

Rapport CÉTS 97-6 RF
ÉVALUATION DES RISQUES ET BÉNÉFICES DU CONGÉ PRÉCOCE EN POST-PARTUM.
Montréal: CÉTS, 1997. xv-116 p.
(ISBN 2-550-32466-8).

Résumé

Introduction

Ce rapport fait suite à une consultation menée par le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé* auprès des différents acteurs du système de santé québécois, et qui avait pour but d'identifier des priorités d'évaluation dans le cadre du virage ambulatoire. Lors de cette consultation, les avantages et les inconvénients du congé précoce en post-partum ont été identifiés comme un sujet d'évaluation prioritaire. La présente évaluation tient compte des effets du congé précoce sur la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né et sur l'organisation du travail en soins infirmiers. Elle décrit très brièvement la situation actuelle au Québec et examine les économies potentielles qui peuvent être attribuées à ce changement de pratique.

Méthodologie

La littérature existante dans le domaine a été identifiée sur la base de données MEDLINE à partir de 1969. L'examen des bibliographies de la littérature publiée a permis, en outre, le repérage des publications non indexées dans cette banque.

Les résultats concernant les réadmissions des mères d'une part, et des nouveau-nés d'autre part, ont été combinés à l'aide de techniques de méta-analyse. La mesure d'effet est le risque relatif (RR) ou le rapport des cotes (RC) selon le devis des études. Quant aux autres aspects du congé précoce, ils ont fait l'objet d'une revue critique sans combinaison quantitative des résultats.

L'estimation de l'impact économique du congé précoce s'est faite sur la base de données obtenues du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et d'expériences québécoises récentes.

Le congé précoce en post-partum

Évolution des durées moyennes de séjour en obstétrique

Au Québec, la durée moyenne du séjour d'un accouchement normal a diminué de 15 % entre 1993-94 et 1995-96 passant de 3,4 jours à 2,9 jours. Durant la même période, le séjour moyen après une césarienne sans complications a été réduit de 10 % passant de 5,8 jours à 5,2 jours. La même tendance vers la réduction des durées de séjour se retrouve ailleurs au Canada et aux États-Unis. Cependant, comme ces chiffres reflètent la durée du séjour total de l'épisode de soins, incluant le séjour depuis l'admission en travail et non

pas exclusivement la période en post-partum, les variations observées peuvent être la conséquence d'une réduction de séjour pré ou post-partum.

Historique et cadre conceptuel théorique

La notion du congé précoce se retrouve déjà dans la littérature des années 40. Bien que cette notion ne soit pas homogène à travers le temps et varie également entre les différents pays et cultures, la plupart des études définissent le congé précoce comme un départ entre 12 et 48 heures après la naissance; toutefois, dans certains programmes les séjours sont aussi courts que 2 à 6 heures. Le congé précoce d'un bébé normal est défini par l'Association des pédiatres du Québec comme étant un séjour de 48 heures ou moins pour un accouchement vaginal et de moins de 96 heures pour une césarienne. Au Québec, toutefois, on ne peut établir avec précision la durée de séjour en post-partum puisque les données médico-administratives de la banque MED-ÉCHO ne rapportent pas l'heure de la naissance.

Les partisans du congé précoce soulignent ses avantages, soit une diminution des coûts d'hospitalisation, un retour plus rapide à la maison avec un impact positif sur la relation parent-enfant et une diminution du risque d'infection nosocomiale. Ceux qui s'y opposent mettent en garde contre les effets sur la santé de la mère, tant sur le plan clinique que psychosocial, le risque de complications et de réadmissions pour le nouveau-né, les problèmes reliés à l'allaitement et le risque associé à la non-détection précoce de l'hyperbilirubinémie et des maladies métaboliques, telles que la phénylcétonurie, la tyrosinémie, les maladies thyroïdiennes et autres maladies héréditaires ou congénitales, notamment les malformations cardiaques.

Contenu d'un programme de congé précoce

Un programme de congé précoce doit respecter trois exigences fondamentales: des critères clairs d'admissibilité, une formation pré et postnatale adéquate et un suivi postcongé. L'Association des pédiatres du Québec ainsi que la Société canadienne de pédiatrie ont émis une série de recommandations à cet égard. Le suivi postcongé peut prendre différentes formes, soit une ou des visites à domicile, un suivi téléphonique, une ligne disponible 24 heures sur 24, un ou des rendez-vous de suivi en clinique externe ou toute combinaison de ces modalités.

