**Société
canadienne
de pédiatrie**

Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré

RK Whyte; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

**English on page 655
Résumé en page 655**

Les nourrissons peu prématurés sont des nourrissons prématurés (c'est-à-dire qu'ils sont nés à moins de 37 semaines d'âge gestationnel [AG]), mais souvent assez matures pour être pris en charge dans des milieux et à l'aide de régimes thérapeutiques conçus pour les nouveau-nés à terme. Ces bébés sont souvent soignés dans des unités mère-enfant plutôt que dans des pouponnières spéciales ou de soins intensifs. Le fait d'éviter la séparation mère-enfant favorise des soins axés sur la famille et l'allaitement du nourrisson par sa mère. Le congé précoce, s'il est sécuritaire, peut encourager l'allaitement du nourrisson, la confiance parentale et la stabilité de l'unité familiale. Le nourrisson peu prématuré répond particulièrement aux avantages de l'environnement mère-enfant et d'un congé rapide à domicile, mais est vulnérable aux risques qui s'y associent. Le présent document de principes vise à repérer les pratiques qui garantissent un congé sécuritaire.

LA QUALITÉ DES PREUVES

Ces recommandations portent sur un vaste spectre de soins néonataux et sont généralement tirées de qualités de preuve de niveau IIa ou III (1). Chaque recommandation représente une position consensuelle tirée de plusieurs sources de preuves. Nous sommes d'avis que ces recommandations sont dérivées des meilleures données probantes possible, qui respectent la définition de pratique probante (2). Il existe de nombreuses occasions d'améliorer les données probantes motivant les décisions d'assurer le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré.

LA DÉFINITION ET LA FRÉQUENCE DES CAS DE NOURRISSONS PEU PRÉMATURÉS

Il existe des analyses approfondies (3-6) sur l'épidémiologie courante, les soins et l'issue des nourrissons peu prématurés. Ces nourrissons sont ceux qui sont nés à 34, 35 ou 36 semaines complètes d'AG (ou entre 238 et 258 jours de grossesse, inclusivement). (Au Canada, où l'AG est défini conformément à l'OMS [7], cette définition est interprétée pour inclure les bébés nés entre 238 et 258 jours de grossesse, inclusivement. Aux États-Unis, la définition clinique d'AG diffère d'un jour [6].) En 2006, 5,9 % des nourrissons nés vivants au Canada étaient peu prématurés (8). En 1994, les grossesses multiples représentaient 2,1 % de toutes les naissances vivantes au

Canada, mais 14 % des naissances peu prématurées (9,10). L'incidence d'accouchements peu prématurés et de grossesses multiples semble être à la hausse (9). Ces données sont semblables à celles déclarées aux États-Unis (5,11,12) et sur la scène internationale (13). L'augmentation des grossesses multiples, les interventions obstétriques et les mesures plus exactes de l'AG ont contribué à accroître l'incidence d'accouchements peu prématurés (5,9,12).

Il est démontré que la prématurité tardive est une période au cours de laquelle les risques de la prématurité sont assez faibles pour justifier le maintien d'un travail spontané ou, si la poursuite de la grossesse menace la santé de la mère ou du fœtus, une intervention obstétrique comportant peu de risques ou même des avantages pour le nouveau-né. Dans un grand centre américain, 80 % des accouchements peu prématurés étaient attribuables à un travail prématuré et 20 %, à une intervention obstétrique (3). Il n'existe toutefois pas d'essais cliniques de dimension suffisante pour vérifier l'issue des décisions obstétriques à cet AG (5).

LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DES NOURRISSONS PEU PRÉMATURÉS

La mortalité et la morbidité des nourrissons peu prématurés augmentent rapidement à mesure que l'AG diminue (3,14,15). De 1992 à 1994, le taux de mortalité des nourrissons peu prématurés uniques au Canada correspondait à 13,3 cas pour 1 000 naissances vivantes, un taux 4,5 fois plus élevé que celui des bébés uniques à terme (3,0 cas pour 1 000 naissances vivantes) (14). Le rapport de risque relatif de décès des nourrissons peu prématurés par rapport aux nourrissons à terme était de 3,3 pour l'asphyxie, de 5,0 pour l'infection et de 1,9 pour la mort subite du nourrisson (MSN), représentant 4,9 %, 6,1 % et 3,8 % des décès par cause, respectivement.

