

Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier

Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier

Direction du développement des individus et des communautés

Septembre 2016

AUTEURES

Léa Gamache, agente de planification, de programmation et de recherche

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance, chercheuse d'établissement
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-François Labadie, chef d'unité scientifique
Yun Jen, directrice scientifique
Développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Vicky Tessier, bibliothécaire
Unité des communications et de la documentation

EXPERTS CONSULTÉS

Barbara Harvey, infirmière-conseil
Ordre des infirmières et infirmiers de Québec

Louise Gilbert, infirmière
Santé publique Ottawa

Riffaat Mamdani, conseillère de programme
Barbara Dominic, analyste des politiques
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario

Della Forster, professeure et chercheuse
Université La Trobe, État du Victoria en Australie

Maria Ahlberg, Présidente de l'association des sages-femmes et chercheuse

Mia Barimani, sage-femme et chargée de cours

Björk Áskelsdóttir, chercheuse

Ulla Waldenström, professeure

Tobias Alfvén, pédiatre et chercheur

Karolinska Institutet de Suède

RÉVISEURS

Les versions précédentes de cet avis ont été commentées par :

Sabrina Fortin,
Stéphane Ruel,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Réal Morin,
Institut national de santé publique du Québec

Marie-José Legault,
Direction de la santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Suzanne Durand,
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Sylvie Guibert,
Direction des services intégrés de 1^{re} ligne, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal

Anne-Marie Ménard,
Direction de santé publique, CISSS de l'Outaouais

REMERCIEMENT

Nous remercions également Marina Malkova pour son aide à la traduction française de certains textes en suédois.

POUR TOUTE INFORMATION, COMMUNIQUER AVEC :

Julie Poissant
Responsable de l'équipe périnatalité et petite enfance
julie.poissant@inspq.qc.ca
514 864-1600, poste 3522

CITATION SUGGÉRÉE

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.

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-77004-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des tableaux	III
Liste des sigles et acronymes	V
Résumé	1
1 Introduction	3
2 Le programme de suivi postnatal systématique du Québec	5
2.1 L'offre de service en périnatalité.....	5
2.2 Les origines du programme de suivi postnatal systématique.....	6
2.3 La mise en œuvre du programme de suivi postnatal systématique.....	7
2.4 Constats faisant suite à la mise en œuvre du programme.....	8
3 Les connaissances en matière de suivi postnatal	11
3.1 L'importance d'un continuum d'interventions.....	11
3.2 Les pratiques de soins postnataux.....	13
3.2.1 Le congé précoce.....	16
3.2.2 Les visites à domicile.....	16
3.2.3 Le soutien téléphonique.....	17
4 L'étude de trois juridictions	19
4.1 L'Ontario.....	19
4.1.1 Les principales composantes du programme BSES ayant trait au suivi postnatal.....	19
4.1.2 Le programme du BSES de 1999.....	21
4.2 L'État du Victoria en Australie.....	22
4.2.1 Programme de soin postnatal (PSP).....	22
4.2.2 Le service de santé maternelle et infantile (Maternal and Child Health Service)....	23
4.2.3 Les modalités pour la collaboration entre le PSP et le SSMI.....	24
4.3 La Suède.....	25
4.3.1 Le contexte suédois.....	25
4.3.2 Le suivi postnatal des hôpitaux.....	25
4.3.3 Le Programme de santé infantile (PSI).....	27
4.3.4 Le continuum de services.....	27
4.4 Conclusion des études de cas.....	28
5 Les constats	31
5.1 Les pratiques reconnues en matière de suivi postnatal.....	31
5.1.1 Un suivi de santé rapide après le congé hospitalier.....	31
5.1.2 Une évaluation complète des besoins.....	32
5.1.3 Un suivi postnatal universel.....	32

5.1.4	Un suivi modulé selon les besoins et les préférences des familles.....	32
5.2	Les conditions de mise en œuvre.....	34
5.2.1	Un continuum de soins fluide.....	34
5.2.2	L'existence des balises claires sur les pratiques à déployer.....	35
5.2.3	La disponibilité des ressources financières et humaines pour assurer le suivi	35
6	Recommandations.....	37
7	Références	39
Annexe 1	Démarche méthodologique	45

Liste des tableaux

Tableau 1	Résumé des principaux éléments retenus sur le Programme de suivi postnatal au Québec.....	10
Tableau 2	Le continuum d'interventions essentielles en sept blocs	12
Tableau 3	Résumé des recommandations de l'OMS et du NICE concernant les soins postnataux	14
Tableau 4	Résumé des principaux éléments issus de la littérature scientifique.....	18
Tableau 5	Résumé du suivi postnatal au Québec, au Victoria, en Ontario et en Suède	29
Tableau 6	Résumé des pratiques selon la source d'information consultée	33

Liste des sigles et acronymes

BSES	Bébés en santé, enfants en santé (Ontario)
CETSQ	Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
CFESS	Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique)
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CSBEQ	Commissaire à la santé et au bien-être du Québec
MCH	Maternal and Child Health (Victoria)
MSEJO	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PSI	Programme de santé infantile (Suède)
PSP	Programme de soins postnatals (Victoria)
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SSMI	Service de santé maternelle et infantile (Victoria)

Résumé

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 dernier doit comprendre 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. Ce programme fait suite à une réflexion entamée au cours de la deuxième moitié des années 90, concernant la restructuration des services en périnatalité dans le cadre du virage ambulatoire. Il visait à réduire la durée du séjour hospitalier lors d'un accouchement sans complications. Outre la réduction de la morbidité maternelle et infantile, plusieurs autres objectifs, comme la réduction des coûts d'hospitalisation ou la reconnaissance des compétences des parents, sont à l'origine de ce changement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

Depuis quelques années, certaines organisations québécoises soulignent 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 parents d'un premier enfant 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 en matière de suivi postnatal après un congé hospitalier.

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 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.

L'analyse a permis de distinguer quatre pratiques de suivi postnatal reconnues :

- Un suivi rapide après le congé hospitalier;
- Une évaluation complète des besoins;
- Un suivi postnatal universel;
- Un suivi modulé selon les besoins et les préférences des familles.

De plus, trois conditions de mise en œuvre de ces pratiques ressortent :

- Un continuum de soins fluide;
- Des balises claires sur les pratiques à déployer;
- La disponibilité de ressources humaines et financières.

Recommandations

Ces constats servent d'assises à six recommandations.

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

1. 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.

1 Introduction

La Politique de périnatalité du Québec 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 :

Mettre en place ou consolider un programme de suivi systématique offrant à toutes les femmes après le congé postnatal, les services suivants : 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. On doit s'efforcer de faire ces visites en présence du père, en s'assurant toutefois de respecter les délais mentionnés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 60).

Ce programme fait suite à une réflexion entamée au cours de la deuxième moitié des années 90, concernant la restructuration des services en périnatalité dans le cadre du virage ambulatoire. Il visait à réduire la durée du séjour hospitalier lors d'un accouchement sans complications. Outre la réduction de la morbidité maternelle et infantile, plusieurs autres objectifs, comme la réduction des coûts d'hospitalisation ou la reconnaissance des compétences des parents, sont à l'origine de ce changement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

Les délais du suivi postnatal à respecter ont été recommandés en 1999, dans la Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999) et s'appuient sur les changements physiologiques qui se produisent chez la mère et le nouveau-né autour du deuxième et troisième jour après la naissance :

La montée laiteuse se produit entre 48 et 96 heures après la naissance; l'ictère 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 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, p. 23).

Depuis quelques années, certaines organisations québécoises soulignent des écarts entre ce qui est attendu dans la Politique et ce qui est offert par les établissements. En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBEQ) constate en 2011, à partir des consultations menées auprès de divers acteurs du milieu, que la mise en œuvre de ce programme serait très variable d'une région à l'autre (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Le rapport de la Table sectorielle Mère-Enfant des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) mentionne également que le suivi offert se limiterait parfois à l'appel téléphonique. De plus, selon ce rapport, certaines régions proposeraient la visite postnatale aux primipares seulement ou aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, une clientèle desservie par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (Côté et collab., 2011a, p. 56).

Ces constats amènent 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 en matière de suivi postnatal après un congé hospitalier¹, afin de voir s'il y a lieu d'ajuster le programme québécois.

Approche documentaire retenue

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

¹ Cet avis se centre sur les accouchements en milieu hospitalier seulement. Au Québec, les sages-femmes, selon leur cadre de référence, offrent un suivi postnatal de la mère et du nouveau-né jusqu'à 6 semaines après la naissance. Ce suivi inclut trois visites à domicile durant la première semaine de vie de l'enfant (Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 2015, p. 18).

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.

Cette approche documentaire, en intégrant les recommandations d'autorités de santé et les études de cas, permet de pallier deux lacunes importantes constatées dans la littérature scientifique. De fait, les études sur l'efficacité des programmes de suivi postnatal s'appuient généralement sur les données de pays ayant des ressources limitées, où les taux de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles sont beaucoup plus élevés qu'au Québec². De plus, dans les pays développés, l'offre de service plus abondante permet difficilement d'isoler l'effet du suivi postnatal de celui des autres soins offerts durant la période prénatale ou postnatale. L'ajout des recommandations des organisations internationales de santé permet d'apporter le point de vue des experts sur les connaissances disponibles. Par ailleurs, les programmes évalués dans la littérature scientifique internationale présentent des variations importantes en termes de modalité (ex. : appel, visite, rendez-vous en clinique), de moment du suivi, de lieu où se déroule le suivi, de la personne qui l'offre (ex. : infirmière, médecin, sages-femmes) ou de la nature du suivi lui-même (ex. : aspects physiques ou psychosociaux). Les études de cas permettent de présenter les pratiques de suivi postnatal en tenant compte des modalités propres au continuum de soins de chacune de ces trois juridictions, soit de l'Ontario, de l'État du Victoria en Australie et de la Suède. Le portrait approfondi des soins et services offerts dans des juridictions citées en exemple permet de dégager les pratiques qui se démarquent.

Ces trois juridictions ont été choisies pour diverses raisons. D'une part, compte tenu des nombreuses références au programme Bébés en santé, Enfants en santé (BSES) de l'Ontario dans le rapport du CSBEQ et en raison de la rigueur du processus d'évaluation des besoins et de l'offre de service modulée de ce programme, la province de l'Ontario a été sélectionnée. D'autre part, le modèle d'organisation des soins suédois, cité abondamment en exemple dans la littérature scientifique internationale en raison des indicateurs de santé de la mère et du nouveau-né élevés comparativement aux autres pays développés, a également motivé le choix de cette juridiction. Finalement, l'État du Victoria en Australie est la troisième juridiction retenue puisque cette dernière est reconnue pour ses mesures de santé publique et pour être un précurseur en ce qui a trait aux interventions de promotion de la santé.

Cette approche documentaire a cependant deux limites principales. Premièrement, la synthèse des connaissances provient de revues de la littérature scientifique et non d'une recension exhaustive de toutes les publications sur les effets des différentes pratiques de suivi postnatal. Deuxièmement, comme les études de cas portent sur trois juridictions, certains des constats faits auraient pu être différents avec d'autres juridictions. Un compte rendu détaillé de l'approche documentaire retenue est disponible à l'annexe 1.

Ce document compte quatre grandes sections. La première présente le programme de suivi postnatal du Québec. La deuxième consiste en la synthèse des connaissances. La troisième décrit les modèles de suivi postnatal mis de l'avant dans trois juridictions qualifiées d'exemplaires. Des constats sont dégagés dans la quatrième section, alors que la dernière section présente les recommandations.

² Au Canada, le taux de mortalité maternelle (dans un délai de 42 jours après l'accouchement) était de 6,1 pour 100 000 accouchements en 2009-2011, soit 35 femmes. La mortalité néonatale au Canada (0 à 27 jours) était de 3,6 pour 1000 naissances vivantes pour cette même période, soit 863 enfants selon le Rapport du système canadien de surveillance périnatale (Agence de santé publique du Canada, 2013).

2 Le programme de suivi postnatal systématique du Québec

Cette section est consacrée au programme de suivi postnatal systématique après le congé hospitalier. Les grandes lignes de l'offre de service en périnatalité, les origines du programme, ainsi que les constats sur sa mise en œuvre seront présentés.

2.1 L'offre de service en périnatalité

Au Québec, lorsqu'une femme attend un enfant et désire accoucher dans un hôpital, une rencontre avec un médecin est recommandée avant la 12^e semaine de grossesse. Durant cette rencontre, un examen physique et gynécologique sera réalisé (Schuurmans, Jobin et Lalonde, 2005). Les visites subséquentes incluent des échographies, des prises de sang et des tests de dépistage. Un suivi plus intensif se fait à partir de la 30^e semaine de grossesse (Schuurmans, Jobin et Lalonde, 2005). Les infirmières peuvent assurer une part de ce suivi conjointement avec les médecins pour les grossesses normales ou à faible risque (Harvey et Durand, 2015).

L'avis de grossesse, un formulaire comprenant les principaux indicateurs de santé de la femme enceinte, est transmis au CISSS ou au CIUSSS et permet à une infirmière de la contacter afin de l'informer des ressources existantes ou de lui proposer des services selon ces attentes et besoins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008)³. Dans plusieurs régions du Québec, des rencontres prénatales de groupe sont proposées (Tu et Poissant, 2015). Enfin, pour les familles dont le revenu familial est en dessous du seuil de la pauvreté et dont la mère n'a pas terminé des études secondaires ou professionnelles, un suivi intensif à domicile peut débuter en période prénatale et se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint cinq ans, grâce au programme des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE).

Lors d'un accouchement sans complication en milieu hospitalier, le congé devrait être donné dans les 48 heures ou moins après un accouchement vaginal et dans les 96 heures ou moins après un accouchement par césarienne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Un dépistage néonatal, tant sanguin qu'urinaire, est fait par les infirmières en centre hospitalier à 24 heures de vie de l'enfant (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Selon les données de MED-ÉCHO de 2012, les femmes ayant eu un accouchement vaginal quittent l'hôpital en moyenne 2,3 jours après l'accouchement, alors que celles ayant eu une césarienne quittent l'hôpital en moyenne 3,6 jours après l'accouchement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Après l'accouchement, un formulaire régional de continuité de soins postnataux (l'avis postnatal) est transmis par le centre hospitalier (CH) au CISSS ou au CIUSSS associé au lieu de résidence de la mère. C'est au moment de la réception de cet avis, dont la modalité de transmission peut varier (électroniquement, mais également par facsimilé ou par la poste), que le programme de suivi postnatal est déployé. Les infirmières contactent alors les familles et effectuent la visite à domicile dans les trois jours suivant le congé hospitalier.

³ Alors que la Stratégie de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 proposait l'implantation de l'avis de grossesse dans l'ensemble des régions du Québec, ce dernier ne semble pas encore être utilisé de manière systématique partout au Québec (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, p. 74).

En plus du dépistage néonatal, une première visite médicale pour l'enfant est recommandée entre deux et quatre semaines après la naissance. Cette visite marque le début pour les enfants d'un suivi médical périodique systématique jusqu'à l'âge de cinq ans. Ce dernier est balisé au Québec par l'ABCdaire, qui sert de guide de référence aux pédiatres et omnipraticiens québécois (Brunet et collab., 2012). Le suivi de santé de la mère devrait avoir lieu six semaines après l'accouchement (Schuurmans, Jobin et Lalonde, 2005).

D'autres services sont également offerts dans les communautés, tels que les services de relevailles, offerts par des organismes communautaires Famille (OCF). Ces organismes offrent ainsi « un soutien postnatal à domicile qui s'adapte aux besoins de chaque famille, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien » (Roch, Borgès Da Silva et Blais, 2016, p. 1). Ce soutien peut débuter au cours des premières semaines après l'accouchement, mais peut également débuter durant la grossesse (Hamelin-Brabant et collab., 2013).

2.2 Les origines du programme de suivi postnatal systématique

Le programme de suivi postnatal systématique repose sur les constats et les recommandations de diverses organisations québécoises et canadiennes qui se sont penchées sur l'impact de la réduction du séjour hospitalier après l'accouchement. Le rapport du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ) compte parmi les documents importants. Il comprend une revue critique de la littérature sur les effets du congé précoce sur l'organisation du travail en soins infirmiers ainsi que sur la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né, une estimation des impacts économiques, un examen des initiatives ayant cours au Québec et la consultation de différents acteurs du système de santé québécois.

