

## Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier

### SYNTHÈSE

Septembre 2016

#### Sommaire

Les connaissances en matière de suivi postnatal	2
L'étude de trois juridictions	2
Les constats	3
Les recommandations	4

Au Québec, la Politique de périnatalité 2008-2018 stipule que les établissements de santé et de services sociaux doivent mettre en place un programme de suivi systématique pour les nouveaux parents. Ce programme, dont les principales modalités ont été proposées en 1999, prévoit un appel téléphonique dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance et une visite systématique dans les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance, de préférence en présence du père.

Depuis quelques années, certaines organisations québécoises constatent des écarts entre ce qui est attendu dans la Politique et ce qui est offert par les établissements de santé. Celles-ci relèvent une mise en œuvre variable d'une région à l'autre, un suivi parfois limité à un appel téléphonique ou pour lequel la visite postnatale est réservée aux primipares ou aux familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Ces constats ont amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à confier à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de faire le point sur les pratiques reconnues en matière de suivi postnatal après un congé hospitalier. Ce fascicule constitue un résumé pour les décideurs et gestionnaires.

Deux stratégies de recherche documentaire ont été privilégiées pour réaliser ce mandat : d'une part, une synthèse des connaissances grâce aux revues de la littérature scientifique récentes et aux recommandations de grandes organisations de santé et d'autre part, trois études de cas de juridictions dont les pratiques en matière de suivi postnatal sont citées en exemple et comparables au contexte socioéconomique du Québec. Les juridictions qui ont été retenues sont : l'Ontario, l'État du Victoria en Australie et la Suède.

## Les connaissances en matière de suivi postnatal

Selon la déclaration commune de l'OMS et de l'Unicef (2009) sur les soins aux nouveau-nés, l'approche essentielle sur laquelle doivent reposer les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile est la continuité des soins dans le temps et dans les différents milieux. Les soins postnatals regroupent des activités de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement. Ils servent à identifier et à prendre en charge rapidement les problèmes de santé qui pourraient avoir des conséquences pour les mères, les enfants et leurs familles, ainsi qu'à soutenir l'allaitement maternel, développer les habiletés de prendre soin de l'enfant et de soutenir l'adaptation à la parentalité. L'analyse des revues de littérature a permis de distinguer trois dimensions du suivi postnatal pour lesquelles des données scientifiques sont disponibles. Il s'agit du congé précoce, des visites à domicile et des appels téléphoniques.

Le congé précoce pour les femmes en santé et les enfants nés à terme n'entraîne pas une augmentation de la mortalité, mais peut limiter le dépistage néonatal de maladies (ex. : jaunisse, maladies métaboliques). Le congé précoce accompagné de soins à domicile n'a pas de conséquences négatives pour l'allaitement, la dépression ou le taux de réadmission à l'hôpital.

Les visites à domicile qui se déroulent spécifiquement dans les 72 heures suivant le congé hospitalier peuvent diminuer le risque de réadmission des nourrissons, le risque de dépression postnatale, le recours aux services d'urgence et augmenter la proportion de mères qui allaitent exclusivement leur enfant. En l'absence de preuves solides sur la fréquence, la durée et le moment des visites à domicile durant la période postnatale, les modalités devraient être déterminées selon les besoins locaux et prendre en considération les préférences des mères.

Le soutien téléphonique seulement ou combiné à une autre stratégie (dont la visite à domicile) pourrait entraîner certains effets positifs, les données probantes à cet effet sont toutefois limitées.

## L'étude de trois juridictions

L'analyse des trois juridictions montre certaines similitudes avec le programme québécois, mais aucun des programmes ne cadre totalement avec les modalités adoptées au Québec. Chaque modèle présente des forces.

En Ontario, le programme Bébés en santé, enfants en santé (BSES) permet un suivi des familles, de la période prénatale jusqu'à l'entrée à l'école modulé selon les risques. Un dépistage universel à partir d'une grille exhaustive est d'abord réalisé après l'accouchement à l'hôpital. Les familles présentant un risque potentiel doivent être contactées par téléphone dans un délai de 48 heures suivant le retour à la maison afin de convenir d'une visite à domicile. Durant la visite à domicile, une infirmière procède à une évaluation approfondie à l'aide d'une grille qui couvre différents aspects pouvant compromettre la santé de la mère et de l'enfant, son développement ainsi que l'exercice du rôle parental. Si un risque est confirmé, les familles sont dirigées vers les services de visites à domicile à plus long terme, pouvant aller jusqu'à 5 ans ou vers d'autres services communautaires, en fonction des problématiques identifiées.