Extérieurement, le nourrisson peu prématuré peut sembler mature. Son poids dépasse souvent les 2 500 g, ce qui définit souvent la limite supérieure d'un petit poids de naissance (7). Cependant, ce poids est inférieur du tiers à celui d'un nouveau-né à terme et en santé, et il reflète d'importantes différences de composition corporelle et de poids cérébral (tableau 1 [16-19]). Le nourrisson peu prématuré peut avoir une thermorégulation inadéquate (20), une succion et une déglutition immatures et faibles (21), une adaptation incomplète de certains systèmes

TABEAU 1
Poids et éléments de la composition corporelle des
nourrissons peu prématurés par rapport aux nourrissons à
terme

Âge gestationnel, en semaines	% de la cohorte dont le poids de naissance était < 2 500 g			
	Poids moyen à la naissance (16), en g	Masse grasse, en % (17)	Poids cérébral, en % du terme (18,19)	
34	2 319	67	7,5	67
35	2 565	44	8,1	72
36	2 809	24	8,7	80
40	3 563	0,8	11,2	100

Adapté et traduit des références 16 à 19

enzymatiques (20,22) et des systèmes de défense immunologique et respiratoire insuffisants (23).

Plusieurs études (3,24,25) déterminent des taux marqués de morbidité liés à la prématurité chez ces nourrissons (tableau 2), qui augmentent à mesure que l'AG passe de 39 à 34 semaines (3,26). L'augmentation particulière de la morbidité et de la mortalité est apparente à 34 semaines plutôt qu'à 35 semaines. Dans une vaste étude en population (24) menée au Massachusetts (États-Unis) entre 1998 et 2003, 22 % des nourrissons peu prématurés présentaient une morbidité néonatale au potentiel fatal, qui était sept fois plus élevée que celle des nourrissons à terme (3 %).

L'immaturation relative du nourrisson peu prématuré se reflète dans son état à long terme. Les taux d'infirmité motrice cérébrale sont trois fois plus élevés, et ceux de retard du développement ou de retard intellectuel sont légèrement plus élevés (RR 1,25) que ceux des nourrissons à terme dans le cadre d'une vaste étude rétrospective de cohorte (27) au suivi précoce (en grande partie chez les moins de deux ans). Les premiers résultats scolaires des nourrissons peu prématurés, à l'exception de ceux ayant eu une morbidité périnatale aiguë, démontrent également un risque légèrement plus élevé de retard du développement et de besoins particuliers attribuables à l'AG plus court (28).

LE TRIAGE À LA NAISSANCE

À la naissance, il faut déterminer que le nourrisson est peu prématuré au moyen d'une évaluation attentive de l'AG, de préférence à l'aide de données tirées d'une échographie obstétrique précoce. Les nourrissons peu prématurés sont vulnérables à une mauvaise adaptation thermique, métabolique et cardiovasculaire et peuvent être admis à une unité de soins intensifs pendant de courtes périodes de surveillance évaluative. Les nourrissons de 34 semaines d'AG sont susceptibles de devoir demeurer sous évaluation pendant 24 heures afin qu'on s'assure de leur stabilité respiratoire. Les nourrissons qui ont des complications doivent être hospitalisés à l'unité de soins intensifs néonataux, et leur séjour peut être prolongé jusqu'après la période de prématurité.

Chez les nourrissons peu prématurés dont l'état est assez stable pour qu'ils soient admis à une pouponnière de niveau 1, il faut surveiller le milieu thermique de près, y compris la température ambiante, l'habillement, la literie et

TABEAU 2
Morbidité néonatale des nourrissons peu prématurés nés
vivants et à 37 et 39 semaines d'âge gestationnel