Les principaux points relevés par le CETSQ sont les suivants (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec [CÉTSQ], 1997) :

- Les études disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer le lien entre le congé précoce et les décès, les complications ou la réadmission des mères et des enfants en période néonatale;
- La dépression postpartum est moins fréquente et plus courte chez les femmes ayant eu un congé précoce;
- Le taux d'inobservance du rendez-vous de suivi pour les nouveau-nés et les mères est de 9 à 29 %. En situation de congé précoce, cette absence de suivi médical à court terme pourrait augmenter le risque de « ne pas diagnostiquer assez tôt certains problèmes, tels que l'hyperbilirubinémie, et d'autres maladies congénitales ou héréditaires, telles que les malformations cardiaques » (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec [CÉTSQ], 1997, p. 43).

La déclaration de principes émise conjointement par la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en 1996 est un autre document important réalisé à cette époque (Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996). Elle faisait entre autres ces recommandations :

- Un séjour en milieu hospitalier de 12 à 48 heures suffit dans le cas d'un accouchement sans complications, si la mère et le bébé sont en santé, si la mère peut s'occuper de son bébé et si un suivi à domicile par une infirmière qualifiée est assuré;
- Un congé de moins de 48 heures après l'accouchement devrait être permis conformément à certains critères évaluant la santé et le bien-être de la mère et du nourrisson;

- Le congé précoce doit s'inscrire dans le cadre d'un programme qui assure une évaluation continue et convenable de la mère et du nourrisson par un médecin ou un autre professionnel compétent. Une évaluation à domicile doit être favorisée pour toutes les mères et leur enfant puisque l'on ne peut compter uniquement sur le fait que les nouvelles mères se rendent à la clinique ou au cabinet médical pour le suivi. Cette visite à domicile ne remplace pas l'évaluation complète du médecin, mais porte sur les aspects qui exigent une intervention rapide (comme les problèmes d'alimentation, la jaunisse, les signes d'infection, etc.) (Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996).

Le MSSS publie en 1999 un document qui énumère les conditions essentielles à l'organisation d'un programme de suivi postnatal systématique, ainsi que les services et les soins qui devraient être offerts à la mère et au bébé au cours des jours suivant le congé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 1999). Ce document, servant encore de référence aujourd'hui, présente les fondements et modalités nécessaires au programme de suivi postnatal systématique, soit : un appel le lendemain du retour à la maison et une visite à domicile au plus tard à la troisième journée suivant le retour à la maison (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Le suivi, en plus de porter spécifiquement sur les changements physiologiques chez la mère et le nouveau-né (entre autres la montée laiteuse, les manifestations de l'ictère physiologique ainsi que des problèmes causés par des malformations du système cardiaque et gastro-intestinal), doit être l'occasion d'informer les familles du soutien disponible dans la communauté, de repérer les familles vivant en contexte de vulnérabilité et de soutenir l'allaitement maternel. Toujours selon ce document, d'autres rencontres pourraient être prévues pour certaines familles ayant des besoins accrus, et un service téléphonique de soutien disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pourrait compléter l'information à transmettre aux parents. Il est également indiqué que la visite à domicile devrait avoir lieu en présence du père (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

2.3 La mise en œuvre du programme de suivi postnatal systématique

C'est dans la Stratégie de mise en œuvre 2009-2012 de la Politique de périnatalité 2008-2018 que le rôle et les responsabilités des acteurs de divers niveaux d'intervention sont explicités. Les actions attendues afin de mettre en œuvre ce programme dans les différentes régions du Québec sont les suivantes :

« Élaborer et implanter, dans chacune des régions du Québec, les modalités du programme de suivi systématique des mères et de leur nouveau-né à la suite de la réception d'un avis de naissance par le CSSS. Plus spécifiquement :

- convenir, au niveau provincial, du contenu minimal de l'information qui doit être transmise aux CSSS avec l'avis de naissance;
- élaborer et implanter des modalités régionales et interrégionales simples et efficaces de transmission de l'avis de naissance;
- entreprendre les démarches visant à mettre sur pied un système provincial informatisé de transfert de l'information, sept jours par semaine, du lieu de naissance vers le CSSS de résidence de la nouvelle mère;
- élaborer et mettre en place des modalités régionales de suivi de la clientèle à la suite de la réception de l'avis de naissance afin que l'appel téléphonique et la visite à domicile soient réalisés dans les délais prescrits;

- s'assurer que les infirmières qui font les appels et les visites à domicile ont les compétences requises, notamment pour l'évaluation des besoins de la mère et du bébé ainsi que pour le soutien à l'allaitement maternel;
- établir des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires : CSSS, centres hospitaliers offrant des soins obstétricaux, médecins en cabinet privé, centres jeunesse, organismes communautaires » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Il n'existe pas de directive nationale qui explicite les modalités de mise en œuvre du programme telles que l'arrimage entre les différents partenaires de soins périnataux, ou encore, les informations spécifiques à communiquer aux parents durant la visite. L'élaboration et l'implantation de ces modalités relèvent de chacune des régions. Par exemple, afin d'encadrer ce service, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a réalisé un document en 2001, dont les objectifs étaient d'« assurer une organisation adéquate de soins et de services intégrés et continus pour la période postnatale » et de « prévoir des mécanismes de collaboration et de communication rapides entre les différents partenaires (modalités d'articulation) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, p. 8). Les représentants du MSSS indiquent que malgré des variations interrégionales et selon les informations recueillies auprès des répondants en périnatalité, les données sont collectées et partagées entre les acteurs des centres hospitaliers, des maisons de naissance et des CLSC. Selon ces derniers, « des efforts ont été faits régionalement en vue d'une harmonisation, notamment autour de la fiche de continuité de soins (l'avis postnatal) et de formulaires communs pour l'évaluation de la mère et du nouveau-né. Toutefois, ce n'est pas le cas partout et des variations existent encore à l'intérieur de certaines régions » (communication avec les représentants du MSSS).

Plus récemment, compte tenu du rôle que sont amenées à jouer les infirmières en périnatalité et à l'augmentation de leurs responsabilités, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié en 2015 des standards de pratique en soins de proximité en périnatalité (Harvey et Durand, 2015). L'OIIQ précise que l'infirmière exerce en toute autonomie les activités professionnelles qui portent spécifiquement sur le suivi postnatal de la mère et du nouveau-né dans la communauté. L'infirmière est donc responsable des actes qu'elle pose. Pour porter un jugement clinique adéquat et planifier des soins appropriés, elle doit disposer de toute l'information nécessaire sur l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Harvey et Durand, 2015). La responsabilité professionnelle de l'infirmière l'oblige à « s'assurer que la récupération de la nouvelle accouchée se passe de façon normale, à soutenir au besoin le processus d'adaptation au nouveau rôle de mère, ainsi qu'à évaluer et à surveiller la récupération et le développement du nouveau-né » (Harvey et Durand, 2015, p. 45). Afin de soutenir ces activités, l'OIIQ propose des modèles-cadres pour l'évaluation de la mère et du nouveau-né⁴ (Harvey et Durand, 2015).

2.4 Constats faisant suite à la mise en œuvre du programme

Quelques chercheurs et organisations se sont attardés à documenter la mise en œuvre du programme québécois. Entre 1999 et 2003, Goulet et ses collaborateurs ont analysé différentes modalités de suivi postnatal ainsi que les délais dans lesquels les services étaient offerts auprès de plus de 2500 femmes provenant de cinq régions du Québec (Goulet et collab., 2007). Parmi les femmes ayant répondu au sondage téléphonique, 26 % avaient uniquement reçu un appel dans les 72 heures suivant le congé, alors que 44 %⁵ avaient aussi été visitées dans ce délai par une infirmière

⁴ Les modèles-cadres sont présentés dans les annexes C et D de Harvey et Durand (2015).

⁵ Il est indiqué que 95 % des femmes qui ont bénéficié de la visite à domicile avaient d'abord reçu l'appel téléphonique de l'infirmière avant la rencontre (Goulet et collab., 2007, p. 26).

de santé publique. Seulement 50 % des nouveau-nés ont été examinés par un professionnel de la santé (infirmière ou médecin) dans le délai de 72 heures. Les mères ayant eu un contact (appel, visite à domicile ou rendez-vous avec un médecin) dans les 72 heures étaient moins susceptibles d'avoir des signes modérés ou sévères de dépression un mois après la naissance. Plus l'appel ou la visite étaient réalisés tôt, plus les mères percevaient ce suivi comme étant utile. Les auteurs concluent donc qu'il est important de l'effectuer à l'intérieur de 72 heures. Ils soulignent par ailleurs que les ressources limitées en santé publique ont entraîné la priorisation des clientèles ayant des besoins accrus pour l'offre de ce service. Selon les régions, la priorité a été donnée aux primipares, aux femmes qui allaitent et aux nouveau-nés ayant des problèmes mineurs (ex. : signes de jaunisse avant le congé) (Goulet et collab., 2007).

Plus récemment, certaines organisations québécoises se sont penchées sur l'offre de soins et de services postnataux. Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBEQ) ainsi que la Table sectorielle mère-enfant du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) ont chacun publié en 2011 un rapport sur la qualité des services de périnatalité (Côté et collab., 2011a; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). À partir de données d'enquête, de consultations auprès d'acteurs clés et de parents, ainsi que des constats faits à partir de la littérature grise et scientifique, ces deux rapports dressent un portrait très similaire.

Les principaux constats sont les suivants :

- Il existe d'importantes lacunes dans le programme de suivi postnatal puisqu'il ne permet pas de répondre aux objectifs fixés (Côté et collab., 2011a; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011) :

Les services en pré, per et postnatal, les suivis de grossesse et de santé des tout-petits posent problème. À cet effet, la première ligne de services est particulièrement concernée. Porte d'entrée du système de santé et de services sociaux, de nombreux acteurs du réseau confirment qu'elle est de plus en plus accaparée par les services offerts aux adultes atteints de maladies chroniques et les soins de longue durée donnés aux aînés. Dans l'ensemble du pays, les lacunes relevées à l'égard des services en périnatalité sont diverses : accessibilité réduite en raison de pénurie ou de manque de disponibilité de certains professionnels, offre de services fragmentée, continuité déficiente, expertise limitée en périnatalité et petite enfance (ASPC, 2009a et 2009b; Santé Canada, 2007). De plus, la première ligne manque d'outils pour bien évaluer les besoins de la clientèle et offrir les services en conséquence. Enfin, l'arrimage avec les autres lignes de services n'est pas optimal. Le constat effectué par de nombreux rapports québécois au fil des ans demeure ainsi d'actualité : il est nécessaire de renforcer la première ligne de services pour la clientèle des femmes enceintes, des enfants et des familles (Groupe d'experts en organisation clinique jeunesse, 2001 et 1998; Groupe de travail pour les jeunes, 1991) » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, p. 54);
- L'accessibilité réduite du programme est d'autant plus préoccupante compte tenu de la proportion élevée de femmes et d'enfants qui n'ont pas accès à un médecin de famille ou à un pédiatre (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011);
- Il existe un déséquilibre entre les mesures de périnatalité et les ressources infirmières disponibles pour les mettre en œuvre (Côté et collab., 2011a; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Le manque de personnel et de budget aurait comme conséquence une offre de service qui n'est pas universelle (moins de 75 % des familles recevraient la visite selon les données compilées à partir du fichier I-CLSC en 2007-08) (Côté et collab., 2011a);

- Une grande disparité dans l'offre de service entre les régions est remarquée⁶. Les obstacles d'accessibilité pourraient être accrus dans certains territoires ruraux ou avec une faible densité de population (Côté et collab., 2011a);
- Les services et programmes de périnatalité ne sont pas universels, mais plutôt consacrés aux familles vivant en contexte de vulnérabilité ou aux mères primipares (Côté et collab., 2011a; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011) :

Actuellement, l'accès aux visites postnatales à domicile dans les 72 heures suivant l'accouchement est limité, un problème déjà soulevé dans les années 1990 (Comité de soutien clinique aux CLSC, 1998). [...] Les consultations du Commissaire ont mis en évidence le fait que l'offre de services est malheureusement loin d'être universelle. [...] L'offre de services serait très variable selon les régions et les établissements du Québec. Cela reflète ainsi une organisation fluctuante selon les établissements et non pas une offre structurée en fonction des besoins des parents et des nouveau-nés » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, p. 130).

Ces deux organisations proposent une série de mesures pour remédier aux difficultés relevées. Le CSBEQ recommande d'appliquer ce qui est indiqué dans la Politique de périnatalité 2008-2018, soit d'offrir des visites postnatales à domicile à toutes les familles de nouveau-nés. Ceci requiert entre autres que les ressources des réseaux locaux de service ayant une expertise en périnatalité participent à une offre intégrée de services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Le RUIS souligne pour sa part le besoin de revoir et de standardiser les outils de formation et les guides de pratique pour ces services, ainsi que de mettre en place des outils d'évaluation afin d'assurer que les services atteignent les objectifs fixés dans la Stratégie de mise en œuvre de la politique de périnatalité 2009-2012 (Côté et collab., 2011a).

Tableau 1 Résumé des principaux éléments retenus sur le Programme de suivi postnatal au Québec

Résumé de l'analyse
Les principales modalités proposées en 1999, soit l'appel dans les 24 heures et la visite dans les 72 heures après le retour à domicile, sont toujours préconisées dans la Politique de périnatalité 2008-2018. Toutefois, elles ne semblent pas implantées de manière uniforme entre les régions. De plus, les ressources limitées ont parfois entraîné une priorisation de la visite pour une clientèle primipare ou vivant en contexte de vulnérabilité.

⁶ Selon les données compilées pour la réalisation de ce rapport, entre 21 % et 94 % des mères bénéficient de la visite postnatale selon les régions. (Côté et collab., 2011b, p. 56).

3 Les connaissances en matière de suivi postnatal

Cette section expose l'état des connaissances récentes sur le suivi postnatal. Deux sources d'information complémentaires ont été analysées : les recommandations élaborées par les organisations internationales de santé et les revues de littérature sur les soins postnataux.

La recherche documentaire sur les recommandations a permis de retenir huit publications alors que la recherche de revue de littérature a permis d'identifier dix publications (voir l'annexe 1 pour les détails de la méthodologie).

3.1 L'importance d'un continuum d'interventions

Selon la déclaration commune de l'OMS et de l'Unicef 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 (Organisation mondiale de la Santé et Unicef, 2009). Selon cette déclaration :

Cette continuité doit être assurée à la fois dans le temps, tout au long de la vie, à savoir à partir de l'adolescence et avant la grossesse, durant la grossesse, à l'accouchement et pendant toute la période néonatale et dans l'espace, à savoir depuis le domicile ou le niveau communautaire jusqu'au centre de santé ou l'hôpital, et se poursuivre après le retour à domicile par les soins assurés par du personnel qualifié » (Organisation mondiale de la Santé et Unicef, 2009, p. 2).

L'importance de la continuité des soins s'appuie sur le fait que la santé de la mère est intimement liée à celle du nouveau-né et qu'intervenir à ces moments aura une influence sur les étapes ultérieures du cycle de vie de l'enfant (Lassi et collab., 2013).

Lassi et collaborateurs proposent plusieurs ensembles d'interventions essentielles pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile à travers un continuum de soins pour les pays ayant des ressources limitées (c'est-à-dire les pays dont les revenus sont faibles ou moyens). Ces interventions, basées sur des données évaluatives probantes, s'intègrent et se complètent à différents moments de la périnatalité (préconception, grossesse, accouchement et période postnatale) et incluent différents niveaux d'interventions (communautaire, de première ligne et services spécialisés). On retrouve parmi les interventions essentielles, les visites postnatales. Le tableau 2 présente les interventions identifiées par ces auteurs (Lassi et collab., 2014).