Dans l'État du Victoria, les familles avec un nouveau-né recevront deux visites à domicile au cours des deux premières semaines après le congé hospitalier. Elles recevront d'abord la visite d'une sage-femme de l'hôpital dans le cadre du Programme de soins postnatals (PSP). Cette visite peut se faire dans les 24 premières heures après le retour à la maison et plusieurs visites peuvent être nécessaires. Une seconde visite sera effectuée dans les 7 à 14 jours suivant le congé hospitalier par infirmière dans le cadre du Service de santé maternelle et infantile (SSMI). Le SSMI permet de suivre l'enfant de la naissance jusqu'à son entrée à l'école et inclut neuf consultations en clinique, ainsi qu'une ligne téléphonique d'assistance. Un service complémentaire au SSMI est également offert aux familles ayant des problématiques particulières. Bien que le PSP et le SSMI soient des programmes distincts, il existe des modalités de part et d'autre pour soutenir leur collaboration.

En Suède, le suivi permettant d'assurer le bien-être de l'enfant durant la première semaine de vie, relève des hôpitaux. Certains offrent des visites à domicile ou un

séjour hospitalier prolongé, mais la plupart misent sur un second examen néonatal pédiatrique dans les trois à cinq jours après la naissance pour les nouveau-nés qui quittent l'hôpital au cours des premières 24 à 48 heures de vie. À partir de la deuxième semaine de vie de l'enfant, le Programme de santé infantile (PSI), universel et gratuit, propose un suivi aux familles jusqu'à l'âge de six ans. Ce dernier est dispensé par une équipe d'infirmières de santé publique et d'omnipraticiens et prévoit plusieurs examens de santé et des soins en fonction de l'âge de l'enfant. Le premier contact du PSI se fait à travers une visite à domicile et des visites supplémentaires pour les familles qui ont des besoins accrus peuvent être prévues, ainsi qu'un service à court ou à long terme de visites à domicile hebdomadaires pour les familles aux besoins accrus.

## Les constats

À partir de la synthèse des connaissances scientifiques et des recommandations des grandes organisations de santé, ainsi que de l'analyse des services et soins postnataux des trois juridictions, quatre pratiques reconnues et trois conditions de mise en œuvre ressortent.

## Les pratiques reconnues

### Un suivi de santé rapide après le congé hospitalier

Les changements physiologiques chez la femme et le nouveau-né se produisent à des moments précis durant la période postnatale. Les autorités de santé publique telles que l'OMS et le NICE recommandent qu'un suivi de l'état de santé de toutes les mères et tous les enfants soit effectué après l'accouchement et que des examens de santé soient réalisés à des moments bien précis. Les juridictions étudiées se sont dotées de différentes modalités pour assurer un suivi rapide des nouveau-nés et des mères après la naissance. Par exemple, en Suède, lorsqu'un congé est accordé avant le délai de 24 à 48 heures, un deuxième examen néonatal est demandé entre trois et cinq jours après la naissance à l'hôpital. Pour faciliter le retour pour ce deuxième examen des hôpitaux offrent des unités de type hôtelières et connexes à l'hôpital.

### Une évaluation complète des besoins

La synthèse des connaissances permet d'observer un éventail de besoins qui peuvent survenir durant la période postnatale. Le NICE et l'OMS recommandent d'ailleurs une évaluation complète des besoins de la mère et de l'enfant après la naissance. Les programmes des trois juridictions étudiées incluent une évaluation de plusieurs dimensions de la santé et du bien-être de la mère et du nouveau-né, ainsi que du contexte de vie de la famille. Par exemple, en Ontario, durant la période postnatale, une appréciation de l'état de la femme et de l'enfant se fait à la fois à l'hôpital lors du dépistage, puis à travers l'évaluation approfondie, durant la visite à domicile, lorsque des risques ont été identifiés à l'hôpital. Le suivi à long terme de l'ensemble des familles suédoises et de celles du Victoria permet d'être à l'affût des besoins qui peuvent évoluer à travers le temps.

### Un programme de suivi postnatal universel

Le NICE et l'OMS recommandent que toutes les femmes et tous les enfants obtiennent, en plus d'un suivi de santé, de l'information, des encouragements et du soutien lors de cette période. Au Victoria et en Suède, toutes les familles recevront de l'information, des encouragements et du soutien lors d'au moins une visite à domicile. Selon des chercheurs, il n'existe pas de moyen efficace de prédire quand exactement les difficultés surviennent après la naissance, ni qui les vivra, d'où la pertinence d'offrir un suivi à l'ensemble des familles. Des services universels peuvent permettre de rejoindre les clientèles qui ont des besoins spécifiques, mais qui ne chercheraient pas à obtenir ces services de leur propre initiative.

### Un suivi universel et modulé selon les besoins et les préférences des familles

Puisque les besoins des nouveaux parents peuvent être de tout ordre, les modalités de suivi pour y répondre devraient être flexibles. Les programmes du Victoria et de la Suède, qui comprennent déjà un suivi de tous les enfants durant les premières années de vie, incluent également un suivi complémentaire pour les familles ayant des besoins particuliers. Enfin, les auteurs d'une revue systématique recommandent que les modalités de suivi postnatal prennent en considération les préférences des mères.