Groupe, n	Âge gestationnel, en semaines				
	34	35	36	37	39
Détresse respiratoire dépendante du respirateur	3,3	1,7	0,8	0,5	0,3
Tachypnée transitoire	2,4	1,6	1,1	0,7	0,4
Hémorragie intraventriculaire (tous les grades)	0,5	0,22	0,07	0,03	0,01
Bilan de septicémie	31	22	15	12	12
Septicémie démontrée par culture	0,5	0,4	0,2	0,2	0,1
Photothérapie	6,1	3,5	2,0	1,6	1,0
Entérocolite nécrosante	0,09	0,02	0,01	0,01	0,0
Indice d'Appgar ≤ 3 à 5 min	0,1	0,2	0,9	0,08	0,06
Intubation dans la salle d'accouchement	1,4	0,8	0,6	0,6	0,6
Au moins l'un des éléments précédents	34	24	17	14	14

Données présentées en pourcentage, à moins d'une indication à l'effet contraire. Adapté et traduit de la référence 3

l'exposition aux éléments. Il faut les compétences spéciales de personnel formé en appui à la lactation pour soutenir l'allaitement, notamment chez les mères d'un premier bébé. De nombreuses mères qui ont accouché d'un nourrisson peu prématuré se remettent d'une césarienne ou de complications de la grossesse et peuvent recevoir des analgésiques ou des médicaments pour soigner des troubles médicaux coexistants. On ne peut envisager le congé tant qu'un expert n'a pas évalué que l'alimentation est réussie et que la mère a confiance en sa capacité de poursuivre dans le même sens.

Les mères incapables d'allaiter ou qui décident de ne pas allaiter ont besoin d'une attention et d'un soutien spéciaux. Ce sont souvent les plus malades ou celles qui ont des responsabilités pressantes et parallèles à la maison, et elles ont besoin d'être orientées par un expert pour choisir et mélanger les préparations lactées pour nourrisson.

Les nourrissons peu prématurés sont beaucoup plus susceptibles d'être réhospitalisés que les nourrissons à terme après leur congé (21). Paradoxalement, les bébés de 36 semaines d'AG semblent être plus à risque d'être réhospitalisés que ceux de 34 ou 35 semaines d'AG. On peut expliquer cette situation par le congé souvent plus tardif des nourrissons d'AG moins avancé, en raison de problèmes pendant la transition (15).

Recommandations

- À la naissance, il faut faire subir à tous les nourrissons une évaluation attentive de leur AG et la consigner.
- Les nourrissons dépistés comme peu prématurés doivent faire l'objet d'une observation attentive afin de déterminer la réussite de leur adaptation. Cette évaluation doit inclure la température centrale, la glycémie à deux heures de vie et les signes vitaux.
- Il faut prévoir une observation à court terme des nourrissons peu prématurés pour s'assurer de leur stabilité cardiorespiratoire et de leur capacité de s'alimenter avant le triage vers une pouponnière à faible risque ou à risque intermédiaire et élevé.

- Il faut emmailloter les nourrissons, mesurer leur température centrale et la consigner. Avant de leur donner le bain, il faut attendre que leur température centrale atteigne au moins 36,5 °C.
- Il faut tenter une alimentation précoce.

LES PROBLÈMES DU NOURRISSON PEU PRÉMATURÉ APRÈS LE CONGÉ

Outre les problèmes généraux des nouveau-nés, les nourrissons peu prématurés sont particulièrement à risque d'être réhospitalisés en raison d'une hyperbilirubinémie, de problèmes d'alimentation, d'apnée ou d'événements aigus mettant la vie en danger, d'une possibilité de septicémie, de troubles respiratoires et d'hypothermie (4).

L'HYPERBILIRUBINÉMIE

Les nourrissons peu prématurés sont surreprésentés chez les nourrissons ayant une hyperbilirubinémie extrême (29). Les taux de bilirubine des nourrissons peu prématurés atteignent un pic plus tard (à sept jours plutôt que cinq), demeurent élevés plus longtemps et atteignent des valeurs moyennes plus élevées (207 $\mu\text{mol/L}$ par rapport à 190 $\mu\text{mol/L}$) (30) que ceux des nourrissons à terme. Le nourrisson peu prématuré est probablement à risque d'ictère nucléaire à des taux de bilirubine plus faibles que le nourrisson à terme (31). Dans le seul registre existant de nourrissons ayant un ictère nucléaire, le registre pilote américain d'ictère nucléaire (1992 à 2003), 24 % étaient peu prématurés (31,32). L'incidence d'ictère nucléaire dans les pays occidentaux est d'environ quatre cas par million de naissances (33,34).