Situation actuelle au Québec

La majorité des centres hospitaliers québécois offrent actuellement la possibilité d'un congé précoce aux mères et aux nouveau-nés, bien que l'organisation des programmes et du suivi soit différente d'un centre hospitalier à un autre. De façon générale, on rencontre au Québec trois situations: 1) des centres hospitaliers offrant un programme de congé précoce organisé conjointement avec les CLSC (Centres locaux de services communautaires) et les organismes communautaires, au niveau individuel ou au niveau régional, et dont la responsabilité du suivi est à la charge du CLSC; 2) des centres hospitaliers ayant mis sur pied un programme de congé précoce avec un suivi organisé et assuré par leur département d'obstétrique, avec ou sans entente avec les CLSC; le centre hospitalier assume la responsabilité du suivi; et 3) des centres hospitaliers offrant un congé précoce,

mais sans aucun suivi organisé après le congé, ni pour la mère ni pour l'enfant; dans ces cas la responsabilité du suivi n'est pas clairement définie. La majorité des centres hospitaliers québécois se trouvent dans l'une des deux premières catégories. Enfin, l'évaluation des résultats et l'évaluation économique des programmes de congé précoce au Québec n'en sont qu'à leurs débuts.

Effets du congé précoce

Effets sur la mortalité et la morbidité des nouveau-nés

La littérature disponible est abondante, mais les études présentent des lacunes méthodologiques importantes. On note plusieurs différences dans la définition du congé précoce, la définition des complications ainsi que dans l'énoncé des critères de réadmission. De plus, la taille des échantillons est généralement faible. La plupart des études ne tiennent pas compte de l'interaction entre la durée du séjour et plusieurs variables, telles que l'âge de la mère, le nombre d'enfants et le soutien familial, et ne considèrent pas la possibilité de réadmission et de consultation dans un autre centre hospitalier. Les études sont faites sur des programmes dotés de critères de sélection et d'un suivi postnatal bien organisé et dans lesquels le congé précoce est offert comme un choix. Dans les études randomisées, un biais d'abandon est généralement présent, compte tenu de la possibilité de désistement du programme de congé précoce ou l'avènement de complications exigeant une hospitalisation plus longue.

Les données disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer un lien entre le congé précoce et la mortalité et les complications chez les nouveau-nés. Tout au plus, il est possible de conclure que les complications les plus fréquentes sont l'ictère et les problèmes reliés à l'allaitement, soit la malnutrition et la déshydratation. Selon les résultats de la méta-analyse statistique, le risque relatif de réadmission des nouveau-nés après un congé précoce s'élève à 1,25 (intervalle de confiance à 95 %: 0,97-1,61), mais il serait plus important s'il n'y a pas de suivi offert après le congé. Entre 70 et 85 % de ces réadmissions sont dues à l'ictère. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés en considérant les faiblesses méthodologiques des études dont ils sont issus ainsi que les changements de pratique qu'entraînent les nouveaux protocoles de traitement de l'hyperbilirubinémie.

Quelques études ont examiné la relation entre le congé précoce et l'utilisation subséquente des services de santé comme les consultations en clinique externe et les visites à l'urgence. L'hétérogénéité des études quant au devis et à la mesure des résultats limitent les conclusions à cet égard, bien que la plupart d'entre elles montrent des variations non significatives du risque de consultations en externe et à l'urgence. Des études québécoises sur ce sujet seraient fortement utiles afin de mieux cerner les résultats des programmes de congé précoce et leur impact économique.

Les données montrent qu'entre 9 et 29 % des nouveau-nés ne sont pas revus à la visite de suivi. Pourtant, l'observance de la visite de suivi semble essentielle au maintien de la qualité des soins, surtout dans les programmes où le suivi à domicile n'est pas offert. Un autre point important a trait au dépistage des maladies métaboliques du nouveau-né, principalement la phénylcétonurie, la tyrosinémie et l'hypothyroïdie. En effet, la

performance prédictive des tests de dépistage peut être affectée si l'échantillon est pris trop précocement après la naissance. Des changements dans la séquence des tests destinés au dépistage de la tyrosinémie au Québec sont en cours, afin d'améliorer la performance des tests faits sur des échantillons hâtifs.

L'allaitement maternel semble relié à l'hyperbilirubinémie et à la déshydratation qui sont les causes les plus fréquentes de complications et de réadmissions, d'où l'importance de la surveillance de la qualité de l'allaitement. À cet égard, bien qu'il soit impossible de démontrer un effet direct entre le congé précoce et la qualité de l'allaitement, l'accent doit être mis sur la formation et le suivi des mères et des nouveau-nés dans le but de s'assurer que l'allaitement est adéquat dans les jours qui suivent le congé.