Tableau 2 Le continuum d'interventions essentielles en sept blocs

Soins pour les femmes enceintes	Soins nutritionnels des femmes	Soins anténataux	Soins pour les grossesses à risque	Soins pour l'accouchement	Soins aux nouveau-nés	Soins aux enfants
<p>Conseils et accompagnement pour la planification des naissances pour les femmes enceintes, l'abandon tabagique et les relations sexuelles sécuritaires.</p> <p>Prévention et prise en charge de la malaria et des ITSS.</p>	<p>Supplément d'acide folique avant la conception.</p> <p>Suppléments de fer, d'acide folique et de calcium durant la grossesse.</p>	<p>Détection, traitement et prise en charge de la malaria, du VIH, des ITSS, de l'anémie, de la prééclampsie et des carences nutritionnelles.</p> <p>Soutien et information sur les bénéfices de l'allaitement, de l'immunisation contre le tétanos et des soins au nouveau-né.</p>	<p>Prise en charge de l'hypertension gravidique, de la prééclampsie et de l'éclampsie.</p>	<p>Soutien durant le travail et l'accouchement.</p> <p>Formation pour réaliser un accouchement dans des conditions sécuritaires.</p> <p>Version par manœuvre externe, induction du travail et prise en charge active du troisième stade de travail.</p> <p>Césarienne et accouchement avec instruments.</p>	<p>Soutien à l'allaitement, méthode du bébé kangourou, soins thermaux, nettoyage de la peau et du cordon ombilical.</p> <p>Réanimation néonatale et immunisation.</p> <p>Visites postnatales, soins postnataux pour les nourrissons à risque et de faible poids.</p>	<p>Allaitement exclusif, alimentation complémentaire et suppléments de vitamine D à travers des groupes de soutien pour la mère et la formation d'agents de santé communautaire.</p> <p>Prise en charge de la malaria, de la pneumonie et de la diarrhée.</p> <p>Immunisation.</p>

3.2 Les pratiques de soins postnataux

La période postpartum, aussi nommée *puerpérium*, s'étend de la naissance à 42 jours de vie et compte trois phases (World Association of Perinatal Medicine, 2007) :

- *Puerpérium* immédiat : de la naissance à 24 heures;
- *Puerpérium* médian : de 24 heures à 7 jours;
- *Puerpérium* tardif : de 8 à 42 jours.

Les soins offerts durant cette période 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 (Yonemoto et collab., 2014), ainsi qu'à soutenir l'allaitement maternel et l'adaptation à la parentalité (Demott et collab., 2006). Les soins postnataux destinés à la mère regroupent des activités de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement. Ils ont pour objectif de permettre à la femme de retrouver son état de santé d'avant la grossesse et de développer ses habiletés à prendre soin de son enfant (World Association of Perinatal Medicine, 2007). Il ne s'agit donc pas exclusivement de prendre en charge les risques associés à une condition ou à un problème spécifique, mais de renforcer la capacité des couples à répondre aux besoins de l'enfant et à leurs propres besoins durant cette période de transition importante (Demott et collab., 2006).

Le World Association of Perinatal Medicine (2007) identifie six objectifs des soins postnataux :

1. Faciliter l'adaptation des mères aux périodes *puerpérium*;
2. Prévenir les complications;
3. Détecter précocement les complications;
4. Entreprendre le traitement approprié des complications;
5. Développer les habiletés à prendre soin de l'enfant;
6. Entreprendre la contraception pour assurer un espacement optimal entre les naissances (World Association of Perinatal Medicine, 2007).

L'OMS formule des recommandations spécifiques pour les soins postnataux, mais ceux-ci visent surtout les pays où les ressources sont limitées (Organisation mondiale de la Santé, 2010, 2013). Outre les recommandations de l'OMS, plusieurs pays où les revenus sont élevés se sont dotés de lignes directrices. Haran et collaborateurs (2014) comparent dans une revue le contenu, la portée et la qualité de six lignes directrices sur les soins postnataux dans les établissements de première ligne (Haran et collab., 2014). Elles proviennent de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis. Les auteurs concluent que, globalement, les recommandations sont similaires dans leur contenu, sauf en ce qui a trait à la séquence des soins postnataux et à l'utilisation d'un outil de dépistage pour la dépression. Ils jugent également que certaines recommandations manquent d'appuis scientifiques, mais que les lignes directrices du NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2015a) sont les plus complètes et les plus détaillées en ce qui a trait aux soins à donner à la mère et à l'enfant (Haran et collab., 2014).

Le tableau 3 présente donc les recommandations de l'OMS et du NICE les plus pertinentes pour répondre aux questions de cet avis (Demott et collab., 2006, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2015a, 2015b).

Tableau 3 Résumé des recommandations de l'OMS et du NICE concernant les soins postnatals⁷

Recommandations, force ⁸ et niveau d'évidence ⁹ de l'OMS	Recommandations du NICE pour les soins postnatals et force de la recommandation ¹⁰
Congé précoce	
Les soins hospitaliers après un accouchement vaginal sans complication de la mère et du nouveau-né en santé devraient être offerts pendant au moins 24 heures (recommandation faible basée sur des preuves scientifiques de faible qualité).	La durée devrait être discutée entre la femme et le professionnel de la santé en fonction de l'état de santé de la dyade mère-enfant et du soutien disponible après le congé hospitalier (D-GGP).
Contacts postnatals	
<p>Nombre et fréquence</p> <p>Au moins trois autres contacts devraient être pris : au 3^e jour (48-72 heures), entre les 7^e et 14^e jours, ainsi qu'à la 6^e semaine après la naissance (recommandation forte basée sur des preuves scientifiques de qualité moyenne pour la santé du nourrisson et de faible qualité pour la santé de la mère).</p>	<p>Nombre et fréquence</p> <p>Aucune précision sur le nombre de contacts requis. Cependant, les soins liés à l'évaluation de la mère doivent se réaliser au cours de la période allant du 2^e au 7^e jour après l'accouchement (aucune précision sur la force de la recommandation). L'enfant doit faire l'objet d'une évaluation dans les 72 heures suivant la naissance (D-GGP).</p>
<p>Évaluation de la mère</p> <p>L'évaluation à chaque contact postnatal devrait porter sur : l'état de santé physique (ex. : maux de tête, douleur, fatigue, hygiène, constipation), l'allaitement, le bien-être, le soutien social, les stratégies d'adaptation des mères et les progrès de l'allaitement (recommandation sur la base d'un consensus établi par le groupe chargé de développer les lignes directrices).</p>	<p>Évaluation de la mère</p> <p>L'évaluation à chaque contact postnatal devrait porter sur : la douleur, l'hygiène périnéale, la constipation, le bien-être, le soutien social, les stratégies pour prendre soin d'elle (repos, exercices, soutien social) (D-GGP) et la présence de maux de tête (C). L'expérience en regard de l'allaitement devrait également être discutée (D-GGP). Les méthodes de contraception devraient être abordées au cours de la première semaine suivant la naissance (D-GGP).</p>
<p>Évaluation de l'enfant</p> <p>À chaque contact, l'enfant devrait être examiné et dirigé vers les ressources adéquates dans les cas où des signes de difficultés sont présents, p. ex. : fièvre, respiration rapide, etc. (recommandation forte sur la base de preuves scientifiques de faible qualité).</p> <p>Offrir des soins de cordon appropriés selon les risques d'infection (recommandation forte basée sur des évidences modérées).</p>	<p>Évaluation de l'enfant</p> <p>L'enfant devrait faire l'objet d'une évaluation complète, p. ex. : apparence de la peau, les yeux, le cœur, les pleurs, les préoccupations des parents, l'historique médical (D-GGP).</p>

⁷ Pour plus de détails sur la méthodologie adoptée pour évaluer les recommandations, référez-vous directement aux ouvrages de l'OMS et du NICE (Demott et collab., 2006; Organisation mondiale de la Santé, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2015a, 2015b).

⁸ Une recommandation forte signifie que le comité est sûr que les effets souhaités d'adhérer à la recommandation surpassent les effets indésirables. Une recommandation faible signifie que les bénéfices surpassent probablement les inconvénients.

⁹ Des preuves scientifiques de qualité élevée signifient que d'autres recherches ne changeront probablement pas l'évaluation des effets, alors que des preuves de faible qualité signifient que d'autres recherches pourraient probablement changer l'évaluation des effets.

¹⁰ Force de la recommandation du NICE : varie de A, une méta-analyse pertinente pour la clientèle à l'étude et qui démontre des effets constants, jusqu'à D (GPP), une bonne pratique selon l'expérience du groupe ayant développé les recommandations.

Tableau 3 Résumé des recommandations de l'OMS et du NICE concernant les soins postnatals (suite)

Recommandations, force et niveau d'évidence de l'OMS	Recommandations du NICE pour les soins postnatals et force de la recommandation
Contacts postnatals (suite)	
<p>Informations et encouragements</p> <p>Toutes les femmes devraient recevoir de l'information sur le processus de récupération après la naissance ainsi que sur les signes et les symptômes auxquels être attentif et requérant de contacter un professionnel de la santé. Elles devraient également recevoir de l'information sur la nutrition, l'hygiène, la planification des naissances et les relations sexuelles sécuritaires (recommandation sur la base d'un consensus établi par le groupe chargé de développer les lignes directrices).</p> <p>Les mères devraient recevoir du soutien pour un allaitement exclusif à chaque contact postnatal (recommandation forte basée sur des preuves scientifiques de qualité modérée).</p>	<p>Informations et encouragements</p> <p>Lors de chaque contact postnatal, la relation émotive entre le parent et l'enfant devrait être évaluée (D-GPP). Les parents devraient recevoir des conseils sur la détection de signes de jaunisse qui requerraient de consulter un professionnel (D-GPP), sur les soins d'hygiène à donner à leur enfant (D-GPP) et sur les soins du cordon (A).</p> <p>À chaque contact postnatal, les parents devraient recevoir de l'information et être encouragés à évaluer l'état général de l'enfant et leur propre santé (D-GPP), à reconnaître les signes des problèmes courants et à consulter en cas de complications un professionnel de la santé (D-GPP). Tous les couples devraient recevoir de l'information et du réconfort sur les changements émotifs normaux dans les trois premiers jours (B) et sur l'importance d'une alimentation riche en fibre et en eau (A).</p> <p>Les pères devraient recevoir de l'information et du soutien pour faciliter leur adaptation à leur nouveau rôle (GPP). En plus, l'association entre la mort subite du nourrisson et le cododo¹¹ devrait être abordée (B), et les ressources disponibles dans la communauté (D-GPP) devraient être communiquées aux parents.</p> <p>Les femmes devraient recevoir de l'information et des encouragements sur les patrons d'allaitement (D-GPP), les positions et la prise du sein (D), les signes d'un transfert de lait efficace (D), l'engorgement (D), les bénéfices de l'allaitement (B), la conservation du lait (C) et les ressources disponibles (A).</p>
Visites à domicile	
<p>Des visites à domicile devraient être faites au cours de la première semaine de vie de l'enfant pour vérifier la santé de la mère et du nourrisson. (recommandation forte basée sur des preuves scientifiques de grande qualité pour le nourrisson et de faible qualité pour la santé maternelle).</p>	<p>Toutes les visites à domicile devraient être l'occasion d'évaluer la sécurité des lieux et de fournir de l'information sur la sécurité de l'enfant (A). Elles doivent être des occasions pour promouvoir l'attachement et le lien émotif des parents envers l'enfant (B).</p>

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 le soutien téléphonique.

¹¹ Recommandation revue en 2014 (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

3.2.1 LE CONGÉ PRÉCOCE

La revue Cochrane de Brown et collaborateurs (2009) examine, à partir de huit études, l'efficacité et l'aspect sécuritaire du congé précoce¹² à la suite d'une naissance en milieu hospitalier pour les femmes en santé et les enfants nés à terme (Brown et collab., 2009). La notion de congé précoce varie d'un pays à l'autre et s'accompagne d'autres interventions, comme un suivi à domicile ou une préparation anténatale. Les auteurs constatent qu'aucune étude ne rapporte de différence significative dans le taux de réadmissions des mères et des nouveau-nés, ainsi que dans le taux d'allaitement des mères selon qu'elles aient ou non quitté l'hôpital de manière précoce (Brown et collab., 2009).

De plus, cinq études ne présentent aucune différence ou des résultats favorisant le congé précoce pour la santé mentale des mères (dépression), alors que huit études n'observent aucune différence en ce qui a trait à l'allaitement (Brown et collab., 2009). Les auteurs de la revue soulignent la faible qualité des études et concluent que les événements, tels que la réadmission et la morbidité chez les nouveau-nés et les mères, sont en nombre insuffisant pour pouvoir observer une variation significative. Ils ajoutent toutefois dans leurs conclusions qu'un congé précoce pour les femmes en santé et les enfants nés à terme ne semble pas entraîner d'effets sur l'allaitement et la dépression lorsqu'il est accompagné d'au moins une visite à domicile par une infirmière ou une sage-femme suivant le retour à domicile (Brown et collab., 2009).

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (CFESS) de Belgique a réalisé en 2014 une synthèse de connaissances à partir de deux lignes directrices et de 37 articles, dont trois revues systématiques et quatre revues non systématiques. Cette synthèse avait comme objectif d'appuyer l'organisation des soins postpartum en Belgique (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014). Selon leur analyse, le congé précoce n'influence pas l'allaitement (taux, durée ou présence de difficultés), le taux de dépression, le bien-être émotionnel ou encore le niveau de fatigue ou d'épuisement. Les liens entre le congé précoce et l'anxiété demeurent néanmoins ambigus. Le congé précoce avant un intervalle de 48 à 72 heures après la naissance peut limiter le dépistage néonatal de la jaunisse ou d'autres problèmes évitables. Les jeunes mères primipares et monoparentales sont plus susceptibles de se présenter aux urgences suivant un congé précoce. Selon le CFESS, il n'y a aucune association entre le congé précoce et le taux de réadmission lorsque des soins à domicile appropriés sont organisés (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014).

3.2.2 LES VISITES À DOMICILE

Les études sur les visites à domicile dans les pays à ressources limitées ou modérées identifiées par Lassi et collaborateurs (2013) font ressortir des bénéfices sur l'allaitement exclusif et la réduction de la mortalité infantile. Les visites à domicile devraient être proposées le plus tôt possible après la naissance ou le retour à la maison. Les visites dans les premiers 24 h sont les plus susceptibles d'améliorer la santé maternelle et infantile (Lassi et collab., 2013). Les résultats de ces études sont toutefois difficilement transférables au Québec.

Par ailleurs, selon l'analyse du CFESS servant à orienter les services en Belgique, les visites à domicile qui se déroulent spécifiquement dans les 72 heures suivant le congé hospitalier diminuent le risque de réadmission des nourrissons et le risque de dépression postnatale (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014). De plus, les visites à domicile offertes par les sages-femmes plaisent plus

¹² Les auteurs définissent le congé précoce comme étant le congé accordé plus tôt que celui accordé pour les soins standards où se déroule l'intervention qui y est implantée (Brown et collab., 2009, p. 4).

et accroissent davantage le sentiment de compétence parentale que les rendez-vous de suivi chez le médecin ou en clinique (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014).

Yonemoto et collaborateurs (2014) ont examiné dans leur revue Cochrane les effets de différents calendriers de visites à domicile dans les jours suivant la naissance (Yonemoto et collab., 2014). Leurs analyses portent sur les pays riches comme ceux ayant des ressources limitées. Selon les auteurs, il n'y aurait pas de preuves démontrant une association entre les visites à domicile et la réduction de la mortalité infantile ou des problèmes de santé chez la mère. Les nourrissons des mères ayant reçu plus de visites à domicile sont toutefois moins susceptibles de recevoir des soins médicaux d'urgence (Yonemoto et collab., 2014). Offrir plusieurs visites pourrait aussi encourager les mères à allaiter exclusivement. Les auteurs concluent qu'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 compte, lorsque possible, les préférences des mères.

3.2.3 LE SOUTIEN TÉLÉPHONIQUE

Trois revues s'intéressent au soutien postnatal offert par téléphone. La revue menée par Lavender et collaborateurs (2013) inclut 27 études randomisées dont la presque totalité s'est déroulée dans des pays riches (Lavender et collab., 2013). Les auteurs affirment que, malgré des résultats encourageants au niveau des symptômes dépressifs, de la durée de l'allaitement et de la satisfaction des mères envers les soins, les preuves scientifiques sont insuffisantes et ne permettent pas de recommander le soutien téléphonique seulement comme modalité de suivi pour les femmes recevant les services standards de maternité (Lavender et collab., 2013).

