

Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement

La présente déclaration de principe de la SOGC a été examinée par le comité de pratique clinique-Obstétrique et approuvée par le comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

AUTEURS PRINCIPAUX

Yvonne Cargill, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
 Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)
COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE-OBSTÉTRIQUE
 Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford (Ont.)
 Marc-Yvon Arsenault, MD, FRCSC, Montréal (Québec)
 Elias Bartellas, MD, FRCSC, St John's (T.-N.-L.)
 Sue Daniels, inf. aut., Dartmouth (N.-É.)
 Tom Gleason, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)
 Stuart Iglesias, MD, Gibsons (C.-B.)
 Michael C. Klein, MD, CCFP, Vancouver (C.-B.)
 Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)
 Ann Roggensack, MD, Kingston (Ont.)
 Ann Kathleen Wilson, BHSc, RM, Ilderton (Ont.)

2. Le bien-être physique, psychologique et social de la mère et du nouveau-né doit être évalué au moment de la planification du renvoi à domicile. Les jeunes femmes primipares et monoparentales sont celles qui sont le plus susceptibles de retourner en salle d'urgence en compagnie de leur nouveau-né. (II-2A)
3. Les programmes existants de soins post-partum au sein de la communauté sont bien utilisés et appréciés. L'ajout de programmes communautaires pourrait entraîner une baisse de la mortalité, de la morbidité et des réhospitalisations néonatales. (II-2)

Validation : La présente déclaration de principe a été approuvée par le comité de pratique clinique-Obstétrique et par le comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 4, 2007, p. 360–363

INTRODUCTION

La durée de l'hospitalisation à la suite de l'accouchement a connu une baisse constante au cours des 50 dernières années¹. Les statistiques de Santé Canada indiquent que le nombre de paires « mère / nouveau-né » renvoyées à domicile moins de deux jours à la suite de l'accouchement est passé de 1,6 %, en 1984–1985, à 24 %, en 1999¹. En 2000, le tiers des paires « mère / nouveau-né » de la Nouvelle-Écosse ont été renvoyées à domicile moins de deux jours à la suite de l'accouchement¹.

Une analyse de la littérature au sujet de l'effet, sur les mères et les nouveau-nés, de cette diminution de la durée de l'hospitalisation à la suite de l'accouchement n'indique aucun effet préjudiciable en matière de morbidité maternelle; cependant, elle permet de constater une hausse de la mortalité et de la morbidité néonatales^{2,4,8–10}.

Les mères renvoyées à domicile moins de 48 heures à la suite de l'accouchement sont moins susceptibles d'être réhospitalisées que celles qui le sont plus de 48 heures à la suite de l'accouchement². Au cours de la période de 15 ans allant de 1984 à 1999, les réhospitalisations maternelles sont demeurées à 2,0 %, dans le cas des accouchements vaginaux, et sont passées de 3,0 % à 3,9 %, dans le cas des

Résumé

Objectif : Résumer les données disponibles en ce qui a trait à la planification du renvoi à domicile des mères et des nouveau-nés.

Issue : Évaluation du lien entre la durée de l'hospitalisation et la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

Résultats : Des recherches ont été menées dans la base de données Medline, au moyen des mots clés *early postpartum discharge*, afin d'en tirer les articles publiés entre janvier 1995 et décembre 2004 à ce sujet.

Recommandations

1. Le renvoi précoce à domicile à la suite de l'accouchement entraîne une hausse du risque de mortalité et de morbidité néonatales. Les programmes de suivi devraient tenir compte de cette situation. (II-2B)

Mots clés : Early postpartum discharge, maternal, neonatal, morbidity, mortality

Les déclarations de principe font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

césariennes¹. Les mères renvoyées tôt à domicile sont moins susceptibles de connaître une dépression ou de l'anxiété que celles dont l'hospitalisation se prolonge³. Ces mères présentent également les mêmes probabilités d'allaiter et de continuer à le faire à trois mois que celles dont l'hospitalisation se prolonge⁴⁻⁶.