Effets du congé précoce sur la mortalité et la morbidité maternelles

Les complications et les réadmissions maternelles sont rares et la littérature examinée ne permet pas de conclure à une augmentation du risque dans les cas de congé précoce. Le taux de réadmission varie entre 0,1 et 1,9 % impliquant, dans la majorité des cas, des diagnostics d'infection ou des hémorragies. La méta-analyse réalisée estime le risque relatif de réadmission inchangé après un congé précoce à 1,19 (intervalle de confiance à 95%: 0,56-2,53). Mais, la pauvre qualité des études incluses dans la méta-analyse rend difficile une conclusion catégorique. D'autre part, il semble que la fréquence et l'intensité de la dépression maternelle post-partum soient réduites chez les mères en congé précoce.

Satisfaction des parents

La littérature concernant la satisfaction des patientes est hétérogène en ce qui concerne la définition et la mesure de la satisfaction. De plus, bien que la plupart des études examinées rapportent un taux de satisfaction élevé, il faut souligner que l'alternative du congé précoce est choisie par les parents, ce qui limite les conclusions.

Évaluation des coûts

L'évaluation des coûts a été faite sur la base des données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux et des résultats obtenus par les programmes québécois en place actuellement. L'estimation repose principalement sur l'utilisation du coût de la dernière journée d'hospitalisation. En considérant que la clientèle en obstétrique est une clientèle stable, on peut envisager des économies brutes de l'ordre de 13 millions de dollars par année pour un nombre total annuel de 90 000 accouchements. Mais ces économies ne seront tangibles que si elles sont accompagnées d'une réorganisation des services. De plus, ces économies ne tiennent pas compte des coûts associés aux risques de complications et de réadmissions, de l'utilisation des services après congé ni du transfert des coûts aux familles. En outre, compte tenu de l'état d'implantation des programmes de congé précoce au Québec, une bonne partie de ces économies est déjà réalisée dans les centres hospitaliers québécois.

Impact sur l'organisation des soins infirmiers

Le congé précoce amène des changements importants au niveau de l'organisation des soins infirmiers. Ces changements impliquent que toute la formation nécessaire pour la préparation de la mère aux soins du nouveau-né et à l'allaitement doit être effectuée dans un court laps de temps; les infirmières, voyant ainsi les mères partir plus tôt, ont le sentiment que ces dernières ne sont pas prêtes. Par ailleurs, dans le cas de programmes bien organisés, incluant un suivi post-partum, les infirmières peuvent vivre des situations stimulantes et ressentir un impact favorable.

Conclusions

Les principales conclusions à tirer de cette évaluation sont les suivantes :

1. Il n'y a pas d'évidence scientifique qui démontre une association entre le congé précoce en post-partum et un risque accru de mortalité néonatale.
2. Une augmentation du risque de réadmission des nouveau-nés et des mères est possible après un congé précoce. Bien que les résultats obtenus ne soient pas significatifs, on ne peut pas éliminer cette possibilité. **Il est essentiel de mettre en place des programmes de congé précoce incluant la formation des mères et des intervenants du milieu de la santé, des critères d'admissibilité et un suivi postcongé.**
3. Les données révèlent que la proportion des nouveaux-nés non vus à la visite de suivi peut s'élever à jusqu'à 29 %. Cette situation expose les nouveau-nés à des risques additionnels. **Il est impératif de connaître la situation actuelle au Québec et d'ajuster les pratiques de suivi en conséquence.**
4. La possibilité du **non-dépistage des maladies métaboliques du nouveau-né constitue un problème majeur.** Il sera mitigé dans la mesure où tous les nouveau-nés auront accès au test de dépistage au moment opportun, où les nouvelles méthodes de diagnostic de la tyrosinémie seront en place et où le suivi des cas douteux sera fait.
5. La littérature analysée ne permet pas d'associer le congé précoce à des effets sur la durée de l'allaitement maternel ni sur la satisfaction des patientes. Quant à la qualité de l'allaitement, qui est en lien direct avec les causes les plus fréquentes de réadmission du nouveau-né, **il est essentiel de mettre l'accent sur la formation pré et postnatale ainsi que sur le suivi postcongé afin de s'assurer que l'allaitement soit adéquat.**

6. La littérature disponible ne permet pas d'associer le congé précoce à une augmentation de l'utilisation des services ambulatoires. **Des études québécoises sont nécessaires afin d'évaluer localement cet aspect.**
7. L'évaluation des programmes québécois existants et la disponibilité des banques de données capables de relier les naissances aux services dispensés en milieu ambulatoire seront essentielles afin de dégager des modalités organisationnelles efficaces, efficientes et adaptées au contexte québécois.