Dennis et Kingston (2008) examinent les bénéfices d'un soutien téléphonique auprès des femmes pendant la grossesse ou dans les mois suivant la naissance pour la cessation tabagique, la prématurité, le faible poids à la naissance, l'allaitement et la dépression postpartum (Dennis et Kingston, 2008). À partir de quatorze études randomisées ayant eu lieu dans des pays développés, les auteurs constatent qu'un soutien téléphonique comme intervention principale peut augmenter l'allaitement et décroître les symptômes dépressifs. Lorsque le soutien téléphonique d'un professionnel de la santé durant la période anténatale ou postnatale se combine à une autre modalité dont les visites à domicile ou des consultations en clinique, il peut faciliter la cessation tabagique, réduire les risques de faible poids à la naissance et prévenir la rechute tabagique (Dennis et Kingston, 2008).

Selon le CFESS (2014), l'appel téléphonique ou l'appel par un ordinateur peut servir à identifier les femmes ayant un besoin de soutien accru. L'appel pourrait aussi servir d'alternative à la visite si les femmes ont un risque faible d'avoir des difficultés et si le délai de 72 heures est respecté (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014). Bref, le soutien téléphonique seulement ou combiné à une autre stratégie pourrait entraîner certains effets positifs bien que les données probantes soient limitées.

Tableau 4 **Résumé des principaux éléments issus de la littérature scientifique**

Résumé de l'analyse
<p>Congé précoce</p> <p>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 évitables (ex. : jaunisse). 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.</p>
<p>Les visites à domicile</p> <p>Les visites à domicile qui se déroulent spécifiquement dans les 72 heures suivant le congé hospitalier peuvent contribuer à diminuer le risque de réadmission des nourrissons, le risque de dépression postnatale, le recours aux services d'urgence et à 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, lorsque possible, les préférences des mères.</p>
<p>Le soutien téléphonique</p> <p>Le soutien téléphonique seulement ou combiné à une autre stratégie (dont la visite) pourrait entraîner certains effets positifs, les données probantes à cet effet sont toutefois limitées.</p>

4 L'étude de trois juridictions

Afin de compléter la synthèse des connaissances, des études de cas ont été réalisées sur le suivi postnatal dans trois juridictions citées en exemple et comparables au contexte socioéconomique québécois, soit l'Ontario, l'État du Victoria en Australie et la Suède.

Afin d'identifier les publications pertinentes, deux stratégies complémentaires ont été utilisées. Tout d'abord, une recherche manuelle à partir des sites internet des organisations de santé de chacune de ces juridictions a permis de retenir trois documents pour l'Ontario, cinq pour l'État du Victoria et quatre pour la Suède. Ces documents sont principalement des lignes directrices de programme, des protocoles de pratique et des rapports d'évaluation. Puis, une recherche documentaire à partir de bases de données a permis de retenir sept études pour l'Ontario, six pour le Victoria et treize pour la Suède. Il s'agit surtout d'études transversales et d'études qualitatives basées sur les expériences de parents et de professionnels. Finalement, des entrevues ont été menées dans chacune des juridictions auprès d'experts et d'intervenants en soins périnataux (voir l'annexe pour les détails de la méthodologie).

4.1 L'Ontario

Le programme Bébés en santé, enfants en santé (BSES) est financé et administré par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (MSEJO). L'objectif de ce programme est d'assurer le bien-être des enfants, en offrant un suivi des nouveau-nés et de leur famille allant de la période prénatale jusqu'à l'entrée à l'école (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012). Ce sont les bureaux régionaux de santé qui sont responsables de la prestation de ces services dans les régions en collaboration avec les hôpitaux, les professionnels de santé et les partenaires communautaires (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012).

4.1.1 LES PRINCIPALES COMPOSANTES DU PROGRAMME BSES AYANT TRAIT AU SUIVI POSTNATAL

Ce programme a connu plusieurs transformations au cours des années. La forme actuelle du programme, présentée dans cette section, est issue d'une mise à jour importante des lignes directrices en 2012 (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012).

Le dépistage

Le programme débute par un dépistage permettant d'identifier les risques qui pourraient compromettre le développement de l'enfant et l'exercice du rôle parental. Le dépistage peut se faire à trois moments : durant la grossesse, après la naissance ou durant la petite enfance. Le dépistage qui a lieu après la naissance est systématique, c'est-à-dire qu'il cible l'ensemble des femmes qui accouchent, alors que le dépistage durant la grossesse et la petite enfance sont plutôt faits au moment de la référence au BSES, lorsque des risques spécifiques ont été relevés (entrevue avec Riffaat Mamdani et Barbara Dominic). Ce dépistage, réalisé par le professionnel de la santé à l'hôpital à l'aide d'une grille, permet d'évaluer la santé physique et le bien-être de la mère et du nouveau-né, ainsi que la capacité des parents à assumer leur rôle¹³. Les résultats sont ensuite transmis aux bureaux régionaux, qui doivent évaluer le niveau de risque.

¹³ Cette grille est disponible à la page 92 du document d'orientation de programme BSES (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012).

Selon l'évaluation des six premiers mois de l'implantation du programme¹⁴, le dépistage après la naissance permet d'évaluer environ 81 % des nouveau-nés et leur famille, dont 46 % présentaient un risque potentiel (Public Health Ontario, 2014b). Il existe une variation importante de la proportion de familles qui présentent un risque potentiel, allant de 31 % à 76 % selon les régions (Public Health Ontario, 2014a). Les plus courants sont les complications durant le travail ou l'accouchement (23 %), les fausses couches et les décès du bébé (20 %), la consommation par la mère de plus de 100 cigarettes avant la naissance (15 %), les antécédents de dépression, d'anxiété ou de maladie mentale chez les clientes ou leur partenaire (13 %) ou encore, la présence d'une maladie durant la grossesse ayant des répercussions sur le nouveau-né (11 %) (Public Health Ontario, 2014b). Les groupes les plus difficiles à rejoindre pour le dépistage incluent les nouveaux arrivants, les familles ayant des barrières linguistiques et les familles ayant un statut socioéconomique faible (Public Health Ontario, 2014b).

L'appel téléphonique

Les modalités de suivi postnatal des bureaux régionaux varient selon le niveau de risque évalué lors du dépistage après la naissance. Ils peuvent choisir le mode de communication pour rejoindre les familles jugées non à risque (par téléphone ou par la poste¹⁵). Compte tenu du fait que ces familles sont jugées non à risque lors du dépistage, la visite à domicile, au cours de laquelle une évaluation approfondie a lieu, n'est pas offerte. Toutefois, les familles qui expriment le désir de la recevoir peuvent l'obtenir (entrevue avec Louise Gilbert). Pour les familles jugées à risque, les bureaux régionaux doivent les rejoindre par téléphone au cours des 48 heures suivant leur retour à la maison. Ce premier contact permet d'établir un lien de confiance avec l'infirmière de santé publique et de proposer une visite à domicile afin de mieux cibler les besoins des familles (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012). Selon le rapport d'évaluation, un contact téléphonique a été établi pour 78 % des clientes jugées à risque (un certain nombre ont refusé le service, ou il a été impossible de les rejoindre) et le délai de 48 heures est respecté dans 59 % des cas (Public Health Ontario, 2014b). Il existe toutefois une variation entre les régions pour le respect de ce délai allant de 23 % à 98 % des familles selon les régions (Public Health Ontario, 2014a).

L'évaluation approfondie durant la visite à domicile

Une fois le rendez-vous fixé, l'infirmière se rend à domicile pour procéder, à l'aide d'une grille¹⁶, à une évaluation approfondie du nouveau-né et de la situation de la famille. Plusieurs aspects sont évalués par l'infirmière, dont l'hydratation du nouveau-né, la présence de jaunisse et autres complications, le rétablissement physiologique de la mère, l'interaction mère-enfant, la sécurité du domicile, la capacité des parents à assumer leur rôle, l'adaptation des membres de la famille à l'arrivée du nouveau-né, ainsi que la santé et le développement des autres enfants (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012). Des exemples et des indicateurs sont d'ailleurs offerts pour chacune des questions, afin d'assurer une même compréhension du niveau de risque indépendamment de l'infirmière et d'établir un certain standard à travers la province. La visite à

¹⁴ Des publications recensées pour le programme BSES, uniquement deux documents portaient sur l'évaluation du programme après sa mise à jour en 2012 (Public Health Ontario, 2014a, 2014b). Il s'agit d'un sommaire et d'une présentation qui rapportaient les résultats d'une évaluation de l'implantation du programme mis à jour (le rapport d'évaluation complet n'a pas été rendu public). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence puisqu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs des retombées du programme une fois celui-ci bien implanté (entrevue avec Riffaat Mamdani et Barbara Dominic).

¹⁵ Le contenu est cependant balisé : « Ce contact peut prendre la forme d'un appel, d'un courriel, face-à-face, à travers une lettre, etc. Un message clair doit être transmis concernant : la relation parent-enfant, l'alimentation du nouveau-né, le développement de l'enfant, sa sécurité, l'importance de jouer et que les parents prennent aussi soin d'eux. Doit également être transmis des ressources communautaires et en ligne, ainsi que des coordonnées locales pour du support si nécessaire » (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012, p. 64).

¹⁶ Cette grille est disponible à la page 94 du document d'orientation de programme BSES (Ministry of Youth and Children Services of Ontario, 2012).

domicile est aussi l'occasion pour les parents d'avoir du soutien ainsi que des réponses à certaines questions et préoccupations.

Environ 66 % des clientes identifiées comme étant à risque après la naissance n'ont pas bénéficié d'une évaluation approfondie et près de la moitié des pertes sont liées au refus des clientes (Public Health Ontario, 2014b). En fin de compte, ce sont 37 % des familles jugées à risque par le dépistage qui ont reçu une évaluation approfondie (Public Health Ontario, 2014a).

Le suivi après l'évaluation approfondie

Lorsque l'évaluation approfondie lors de la visite à domicile permet de juger qu'il existe toujours un risque modéré ou élevé pour le développement de l'enfant, les familles sont dirigées vers les services de visites à domicile à plus long terme et vers d'autres services communautaires, en fonction des problématiques identifiées. Il s'agit d'environ 9 % des 46 % de familles où un risque potentiel avait été relevé lors du dépistage à l'hôpital (Public Health Ontario, 2014a).

4.1.2 LE PROGRAMME DU BSES DE 1999

Avant sa mise à jour en 2012, le programme BSES avait un volet universel qui présentait certaines similitudes avec le programme québécois. En plus de l'appel dans les 48 heures suivant le retour à la maison, il incluait un suivi postnatal à domicile à toutes les familles, ainsi qu'un séjour hospitalier de 60 heures pour les femmes qui le désiraient (Sheehan et collab., 2006; Watt, Sword et Krueger, 2005). Le programme actuel n'inclut plus le séjour optionnel de 60 heures et la visite à domicile est offerte seulement aux femmes pour lesquelles des risques ont été identifiés.

Les études portant sur le programme avant sa mise à jour en 2012 peuvent être utiles dans le cadre de cet avis. Sept études se penchent sur les retombées de l'implantation de ce volet, à partir des données de l'*Enquête de l'Ontario sur la mère et le nourrisson*, nommée « TOMIS ». Cette enquête incluait, pour chacune des deux éditions (1998-1999 et 2001-2002), 1250 femmes ayant accouché dans cinq hôpitaux ontariens.

Les principaux constats des études

Plusieurs de ces études confirment qu'une majorité de femmes avaient reçu l'appel d'une infirmière (de 81,4 à 97,8 % selon les sites), mais la proportion diminue en ce qui a trait au respect du délai de 48 heures après le congé hospitalier (de 64,2 % à 80 % selon les sites) (Watt, Sword et Krueger, 2005; Sword, Watt et Krueger, 2004). Une étude souligne également que l'acceptation de la visite variait selon les sites (de 40,8 % à 76,2 %), tout comme les délais dans lesquels elle avait lieu (l'âge moyen de l'enfant lors de la visite variait de 5,1 à 14,2 jours) (Sword, Watt et Krueger, 2004).

Sept facteurs semblent accroître l'acceptation de la visite lorsque celle-ci est offerte à l'ensemble des femmes : un faible niveau de soutien social, une appréciation plus faible des services reçus à l'accouchement et en unité de maternité, une grossesse primipare, une perception de leur état de santé moins bonne, la présence possible d'une dépression postnatale ainsi que le fait d'avoir commencé à allaiter (Sword, Krueger et Watt, 2006). Les études démontrent également que certaines clientèles, soit les femmes défavorisées et les immigrantes, ont des besoins plus importants à combler (Landy, Sword et Ciliska, 2008; Sword, Watt et Krueger, 2006).

La majorité des femmes estiment que l'appel et la visite de l'infirmière ont été aidants, entre autres parce qu'elle offre des conseils, du réconfort et certaines réponses à leurs questions (Sword, Watt et Krueger, 2004; Watt, Sword et Krueger, 2005). Toutefois, l'instauration des visites universelles en 1999 ne semble pas avoir engendré, dans l'ensemble, une augmentation significative de la

satisfaction des femmes vis-à-vis des services postnataux, une meilleure santé de l'enfant rapportée par la mère (Sword, Watt et Krueger, 2004) et avoir encouragé la poursuite de l'allaitement quatre semaines après le congé hospitalier (Sheehan et collab., 2006).

Néanmoins, des chercheurs soutiennent que les visites des infirmières de santé publique peuvent être très utiles pour les primipares puisqu'elles incluent l'enseignement, un modelage, des encouragements et du counselling (Hupcey et collab. (1997) cité dans Sword, Krueger et Watt, 2006). Leur rôle peut même être essentiel en ce qui a trait au soutien à l'allaitement (Sword, Krueger et Watt, 2006). Les auteurs de cette étude concluent qu'il faut maintenir un système universel de visites à domicile par des infirmières. Ils appuient entre autres cette conclusion sur les travaux d'Elkan et collab. (2001) qui écrivent : « il n'y a aucun moyen efficace de prédire où et quand un problème va survenir et les services universels peuvent rejoindre des clients avec des besoins spécifiques qui, en d'autres circonstances, n'auraient pas fait appel aux services. Par conséquent, comme les visites à domicile sont dispendieuses, il est important qu'elles soient bien planifiées et implantées » (traduction libre de Sword, Krueger et Watt, 2006, p. 195).

4.2 L'État du Victoria en Australie

Dans l'État du Victoria, la plupart des 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 dans le cadre du Programme de soins postnataux (PSP) qui relève du ministère de la Santé, puis une visite d'une infirmière dans le cadre du Service de santé maternelle et infantile (SSMI) du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. Bien qu'il s'agisse de deux programmes distincts, il existe des modalités de part et d'autre pour soutenir leur collaboration.

4.2.1 PROGRAMME DE SOIN POSTNATAL (PSP)

Les hôpitaux publics¹⁷ doivent offrir un suivi postnatal aux femmes qui accouchent dans leur établissement, incluant au minimum une visite à domicile à la suite du congé hospitalier et des visites supplémentaires sur la base des besoins cliniques et psychosociaux (Department of Health & Human Services, 2012). Ce sont généralement les sages-femmes employées des hôpitaux qui sont responsables de ces visites; elles sont toutefois soutenues par une équipe multidisciplinaire. Pour mieux répondre aux besoins de la femme en termes de proximité des services, certains hôpitaux peuvent diriger les nouvelles mères vers d'autres organisations de soins infirmiers publiques ou privées. De plus, en région rurale où la logistique pour les visites à domicile est plus difficile, des solutions de rechange doivent être offerts à la famille (Department of Health & Human Services, 2012). Des études indiquent que certains hôpitaux ruraux ou régionaux de moins de 500 naissances par année pourraient difficilement répondre à ces exigences (Biro et collab., 2012; Forster et collab., 2015).

