

Congé précoce du nouveau-né à terme et en santé

Document de soutien

1. INTRODUCTION

Le présent document constitue un outil additionnel pour alimenter la réflexion des intervenants et des organisations à propos des congés précoces des nouveau-nés. Il ne fait pas office de recommandations. Il a été élaboré à partir des recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et se base aussi sur l'expérience de certains établissements qui ont partagé leur documentation sur les congés précoces. Il sous-entend que la mère a obtenu ou est en voie d'obtenir son congé. Il repose sur le fait que les soins doivent être organisés selon l'intérêt supérieur de la mère et de l'enfant, dans le respect de l'autonomie de la femme et de ses choix.

Dans le présent document, le terme « famille » tient compte de la diversité de composition des familles. Le terme « mère » désigne tout parent qui accouche d'un nouveau-né.

Mise en contexte

Considérant :

- les fragilités organisationnelles mises à jour par la situation pandémique récente;
- l'orientation ministérielle de préserver les services de proximité;
- la nécessité de maintenir les services essentiels en périnatalité, et ce, malgré les situations de pénurie de main-d'œuvre;
- les difficultés vécues dans plusieurs régions dans les secteurs mère-enfant sur le plan de la couverture en soins infirmiers;
- le fait que tous les établissements du Québec offrant des services de périnatalité ont le rôle d'assurer le continuum de l'offre de service et doivent répondre aux besoins de services en santé des personnes de leur territoire.

L'organisation des services a dû être repensée afin de maintenir une capacité d'accueil en obstétrique. Plusieurs mesures ont été mises de l'avant, notamment sur le plan de la réorganisation du travail ou de l'optimisation de certaines procédures cliniques permettant d'agir sur la fluidité des épisodes de soins, de l'admission au congé, toujours dans le but de maintenir de façon sécuritaire les services de proximité en réduisant la pression sur le personnel et la durée moyenne de séjour (DMS). Citons en particulier l'application plus rigoureuse des règles de triage avant la phase active du travail, la gestion des inductions ou encore la réflexion pour l'instauration de congés précoces pour les nouveau-nés à terme et en bonne santé.

Données sur la durée moyenne de séjour en obstétrique (de l'admission de la parturiente jusqu'à son congé)

Pour la période 2020-2021, la DMS totale (accouchement par voie vaginale et césarienne) au Québec est de 2,4 jours (variation de 1,8 à 3,1).

Elle est de 2,2 jours (1,7 à 2,8) pour les accouchements par voie vaginale. Si on soustrait à cette DMS la phase de travail et d'accouchement (14 heures en moyenne), la DMS postnatale est de 1,6 jour (1,3 à 2,3).

La DMS est de 3,1 jours (2,1 à 4,7) pour les césariennes.

Dans le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), *Faciliter le congé précoce du nouveau-né à terme et en santé*¹, il est indiqué qu'« aucune donnée concluante ne démontre qu'un séjour hospitalier plus court accroît le risque pour la santé du nouveau-né ou n'établit le séjour hospitalier idéal des nouveau-nés à terme et en santé ». La définition du congé précoce dans les études prises en compte variait de moins de 24 heures à moins de 48 heures.

L'une de leurs recommandations est la suivante : « La durée du séjour hospitalier des nouveau-nés à terme et en santé dépend de la santé de la mère, de la santé et de la stabilité du nouveau-né, de la capacité de la mère à s'occuper de son nouveau-né, du soutien à la maison et de l'accès à des soins de suivi. De nombreuses dyades mère-nouveau-né seront prêtes à rentrer à la maison 24 heures après la naissance. »

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), dans les lignes directrices sur *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, chapitre 5 : Soins postnatals*², indique que « chaque famille doit discuter avec son professionnel de la santé des risques et des avantages d'un séjour plus court que la norme de l'établissement. Cette discussion sera fondée sur les besoins du bébé et de la mère, et non sur les politiques habituelles ».

