

## Document de principes

# Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé

Brigitte Lemyre, Ann L. Jefferies, Pat O’Flaherty

Société canadienne de pédiatrie, comité d’étude du fœtus et du nouveau-né, Ottawa (Ontario)

**Correspondance** : Société canadienne de pédiatrie, 100–2305, boul. St. Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Courriel : [info@cps.ca](mailto:info@cps.ca); site Web : [www.cps.ca](http://www.cps.ca)

Les documents de principes et points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont révisés régulièrement et modifiés au besoin. Consultez la page [www.cps.ca/fr/documents](http://www.cps.ca/fr/documents) du site Web de la SCP pour en obtenir la version la plus à jour. Les documents obsolètes sont retirés du site.

### Résumé

Le présent document de principes fournit des conseils aux professionnels de la santé afin que les nouveau-nés à terme et en santé venus au monde à l’hôpital à au moins 37 semaines d’âge gestationnel obtiennent leur congé en toute sécurité. Les soins hospitaliers aux mères et à leur nouveau-né doivent être prodigués dans une perspective familiale; les mères et leur nouveau-né doivent demeurer ensemble et rentrer à la maison en même temps. La durée du séjour hospitalier du nouveau-né dépend de la santé de sa mère, de sa propre santé et de sa stabilité, de la capacité de sa mère à s’occuper de lui, du soutien à la maison et de l’accès aux soins de suivi. De nombreuses dyades mère-nouveau-né sont prêtes à rentrer à la maison 24 heures après la naissance. L’éducation des parents ou des tuteurs et l’évaluation de la préparation au congé sont des volets importants de la planification du moment de rentrer à la maison. Chaque nouveau-né doit être doté d’un plan de congé approprié, y compris l’identification du professionnel de la santé qui s’occupera de lui et une évaluation par un dispensateur de soins dans les 24 à 72 heures suivant le congé.

**Mots-clés** : *Hospital discharge; Newborn; Postpartum care*

La période postnatale représente une transition importante pour la mère, le nouveau-né et sa famille. Le document intitulé *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* (1) fait ressortir les objectifs des soins pendant cette période :

- Favoriser le bien-être physique de la mère et du bébé.
- Favoriser la création de liens entre la mère, le nouveau-né et les membres de la famille.
- Faciliter l’acquisition par le bébé de l’habileté à s’alimenter.
- Aider la mère à approfondir ses connaissances et à accroître sa confiance en elle-même.
- Encourager le perfectionnement des habiletés parentales.

Dans le présent document de principes, le terme « famille » tient compte de la diversité des familles canadiennes, y compris celles composées d’un seul parent, de conjoints de même sexe

et de parents adoptifs. Certains nouveau-nés peuvent être pris en charge ou placés en famille d’accueil. De même, le terme « mère » désigne tout parent qui accouche d’un nouveau-né ou, dans le cas de la gestation pour autrui, le ou les adultes qui adoptent le nouveau-né.

Au Canada, environ 98 % des nouveau-nés viennent au monde à l’hôpital (2). Pendant le séjour hospitalier, les professionnels de la santé (PdS) doivent évaluer la santé physique du nouveau-né, dépister les problèmes précoces, contribuer à la mise en place des boires, observer l’interaction des parents avec leur nouveau-né et déterminer les facteurs de stress psychosociaux. La plupart des centres disposent de plans de soins standardisés et de protocoles de consignation au dossier pour les nouveau-nés à terme et en santé. Il est important d’adapter ces plans et ces protocoles aux besoins de chaque dyade mère-nouveau-né et de la famille. Le présent document

de principes vise à orienter les PdS et à assurer un congé sécuritaire aux nouveau-nés à terme et en santé d'au moins 37 semaines d'âge gestationnel (AG) à la naissance. Le congé du nouveau-né peu prématuré (34<sup>0/7</sup> à 36<sup>6/7</sup> semaines d'AG) ([www.cps.ca/fr/documents/position/conge-securitaire-nourrisson-peu-premature](http://www.cps.ca/fr/documents/position/conge-securitaire-nourrisson-peu-premature)) et du nouveau-né prématuré de moins de 34 semaines d'AG ([www.cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nourrisson-premature](http://www.cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nourrisson-premature)) est analysé dans deux autres documents de principes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) (3,4).