Le rapport annuel des indicateurs de performance des Services de périnatalité indique qu'en 2012-13, une visite à domicile a été offerte à 97,3 % des femmes ayant accouché dans un hôpital public (Department of Health & Human Services, 2015). Selon l'étude de Forster, les rares femmes qui ne reçoivent pas de visite s'expliquent par : le refus des femmes, le manque de personnel, le fait que les femmes vivent à l'extérieur du territoire desservi ou dans un environnement considéré comme étant non sécuritaire (Forster et collab., 2015). Cette visite postnatale semble appréciée des

¹⁷ Il est important de spécifier que le tiers des naissances dans l'État du Victoria a lieu dans des hôpitaux privés (Rayner et collab., 2010). Bien que ils ne soient pas tenus d'offrir un service de visites postnatales à domicile, certains établissements l'offrent à toutes les femmes qui y accouchent, alors que certains autres l'offrent à celles qui ont des besoins particuliers (Rayner et collab., 2010).

femmes, qui la considèrent comme utile quoiqu'elle ne remplace pas les soins offerts à l'hôpital (Biro et collab., 2012; Forster et collab., 2008). Les femmes visitées sont principalement préoccupées par la sécurité de leur enfant et leur manque de confiance dans la capacité à prendre soin de leur bébé. Ces femmes considèrent que la présence physique et la disponibilité de professionnels permettaient de répondre à leurs préoccupations, et ce, particulièrement chez les femmes primipares (Forster et collab., 2008). Les jeunes femmes, celles n'ayant pas terminé leur secondaire ou ayant eu un long séjour hospitalier, sont moins susceptibles d'avoir reçu une visite (Biro et collab., 2012).

Selon les lignes directrices du programme, il est important d'adapter les soins aux besoins et aux préférences de la mère. Il est également souligné qu'il est possible que la visite soit requise au cours des 24 premières heures après le retour à la maison, ou que plusieurs visites soient nécessaires pour les femmes primipares, les mères adolescentes, les mères sans réseau de soutien ou encore les mères qui ont des problèmes de dépendance ou de santé mentale (Department of Health & Human Services, 2012).

Le nombre médian de visites pour les femmes primipares sont de deux, alors que les femmes multipares en reçoivent une (Forster et collab., 2015). L'étude de Foster observe toutefois que 68 % des hôpitaux n'établissent pas de critères afin de déterminer le nombre de visites nécessaires et les délais dans lesquels elles devraient être faites (Forster et collab., 2015). Bien que le contenu des soins postnataux à domicile soit relativement uniforme à travers le Victoria¹⁸, l'organisation et la structure des soins diffèrent considérablement d'un hôpital à l'autre (Forster et collab., 2015). Des sages-femmes rencontrées en entrevue dans l'étude de Rayner et collaborateurs (2008) disent que pour permettre d'atteindre les objectifs du programme et d'accroître la satisfaction des femmes, il faut une plus grande flexibilité des soins, c'est-à-dire permettre à celles qui le désirent de rester plus ou moins longtemps à l'hôpital et avec un suivi à domicile accru (Rayner et collab., 2008).

Les lignes directrices du PSP recommandent d'entamer l'évaluation des besoins de la femme durant la grossesse et de demeurer à l'affût des besoins émergents en cours de suivi, en plus d'y répondre dans des délais appropriés (Department of Health & Human Services, 2012). Dans la perspective d'offrir un suivi individualisé, la majorité des établissements (49/61) font des efforts pour assurer une continuité des soins tout au long de la période postnatale; toutefois, certains (8/49) mentionnent qu'ils y parviennent seulement pour un petit nombre de patientes, et que le manque de ressources limite la prestation de ce service dans certains établissements (16/62) (Forster et collab., 2015).

4.2.2 LE SERVICE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICE)

Le Service de santé maternelle et infantile (SSMI) est un service de santé primaire universel et gratuit pour toutes les familles ayant un enfant, de la naissance jusqu'à son entrée à l'école (Department of Education and Early Childhood Development, 2011). Ce service est offert en partenariat avec l'Association des municipalités du Victoria, l'administration municipale et le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. Il est basé sur une approche globale de promotion, prévention, détection précoce et d'intervention sur les facteurs physiques, émotionnels et sociaux (Department of Education and Early Childhood Development, 2011). Conformément à la loi, l'avis de naissance doit être transmis au gouvernement local de l'endroit où les mères résident dans les 48 heures suivant la naissance de l'enfant. Ceci permet aux infirmières de les contacter afin de prendre rendez-vous pour une visite à domicile. La visite de l'infirmière doit avoir lieu dans les sept à quatorze jours suivant le congé hospitalier (Department of Health & Human Services, 2012). Selon

¹⁸ Le PSP n'impose pas de directives sur les éléments spécifiques que doit comprendre le suivi lors de la visite à domicile. Il existe néanmoins une certaine convergence des observations faites par les sages-femmes provenant de différents établissements (ex. : interaction avec le bébé, humeur de la mère, lochies, examen des seins, plaie de césarienne, etc.) (Forster et collab., 2015).

l'étude de Schmied et collaborateurs (2014), 96,3 % des infirmières de l'État du Victoria ont leur premier contact avec la famille moins de deux semaines après l'accouchement (Schmied et collab., 2014).

En plus de comprendre une visite à domicile, ce service inclut neuf consultations en clinique entre l'âge de deux semaines et trois ans et demi. Bien qu'il s'agisse d'un service axé sur le développement de l'enfant, la visite à domicile garantit un suivi postnatal à court terme du nouveau-né et de la mère (Department of Education and Early Childhood Development, 2011). Les lignes directrices du SSMI spécifient les sujets à aborder durant cette rencontre : l'allaitement, l'immunisation et le sommeil sécuritaire. Cette visite doit également inclure une évaluation du bien-être et de l'état de santé des membres de la famille et la distribution de dépliants d'information (Department of Education and Early Childhood Development, 2011). Par ailleurs, les parents peuvent faire appel à une ligne téléphonique en tout temps pour des conseils et du soutien concernant le développement de leur enfant. Un service complémentaire au SSMI est offert aux familles vivant des problématiques particulières. Il offre un soutien plus intensif à ces familles à travers un éventail de services en réponse aux difficultés rencontrées telles que l'itinérance, les problèmes de violence ou encore, des problèmes de déficience intellectuelle ou de dépendance (Department of Education and Early Childhood Development, 2011).

Deux évaluations de ce programme¹⁹ reprennent les données du SSMI et constatent un taux de participation à la visite à domicile de presque 100 % des enfants enregistrés²⁰ (KPMG, 2006; Centre for Community Child Health, 2011). Les analyses de KPMG rapportent que les jeunes mères monoparentales, ainsi que les mères provenant de culture et de langues diverses sont de moins grandes utilisatrices du service, quoique plus de 75 % d'entre elles semblent l'utiliser (KPMG, 2006). Elles sont dans l'ensemble tout aussi satisfaites de la visite à domicile et près de 80 % d'entre elles l'ont trouvé très ou extrêmement utile.

4.2.3 LES MODALITÉS POUR LA COLLABORATION ENTRE LE PSP ET LE SSMI

Un protocole de communication entre le PSP et le SSMI a été mis en place afin de soutenir le continuum de soin pour les mères et les nouveau-nés. Ce protocole vise à renforcer le partenariat, à améliorer la coordination, la collaboration et la communication entre les deux programmes, ainsi qu'à clarifier les rôles et responsabilités de chacun des programmes (Department of Education and Early Childhood Development, 2004). Les études démontrent que la continuité des soins est un facteur déterminant dans la qualité du service rendu et la satisfaction des femmes dans cet État (Brown, Davey et Bruinsma, 2005; Forster et collab., 2008; Rayner et collab., 2008). Selon ce protocole, ce sont d'abord les établissements hospitaliers qui sont responsables d'amorcer et de maintenir les liens avec le SSMI (Department of Education and Early Childhood Development, 2004). Les sages-femmes doivent informer le SSMI lorsque leur visite à domicile est effectuée, afin de discuter de la coordination des services pour éviter la duplication des soins.

Des obstacles à la continuité des soins ont été relevés malgré la mise en place de ce protocole. Les sages-femmes et les infirmières admettent qu'il est possible que les mères voient différentes sages-femmes et infirmières au cours de la période postnatale (McLelland et collab., 2015). L'évaluation du SSMI de 2006 souligne également qu'un petit nombre de parents rapportent avoir reçu des conseils contradictoires de la part des services de maternité de l'hôpital et de leur infirmière de SSMI (KPMG,

¹⁹ La première évaluation est effectuée par KPMG en 2006 (KPMG, 2006) et la deuxième est un rapport de progrès de l'implantation du nouveau cadre du Programme, effectué en 2010 par le Centre for Community Child Health (Centre for Community Child Health, 2011).

²⁰ Selon l'évaluation de 2010, le taux de participation diminue pour les consultations suivantes, mais reste toutefois au-dessus de 90 % pour les cinq premières rencontres prévues (Centre for Community Child Health, 2011).

2006). Enfin, la documentation des observations faites en période postnatale semble se faire de manière distincte par le PSP et le SSMI, qui utilisent leurs propres protocoles de soins, puisque ces deux programmes relèvent d'organisations dont le fonctionnement et la structure diffèrent (entrevue avec Della Forster).

4.3 La Suède

4.3.1 LE CONTEXTE SUÉDOIS

En Suède, c'est l'unité de soins postpartum des hôpitaux qui est responsable des mères et de leur enfant durant la première semaine après la naissance (Barimani et Vikström, 2015). Chaque hôpital détermine les modalités de suivi postnatal, car il ne semble pas exister de lignes directrices nationales (entrevues avec Maria Ahlberg et Tobias Alfvén). À partir de la deuxième semaine de vie de l'enfant, le Programme de santé infantile (PSI), qui est universel et gratuit, propose un suivi aux familles jusqu'à l'âge de six ans (Wallby et Hjern, 2011). Lorsqu'une naissance se produit en milieu hospitalier, la sage-femme doit aviser le PSI que l'enfant est né afin que le programme puisse à son tour assurer le suivi du nouveau-né (entrevue avec Maria Alhberg et Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, 2013).

4.3.2 LE SUIVI POSTNATAL DES HÔPITAUX

Ce sont les sages-femmes, des infirmières spécialisées (Thomas et Hildingsson, 2015), qui ont le rôle d'intervenante principale tout au long du continuum de soins en périnatalité, incluant durant l'accouchement. Le congé précoce est recommandé pour les mères et les nouveau-nés en santé, qui a lieu entre 6 et 72 heures après l'accouchement selon la définition du Conseil national de la santé et du bien-être (CNSBE). Or, ce sont 75,6 % des femmes ayant eu un accouchement vaginal qui quittaient l'hôpital dans les 48 heures en 2014 (Socialstyrelsen, 2015).

Le suivi postnatal d'une sage-femme à domicile est seulement offert par certains hôpitaux (Waldenström, Rudman et Hildingsson, 2006; Barimani et collab., 2014). Afin d'assurer le bien-être de l'enfant avant qu'il soit pris en charge par le PSI à sa deuxième semaine de vie, les hôpitaux misent plutôt sur un second examen néonatal pour les nouveau-nés qui quittent l'hôpital au cours des 24 à 48 heures après la naissance²¹ (entrevue avec Tobias Alfvén; Hildingsson et collab., 2009; Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, 2013). De fait, le congé accordé dans les 24 à 48 heures (selon les hôpitaux) doit être précédé d'un premier examen néonatal réalisé par un pédiatre, qui s'assure que le départ de la mère et de l'enfant peut se faire sans danger (entrevue avec Tobias Alfvén, Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, 2013; Stockholms läns landsting, 2005). Toutefois, la famille doit retourner une seconde fois à l'hôpital trois à cinq jours après la naissance pour effectuer un second examen (Hildingsson et collab., 2009), entre autres pour vérifier le bien-être général des parents, leur interaction avec l'enfant, la capacité de la mère à allaiter, les signes de la jaunisse chez le nouveau-né, ainsi que pour faire les prises de sang nécessaires pour le dépistage de maladies congénitales (entrevue avec Tobias Alfvén, Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, 2013).

²¹ Selon les lignes directrices de la Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, les soins et les observations à effectuer avant le congé hospitalier sont associés au moment où ce dernier est accordé, soit entre 6 et 24 heures ou entre 24 et 72 heures (Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie, 2013). Toutefois, selon le pédiatre et chercheur Tobias Alfvén, certains hôpitaux optent plutôt pour des délais de 6 à 48 heures et de 48 à 72 heures.

Plusieurs hôpitaux disposent d'une unité hôtelière dans une aile adjacente (Hildingsson et collab., 2009). Cette unité, où les soins sont réduits, permet aux hôpitaux de minimiser les coûts pour les patients qui n'ont pas besoin de soins 24 heures sur 24. Des sages-femmes y sont présentes durant la journée et les parents peuvent joindre l'unité de maternité durant la nuit au besoin (Hildingsson et collab., 2009). Les chambres sont aménagées afin de permettre à toute la famille de rester ensemble, tout en permettant un accès rapide à des soins spécialisés en cas de besoin (Thomas et Hildingsson, 2015). La mère et l'enfant peuvent y être transférés au minimum quatre heures après un accouchement sans complication ou après une nuit à l'hôpital (Belgian Health Care Knowledge Centre, 2014; Ellberg et collab., 2005). Cette unité hôtelière peut aussi faciliter le retour de certaines familles qui résident loin de l'hôpital pour le second examen néonatal (Hildingsson et collab., 2009).

Pour les femmes et les enfants qui font un séjour prolongé à l'hôpital, soit plus de 48 heures, un seul examen néonatal est réalisé plus tardivement (entrevues avec Maria Ahlberg et Tobias Alfvén), ce délai permettant entre autres la détection de maladies génétiques (entrevue avec Tobias Alfvén). Les mères et les nouveau-nés séjournant plus longtemps à l'hôpital sont ceux ayant besoin de soins spécifiques, ayant eu des complications durant la grossesse ou à l'accouchement, et ceux qui nécessitent d'être en proximité d'autres unités hospitalières (Ellberg et collab., 2005). Une étude réalisée en 2007 dans une région du centre-nord de la Suède mentionne que dans cette région, les grands hôpitaux (de 1600 naissances ou plus par année) ne permettaient pas aux femmes en santé de rester plus longtemps à l'hôpital et qu'on leur recommandait plutôt le congé précoce ou le séjour en unité hôtelière (Hildingsson et Sandin-Bojöö, 2011). Dans les hôpitaux de plus petite envergure, les femmes recevaient leurs soins postnataux à l'hôpital ou encore le congé précoce.

Les principaux constats des études évaluatives

Les différentes modalités de services et de soins postnataux (séjour prolongé à l'hôpital, séjour en unité hôtelière, congé précoce avec ou sans visite à domicile par une sage-femme) ne sont pas toujours mutuellement exclusives. Elles sont parfois choisies en fonction des préférences des parents, parfois limitées par les options disponibles dans les hôpitaux ou encore offertes en fonction de la situation des familles (Thomas et Hildingsson, 2015; Ellberg et collab., 2008). Certaines études se sont toutefois penchées sur la réadmission des nouveau-nés en fonction des soins et services qui avaient été offerts. Une étude de cohorte de 773 femmes ayant donné naissance en 1998-1999 à Umea n'observe aucune différence significative entre ces services et ces soins postnataux en ce qui a trait au taux de réadmission à l'hôpital des femmes et des nouveau-nés ou sur l'allaitement (Ellberg et collab., 2005). Toutefois, une étude transversale basée sur les données compilées de 197 898 naissances entre 1999 et 2002 obtient des résultats différents (Ellberg et collab., 2008). En effet, les auteurs observent que les enfants nés dans les hôpitaux qui offrent un programme de suivi à domicile et un examen néonatal dans les 6 à 48 heures après leur naissance étaient plus susceptibles d'être réadmis à l'hôpital (2,2 %) que les enfants nés dans les hôpitaux offrant des soins 24 heures sur 24 et ayant eu un examen néonatal dans les 49 à 72 heures (1,7 %) (Ellberg et collab., 2008). Les auteurs concluent qu'un examen final de l'enfant dans les 49 à 72 heures et un programme proactif de suivi peuvent significativement réduire les risques de réadmission à l'hôpital.