Réduire la DMS en diminuant la durée de séjour à l'hôpital des nouveau-nés à terme et en santé est une mesure à prendre en considération quand il s'agit de préserver la capacité d'accueil d'une unité d'obstétrique ou de répondre à une demande de la clientèle. Cette mesure répond en effet à un besoin organisationnel, mais aussi à un besoin des familles. La pandémie est devenue une occasion de changement de pratique qui était souhaité par certains parents.

Dans ce contexte, il paraît souhaitable que chaque établissement détermine avec les différents professionnels concernés une politique de congé précoce adaptée à leur contexte afin de pouvoir y recourir en cas de besoin pour préserver leur capacité d'accueil. Cette politique doit clarifier les modalités de suivi pour la mère et le nouveau-né mises en place et ne pas créer de débordements à d'autres niveaux (ex. : saturation de la clinique de suivi du nouveau-né, relais difficile par les infirmières communautaires en périnatalité, etc.). Le jugement clinique du professionnel de la santé a toujours préséance sur les contraintes administratives en ce qui a trait aux soins des patients.

2. DÉFINITION DU CONGÉ PRÉCOCE

Dans la littérature, il n'y a pas de définition précise d'un congé précoce. Il peut varier de moins de 24 heures à moins de 48 heures. Dans le présent document, on entend par congé précoce de la mère et du nouveau-né tout congé d'un centre accoucheur autour de 24 heures de vie de l'enfant après une naissance normale et à terme.

Pour la pratique des sages-femmes, l'organisation du suivi est différente, les nouveaux parents pouvant avoir leur congé entre 3 heures et 24 heures après la naissance, selon l'état de santé et le besoin de suivi de la mère ou du nouveau-né. Une visite à domicile est planifiée dans les 24 premières heures, à 3 et à 5 jours de vie, et plus selon les besoins cliniques. La sage-femme demeure sur appel en tout temps.

¹ Société canadienne de pédiatrie, *Faciliter le congé précoce du nouveau-né à terme et en santé*, [En ligne], 2018. [<https://cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nouveau-ne-a-terme-et-en-sante>]

² Agence de la santé publique du Canada, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, chapitre 5 : Soins postnatals*, [En ligne], 2020. [<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>]

3. AVANTAGES DU CONGÉ PRÉCOCE

Avantages pour préserver la capacité d'accueil : la réduction de la DMS passe principalement par la diminution du séjour hospitalier en postpartum. Cette fenêtre peut être modulée selon l'état de santé de la mère et de son nouveau-né ainsi que selon les besoins des nouveaux parents. Elle ne devrait pas être une norme standardisée qui s'applique en tout temps.

Avantages pour les nouveaux parents (SCP, ASPC) :

- Favorise le lien d'attachement;
- Améliore le repos et le sommeil de la mère;
- Augmente la participation du deuxième parent;
- Facilite l'intégration du nouveau-né dans la famille;
- Limite l'exposition aux infections nosocomiales.

4. RISQUES ET INCONVÉNIENTS DU CONGÉ PRÉCOCE

Les données disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer un lien entre le congé précoce et les complications chez le nouveau-né. Les complications qui sembleraient les plus fréquentes sont l'ictère et les problèmes liés à l'allaitement, soit la perte de poids et la déshydratation. La SCP indique que « les taux de réhospitalisation sont peut-être plus élevés chez les nouveau-nés qui obtiennent leur congé plus rapidement parce que des problèmes qui auraient été constatés à l'hôpital le sont maintenant après le congé ».

L'organisation des soins infirmiers pendant le séjour hospitalier doit être revue afin de permettre les surveillances requises et de condenser les dépistages, les soins et les conseils sur une plus courte période.

Les parents ont aussi beaucoup d'informations à retenir et peuvent ne pas se sentir parfaitement outillés pour le retour à la maison.