Le nouveau-né qui est renvoyé à domicile moins de 48 heures à la suite de l'accouchement court des risques plus importants que ceux que court la mère. La plus importante étude sur la mortalité néonatale a été effectuée à Washington⁷. Cette étude rétrospective s'est penchée sur 47 879 naissances survenues entre 1989 et 1990. Au cours de cette période, 9 101 nouveau-nés ont été renvoyés à domicile avant l'âge de 30 heures. On a constaté que ce groupe de nouveau-nés présentait, au cours du premier mois et de la première année d'existence, un taux de mortalité considérablement plus élevé que celui des nouveau-nés dont l'hospitalisation s'était prolongée. Cette étude s'est penchée sur les causes de décès en fonction des catégories suivantes : problèmes d'ordre cardiaque, infection et autres. Dans la catégorie « autres », on trouvait les décès attribuables à des accidents, les pathologies affectant le système nerveux, les pathologies respiratoires, les pathologies gastro-intestinales et les causes inconnues. Les nouveau-nés du groupe « renvoi précoce à domicile » étaient plus susceptibles de mourir de causes cardiaques, d'une infection et du syndrome de mort subite du nourrisson.

Deux études canadiennes se sont intéressées à la morbidité néonatale à la suite d'un renvoi précoce à domicile : l'une d'entre elles s'attarde aux visites de nouveau-nés en salle d'urgence, tandis que toutes deux se penchent sur le taux de réhospitalisation néonatale^{8,9}.

Une étude rétrospective menée par le groupe de Millar au *Children's Hospital of Western Ontario* de London, en Ontario⁸, a analysé les visites de nouveau-nés de moins de neuf jours en salle d'urgence. Ils ont constaté que le nombre de visites avait été plus élevé de 245 % en 1995 qu'en 1990. Ces visites ont été considérablement plus courantes chez les paires « mère / nouveau-né » renvoyées tôt à domicile (lequel renvoi était défini comme celui s'effectuant moins de 36 heures à la suite de l'accouchement). Les femmes qui se sont présentées en salle d'urgence avec leur nouveau-né étaient plus susceptibles d'être primipares, jeunes et monoparentales. Le taux de réhospitalisation était de 33 % de celles qui se sont présentées en salle d'urgence. Les nouveau-nés ayant bénéficié d'un renvoi précoce à domicile étaient plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de problèmes d'alimentation que les nouveau-nés ayant bénéficié d'un renvoi tardif à domicile. Deux médecins de la région de Toronto s'intéressant à la réhospitalisation

néonatale ont constaté que le taux de réhospitalisation était accru pour un groupe de nouveau-nés dont la durée moyenne d'hospitalisation avait été de 1,66 jour, par comparaison avec une cohorte dont la durée moyenne d'hospitalisation avait été de 1,88 jour⁹. Le taux global canadien de réhospitalisation néonatale est passé de 1,1/100, en 1990-1991, à 3,2/100, en 2001¹.

Le *Harvard University Department of Health Care Policy* a effectué une analyse de grande envergure portant sur la population Medicaid d'Ohio, afin de constater les effets d'une législation imposant une hospitalisation minimale de 48 heures à la suite de l'accouchement et un suivi précoce moins de quatre jours par la suite. Au cours de l'année suivant l'entrée en vigueur de cette législation, le taux de réhospitalisation en raison de la jaunisse est passé de 0,78 % à 0,47 %. Les visites en salle d'urgence dans les 21 jours suivant l'accouchement étaient passées de 6 % à 10,4 % au fur et à mesure du raccourcissement de l'hospitalisation; elles sont passées à 8 % à la suite de l'imposition d'une hospitalisation de 48 heures aux mères et aux nouveau-nés. Les nouveau-nés qui bénéficiaient d'un suivi précoce étaient moins susceptibles d'être réhospitalisés que ceux qui n'en bénéficiaient pas¹⁰.

Un certain nombre d'études américaines prospectives et rétrospectives de plus faible envergure indiquent des résultats contradictoires, en ce qui a trait au taux de réhospitalisation néonatale. Toutes ces études comptaient un suivi structuré, dont des consultations post-partum au cours de la première semaine à la suite du renvoi à domicile^{2,12,13}.