Des études révèlent que la satisfaction des mères vis-à-vis des soins postnataux qu'elles ont reçus dans l'ensemble serait étroitement liée au soutien du personnel, aux examens et soins de l'enfant (Hildingsson et Sandin-Bojöö, 2011), ainsi qu'aux aspects émotionnels des soins (c'est-à-dire le temps alloué aux encouragements), aux questions et préoccupations personnelles et à l'allaitement (Waldenström, Rudman et Hildingsson, 2006). Or, l'étude de Barimani & collab. (2014), basée sur les réponses de 363 mères à une enquête menée dans la région de Stockholm en 2009, révèle que 18 % des mères estiment que le soutien reçu était insuffisant (Barimani et collab., 2014).

4.3.3 LE PROGRAMME DE SANTÉ INFANTILE (PSI)

Le Programme de santé infantile (PSI), dispensé par une équipe d'infirmières de santé publique et d'omnipraticiens, prévoit plusieurs examens de santé et des soins planifiés en fonction de l'âge de l'enfant pour toutes les familles suédoises jusqu'à l'âge de six ans (Wallby et Hjerm, 2011). Le premier contact du PSI se fait à travers une visite à domicile par une infirmière lorsque les deux parents sont présents, généralement dans les dix premiers jours suivant la naissance²² (Ellberg et collab., 2005). Les infirmières offrent des conseils et du soutien en matière de pratiques parentales (Baggens, 2004), les informent des services du PSI et vérifient l'état de santé du nouveau-né (pesée, signes d'infection et d'ictère, etc.) (Lindfors, 2014). Elles doivent également être attentives au contexte de vie de la famille afin de pouvoir détecter les enfants à risque, particulièrement dans les familles désavantagées (Baggens, 2004; Wallby et Hjerm, 2011). La proportion des femmes recevant cette visite varie dans les quelques études retenues qui en font mention, mais il semble qu'environ 80 % d'entre elles en bénéficient (Waldenström, Rudman et Hildingsson, 2006; Ellberg et collab., 2005; Wallby et Hjerm, 2011).

Le PSI prévoit aussi une ou deux visites supplémentaires pour les familles qui ont des besoins accrus, ainsi qu'un service à court ou à long terme de visites à domicile hebdomadaires pour les familles qui vivent dans des conditions difficiles (Lindfors, 2014).

Les principaux constats des études évaluatives

Des études indiquent que les soins des infirmières de santé publique et les visites à domiciles offerts dans le cadre du PSI sont très appréciés des parents (Barimani et collab., 2015; Barimani et Vikström, 2015). Au cours de ces visites, un temps est réservé afin que les parents puissent poser leurs questions et exprimer leurs préoccupations (Baggens, 2004). L'étude de Baggens (2004) démontre la capacité des infirmières à répondre à ces besoins (Baggens, 2004). Les 34 parents rencontrés par Barimani et Vickström sont particulièrement heureux de pouvoir compter sur cette professionnelle qui connaît tout ce qui se passe avec leur enfant, ce qui contribue à établir une relation de confiance dans le temps (Barimani et Vikström, 2015). Toutefois, cette étude mentionne certains bémols comme le déroulement très structuré des visites et l'asymétrie dans l'interaction entre les parents et l'infirmière, où cette dernière dirige les échanges (Baggens, 2004). De plus, les commentaires des femmes qui ont participé à une enquête sur leur satisfaction envers les soins périnataux laissent entendre que certaines d'entre elles auraient aimé que les soins soient davantage axés sur leurs besoins et non uniquement sur ceux de l'enfant (Barimani et collab., 2015, p. 415). D'autre part, selon les propos recueillis à travers des groupes de discussion de parents, ceux-ci veulent entre autres de l'information leur permettant eux-mêmes de prendre soin de leur enfant, dont des informations pratiques sur l'allaitement, les soins du cordon ombilical, le changement de couche, les infections, la sécurité de l'enfant, ce qui est dangereux, le bain, comment le nouveau-né dort et comment gérer les pleurs (Barimani et Vikström, 2015, p. 814).

4.3.4 LE CONTINUUM DE SERVICES

Des professionnelles et des parents reconnaissent que la discontinuité des soins est un obstacle au soutien offert et diminue la satisfaction des services reçus. Par exemple, des parents rencontrés lors d'une étude qualitative mentionnent les conseils qui diffèrent d'un professionnel à l'autre (surtout pour l'allaitement) (Barimani et Vikström, 2015, p. 813). Les mères qui ont participé à l'enquête sur leur satisfaction envers les soins périnataux en 2009 mentionnent la difficulté de rejoindre la sage-femme une fois le congé donné ou de savoir à qui s'adresser en cas de problème (Barimani et

²² Une seconde visite est également prévue lorsque l'enfant a huit mois et une troisième à un an pour les familles qui ont des besoins accrus (Lindfors, 2014).

collab., 2015). Finalement, une étude réalisée auprès de 32 sages-femmes et infirmières rapporte que les liens entre les soins du continuum de services de périnatalité sont inexistantes (Barimani et Hylander, 2008). Ces professionnelles comprennent la confusion des parents lorsqu'ils cherchent du soutien durant la période postnatale. D'après elles, des mesures pour renforcer les liens entre les soins des sages-femmes et ceux des infirmières dans le cadre du PSI pourraient donc être bénéfiques pour pallier ce problème (Barimani et Hylander, 2008).

4.4 Conclusion des études de cas

L'analyse des trois juridictions montre certaines similitudes avec le programme québécois, mais aucun des programmes ne cadre totalement avec la structure adoptée au Québec. Chaque modèle présente des forces. Ainsi, il importe de considérer les programmes présentés non pas comme des modèles à reproduire, mais plutôt de relever les pratiques qui pourraient être inspirantes pour l'amélioration du suivi postnatal au Québec.

Le Québec, comme toutes les juridictions étudiées, possède un volet universel de suivi postnatal des mères et des enfants. Le Victoria et la Suède proposent toutefois un programme complet de suivi universel, alors que l'Ontario offre un dépistage universel, mais un programme de suivi ciblé selon les risques évalués.

Le programme de suivi du Québec et celui de l'Ontario prévoient un appel téléphonique et une visite à domicile d'une infirmière après le congé hospitalier. Ces composantes sont universelles au Québec et ciblées pour les familles présentant des risques en Ontario. Pour les familles ontariennes jugées à risque, le suivi après la naissance peut s'échelonner jusqu'à l'entrée à l'école, un peu à l'image de ce qui est offert par le programme SIPPE au Québec. Le programme ontarien fournit une grille complète d'évaluation des risques physiques et psychosociaux alors que les critères de revenu et de scolarité de la mère priment au Québec pour bénéficier d'un suivi dans les SIPPE.

Les programmes de suivi à plus long terme du Victoria et de la Suède visent l'ensemble des familles et débutent dès deux semaines après la naissance pour se poursuivre jusqu'à trois ans et demi ou six ans. Ces deux programmes prévoient plusieurs rencontres à des moments précis du développement de l'enfant, dans le cadre de rencontre en clinique ou à domicile, selon les éléments prévus à chacun de ces examens. Au Québec, un suivi médical périodique pour les enfants âgés de 0 à 5 ans est assuré par un médecin ou un pédiatre. Ces derniers s'appuient sur le guide de référence *l'Abcdaire* pour effectuer ce suivi.

Le tableau 5 résume les grandes lignes du suivi postnatal du Québec et des trois juridictions étudiées.

Tableau 5 Résumé du suivi postnatal au Québec, au Victoria, en Ontario et en Suède

QUÉBEC	VICTORIA (AUSTRALIE)	ONTARIO	SUÈDE
Durée du séjour hospitalier			
Règles établies 48 heures ou moins après la naissance pour accouchement vaginal, 96 heures ou moins après accouchement par césarienne (congé précoce).			Règles établies Entre six heures et trois jours (congé précoce).
Séjour moyen en 2012 : 2,3 jours (vaginal) et 3,6 jours (césarienne).	Séjour moyen en 2008-2009 : 2,6 jours (63,2 % des femmes ayant eu un accouchement vaginal quittent l'hôpital dans les deux jours, 63,6 % des césariennes dans les quatre jours).		Séjour moyen en 2011 : 1,9 jour (vaginal) et 3,2 jours (césarienne). 74 % des femmes ayant eu un accouchement vaginal quittent l'hôpital dans les 48 heures.
Contacts postnataux au cours de la première semaine de vie de l'enfant			
Suivi systématique par une infirmière.	Suivi systématique par une sage-femme (responsabilité de l'hôpital dans la première semaine).	Dépistage systématique des risques physiques et psychosociaux puis suivi proportionné selon les besoins.	Aucun suivi systématique durant la première semaine.
Appel téléphonique dans un délai de 24 heures après le congé. Visite à domicile par une infirmière dans un délai de 72 heures après le congé, idéalement en présence du père.	Visite à domicile peut être requise dans les 24 heures suivant le congé pour certaines femmes qui en ont besoin; dans certains cas, plusieurs visites peuvent être nécessaires.	Dépistage universel avant le congé hospitalier. Appel téléphonique d'une infirmière dans les 48 heures suivant le congé hospitalier pour les familles ayant un risque ou plus selon le dépistage. Visite à domicile pour les familles jugées à risque (sans précision sur le délai recommandé).	Certains hôpitaux offrent des suites familiales où la famille peut séjourner et où du personnel est disponible, certains autres hôpitaux offrent des visites à domicile alors que d'autres n'offrent aucun suivi particulier sinon le retour pour un examen entre 3 et 5 jours de vie.
Le nourrisson est examiné par un médecin avant d'obtenir son congé de l'hôpital.			Examen néonatal avant le congé hospitalier, puis entre trois et cinq jours après la naissance lorsque le congé est accordé dans les 24 à 48 heures après la naissance.

Tableau 5 Résumé du suivi postnatal au Québec, au Victoria, en Ontario et en Suède (suite)

QUÉBEC	VICTORIA (AUSTRALIE)	ONTARIO	SUÈDE
Contacts postnataux au-delà de la première semaine de vie de l'enfant			
<p>Suivi ciblé à une clientèle vulnérable seulement à plus long terme pour le développement des enfants avec des visites à domicile jusqu'à cinq ans (programme SIPPE).</p> <p>Un suivi périodique systématique de l'enfant par un médecin de famille ou un pédiatre jusqu'à 5 ans.</p>	<p>Suivi systématique par une infirmière (à partir de la deuxième semaine) grâce à un service à plus long terme axé sur le développement de l'enfant qui inclut, en plus d'une visite à domicile, neuf consultations en clinique de l'âge de deux semaines à l'âge de trois ans et demi.</p> <p>Suivi ciblé pour les familles ayant des besoins accrus.</p>	<p>Suivi ciblé pour les familles à risque à plus long terme pour le développement des enfants avec des visites à domicile jusqu'à cinq ans.</p>	<p>Suivi systématique à partir de la deuxième semaine de vie jusqu'à six ans incluant, en plus d'examen réguliers, des visites à domicile par une infirmière (une première visite a lieu dans les dix premiers jours suivant la naissance et une autre à huit mois).</p> <p>Suivi ciblé pour les familles ayant des besoins accrus.</p>

5 Les constats

La première partie des constats fera d'abord ressortir quatre pratiques reconnues en matière de suivi postnatal. La seconde présentera trois conditions qui peuvent avoir un impact sur la mise en œuvre des pratiques de suivi postnatal.

5.1 Les pratiques reconnues en matière de suivi postnatal

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 ressortent :

1. Un suivi de santé rapide après le congé hospitalier;
2. Une évaluation complète des besoins;
3. Un suivi postnatal universel;
4. Un suivi modulé selon les besoins et les préférences des familles.

Le tableau 6, à la fin de cette section, présente un résumé de ces pratiques selon la source d'information consultée.

5.1.1 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. Par exemple, la montée laiteuse chez la mère ou l'ictère physiologique, ainsi que des problèmes causés par des malformations du système cardiaque et gastro-intestinal de l'enfant, surviennent généralement au cours des deuxième et troisième jours après la naissance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

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. D'ailleurs, les juridictions étudiées se sont dotées de différentes modalités pour assurer un suivi rapide des nouveau-nés et des mères après la naissance. En effet, en Suède, lorsqu'un congé est accordé avant le délai de 24 à 48 heures après l'accouchement (selon les hôpitaux), un deuxième examen néonatal est exigé entre trois et cinq jours après la naissance à l'hôpital. Dans certains hôpitaux, des unités de soins connexes à l'établissement assurent l'accès facile à cet examen. Au Victoria, une sage-femme employée par l'hôpital peut se rendre à domicile dans les 24 premières heures suivant le retour à la maison selon les besoins.

De plus, l'analyse des revues de littérature fait ressortir que les visites à domicile 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. Toutefois, les données probantes restent limitées.

5.1.2 UNE EVALUATION COMPLETE DES BESOINS

La synthèse des connaissances permet d'observer un éventail de besoins qui peuvent survenir durant la période postnatale. L'OMS indique que ces besoins peuvent avoir trait à la santé physique et mentale de la mère et de l'enfant, à des problématiques d'ordre social et culturel qui peuvent avoir un impact sur leur santé, ou à la parentalité (Organisation mondiale de la Santé, 2010, p. 3).

Le NICE et l'OMS recommandent donc 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.

Le suivi de l'ensemble des familles suédoises et de celles du Victoria s'échelonne sur une longue période, ce qui permet ainsi d'être à l'affût des besoins qui peuvent évoluer aussi à travers le temps. 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.

5.1.3 UN 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. La période postnatale, en plus d'être une période critique sur le plan de la santé des mères et des nouveau-nés, offre une excellente opportunité de faire de la promotion et de la prévention auprès de l'ensemble des familles.

Selon Elkan et collab. (2001), repris par Sword, Krueger et Watt (2006), 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 (Sword, Krueger et Watt, 2006).

5.1.4 UN SUIVI 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 SSMI du Victoria et le PSI de la Suède, qui comprennent déjà un suivi de tous les enfants durant les premières années de vie, incluent également un suivi complémentaire au suivi systématique pour les familles ayant des besoins particuliers. Ces familles peuvent donc bénéficier d'un suivi plus intensif et de services modulés en fonction des problématiques rencontrées. Les lignes directrices du PSP au Victoria recommandent un suivi adapté, dont les délais et le nombre de visites varient selon les besoins et les préférences des parents.

L'Ontario, pour sa part, propose aux familles jugées à risque, selon les résultats d'une évaluation approfondie des besoins en période postnatale, une modulation des services à plus long terme.

Enfin, selon les auteurs d'une revue systématique, les modalités de suivi postnatal devraient prendre en considération les préférences des mères en l'absence de démonstration claire qu'un modèle de suivi soit préférable (Yonemoto et collab., 2014).

