilité de procéder, de façon exceptionnelle, à certaines références à l'intérieur même du centre hospitalier afin de répondre à des besoins ponctuels. En outre, il devient évident que toute référence effectuée devra être communiquée au médecin traitant, le processus se voulant dynamique et complémentaire entre les différents-es intervenants-es du réseau.

L'étape 4 est celle reliée à l'accouchement/post-partum. En fait, cette étape s'inscrit en termes de continuité à la démarche entreprise en clinique de périnatalité. C'est ainsi que le dossier, dans lequel on retrouve les formulaires de collecte de données, sera acheminé au département d'obstétrique. Les infirmières du département pourront alors prendre connaissance de la situation vécue par la cliente. Elles compléteront, par la suite, le formulaire de continuité de soins, déjà utilisé en post-partum, afin d'assurer un suivi adéquat après le départ du centre hospitalier.

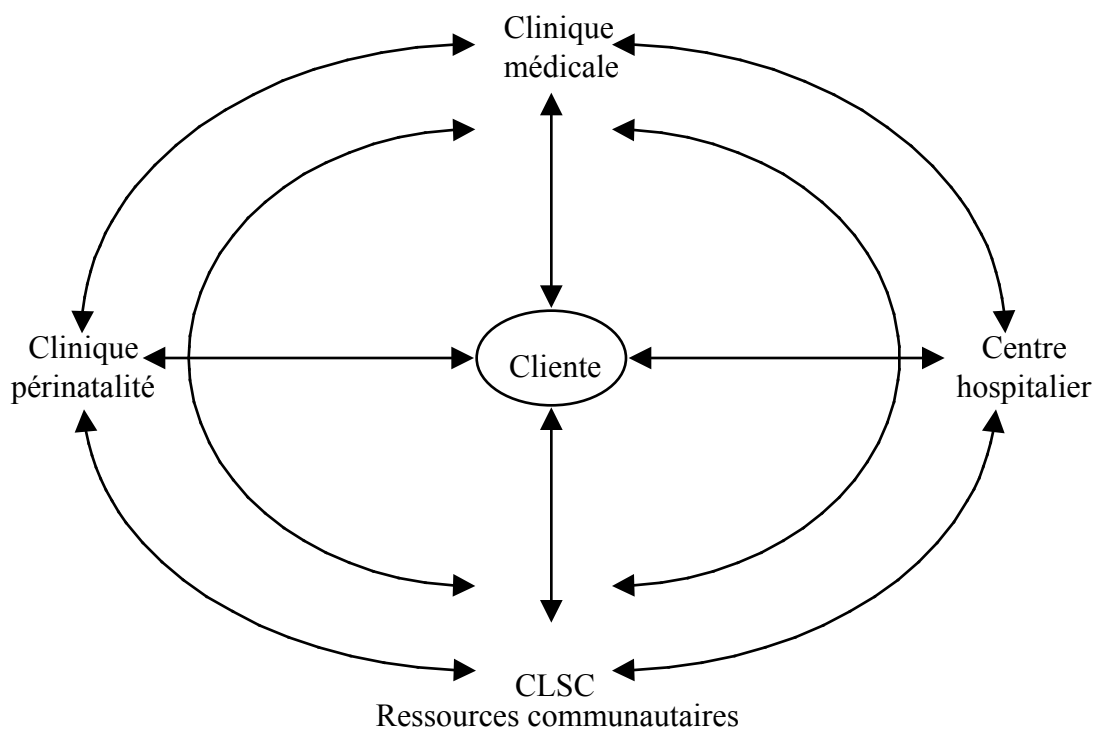
L'étape 5, soit celle du retour à la maison, vient compléter la trajectoire de services pour la clientèle visée. Le retour dans le milieu amène les intervenantes en CLSC à

visiter toutes les nouvelles familles entre 1 et 3 jours après la sortie du centre hospitalier. Des visites subséquentes sont possibles selon les besoins exprimés ou dépistés. Cette stratégie reconnue efficace assure un soutien complémentaire pouvant aider au renforcement ou au développement de la compétence parentale. Un suivi est assuré auprès du médecin traitant lorsque l'information recueillie est pertinente pour le suivi médical de la cliente.

5.2 Modèle de services interactifs

L'approche entourant le développement des cliniques de périnatalité en centre hospitalier veut permettre une meilleure intégration des services tout en gardant la cliente au cœur des interventions. À cet égard, la figure 1 vient imaginer la dynamique sous-tendant l'ensemble des étapes décrites dans la trajectoire de la clientèle. Ainsi, ce modèle de services permet de visualiser les interactions nécessaires entre les différentes organisations identifiées précédemment et ce, afin de permettre une meilleure continuité et complémentarité dans les services dispensés à la population visée.