Au Canada, malheureusement, au fur et à mesure du raccourcissement de l'hospitalisation à la suite de l'accouchement, bon nombre de programmes de soins post-partum à domicile ont fait l'objet de coupures. Lorsque des consultations à domicile sont offertes, les études indiquent que les mères participant à des programmes de renvoi précoce à domicile ont le sentiment de bénéficier de soins équivalents ou même meilleurs que ceux dont bénéficient les mères dont l'hospitalisation s'est prolongée^{12,13}.

OPTIONS QUANT AUX SOINS À LA SUITE DU RENVOI À DOMICILE

Consultations à domicile

Les études indiquent que les consultations à domicile sont grandement appréciées des mères. Dans la plupart des provinces canadiennes, les infirmières de la santé publique offrent un nombre limité de consultations à domicile. Habituellement, elles rendent visite une fois à la plupart des femmes vivant leur première maternité. Le modèle de soins associé aux sages-femmes offre systématiquement des

consultations à domicile aux jours 1, 3 et 5 à la suite de l'accouchement.

Cliniques externes d'allaitement

Les cliniques d'allaitement constituent une mesure de soutien aux paires « mère / nouveau-né » relativement nouvelle. Bon nombre d'hôpitaux ont constaté une forte demande pour ce type de service; dans un centre, la demande a rapidement surpassé les capacités et l'accès a dû être limité.

Consultations précoces auprès d'un médecin

Dans certaines régions, on ne compte pas assez de médecins pour garantir des consultations post-partum précoces à toutes les femmes. De plus, il peut s'avérer ardu pour la mère et le nouveau-né de consulter un médecin tôt au cours de la période post-partum, en raison de la fatigue ou de l'incapacité de la mère attribuables à l'accouchement.

Recommandations

1. Le renvoi précoce à domicile à la suite de l'accouchement entraîne une hausse du risque de mortalité et de morbidité néonatales. Les programmes de suivi devraient tenir compte de cette situation. (II-2B)
2. Le bien-être physique, psychologique et social de la mère et du nouveau-né doit être évalué au moment de la planification du renvoi à domicile. Les jeunes femmes primipares et monoparentales sont celles qui sont le plus susceptibles de retourner en salle d'urgence en compagnie de leur nouveau-né. (II-2A)
3. Les programmes existants de soins post-partum au sein de la communauté sont bien utilisés et appréciés. L'ajout de programmes communautaires pourrait entraîner une baisse de la mortalité, de la morbidité et des réhospitalisations néonatales. (II-2)

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
2. Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. « Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 179, n° 1, 1998, p. 166–71.
3. James ML, Hudson CN, Gebiski VJ, Browne HL, Andrews GR, Crisp SE, et coll. « An evaluation of planned early post natal transfer with nursing support », *Med J Aust*, vol. 147, 1987, p. 434–8.
4. Leary Quinn A, Koepsell P, Haller S. « Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breast feeding cessation », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 26, n° 3, 1997, p. 289–94.
5. Janson S, Rydberg B. « Early post partum discharge and subsequent breast feeding », *Birth*, vol. 25, n° 4, 1998, p. 222–5.
6. Waldenstrom V, Aarts C. « Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of post partum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample », *Acta Paediatr*, vol. 93, n° 2, 2004, p. 669–72.
7. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. « Infant mortality and early post partum discharge », *Obstet Gynecol*, vol. 96, n° 2, 2000, p. 183–8.
8. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Jovbert GI. « Early neonatal presentations to the pediatric emergency department », *Pediatr Emerg Care*, vol. 16, n° 3, 2000, p. 145–50.
9. Lock M, Ray JG. « Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge », *CMAJ*, vol. 161, 1999, p. 249–53.
10. Meara E, Katagal UR, Atherton HD, Lieu TA. « Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population », *Pediatrics*, vol. 113, n° 6, 2004, p. 1619–27.
11. Brumfield C. « Early post partum discharge », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 41, n° 3, 1998, p. 611–25.
12. Lieu T, Braveman P, Esobar G, Fischer A, Jensvold N, Capra A. « A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early post partum hospital discharge », *Pediatrics*, vol. 105, n° 5, 2000, p. 1058–65.
13. Escobar GJ, Braveman P, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM et coll. « A randomized comparison of home visits and hospital based group follow-up visits after early post partum discharge », *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, 2001, p. 719–27.
14. Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme », Déclaration de principe commune, décembre 1996, *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 18, 1996, p. 1281–5.