Une hyperbilirubinémie extrême (taux de bilirubine sérique supérieurs à 428 $\mu\text{mol/L}$) peut être utilisé pour remplacer le risque d'ictère nucléaire (31). Dans une étude américaine (35) auprès de 51 387 nouveau-nés d'au moins 2 000 g à la naissance et de 36 semaines d'AG, 73 nouveau-nés sur 1 000 ou 1,4 sur 1 000 ont dépassé ce seuil. Ce risque d'hyperbilirubinémie extrême double à chaque semaine d'AG de moins que 40 semaines (35).

L'allaitement exclusif accroît le risque d'hyperbilirubinémie extrême d'un facteur de six environ. Presque tous les nourrissons du registre d'ictère nucléaire ayant une hyperbilirubinémie extrême étaient allaités (33,35). Cette association très marquée, qui s'observe particulièrement chez le nourrisson peu prématuré, est partiellement attribuable à la déshydratation et à une prise de poids insuffisante découlant d'une alimentation insuffisante. Lorsque l'alimentation entérale est réduite, la circulation entérohépatique de bilirubine augmente considérablement.

On peut prédire des taux élevés de bilirubine chez les nourrissons à partir d'un nomogramme de dépistage (36) reproduit dans les lignes directrices pour la prise en charge de l'hyperbilirubinémie (37,38). La Société canadienne de pédiatrie prône le dépistage universel (c'est-à-dire, mesure de la concentration de bilirubine sérique à une heure précise ou de bilirubine transcutanée avant 72 heures de vie). Les nourrissons peu prématurés dont les résultats se situent dans la zone faible ou intermédiaire ou en-deçà de cette zone doivent être réévalués dans les 24 heures à 48 heures. Les nourrissons

ayant une hyperbilirubinémie extrême chez qui on déclarait un taux de bilirubine équivalant ou supérieur à 428 $\mu\text{mol/L}$ avaient un âge médian de 4,5 jours. Ces taux ne s'associaient pas nécessairement à des augmentations rapides et précoces des taux de bilirubine (33,35). L'observation d'un nourrisson peu prématuré qu'on sait dans une zone à risque doit donc être maintenue tout au long de la première semaine de vie.

La photothérapie est d'une extrême efficacité pour réduire l'hyperbilirubinémie et éviter l'exanguinotransfusion. Il faut amorcer la photothérapie et l'exanguinotransfusion à des seuils de bilirubine plus bas que ceux utilisés pour les nourrissons à terme (38). La réhydratation et le rétablissement d'un allaitement adéquats sont d'importants éléments contributifs à la thérapie.

Recommandations

- Il faut évaluer les taux de bilirubine sériques des nourrissons peu prématurés dans les 48 heures suivant leur naissance et faire subir à ces nourrissons une évaluation au moyen des lignes directrices courantes relatives à la détection, à la prise en charge et à la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons peu prématurés (38).
- Il faut évaluer l'alimentation, la prise de poids et la jaunisse de manière répétée chez les nourrissons peu prématurés pendant leurs dix premiers jours de vie, jusqu'à ce qu'une prise de poids régulière sans jaunisse soit établie.

LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION ET LA CROISSANCE

Les problèmes d'alimentation représentent la principale raison de reporter le congé du bébé peu prématuré (25) et constituent une cause importante de réhospitalisation (39). La difficulté à coordonner la succion et la déglutition chez les nourrissons peu prématurés (40) est responsable d'une période d'alimentation plus longue et d'intervalles plus courts entre les boires. Chez les nourrissons allaités, l'effet d'une mauvaise prise et d'une mauvaise succion peut être responsable d'un retard ou d'une défaillance de la lactation et, par conséquent, d'une malnutrition et d'une déshydratation (25,41), notamment chez les mères plus âgées d'un premier enfant ou qui viennent de subir une césarienne (39). Les bébés plus petits peuvent avoir besoin d'être alimentés plus souvent et ne sont peut-être pas en mesure de s'adapter rapidement à l'espacement des boires de nuit. Chez les jumeaux, des boires aux trois heures peuvent occuper plus de la moitié des heures d'éveil de la mère.