## Les conditions de mise en œuvre

En plus de ces pratiques, trois conditions émergent des différentes sources d'informations consultées. Elles peuvent soutenir l'implantation des pratiques de suivi postnatal.

### Un continuum de soins fluides

Au Québec, les constats du Commissaire à la santé et au bien-être et de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS faits en 2011 mettaient déjà en lumière une offre de suivi fragmentée et des difficultés dans la continuité des soins (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Côté et collab., 2011). Un suivi postnatal fragmenté est préoccupant étant donné qu'une proportion élevée de femmes et d'enfants auraient difficilement accès à un médecin de famille ou à un pédiatre dans les délais prescrits (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, p. 38).

L'importance d'une collaboration solide entre les réseaux locaux de santé et les hôpitaux pour un suivi postnatal de qualité a été mentionnée dans les entrevues menées auprès d'experts et d'intervenants du Québec, de l'Ontario et du Victoria dans le cadre de ce mandat.

### L'existence de balises claires sur les pratiques à déployer

Au Québec, hormis le guide de pratiques de l'OIIQ, aucun guide ou protocole national détaillé n'encadre les différents volets du programme de suivi postnatal après le congé hospitalier. La Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS recommandait déjà en 2011 la révision et la standardisation des outils de formation et des guides de pratique pour ces services (Côté et collab., 2011). Dans les différentes juridictions étudiées, des documents encadrent de manière explicite les composantes du suivi postnatal et les processus d'implantation. De plus, des grilles pour le dépistage et des guides sur le déroulement des visites sont mises à la disposition des intervenants afin d'uniformiser la prestation du service d'une infirmière (ou sage-femme) à l'autre. En plus, les lignes directrices de ces programmes ont été mises à jour récemment, ce qui permet aux organisations de s'ajuster aux données probantes récentes, aux changements organisationnels et aux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de versions antérieures des programmes.

### La disponibilité des ressources financières et humaines

L'importance d'avoir des ressources financières et humaines suffisantes pour assurer un suivi postnatal universel et de qualité est soulignée par plusieurs chercheurs et intervenants. Plusieurs études portant sur l'offre de service en Ontario et au Victoria indiquent que le manque de financement peut être une barrière à la mise en œuvre de programmes de suivi postnatal et aux services qu'ils impliquent. Au Québec, le manque de ressources a parfois entraîné la priorisation de la visite à domicile pour les familles ayant des besoins accrus tandis que les autres familles ne reçoivent qu'un appel téléphonique.

## Les recommandations

Ces constats servent d'assises à six recommandations.

Afin d'offrir un suivi universel et rapide après le congé hospitalier, il est recommandé :

1. de poursuivre l'implantation du programme de suivi systématique des femmes après le congé tel que prescrit dans la Politique de périnatalité soit :
  - un appel téléphonique dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance;
  - une visite systématique durant les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance en s'efforçant de le faire en présence du père.

Afin de permettre une évaluation complète des besoins et une modulation des services selon ceux-ci, il est recommandé :

2. d'uniformiser les informations collectées sur les besoins tout au long de la période périnatale en élaborant, par exemple, des formulaires standards pour tout le réseau (ex. : avis de grossesse, avis de naissance, évaluation complète des besoins des familles lors des contacts postnataux).
3. d'adapter le suivi à domicile selon les besoins et les préférences des familles. L'offre de visites pourrait même s'étendre sur une plus longue période au cours de la petite enfance si les besoins des familles le requièrent.

Afin d'assurer des ressources humaines et financières adéquates, il est recommandé :

4. d'identifier les zones de variation entre ce qui est attendu par la Politique et ce qui est offert aux nouveaux parents, en approfondissant le portrait de la situation pour chaque CISSS ou CIUSSS et en faisant le point sur les ressources humaines et financières mobilisées et requises.

Afin d'assurer un continuum de soins fluide avec des balises claires pour le suivi postnatal, il est recommandé :

5. de privilégier une organisation et une harmonisation des services selon les besoins en pré, per et postnatalité. Ceci implique entre autres de développer des mécanismes de collaboration et de communication interorganisations;
6. d'élaborer des documents qui encadrent de manière explicite les différentes composantes du suivi postnatal et les processus d'implantation (ex. un protocole de communication pour faciliter la collaboration entre les différents partenaires, des guides sur le déroulement des visites ou le contenu de l'appel téléphonique), et ce, en complémentarité au guide de pratiques de l'OIIQ.

## Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier

### AUTEURES

Poissant, Julie, experte en périnatalité et petite enfance

Gamache, Léa, conseillère scientifique

Direction du développement des individus et des communautés

Pour en savoir plus, consulter l'avis complet :

Gamache, L & Poissant, J. (2016). Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier. Institut national de santé publique du Québec, 50 p.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2016  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-77004 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

N° de publication : 2189\_synthese