## MÉTHODOLOGIE

Les chercheurs ont effectué une recherche dans MEDLINE incluant les termes *hospital stay*, *discharge*, *readmission*, *well-baby visit* et *newborn* et l'ont mise à jour en mai 2016. Ils ont extrait les publications pertinentes de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de Statistique Canada. Ils ont examiné les listes de référence des lignes directrices, des articles et des autres publications.

## LA DURÉE DU SÉJOUR HOSPITALIER

Au Canada comme ailleurs, la durée du séjour hospitalier *post-partum* a diminué. En 1993, le séjour hospitalier (SH) moyen après un accouchement vaginal était de 3,2 jours; il était passé à 2,0 jours en 2012 (5). Pendant la même période, le SH après une césarienne est passé de 5,0 à 3,4 jours. Un SH *post-partum* plus court démontre que l'accouchement à faible risque est un événement défini par le « bien-être » plutôt que par la maladie. Un congé plus rapide peut faciliter l'intégration dans la famille, favoriser le lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né, permettre à la mère de se rétablir dans un milieu familial plus calme et de profiter du soutien de sa famille, et limiter l'exposition aux infections nosocomiales. Cependant, des inquiétudes ont été soulevées à l'égard du peu de temps pour éduquer les parents, du risque de ne pas dépister des problèmes postnatals rapidement, de l'augmentation des réhospitalisations pour des problèmes comme l'ictère et la déshydratation et de la réduction éventuelle de la durée d'allaitement.

Aucune donnée concluante ne démontre qu'un SH plus court accroît le risque pour la santé du nouveau-né ou n'établit le SH idéal des nouveau-nés à terme et en santé. De nombreuses études ne sont pas randomisées, les co-interventions (y compris le soutien après le congé) sont variables et la définition du congé précoce n'est pas uniforme, variant entre moins de 24 heures et moins de 48 heures. À l'étranger, les pratiques des soins et le financement peuvent différer de ceux du Canada. De nombreuses études utilisent la réhospitalisation comme mesure de résultat, ce qui présuppose que la réhospitalisation, y compris en cas d'ictère, est indicatrice d'une morbidité. Les taux de réhospitalisation sont peut-être plus élevés chez les

nouveau-nés qui obtiennent leur congé plus rapidement parce que des problèmes qui auraient été constatés à l'hôpital le sont maintenant après le congé.

Quatre analyses systématiques ont résumé des études sur le congé précoce des nouveau-nés à terme. En 1997, une analyse de 28 études sur le congé précoce (moins de 48 heures après un accouchement vaginal et moins de 96 heures après une césarienne) a conclu que les données ne soutenaient ni ne réfutaient un congé *post-partum* précoce pour la population générale (6). La même année, une analyse fouillée effectuée par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec a démontré qu'il n'y avait pas de lien concluant entre un congé précoce (au maximum 48 heures après un accouchement vaginal et moins de 96 heures après une césarienne) et la mortalité néonatale, les complications néonatales ou la durée de l'allaitement (7). Le risque relatif (RR) de réhospitalisation du nouveau-né après un congé précoce était de 1,25 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,97 à 1,61). Cette analyse faisait ressortir l'importance d'un dépistage métabolique approprié, de l'éducation à l'allaitement et du suivi après le congé. En 2009, une méta-analyse de dix essais aléatoires comparant diverses politiques hospitalières sur le congé des nouveau-nés a révélé que le congé précoce n'avait pas de répercussions importantes sur le taux de réhospitalisation (RR 1,29, IC à 95 %, 0,60 à 2,79) ni sur le taux d'allaitement de un à deux mois après l'accouchement (RR 0,90, IC à 95 %, 0,76 à 1,06) (8). La définition de congé précoce variait entre six et 72 heures après l'accouchement, mais désignait une période plus courte que le SH habituellement observé dans les hôpitaux faisant partie de chaque étude. En 2011, une analyse de 15 études a tiré des conclusions semblables à celles des analyses antérieures : les données étaient insuffisantes pour appuyer ou rejeter le congé précoce (9).

Les nouveau-nés à terme et en santé devraient séjourner à l'hôpital assez longtemps pour que l'on puisse dépister des problèmes majeurs. La plupart des problèmes cardiorespiratoires issus de la transition à la vie extra-utérine se manifestent dans les six à 12 heures suivant la naissance (10). Plusieurs études ont établi que de 50 % à 95 % des problèmes exigeant un transfert à un niveau de soins plus élevé ou une réhospitalisation après le congé avaient été décelés dans les 24 heures suivant la naissance (11–13). Cependant, il peut falloir une observation plus longue pour dépister certains problèmes. L'obstruction gastro-intestinale et l'hyperbilirubinémie justifiant un traitement ne sont pas toujours apparentes sur le plan clinique avant l'âge de 24 heures (14,15). Jusqu'à 30 % des cardiopathies congénitales graves non syndromiques ne feront pas l'objet d'un diagnostic définitif au cours des trois premiers jours de vie, même si la présence d'une cardiopathie peut avoir été établie (16). Les nouveau-nés venus au monde à 37 semaines d'AG ont tendance à séjourner plus longtemps à l'hôpital que ceux venus au monde à 38 semaines d'AG ou plus (17).