On peut évaluer l'alimentation par l'observation attentive des boires ainsi que de la satiété et de la satisfaction du nourrisson, par l'espacement des boires et par l'examen des signes d'une absorption suffisante, telle que la prise de poids et le débit d'urine. Il est difficile d'interpréter ces signes cliniques pendant les quelques premiers jours de vie. Après leur congé, les bébés de 34 et 35 semaines d'AG peuvent profiter d'une préparation enrichie de protéines et de minéraux pour accélérer leur croissance. Ceux qui sont allaités peuvent recevoir du lait exprimé enrichi de suppléments. Même si on obtient une prise de poids

accélérée, aucune donnée probante n'indique pour l'instant que les suppléments sont bénéfiques à long terme.

Recommandations

- Il faut avoir alimenté avec succès le nouveau-né peu prématuré pendant 24 heures avant de lui accorder son congé à domicile.
- Les mères d'un premier bébé ont particulièrement besoin d'une supervision attentive et, lorsque les nourrissons quittent un milieu de soins intensifs, de profiter d'une expérience de cohabitation.
- Chaque boire ne doit pas dépasser 20 minutes.
- L'alimentation et la préparation à l'alimentation ne doivent pas occuper plus de six heures de la journée au moment du congé.
- Les plans de congé doivent tenir compte de la santé, du rôle parental et des habiletés d'alimentation de la mère ainsi que de la possibilité de soutien à domicile.
- La perte de poids précoce ne doit pas dépasser 10 %.

L'APNÉE ET LA MSN

L'incidence d'apnée de la prématurité diminue avec l'accroissement de la maturation cérébrale entre 30 et 37 semaines d'AG. Même si l'incidence d'apnée chez les nourrissons peu prématurés est plus élevée que chez les nourrissons à terme (25,42), elle est inhabituelle et rarement responsable d'une réhospitalisation. L'apnée de la prématurité, un diagnostic d'exclusion, est plus courante à un AG de 34 semaines qu'à un AG plus tardif. Certains centres recommandent une période de surveillance cardiorespiratoire de 12 heures à 24 heures pour exclure cette possibilité chez les nourrissons de moins de 36 semaines d'AG. Si on dépiste une apnée, il faut observer une période sans apnée de huit jours avant d'accorder un congé en toute sécurité (43). Le congé sous thérapie à la caféine n'est pas recommandé. D'autres formes d'apnée exigent le traitement de la cause précise. Une suppression rapide de la cause pourrait permettre d'éviter une surveillance encore plus prolongée.

L'apnée après le congé est également plus courante chez les nourrissons peu prématurés, tout comme la MSN (42). Cependant, la MSN n'est pas une prolongation de l'apnée de la prématurité et se produit généralement de nombreuses semaines après terme. Pour éviter la MSN, il faut accorder une attention étroite aux recommandations en place pour tous les nourrissons (44).

Recommandations

- On peut envisager une période de surveillance cardiorespiratoire en soins intensifs néonataux chez les nourrissons peu prématurés de 34 semaines d'AG avant de les transférer dans une pouponnière à faible risque.
- Les nourrissons qui font de l'apnée ont besoin de subir une évaluation diagnostique. Si on diagnostique une apnée de la prématurité, les nourrissons doivent recevoir une surveillance cardiorespiratoire à une unité de soins intensifs néonataux jusqu'à avoir passé huit jours sans apnée (43).
- Chez les nourrissons peu prématurés, il faut s'attacher à

respecter les lignes directrices pour la prévention de la MSN (44).

LA SEPTICÉMIE

Les nourrissons prématurés sont plus vulnérables à la septicémie à la naissance, et cette susceptibilité se poursuit après le congé. La mortalité par cause attribuable à la maladie à streptocoque du groupe B est considérablement plus élevée chez les nourrissons peu prématurés que chez les nourrissons à terme, tant pour ce qui est de la forme précoce que de la forme tardive de l'infection (45). Certains nourrissons naissent après une intervention en raison d'une chorioamnionite de la mère, et la plupart naissent avant la détermination de la colonisation des streptocoques du groupe B de la mère. Les nourrissons peu prématurés nés de mères dont on ne connaît pas le statut de colonisation devraient être traités conformément aux lignes directrices à jour (46). Ceux de moins de 36 semaines d'AG sont considérés comme vulnérables à l'infection, et si on ne connaît pas le statut de la mère et de prophylaxie antibiotique intrapartum, il faut prélever une formule sanguine et effectuer une observation aux quatre heures pendant 24 heures. La susceptibilité à l'infection virale postnatale est également élevée (47), tandis qu'après le congé, il faut éviter le contact avec des personnes infectées pendant la première année de vie, particulièrement pendant les mois d'hiver, alors que la susceptibilité est élevée.