Tableau 6 Résumé des pratiques selon la source d'information consultée

Recommandations internationales (OMS ET NICE)	Revue de littérature	Les études de cas
Un suivi rapide après le congé hospitalier		
<p>L'OMS recommande des contacts postnataux : au 3^e jour (48 à 72 heures), entre le 7^e et 14^e jour et la 6^e semaine après la naissance. Une visite doit être faite au cours de la première semaine de vie de l'enfant.</p> <p>Selon le NICE, l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation dans les 72 heures suivant la naissance alors que l'évaluation de la mère doit se réaliser entre le 2^e et le 7^e jour après la naissance.</p>	<p>Les visites à domicile qui se déroulent 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 augmentent la proportion de mères qui allaitent exclusivement leur enfant.</p>	<p>Appel téléphonique d'une infirmière dans les 48 heures suivant le congé hospitalier pour les familles ayant un risque en Ontario.</p> <p>Examen néonatal avant le congé hospitalier et suivi pédiatrique de l'enfant de 3 à 5 jours après la naissance lorsque le congé hospitalier est donné avant 24 ou 48 heures en Suède.</p> <p>Une visite à domicile par une sage-femme qui peut se faire, selon les besoins, dans les 24 heures suivant le retour à la maison au Victoria.</p>
Une évaluation complète des besoins		
<p>Le NICE et l'OMS recommandent une évaluation complète de la mère (entre autres l'état physique, l'allaitement, le bien-être, le soutien social et l'adaptation au rôle maternel) et de l'état de santé de l'enfant (ex. : apparence de la peau, les yeux, le cœur, les pleurs, les préoccupations des parents, l'historique médical).</p>		<p>Au Victoria, la visite comprise dans les SSMI inclut une évaluation du bien-être et de l'état de santé des membres de la famille.</p> <p>En Suède, la première visite du PSI comprend une évaluation de l'état de santé du nouveau-né (pesée, signes d'infection et d'ictère, etc.) et du contexte de vie de la famille.</p> <p>En Ontario, le programme BSES peut comprendre, pour certaines familles, une évaluation à plusieurs moments après la naissance de la santé physique et du bien-être de la mère et du nouveau-né, ainsi que la capacité des parents à assumer leur rôle.</p>
Un programme de suivi postnatal universel		
<p>Le NICE et l'OMS recommandent que toutes les femmes reçoivent de l'information, des encouragements et du soutien lors des contacts postnataux.</p> <p>Le NICE recommande des visites à domicile pour assurer la sécurité de l'enfant.</p> <p>Le NICE et l'OMS recommandent que toutes les femmes bénéficient de contacts postnataux.</p>		<p>Suivi universel au Victoria et en Suède qui débute dès la deuxième semaine de vie de l'enfant et à long terme au cours de la petite enfance.</p>

Tableau 6 Résumé de l'information sur les pratiques selon la source (suite)

Recommandations internationales (OMS ET NICE)	Revue de littérature	Les études de cas
Un suivi modulable selon les préférences et les besoins des familles		
	Une revue sur les visites à domicile suggère, en l'absence de preuves solides sur la fréquence, la durée ainsi que sur le moment des visites postnatales, que les modalités soient déterminées selon les besoins locaux en services et les préférences des mères.	Le suivi s'échelonne sur une très longue période pour l'ensemble des familles en Suède et au Victoria et pour une partie des familles en Ontario. En Ontario, le soutien se module selon l'évaluation rigoureuse des besoins.

5.2 Les conditions de mise en œuvre

Selon les différentes sources d'information consultées, trois conditions peuvent soutenir l'implantation des pratiques de suivi postnatal. Il s'agit : 1) d'un continuum de soins postnataux fluide; 2) de balises claires sur les pratiques à déployer et 3) de la disponibilité de ressources humaines et financières pour maintenir un suivi de qualité.

5.2.1 UN CONTINUUM DE SOINS FLUIDE

L'importance d'un continuum de soins dans le temps et à travers les différents milieux, pour assurer la santé maternelle, néonatale et infantile, est largement reconnue (Organisation mondiale de la Santé et Unicef, 2009; Lassi et collab., 2013b).

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). Plusieurs études, réalisées dans l'État du Victoria et en Suède sur la perception des professionnels de santé (sages-femmes et infirmières) et celles des mères, évoquent la discontinuité des services comme une barrière à une offre de soins de qualité (McLelland et collab., 2015; Forster et collab., 2015, 2008; Barimani et Hylander, 2008; Barimani et collab., 2014). 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 (entrevues avec Barbara Harvey, Louise Gilbert, Riffaat Mamdani, Barbara Dominic et Della Forster). L'État du Victoria utilise un protocole de communication pour faciliter la collaboration entre les différents partenaires impliqués dans le suivi postnatal (Department of Education and Early Childhood Development, 2004). La mise en application d'un protocole requiert cependant qu'il soit facile à comprendre et largement distribué auprès des partenaires (KPMG, 2006; Public Health Ontario, 2014), mais la présence de liens informels entre les divers fournisseurs de soins ainsi qu'entre leurs employés peut aussi faciliter de manière significative

la collaboration interorganisations et la continuité des soins (entrevue avec Riffaat Mamdani et Barbara Dominic; Barimani et Hylander, 2008).

5.2.2 L'EXISTENCE DES BALISES CLAIRES SUR LES PRATIQUES À DÉPLOYER

Dans les différentes juridictions étudiées, des documents encadrent de manière explicite les composantes du suivi postnatal et les processus d'implantation. C'est le cas du programme BSES en Ontario, des Services de santé maternelle et infantile (SSMI) au Victoria et du Programme de santé infantile (PSI) en Suède. 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. Ceci permet également d'établir des standards de pratique chez les intervenants pour les programmes BSES en Ontario, PSI en Suède et SSMI au Victoria. En plus, les lignes directrices de ces programmes ont été mises à jour récemment (BSES 2012, PSP 2012, SSMI 2011 et PSI 2014), 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.

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).

5.2.3 LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET HUMAINES POUR ASSURER LE SUIVI

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. Par exemple, en Ontario, des restrictions financières ont été à la source de certains changements dans l'offre de service (entrevues avec Louise Gilbert, Riffaat Mamdani et Barbara Dominic). Le financement insuffisant du programme BSES est un « problème permanent qui entrave la mise en œuvre du programme BSES » selon les intervenants sondés au cours de l'évaluation d'implantation (Public Health Ontario, 2014, p. 19). Cette évaluation indique d'ailleurs qu'une charge de travail trop élevée du personnel avait engendré certaines adaptations locales qui pouvaient nuire à l'efficacité du processus de dépistage (Public Health Ontario, 2014).

Dans l'État du Victoria, des études révèlent que le manque de personnel et les restrictions budgétaires entraînent l'incapacité de respecter les exigences du PSP en ce qui a trait l'adaptation du suivi selon les besoins et les préférences de la mère (Forster et collab., 2015; Rayner et collab., 2008). De plus, en Ontario comme au Victoria, le manque de ressources durant les fins de semaine entraîne des délais supplémentaires avant de joindre les familles à la suite du congé hospitalier (Forster et collab., 2015; Public Health Ontario, 2014b).

Au Québec, le manque de ressources a parfois entraîné la priorisation du suivi postnatal pour les clientèles ayant des besoins accrus (Goulet et collab., 2007; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Côté et collab., 2011).

6 Recommandations

Au final, la synthèse des connaissances et de l'analyse des services offerts dans les trois juridictions ont permis de distinguer quatre pratiques reconnues, soit : un suivi rapide après le congé hospitalier; une évaluation complète des besoins; un suivi postnatal universel et un suivi modulé selon les besoins et les préférences des familles. De plus, trois conditions pouvant soutenir la mise en œuvre des pratiques de suivi postnatal ont été identifiées, soit un continuum de soins fluide; des balises claires sur les pratiques à déployer et la disponibilité de ressources humaines et financières. Ces constats servent d'assises à six recommandations.

Ces constats servent d'assises à six recommandations.

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

1. poursuivre l'implantation du programme de suivi systématique des femmes après le congé tel que prescrit dans la Politique de périnatalité.

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.

7 Références

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : un rapport du Système canadien de surveillance périnatale*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada.
- BAGGENS, C. (mars 2004). « The institution enters the family home : home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 21, n° 1, p. 15-27.
- BARIMANI, M., et I. HYLANDER (17 décembre 2008). « Linkage in the chain of care : a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care », *International Journal of Integrated Care*, [en ligne], vol. 8, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638018/>> (consulté le 16 octobre 2015).
- BARIMANI, M. L., et A. VIKSTRÖM (août 2015). « Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity », *Midwifery*, vol. 31, n° 8, p. 811-817.
- BARIMANI, M., L. OXELMARK, S.-E. JOHANSSON et I. HYLANDER (septembre 2015). « Support and continuity during the first two weeks postpartum », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 29, n° 3, p. 409-417.
- BARIMANI, M., L. OXELMARK, S. JOHANSSON, A. LANGIUS et I. HYLANDER (mars 2014). « Professional support and emergency visits during the first two weeks postpartum. », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 28, n° 1, p. 57-65.
- BELGIAN HEALTH CARE KNOWLEDGE CENTRE (2014). *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery : towards integrated postnatal care*, [en ligne], Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/lorganisation-des-soins-apr%C3%A8s-laccouchement#.Vgwwc_I_Oko> (consulté le 30 septembre 2015).
- BIRO, M. A., J. S. YELLAND, G. A. SUTHERLAND et S. J. BROWN (novembre 2012). « Women's experience of domiciliary postnatal care in Victoria and South Australia : a population-based survey », *Australian Health Review: A Publication Of The Australian Hospital Association*, vol. 36, n° 4, p. 448-456.
- BROWN, S. J., M.-A. DAVEY et F. J. BRUINSMA (juin 2005). « Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000 », *Midwifery*, vol. 21, n° 2, p. 109-126.
- BROWN, S., R. SMALL, B. ARGUS, P. G. DAVIS et A. KRASDEV (2009). « Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants », dans *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [en ligne], John Wiley & Sons, Ltd, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002958/abstract>> (consulté le 9 septembre 2015).
- BRUNET, G., G. COSSETTE, D. COUSINEAU et D. LEMIEUX (2012). *L'ABCdaire : guide de référence du praticien*, [en ligne], <https://enseignement.chusj.org/getmedia/3d088d12-1c97-4878-8ed3-60af5a09439c/guide-de-reference-du-praticien-2012_fr.pdf.aspx> (consulté le 6 juin 2016).
- CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, (2011). *Evaluation of the Implementation of the MCH Key Ages and Stages Service Activity Framework Year 1 (2010) Progress Report*, Victoria, Australia, Department of Education and Early Childhood Development.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux - Enjeux et recommandations*, Gouvernement du Québec.
- CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (CÉTSQ) (1997). *Évaluation des risques et bénéfiques du congé précoce en postpartum*, Montréal, CÉTSQ.
- CÔTÉ, A., S. BERTHIAUME, T. CÔTÉ-BOILEAU, D. PORRET et L.-H. TROTTIER (2011a). *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé – Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne Périnatalité et Petite Enfance*, Groupe de travail Organisation des services de première ligne, Table sectorielle mère-enfant des RUIS.

- CÔTÉ, A., S. BERTHIAUME, T. CÔTÉ-BOILEAU, D. PORRET et L.-H. TROTTIER (2011b). *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé – Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne Périnatalité et Petite Enfance*, Groupe de travail Organisation des services de première ligne, Table sectorielle mère-enfant des RUIS.
- DEMOTT, K., R. NORMAN, G. RITCHIE, N. TURNBULL et C. ADAMS (2006). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Postnatal Care : Routine postnatal care of women and their babies*, London, England, National Collaborating Centre for Primary Care.
- DENNIS, C.-L., et D. KINGSTON (1 mai 2008). « A Systematic Review of Telephone Support for Women During Pregnancy and the Early Postpartum Period », *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [en ligne], vol. 37, n° 3, p. 301-314, <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x>> (consulté le 30 septembre 2015).
- DEPARTMENT OF EDUCATION AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT (2004). *Continuity of Care : A Communication Protocol for Victorian Public Maternity Services and the Maternal Child Health Service*, State of Victoria.
- DEPARTMENT OF EDUCATION AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT (2011). *Maternal and Child Health Service Guidelines*.
- DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (2012). *Postnatal Care Program Guidelines for Victorian Health Services*, [en ligne], State of Victoria, <[https://www2.health.vic.gov.au:443/about/publications/policiesandguidelines/Postnatal Care Program Guidelines for Victorian Health Services](https://www2.health.vic.gov.au:443/about/publications/policiesandguidelines/Postnatal%20Care%20Program%20Guidelines%20for%20Victorian%20Health%20Services)> (consulté le 22 octobre 2015).
- DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (2015). *Victorian perinatal services performance indicators 2012-13*, [en ligne], State of Victoria, Department of Health, <<https://www2.health.vic.gov.au:443/about/publications/researchandreports/victorian-perinatal-services-performance-indicators-2012-13>> (consulté le 22 octobre 2015).
- DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*, [en ligne], <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001045/>> (consulté le 6 juin 2016).
- ELLBERG, L., U. HÖGBERG, B. LUNDMAN, K. KÄLLÉN, S. HÅKANSSON et V. LINDH (mai 2008). « Maternity care options influence readmission of newborns », *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, vol. 97, n° 5, p. 579-583.
- ELLBERG, L., B. LUNDMAN, M. E. K. PERSSON et U. HOGBERG (1 février 2005). « Comparison of health care utilization of postnatal programs in Sweden », *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, vol. 34, n° 1, p. 55-62.
- FORSTER, D. A., H. MCKAY, R. POWELL, E. WAHLSTEDT, T. FARRELL, R. FORD et H. L. MCLACHLAN (2015). « The structure and organisation of home-based postnatal care in public hospitals in Victoria, Australia: A cross-sectional survey », *Women and Birth*, [en ligne], <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.002>> (consulté le 20 novembre 2015).
- FORSTER, D. A., H. L. MCLACHLAN, J. RAYNER, J. YELLAND, L. GOLD et S. RAYNER (22 juillet 2008). « The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia », *BMC Pregnancy And Childbirth*, vol. 8, p. 1-11.
- GOULET, L., A. FALL, D. D'AMOUR et R. PINEAULT (juin 2007). « Preparation for discharge, maternal satisfaction, and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care. », *Birth (Berkeley, Calif.)*, vol. 34, n° 2, p. 131-139.
- HAMELIN-BRABANT, L., F. DE MONTIGNY, G. ROCH et M.-H. DESHAIES (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits - Rapport de recherche volet 1*.

- HARAN, C., M. Van DRIEL, B. L. MITCHELL et W. E. BRODRIBB (29 janvier 2014). « Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review », *BMC Pregnancy and Childbirth*, [en ligne], vol. 14, n° 1, p. 51, <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-51>> (consulté le 30 septembre 2015).
- HARVEY, B., et S. DURAND (2015). *Standards de pratique pour l'infirmière - Soins de proximité en périnatalité*, [en ligne], <<https://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf>> (consulté le 16 novembre 2015).
- HILDINGSSON, I. M., et A.-K. SANDIN-BOJÖ (octobre 2011). « “What is could indeed be better”--Swedish women’s perceptions of early postnatal care », *Midwifery*, vol. 27, n° 5, p. 737-744.
- HILDINGSSON, I., J. THOMAS, R. E. OLOFSSON et A. NYSTEDT (5 juin 2009). « Still behind the glass wall? Swedish fathers’ satisfaction with postnatal care », *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, vol. 38, n° 3, p. 280-289.
- KPMG (2006). *Evaluation of Victorian Maternal and Child Health Service*, State of Victoria.
- LANDY, C. K., W. SWORD et D. CILISKA (janvier 2008). « Urban women’s socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey », *BMC Health Services Research*, vol. 8, p. 1-9.
- LASSI, Z. S., R. KUMAR, T. MANSOOR, R. A. SALAM, J. K. DAS et Z. A. BHUTTA (21 août 2014). « Essential interventions : implementation strategies and proposed packages of care », *Reproductive Health*, [en ligne], vol. 11, n° Suppl 1, p. S5, <<http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-S1-S5>> (consulté le 8 mars 2016).
- LASSI, Z. S., A. MAJEED, S. RASHID, M. Y. YAKOOB et Z. A. BHUTTA (1 mai 2013). « The interconnections between maternal and newborn health – evidence and implications for policy », *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, [en ligne], vol. 26, n° sup1, p. 3-53, <<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2013.784737>> (consulté le 30 septembre 2015).
- LAVENDER, T., Y. RICHENS, S. J. MILAN, R. M. D. SMYTH et T. DOWSWELL (2013). « Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 7, p. CD009338.
- LINDFORS, A. C. (18 février 2014). *Hembesök - förslag på upplägg (Les visites à domicile - approche suggérée)*, [en ligne], Stockholm, Socialstyrelsen, <<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Hembesok/>> (consulté le 25 avril 2016).
- MCLELLAND, G., H. HALL, C. GILMOUR et R. CANT (2015). « Support needs of breast-feeding women : Views of Australian midwives and health nurses », *Midwifery*, vol. 31, n° 1, p. e1-6.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (dir.) (2007). *Bilan de la politique de périnatalité de 1993 : document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité*, Québec, Gouvernement du Québec, « Évaluation santé et services sociaux ».
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Stratégies de mise en oeuvre de la politique de périnatalité 2009-2012 : un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Durée moyenne de séjour hospitalier de la mère selon le type d'accouchement, Québec, (1998-2012)*.