Annexe¹⁴ Critères préalables au renvoi à domicile moins de 48 heures à la suite de l'accouchement

Mère	Nouveau-né
<p>Objectif Assurer la sûreté du renvoi à domicile des mères à la suite de l'accouchement. Avant le renvoi à domicile, les mères devraient bénéficier de mesures appropriées visant à assurer la poursuite des soins. Les critères suivants devraient être respectés.</p>	<p>Objectif Assurer la sûreté du renvoi à domicile des nouveau-nés. Le fournisseur de soins devrait être d'avis que le nouveau-né est en santé; de plus, la mère devrait avoir fait la démonstration d'une capacité raisonnable de prendre soin de l'enfant et devrait bénéficier de mesures appropriées visant à assurer la poursuite des soins. Les critères suivants devraient être respectés.</p>
<p>Accouchement vaginal</p> <p>Garantie de procéder aux soins du périnée</p> <p>Aucune complication intra-partum ou post-partum nécessitant une observation ou un traitement médical continu</p> <p>Mobilité et maîtrise adéquate de la douleur</p> <p>Fonctions vésicales et intestinales adéquates</p> <p>Réception d'un vaccin d'immunoglobuline Rh, le cas échéant</p> <p>Capacité démontrée de bien nourrir le nouveau-né; en cas d'allaitement, le nouveau-né a réussi à saisir adéquatement le sein</p> <p>Réception de conseils relatifs à la contraception</p> <p>Identification du fournisseur de soins responsable du suivi, lequel est avisé, au besoin</p> <p>La famille est disponible aux fins du suivi; la mère comprend la nécessité d'un suivi pour son enfant et pour elle-même, et connaît la date des rendez-vous</p> <p>Lorsque le milieu à domicile (sûreté, hébergement, soutien, communication) ne s'avère pas adéquat, des mesures ont été prises pour assurer une aide (p. ex. soutien à domicile, services sociaux)</p> <p>Connaissance et compréhension des services de soutien communautaires et hospitaliers, et possibilité d'y accéder.</p> <p>La mère devrait bénéficier d'une immunisation contre la rubéole, lorsqu'elle n'est pas déjà immunisée</p>	<p>Nouveau-né à terme (37–42 semaines) dont la taille correspond à l'âge gestationnel</p> <p>Adaptation cardiorespiratoire normale à la vie extra-utérine</p> <p>Aucun signe de septicémie</p> <p>Température stable (température axillaire se situant entre 36,1°C et 37°C)</p> <p>Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis documentés)</p> <p>L'examen physique, mené par le fournisseur de soins dans les 12 heures précédant le renvoi à domicile, indique que le nouveau-né n'a pas besoin d'être maintenu davantage sous observation et/ou de bénéficier d'un traitement hospitalier</p> <p>Le nouveau-né a uriné</p> <p>Aucun saignement \geq 2 heures à la suite de la circoncision, si l'intervention a eu lieu</p> <p>Réception des médicaments et des vaccins nécessaires (p. ex. contre l'hépatite B)</p> <p>Dépistage métabolique terminé (> de 24 heures à la suite de l'accouchement) ou prise de mesures satisfaisantes en ce sens</p> <p>Capacité de la mère d'assurer les soins néonataux systématiques (p. ex. du cordon) et de reconnaître les symptômes de maladie ou d'autres problèmes infantiles</p> <p>Prise de dispositions en vue d'évaluer la mère et le nouveau-né dans les 48 heures suivant le renvoi à domicile</p> <p>Identification du fournisseur de soins responsable du suivi et prise de dispositions en vue d'assurer le suivi dans la semaine suivant le renvoi à domicile</p>
<p>Les mères NE devraient PAS être renvoyées à domicile avant que leur état ne se soit stabilisé, lorsqu'elles ont présenté :</p> <p>Une prééclampsie</p> <p>Une hémorragie post-partum</p> <p>De la fièvre</p> <p>Des pathologies instables</p>	<p>Les nouveau-nés nécessitant une intubation ou une ventilation assistée, ainsi que ceux qui courent un risque accru de septicémie, devraient être maintenus sous observation en milieu hospitalier pendant au moins 24 heures</p>