Recommandations

- Les nourrissons peu prématurés de moins de 36 semaines d'AG doivent être considérés comme vulnérables à l'infection et pris en charge conformément aux lignes directrices à jour de prévention de l'infection à streptocoque du groupe B (46).
- Il faut éviter l'exposition à des personnes ayant une infection active des voies respiratoires supérieures ou d'autres infections virales.
- Avant le congé, il faut enseigner les avantages et les techniques de lavage des mains pour prévenir l'infection.

L'HYPOLYCYÉMIE ET LE CONTRÔLE DE LA TEMPÉRATURE

D'ordinaire, ces problèmes sont immédiats et ne devraient pas persister jusqu'au congé. On ne sait pas jusqu'à quel point, s'il y a lieu, le nourrisson peu prématuré court un risque supplémentaire d'hypoglycémie. On n'a pas déterminé de plage pathologique de glycémie, différente de la normale, pour les bébés à terme. Un dépistage systématique accru du nourrisson peu prématuré contribue considérablement à l'hypoglycémie déclarée. Avant qu'on en sache davantage, il serait prudent de tester ces bébés conformément aux lignes directrices relatives au nourrisson prématuré (48).

Le ratio important entre le poids et la surface du corps et la capacité réduite de thermogenèse des bébés plus petits fait de l'instabilité de la température un problème courant chez le nourrisson peu prématuré (16). Il faut examiner le domicile pour sa capacité de fournir un environnement thermique pertinent (environ 18 °C) à un nourrisson vêtu légèrement

qui dort dans une couchette. Il faut toutefois décourager les parents de surchauffer leur nourrisson. Tenter de vêtir le nourrisson de vêtements lourds dans un environnement thermique instable nuit à l'homéostasie thermique du nourrisson et accroît le risque de MSN (49).

Recommandations

- Il faut que les nourrissons peu prématurés aient démontré leur euglycémie avant leur congé.
- Le domicile doit être assez chaud pour soutenir l'environnement thermique du nourrisson sans qu'il soit nécessaire de recourir à une quantité excessive de vêtements ou de literie.

LES SERVICES DE SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT LORS DU CONGÉ

Contrairement aux autres patients hospitalisés, les mères et leur nourrisson vivent un événement bienvenu et hautement personnel, qui pose toutefois des risques de santé pour chacun d'eux. La naissance s'associe à de multiples interprétations culturelles, et les établissements de santé doivent être en mesure de répondre aux situations et besoins individuels et familiaux en ce qui a trait au soutien en milieu hospitalier, aux pratiques de congé, au suivi et à la réhospitalisation. Des pratiques de soins flexibles et une variété de possibilités constituent des éléments importants des soins maternels axés sur la famille.

Le congé à domicile est un événement important pour les familles, et les responsabilités et les coûts sont transférés des établissements à la collectivité et aux parents. Un congé précoce et sécuritaire de la mère et de son nourrisson représente l'objectif des soins mère-enfant. En général, une mère obtient son congé avant son nourrisson en raison d'une hospitalisation prolongée du nourrisson attribuable à des problèmes d'adaptation, couplés à des exigences parallèles pour la mère, qui doit généralement s'occuper de jeunes frères et sœurs à la maison. Il ne faut pas que des pressions exercées par l'établissement pour que les mères obtiennent leur congé entraînent la séparation de la mère et du nourrisson ou un congé précoce non sécuritaire. Lorsque des mères en santé n'ont plus besoin de services hospitaliers pendant la période postnatale, un autre type d'hébergement convenable doit leur être proposé pour éviter la séparation.