Par ailleurs, une bonne communication et un transfert adéquat aux infirmières communautaires permettent de diminuer cette pression sur le personnel infirmier et les parents. Elles vont pouvoir prendre le relais pour le suivi postnatal, y compris les dépistages restants et le soutien aux familles dans leur période d'adaptation avec leur nouveau-né. Une certaine portion de l'enseignement pourrait aussi avoir lieu en prénatal. Il faut se pencher sur la meilleure façon de transmettre l'information nécessaire (enseignement par vidéo, cours prénataux de groupe, visite de la salle d'accouchement, etc.).

5. LE CONGÉ PRÉCOCE : POUR QUI?

Chaque situation est différente et doit être analysée au cas par cas par le clinicien, conjointement avec les familles.

Néanmoins, afin d'aider avec la prise de décision, il peut être pertinent de différencier :

- les primipares des multipares;
- les femmes qui allaitent des femmes qui ont choisi de donner la préparation commerciale pour nourrisson;
- les familles qui peuvent avoir du soutien à la sortie de l'hôpital de celles qui sont plus isolées.

Il est important que les nouveaux parents comprennent que la possibilité de rentrer à la maison plus tôt est conditionnelle à certains critères afin de ne pas créer d'attentes de leur part. À l'inverse, aucune pression ne doit être faite pour les inciter à quitter précocement le service d'obstétrique.

6. LES BALISES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

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

La durée du séjour hospitalier nécessite une évaluation de l'état de santé de la mère et de son nouveau-né par l'équipe soignante. Elle implique aussi un processus de décision partagée, adapté aux besoins des familles et de leur capacité à fournir les soins à leur nouveau-né. Il est important de ne pas prolonger indûment le séjour hospitalier quand tous les éléments sont favorables pour donner son congé à la dyade mère-enfant.

Conditions préalables

- La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complication.
- Le bébé est né à terme, d'un poids approprié et considéré comme normal à l'examen physique complet effectué de 6 à 24 heures de vie.
- La mère ou les parents sont en bonne santé physique et psychologique.
- L'ensemble des soins à l'hôpital a été dispensé ou est planifié en externe.
- Un plan de suivi adéquat est planifié et expliqué aux parents.

Préparation de la mère ou des parents

- Les parents donnent les soins quotidiens au nouveau-né avec confiance et de façon autonome, y compris l'allaitement.
- La famille démontre des signes d'attachement envers le bébé et en parle positivement.
- Les parents indiquent pouvoir avoir du soutien une fois de retour à la maison.
- Les parents démontrent de l'intérêt pour les notions enseignées, posent des questions et comprennent les notions enseignées.

Exemples de critères d'exclusion au congé précoce (selon la SCP et certains milieux cliniques)

- Naissance prématurée du bébé (moins de 37 semaines d'âge gestationnel);
- Nouveau-né de petit poids pour son âge gestationnel, soit en bas du 10^e percentile ou moins de 2 500 g;
- Bébé ayant eu une réanimation néonatale ou présentant une acidose fœtale au niveau du cordon ou encore un Apgar inférieur à 5, à 5 minutes de vie;
- Facteurs de risque liés à un syndrome de sevrage (ex. : les médicaments ainsi que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS]³, les drogues);
- Facteurs de stress psychosociaux, socioéconomiques ou de violence familiale;
- Bébé présentant des difficultés d'alimentation (ex. : moins de deux boires concluants);
- Facteurs de risque d'infections néonatales;
- Présence d'instabilité hémodynamique (instabilité sur le plan des signes vitaux);
- Présence d'une anomalie lors du dépistage des cardiopathies;
- Perte de poids excessive supérieure à 7 % du poids de naissance.

Exemple de liste de vérification pour permettre un congé précoce (selon la SCP et certains milieux cliniques)

- Sérologies maternelles disponibles et normales;
- Poids, taille et périmètre crânien validés et normaux;

³ Malgré le document de principes *Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou de la sérotonine et de la noradrénaline pendant la grossesse : les effets cliniques chez les nourrissons et les enfants* (juillet 2021) de la SCP, plusieurs milieux cliniques ont décidé de garder ce critère.