- MINISTRY OF YOUTH AND CHILDREN SERVICES OF ONTARIO (2012). *Healthy Babies Healthy Children guidance document*.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014). *Addendum to Clinical Guideline 37, Postnatal Care*, [en ligne], Royaume-Uni, Addendum to Clinical Guideline 37, Postnatal Care, <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources>> (consulté le 8 septembre 2015).
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2015a). *Care of women and their babies : NICE Pathway*, Royaume-Uni, National Institute for Health and Care Excellence.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2015b). *Postnatal care : NICE clinical guideline 37*, Royaume-Uni, National Institute for Health and Care Excellence.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010). *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*, 2010.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, et UNICEF (2009). *Déclaration commune OMS/Unicef - Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*.
- PUBLIC HEALTH ONTARIO (2014a). *Healthy Babies Healthy Children Process Implementation Evaluation Highlights of Provincial Results*.
- PUBLIC HEALTH ONTARIO (2014b). *Healthy Babies Healthy Children Process Implementation Evaluation : Executive Summary*, Toronto, Queen's Printer for Ontario.
- RAYNER, J.-A., D. FORSTER, H. McLACHLAN, J. YELLAND et M.-A. DAVEY (septembre 2008). « A state-wide review of hospital postnatal care in Victoria, Australia: The views and experiences of midwives », *Midwifery*, [en ligne], vol. 24, n° 3, p. 310-320, <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.008>> (consulté le 30 septembre 2015).
- RAYNER, J.-A., H. L. McLACHLAN, D. A. FORSTER, L. PETERS et J. YELLAND (28 mai 2010). « A statewide review of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia. », *BMC Pregnancy And Childbirth*, vol. 10, p. 26-26.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (dir.) (2001). *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité : centres hospitaliers accoucheurs / CLSC / médecins traitants (période postnatale)*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- ROCH, G., R. BORGÈS DA SILVA et R. BLAIS (2016). *Retombées auprès des familles utilisatrices : Relevailles et collaborations intersectorielles - Rapport bref*.
- SCHMIED, V., C. FOWLER, C. ROSSITER, C. HOMER, S. KRUSKE et S. KRUSKE (2014). « Nature and frequency of services provided by child and family health nurses in Australia: results of a national survey », *Australian Health Review*, [en ligne], vol. 38, n° 2, p. 177-185, <<http://dx.doi.org/10.1071/AH13195>> (consulté le 30 novembre 2015).
- SCHUURMANS, N., J. JOBIN et A. LALONDE (2005). *Partir du bon pied : guide de grossesse et d'accouchement*, 3^e éd., Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- SHEEHAN, D., S. WATT, P. KRUEGER et W. SWORD (novembre 2006). « The impact of a new universal postpartum program on breastfeeding outcomes », *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, vol. 22, n° 4, p. 398-408.

- SOCIALSTYRELSEN (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn : Medicinska födelseregistret 1973-2014 et Assisterad befruktning, 1991-2013 = Grossesses, naissances et les nouveau-nés : Registre médical de naissance 1973-2014 et Fécondation assistée 1991-2013.*
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, et SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1996). *Directive clinique : La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme.*
- SOCIÉTÉ SUÉDOISE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (2013). *Säker vård efter förlossningen : Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet = Soins sécuritaires après l'accouchement : Recommandations pour les soins après la naissance pour la mère et l'enfant.*
- STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2005). *Regionalt Vårdprogram : Normal graviditet, förlossning Normal graviditet, förlossning och eftervård = Programme régional de soins : grossesse normale, accouchement et suivi.*
- SWORD, W. A., P. D. KRUEGER et M. S. WATT (2006). « Predictors of Acceptance of a Postpartum Public Health Nurse Home Visit : Findings from an Ontario Survey », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, [en ligne], vol. 97, n° 3, p. 191-196, <<http://www.jstor.org/stable/41994719>> (consulté le 12 novembre 2015).
- SWORD, W., S. WATT et P. KRUEGER (juin 2004). « Implementation, uptake, and impact of a provincial postpartum program », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 36, n° 2, p. 61-82.
- SWORD, W., S. WATT et P. KRUEGER (11 décembre 2006). « Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women », *Journal Of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing : JOGNN/NAACOG*, vol. 35, n° 6, p. 717-727.
- THOMAS, J., et I. HILDINGSSON (9 janvier 2015). « Sweden », dans P. Kennedy et N. Kodate (dir.), *Maternity Services and Policy in an International Context : Risk, Citizenship and Welfare Regimes*, Routledge.
- TU, M. T., et J. POISSANT (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- WALDENSTRÖM, U., A. RUDMAN et I. HILDINGSSON (2006). « Intrapartum and postpartum care in Sweden : women's opinions and risk factors for not being satisfied », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 85, n° 5, p. 551-560.
- WALLBY, T., et A. HJERN (1 novembre 2011). « Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county », *Acta Paediatrica*, [en ligne], vol. 100, n° 11, p. 1495-1503, <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x>> (consulté le 2 mars 2016).
- WATT, S., W. SWORD et P. KRUEGER (15 août 2005). « Implementation of a health care policy : an analysis of barriers and facilitators to practice change », *BMC Health Services Research*, vol. 5, p. 53-53.
- WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (2007). *Recommendations and guidelines for perinatal medicine*, Barcelone, MATRES MUNDI.
- YONEMOTO, N., T. DOWSWELL, S. NAGAI et R. MORI (mars 2014). « Schedules for home visits in the early postpartum period », *Evidence-based child health : a Cochrane review journal*, vol. 9, n° 1.

Annexe 1

Démarche méthodologique

1. Approche documentaire retenue

Afin de pouvoir répondre à ce mandat, une recherche documentaire a été effectuée pour recenser les synthèses de connaissances et les recommandations d'autorités de santé publique à l'international. Dans un deuxième temps, une démarche similaire a été entreprise pour trouver les études et les documents de littérature grise portant sur les programmes de suivi postnatal dans les juridictions de l'Ontario, du Victoria (Australie) et de la Suède.

Les publications retenues devaient respecter les critères suivants :

Critères d'inclusion

- Publications qui font état des effets directs ou indirects sur les mères, les nouveau-nés et la famille;
- Programmes qui ciblent une région ou une communauté ou qui ont trait à une clientèle vulnérable (faible niveau de scolarité et en situation de pauvreté);
- Publications qui font état des modalités du programme comme la durée de celui-ci, le nombre de visites, la formation des intervenants, etc.;
- Publications qui ont trait à l'implantation du programme;
- Publications ayant trait aux facteurs qui facilitent ou font obstacle au succès du programme.

Critères d'exclusion

- Publications antérieures à 1996²³;
- Publications dans une langue autre que le français ou l'anglais²⁴;
- Études économétriques et analyses coûts-avantages;
- Publications qui portent exclusivement ou en majorité sur le suivi avant le congé hospitalier (*screening*), le suivi prénatal ou qui porte sur le suivi en pédiatrie et en obstétrique.

1.1. SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES

Afin de faire le point sur les connaissances en matière de suivi postnatal après le congé hospitalier, une recherche systématique de synthèses de connaissances et une recherche manuelle de littérature grise ont été complétées.

La recherche systématique des synthèses a été effectuée le 5 octobre 2015 à partir de la plateforme EbscoHost (incluant les bases de données CINAHL, Health Policy reference Center, Medline, Psychology & Behavioral Sciences Collection, PsychINFO, SocINDEX with full Text). Les termes de recherche utilisés ont été « *postnatal care* », combinés au terme « *review* », présent dans le titre ou le résumé de l'article. Cette recherche a permis de recenser 2114 articles. Après le retrait des doublons et l'exclusion des articles non pertinents, 105 articles ainsi que 21 articles supplémentaires²⁵ ont été

²³ Les travaux ayant conduit à l'instauration du programme de suivi postnatal au Québec, en appui au rapport *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999), remontent à 1996-1997.

²⁴ Afin de corroborer certaines informations tirées des études sur le suivi postnatal en Suède, quelques documents gouvernementaux en suédois ont été consultés après avoir réalisé la recension des écrits. La consultation de ces documents et la traduction de certains passages ont été faites à l'aide d'une interprète.

²⁵ Les articles supplémentaires sont ceux déjà retenus lors d'un premier survol de la littérature ou ceux trouvés dans les références des articles recensés grâce à EbscoHost.

retenus. La lecture des résumés par les deux auteures de cet avis a permis de sélectionner 10 synthèses de connaissances.

La recherche manuelle a été réalisée à partir des sites internet d'organisations internationales de santé publique. Elle a permis d'identifier huit documents faisant état des lignes directrices et des recommandations majeures en lien avec les programmes de suivi postnatal.

1.2. LES ÉTUDES DES PROGRAMMES DE L'ONTARIO, DU VICTORIA ET DE LA SUÈDE

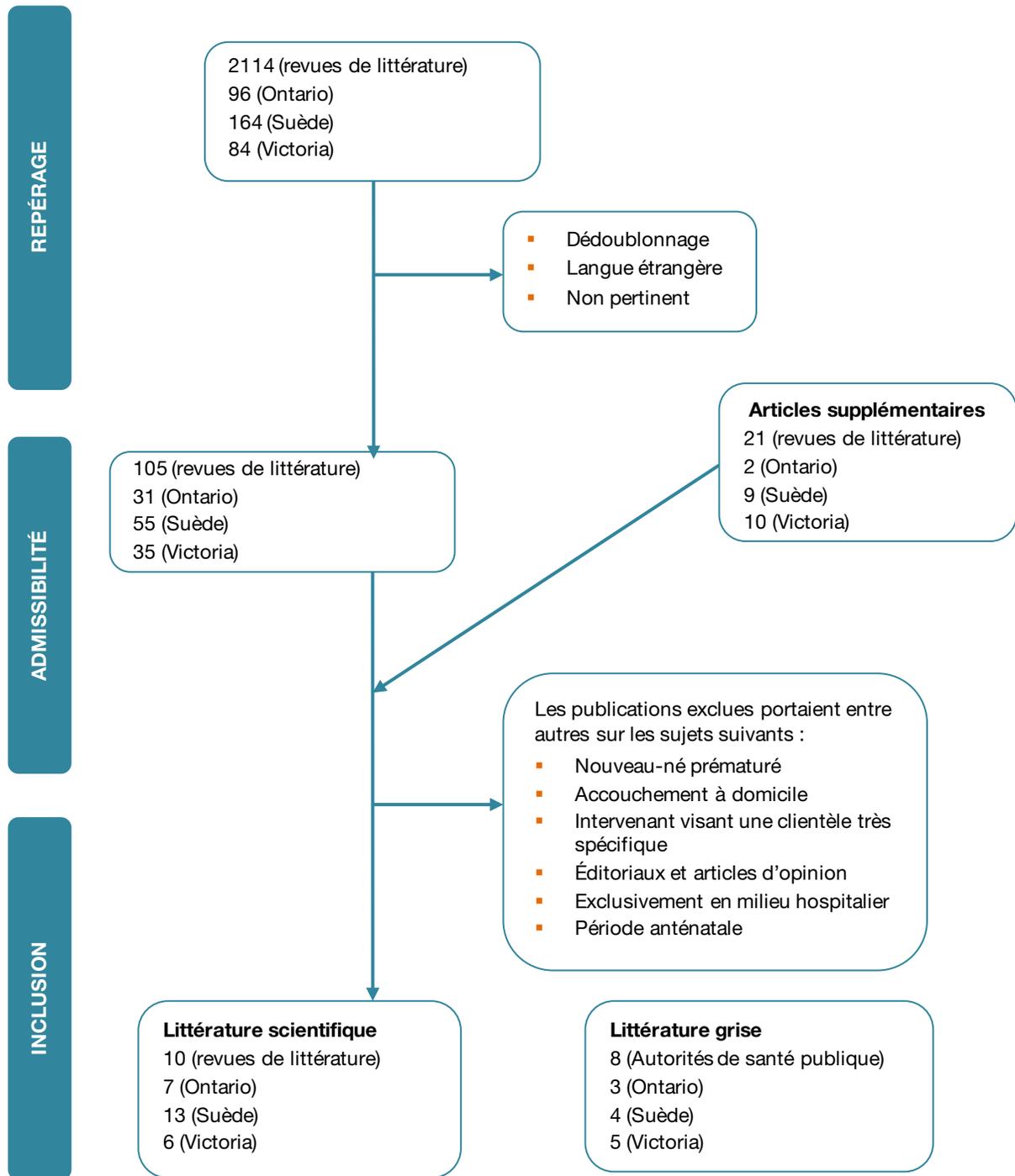
Afin de décrire des programmes de suivi postnatal de juridictions similaires au Québec où cette pratique fait figure d'exemple, une recherche systématique des articles scientifiques et une recherche manuelle de littérature grise ont également été réalisées.

La recherche systématique d'articles scientifiques a été réalisée entre le 13 et le 30 octobre 2015 à partir de la plateforme EbscoHost (incluant les bases de données CINAHL, Health Policy reference Center, Medline, Psychology & Behavioral Sciences Collection, PsychINFO, SocINDEX with full Text). Une requête par juridiction a été faite incluant les termes « *postnatal care* » et « *sweden* » ou « *Victoria* » ou « *Ontario* » dans le titre ou le résumé de l'article. Cette recherche a permis de recenser 96 articles pour l'Ontario, 164 articles pour la Suède et 84 articles pour le Victoria. Après le retrait des doublons et l'exclusion des articles non pertinents, 31, 55 et 35 articles, ainsi que 2, 9 et 10 articles supplémentaires²⁶ ont été retenus pour lecture, afin de vérifier s'ils correspondaient aux critères de sélection. Les études de tout type de devis, portant sur les divers effets des programmes des juridictions choisies et sur leurs conditions d'implantation, ont été retenues. La lecture des documents par les deux auteures a permis de sélectionner sept études pour l'Ontario, treize études pour la Suède et six études pour le Victoria.

La recherche manuelle a été faite à partir des sites internet des organisations majeures de santé publique de chacune de ces juridictions. Pour l'Ontario, trois documents ont été identifiés, ainsi que quatre pour la Suède et cinq pour le Victoria. Ces documents ont permis de contextualiser et de décrire les programmes ou pratiques de suivi postnatal de chaque juridiction.

²⁶ *Ibid.*

2. Organigramme de recherche documentaire



3. Les entrevues

Des experts et intervenants clés du milieu ont été contactés afin de corroborer certaines informations ayant trait aux programmes et services offerts dans les juridictions. Ces entrevues ont aussi permis de s'assurer d'avoir les documents clés les plus récents, ainsi que de répondre à certains questionnements.

Liste des experts et intervenants consultés

Nom (titre, organisation)	Juridiction	Mode de communication	Dates
▪ Barbara Harvey (infirmière-conseil, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)	Québec	Entrevue téléphonique	2015/11/24
▪ Louise Gilbert (infirmière, Santé publique Ottawa)	Ontario	Entrevue téléphonique	2015/11/03
▪ Riffaat Mamdani (conseillère de programme) et Barbara Dominic (analyste des politiques senior), ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario	Ontario	Entrevue téléphonique	2015/12/10
▪ Della Forster (professeure et chercheuse, Université La Trobe)	Victoria	Entrevue téléphonique	2016/01/12
▪ Maria Ahlberg (présidente de l'Association des sages-femmes de Suède et chercheuse au Karolinska Institutet)	Suède	Entrevue téléphonique	2016/03/23
▪ Mia Barimani (sage-femme et chargée de cours au Karolinska Institutet)	Suède	Échange de courriels	2016/03/18 à 2016/03/23
▪ Björk Áskelsdóttir (Karolinska Institutet)	Suède	Échange de courriels	2016/03/18
▪ Ulla Waldenström (professeure au Karolinska Institutet)	Suède	Échange de courriels	2016/03/17
▪ Tobias Alfvén (pédiatre et chercheur au Karolinska Institutet)	Suède	Entrevue téléphonique	2016/04/13

Malgré les démarches entreprises, certains détails sont restés en suspens. Parmi les limites les plus importantes, il a été impossible d'obtenir deux documents majeurs, soit le rapport d'évaluation complet de l'implantation du programme BSES en Ontario (nous n'avons pu obtenir qu'une présentation PowerPoint et un rapport sommaire), ainsi que le rapport final de l'implantation du cadre de référence des SSMI au Victoria (nous n'avons eu accès qu'au rapport d'étape).

www.inspq.qc.ca