Il est déterminé que la réhospitalisation est un marqueur de mauvaise prise de décision de donner un congé, ce qui peut parfois être le cas des nourrissons qui ont des problèmes d'alimentation ou la jaunisse. Cependant, puisque la jaunisse fait son apparition plus tard chez les nourrissons peu prématurés, il se peut que celle-ci se manifeste seulement après le congé. La réhospitalisation d'un nourrisson peut constituer un inconvénient pour l'établissement, mais ne doit pas devenir une catastrophe familiale. Le congé ne doit pas être perçu comme un événement fixe et irréversible. Les établissements doivent se doter de structures plus perméables pour les nourrissons qui quittent et réintègrent les pouponnières d'hôpitaux, grâce à des stratégies comme des permissions de sortie, des salles de soins de courtoisie et des

évaluations et des tests en pouponnière pour des nourrissons qui ont obtenu leur congé.

Divers modèles de suivi postpartum des mères et de leur nourrisson sont mis en place dans diverses régions du Canada. Le fait de réduire la distinction entre les soins en établissement et les soins communautaires peut constituer une stratégie efficace pour assurer la sécurité du nourrisson peu prématuré qui obtient un congé précoce.

Recommandations

- Il faut éviter de séparer la mère et son nourrisson au congé grâce à des dispositions d'hébergement flexibles pour les parents.
- Il faut prévoir un rendez-vous de suivi dans les 48 heures suivant le congé auprès d'un dispensateur de soins communautaires avant que le nourrisson obtienne son congé à domicile.

Le congé du nourrisson doit être flexible et réversible. Il faut prendre des dispositions pour prévoir des services communautaires accessibles dans les pouponnières.

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie et le comité des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada ont révisé le présent document de principes.

RÉFÉRENCES

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. <www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2003_04_eng.html> (consulté le 7 septembre 2010).
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
3. McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008;111:35-41.
4. Jain L, Raju TNK, éd. Late preterm pregnancy and the newborn. *Clin Perinatol* 35;2008.
5. Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol* 2008;35:325-41.
6. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C et coll. "Late-preterm" infants: A population at risk. *Pediatrics* 2007;120:1390-401.
7. Organisation mondiale de la santé. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision, Volume 2 Instruction Manual. <www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf> (consulté le 7 septembre 2010).
8. Statistique Canada. Tableau 102-4512 – Naissances vivantes, selon les semaines de gestation et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel. <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgie.exe?Lang=F&CANSIMFile=CII%5CCII_1_Fhtm&RootDir=CII/> (consulté le 24 août 2009).
9. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Vincer MJ, Armson BA. Causes and consequences of recent increases in preterm birth among twins. *Obstet Gynecol* 2001;98:57-64.
10. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
11. Davidoff MJ, Dias T, Damus K et coll. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: Impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. *Semin Perinatol* 2006;30:8-15.
12. Lee YM, Cleary-Goldman J, D'Alton ME. The impact of multiple gestations on late preterm (near-term) births. *Clin Perinatol* 2006;33:777-92.
13. Blondel B, Kogan MD, Alexander GR et coll. The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight: An international study. *Am J Public Health* 2002;92:1323-30.

14. Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA* 2000;284:843-9.
15. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: We need to ask more questions. *Semin Perinatol* 2006;30:28-33.
16. Kramer MS, Platt RW, Wen SW et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108:E35.
17. Ziegler EE, O'Donnell AM, Nelson SE, Fomon SJ. Body composition of the reference fetus. *Growth* 1976;40:329-41.
18. Guihard-Costa AM, Larroche JC. Growth velocity of some fetal parameters. I. Brain weight and brain dimensions. *Biol Neonate* 1992;62:309-16.
19. Kinney HC. The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. *Semin Perinatol* 2006;30:81-8.
20. Laptook A, Jackson GL. Cold stress and hypoglycemia in the late preterm ("near-term") infant: Impact on nursery of admission. *Semin Perinatol* 2006;30:24-7.
21. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: Ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:669-78.
22. Kawade N, Onishi S. The prenatal and postnatal development of UDP-glucuronyltransferase activity towards bilirubin and the effect of premature birth on this activity in the human liver. *Biochem J* 1981;196:257-60.
23. Clapp DW. Developmental regulation of the immune system. *Semin Perinatol* 2006;30:69-72.
24. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M et coll. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics* 2008;121:e223-32.
25. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics* 2004;114:372-6.
26. Amiel-Tison C, Allen MC, Lebrun F, Rogowski J. Macropremies: Underprivileged newborns. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:281-92.
27. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr* 2009;154:169-76.
28. Morse SB, Zheng H, Tang Y, Roth J. Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics* 2009;123:e622-9.
29. Burgos AE, Schmitt SK, Stevenson DK, Phibbs CS. Readmission for Neonatal Jaundice in California, 1991-2000: Trends and Implications. *Pediatrics* 2008;121:e864-9.
30. Sarici SU, Serdar MA, Korkmaz A et coll. Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term newborns. *Pediatrics* 2004;113:775-80.
31. Bhutani VK, Johnson L. Kernicterus in late preterm infants cared for as term healthy infants. *Semin Perinatol* 2006;30:89-97.
32. Bhutani VK, Johnson LH, Jeffrey MM et coll. Kernicterus: Epidemiological strategies for its prevention through systems-based approaches. *J Perinatol* 2004;24:650-62.
33. Bjerre JV, Petersen JR, Ebbesen F. Surveillance of extreme hyperbilirubinaemia in Denmark. A method to identify the newborn infants. *Acta Paediatrica* 2008;97:1030-4.
34. Sgro M, Campbell D, Shah V. Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. *CMAJ* 2006;175:587-90.
35. Newman TB, Xiong B, Gonzales VM, Escobar GJ. Prediction and prevention of extreme neonatal hyperbilirubinemia in a mature health maintenance organization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1140-7.
36. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischage hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999;103:6-14.
37. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.
38. Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né [Auteurs principaux : K] Barrington, K Sankaran]. Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés (35 semaines d'âge gestationnel ou plus) – Résumé. *Paediatr Child Health* 2007;12:411-18.
39. Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Folck BF, Xiong B, Newman TB. Rehospitalization for neonatal dehydration: A nested case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:155-61.
40. Gewolb IH, Vice FL. Maturation changes in the rhythms, patterning, and coordination of respiration and swallow during feeding in preterm and term infants. *Dev Med Child Neurol* 2006;48:589-94.
41. Adamkin DH. Feeding problems in the late preterm infant. *Clin Perinatol* 2006;33:831-7.
42. Hunt CE. Ontogeny of autonomic regulation in late preterm infants born at 34-37 weeks postmenstrual age. *Semin Perinatol* 2006;30:73-6.
43. Darnall RA, Kattwinkel J, Nattie C, Robinson M. Margin of safety for discharge after apnea in preterm infants. *Pediatrics* 1997;100:795-801.
44. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
45. Heath PT, Balfour G, Weisner AM et coll. Group B streptococcal disease in UK and Irish infants younger than 90 days. *Lancet* 2004;363:292-4.
46. Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né [Auteur principal : K] Barrington]. La prise en charge du nourrisson plus vulnérable à la septicémie. *Paediatr Child Health* 2007;12:899-905.
48. Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né [Auteurs principaux : K Aziz, P Dancey]. Des lignes directrices pour le dépistage des nouveau-nés vulnérables à l'hypoglycémie. *Paediatr Child Health* 2004;9:733-40.
49. Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y et coll. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: A population based case-control study. *BMJ* 1990;301:85-9.

COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ

Membres : Docteurs Robert I Hilliard (représentant du conseil), The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Ann L Jefferies, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario) (présidente); Abraham Peliowski-Davidovich, Royal Alexandra Hospital, Edmonton (Alberta); S Todd Sorokan, New Westminster (Colombie-Britannique); Hilary EA Whyte, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Robin K Whyte, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteur Michael S Dunn, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario) (Société canadienne de pédiatrie, section de la médecine néonatale et périnatale); madame Sandra Dunn, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Partenariat des programmes périnataux du Canada); docteurs Andrée Gagnon, Blainville (Québec) (Collège des médecins de famille du Canada); Robert Gagnon, Hôpital Royal Victoria Hospital, Montréal (Québec) (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada); Catherine M McCourt, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario) (Santé Canada); madame Patricia A O'Flaherty, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie); docteure Lu-Ann Papile, Texas Children's Hospital, Houston (Texas) États-Unis (American Academy of Pediatrics, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né)

Auteur principal : Docteur Robin K Whyte, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin. Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP (www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm) pour en obtenir la version la plus à jour.