- Administration de la vitamine K et prophylaxie contre la conjonctivite néonatale, sauf si refus par les parents;
- Au moins un examen physique effectué de 6 à 24 heures de vie, un deuxième examen peut être effectué avant le congé ou prévu en clinique externe;
- Fonction d'évacuation adéquate :
 - Miction effectuée (minimum une);
 - Méconium évacué (minimum un);
- Alimentation adéquate du nouveau-né :
 - Deux boires ou plus concluants et observés;
- Signes vitaux normaux;
- Contrôle glycémique adéquat en cas d'hypoglycémie néonatale ou chez un nouveau-né à risque :
 - Deux dernières glycémies avant le boire avec un résultat normal ou contrôle glycémique satisfaisant selon le clinicien;
- Résultat négatif au test de Coombs direct;
- Conditions de départ adéquates en ce qui concerne le streptocoque du groupe B :
 - Streptocoque du groupe B négatif;
 - Si streptocoque du groupe B positif :
 - antibiothérapie prophylactique offerte adéquatement;
 - en l'absence d'antibioprophylaxie adéquate, il n'y a pas de facteurs de risque parmi les suivants :
 - rupture des membranes durant plus de 18 heures,
 - antécédent d'infection néonatale avec streptocoque du groupe B dans la fratrie,
 - critères de chorioamnionite ou présence de fièvre,
 - anomalies au tracé fœtal, etc.;
- Dépistage des maladies métaboliques (Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire [PQDNSU]) effectué à 24 heures de vie ou plus ou planifié en externe;
- Dépistage des cardiopathies cyanogènes effectué à 24 heures de vie ou plus ou planifié en externe;
- Dépistage de l'ictère effectué à 24 heures de vie ou plus ou planifié en externe;
- Dépistage auditif (Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés) effectué ou planifié en externe.

7. SUIVI POUR LES CONGÉS PRÉCOCES

Afin d'assurer le bien-être et la sécurité des mères et de leurs bébés, une visite par l'infirmière du centre local de services communautaires (CLSC) devra être planifiée en fonction de l'heure du congé ou une autre trajectoire de suivi devra être disponible (ex. : clinique de retour des nouveau-nés).

Plus tôt le congé est donné, plus tôt devrait se faire le suivi en externe. Si un congé est donné à moins de 24 heures, le nouveau-né doit impérativement être revu le lendemain. Les éléments nécessitant un suivi particulier doivent être clairement indiqués pour une prise en charge adéquate.

L'évaluation complète du nouveau-né, après son congé, peut comprendre les éléments suivants :

- Alimentation de l'enfant : évaluation et conseils;
- Évaluation de la prise de poids du nouveau-né : pesée du bébé;
- Dépistage des cardiopathies congénitales;
- Examen physique complet du nouveau-né;
- Dépistage des maladies métaboliques héréditaires : PQDNSU;

- Évaluation clinique, paraclinique ou transcutanée de l'ictère selon le protocole en vigueur dans la région;
- Évaluation de la nécessité d'une visite de suivi.

L'infirmière du CLSC, en plus de son évaluation physique du nouveau-né, jouera aussi un rôle important d'enseignement selon les besoins exprimés des parents et de son appréciation.

Membres du groupe de travail

D^{re} Audrey Lafontaine, pédiatre, mandatée par l'Association des pédiatres du Québec

D^{re} France de Villers, pédiatre, mandatée par l'Association des pédiatres du Québec

D^r Guy-Paul Gagné, gynécologue-obstétricien, programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{OB})

D^{re} Stéphanie Bergeron, omnipraticienne en périnatalité, mandatée par l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Peggy Bedon, coordinatrice du groupe de travail et conseillère en obstétrique, Direction santé mère-enfant, Ministère de la Santé et des Services sociaux