FIGURE 1 : Modèle de services interactifs en périodes pré et postnatale



5.3 Contenu des entrevues

Chaque couple ou cliente est rencontré-e deux fois pendant sa grossesse. La durée de ces entrevues pourraient être de ± 50 minutes pour la première et ± 30 minutes pour la deuxième. Le contenu des entrevues pourrait se partager comme suit :

→ **Première entrevue (10-18 semaines) :**

- procéder aux examens prescrits par le médecin traitant ;
- vérifier les connaissances et donner les informations de base dès le début de la grossesse en complémentarité avec celles diffusées dans le cadre des rencontres prénatales (alimentation, hygiène de vie, sexualité, retrait préventif, malaises de grossesse...);
- réaliser une collecte de données en utilisant les outils développés à cet effet ;
- inviter et soutenir la clientèle dans sa démarche reliée à sa participation aux rencontres prénatales ;
- échanger avec la clientèle en regard des besoins spécifiques, répondre aux questionnements et apporter des solutions pratiques dans le quotidien ;
- vérifier le réseau de soutien familial/social et orienter la clientèle, selon ses besoins ;
- référer la clientèle, selon ses besoins, au CLSC, aux ressources communautaires et au médecin traitant permettant ainsi d'assurer la continuité et la complémentarité des interventions ;
- informer le médecin traitant pour toute situation particulière avec l'autorisation de la cliente ;
- établir un certain niveau d'alerte pour les clientèles chez lesquelles on retrouve des facteurs de risque importants pouvant mettre en péril la sécurité de la mère et de l'enfant.

→ **Deuxième entrevue (28-32 semaines) :**

- compléter les examens prescrits par le médecin traitant ;
- compléter la collecte de données ;
- compléter l'information à transmettre en regard de la grossesse et de l'accouchement, notamment sur le séjour hospitalier et le retour à la maison ;
- assurer un suivi en regard des interventions réalisées lors de la première visite ;
- inviter la clientèle à visiter les lieux physiques du CH ;
- référer la clientèle à risque vers les ressources appropriées, si besoin ;
- maintenir et renforcer un niveau d'alerte pour les clientèles chez lesquelles on retrouve des facteurs de risque importants pouvant mettre en péril la sécurité de la mère et de l'enfant.

6. IMPLANTATION DE LA CLINIQUE

6.1 Identification des ressources

- **Ressources humaines**

Les prévisions effectuées par la Régie régionale lors de l'élaboration de ce projet, identifiaient, sur une base régulière, quatre infirmières (équivalent temps complet) pour chacune des cliniques de périnatalité. Ces estimations ont été faites dans l'optique que la clinique demeure ouverte cinq jours/semaine de 8 heures à 20 heures, permettant alors de favoriser les personnes étant sur le marché du travail. Ces prévisions, qui rejoignent celles déjà faites antérieurement et corroborées par des professionnelles ayant une expérience de ce type de services, sont maintenues. Parmi le personnel en place, la clinique doit également disposer d'infirmières capable de répondre aux besoins de la clientèle anglophone.

En outre, il semble important de recommander qu'une stabilité soit assurée au niveau des équipes de périnatalité afin de maintenir toute l'expertise nécessaire à la réalisation des tâches. Cette stabilité peut également favoriser le fait que la cliente soit vue par la même infirmière lors de ces deux visites, ce qui ne peut que contribuer à la création ou au maintien d'un climat de confiance. Par ailleurs, dans une optique d'accessibilité au service et en continuité avec les démarches réalisées dans le contexte du virage ambulatoire, la dispensation de services dans certaines parties du territoire pourrait être prévue, notamment dans les secteurs périphériques de Québec. Le déplacement de professionnels-les dans ces milieux, à raison de quelques heures par semaine, permettrait à la population visée de bénéficier de services adaptés à leurs besoins, le tout en respectant la continuité des services, particulièrement avec les cliniques médicales et les CLSC.

On doit aussi prévoir l'ajout de tâches complémentaires, telles que répondre aux demandes téléphoniques, assurer le suivi des dossiers et des références et préparer l'ensemble du matériel nécessaire pour le bon fonctionnement de la clinique.

En termes de formation, certains thèmes ont été identifiés comme étant importants pour l'ensemble du personnel œuvrant dans ces cliniques. Ce sont :

- l'allaitement maternel et l'alimentation ;
- l'approche CARE par le biais du programme d'aide périnatale aux parents (PAPP) ;
- l'approche familiale/systémique ;
- les techniques d'entrevues ;
- le dépistage de l'abus, la violence et la négligence faite aux enfants ;
- la violence conjugale ;
- l'information sur les services et les ressources du réseau.

L'élaboration d'un cadre de formation commun pour les milieux impliqués est prévue et ce, afin d'assurer une uniformité dans l'organisation et la dispensation de la formation de base pour les infirmières qui assumeront ces tâches.

- **Ressources matérielles**

Des locaux sont nécessaires pour le bon fonctionnement de la clinique. On doit donc prévoir :

- des bureaux fermés pour les infirmières afin d'assurer la confidentialité ;
- une salle d'attente ;
- un système téléphonique facilitant l'accueil ;
- du matériel de rangement ;
- du matériel pour les examens.

6.2 Stratégies d'implantation

Concernant l'implantation des cliniques de périnatalité, diverses possibilités ont été envisagées. Le comité de travail recommande de rendre disponible, dès le début, les deux visites proposées. L'implantation pourra se faire graduellement au rythme de la référence médicale. Pour réaliser ce mandat, le comité recommande :

- la création d'un comité d'implantation à l'intérieur de chacun des centres hospitaliers, d'ici la mi-novembre ;
- la participation dans ces comités, du personnel des centres hospitaliers ayant fait partie du présent groupe de travail ;
- le dégagement de stratégies d'implantation pour le 15 décembre 1996 ;
- le début des opérations en février 1997.

Finalement, des stratégies d'informations aux différents partenaires et, de façon particulière aux médecins concernés, seront établies afin d'assurer à tous une connaissance adéquate des services disponibles.

96/12/17

TRAJECTOIRE DE CLIENTÈLE