## LES SOINS EN MILIEU HOSPITALIER

### La détermination des facteurs de risque

Un congé sécuritaire dépend en partie de la détermination des facteurs de risque potentiels pour le nouveau-né et des problèmes qui exigent un suivi, ce qui inclut, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Les problèmes physiques et mentaux de la mère, l'histoire familiale positive
- Les facteurs de stress psychosociaux et socioéconomiques, la violence familiale
- Les médicaments que prend la mère, son tabagisme, sa consommation de substances psychoactives
- Le dépistage prénatal et les résultats échographiques anormaux
- Le poids du nouveau-né à la naissance
- Le statut de la mère quant à l'antigène de surface de l'hépatite B, à la syphilis, au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à la rubéole
- Le groupe sanguin et les anticorps de la mère
- Les facteurs de risque d'infection, y compris la colonisation de la mère par le streptocoque du groupe B, ou la prophylaxie antibiotique intrapartum (18,19)
- L'homéostasie anormale du glucose (20)
- La dysplasie développementale de la hanche (21)
- Les lésions subies pendant l'accouchement
- Les indices d'Apgar, la nécessité de stabiliser le nouveau-né à l'accouchement et un pH bas au cordon ombilical
- Les facteurs de risque d'ictère néonatal d'apparition précoce

Le PdS du nouveau-né doit avoir accès à des dossiers anténatals lisibles et complets. Il doit enrichir l'information ainsi obtenue par une conversation avec la mère, au cours de laquelle il l'incitera à lui faire part de ses inquiétudes éventuelles.

### L'examen physique du nouveau-né

L'examen physique complet de tous les nouveau-nés, effectué entre 24 et 72 heures de vie et avant le congé, est standard en Amérique du Nord et ailleurs. Les signes physiques des nouveau-nés examinés au cours des six premières heures de vie peuvent varier à cause de la transition à la vie extra-utérine (22), et les souffles cardiaques fonctionnels sont plus courants lorsque les nouveau-nés sont examinés tôt (23). Puisque certains problèmes néonataux ne sont pas apparents peu après la naissance, il est prudent de réexaminer les nouveau-nés lorsqu'ils ont été évalués pendant les six premières heures de vie. Cependant, le réexamen des nouveau-nés à faible risque et en santé avant le congé ne semble pas comporter d'avantages importants lorsque l'examen habituel initial a été effectué entre 24 et 72 heures de vie (24,25).

L'évaluation du nouveau-né vise à s'assurer d'une transition harmonieuse à la vie extra-utérine, à repérer les signes cliniques anormaux, à faire le suivi des problèmes décelés avant la

naissance, à mesurer le périmètre de la tête, la taille et le poids et à confirmer l'AG. Idéalement, l'examen devrait être effectué dans la chambre de la mère, en présence des parents, afin d'éviter le plus possible de séparer la mère de son nouveau-né, d'inciter les parents à poser des questions et de respecter la confidentialité. L'examen complet et systématique du nouveau-né permet de repérer les variantes de la normale et les observations sans importance sur le plan médical et de rassurer les parents à cet égard (26). L'examen permet de déceler une anomalie chez environ 8 % à 10 % des nouveau-nés (24,25). Entre autres, il est possible de passer à côté d'une fente palatine et de l'imperforation de l'anus (27,28). Une liste de vérification structurée peut contribuer à consigner les observations et à s'assurer d'avoir procédé à un examen complet (voir l'annexe). Le Relevé postnatal Rourke contient des conseils sur les éléments précis à inclure dans l'examen physique jusqu'à l'âge d'une semaine (29).

### Les soins et l'observation

L'évaluation continue du nouveau-né et de la dyade mère-nouveau-né pendant le SH contribue à un congé sécuritaire. Une période de transition anormale, caractérisée par des troubles comme une détresse respiratoire, une hypoglycémie, une instabilité de la température, une léthargie et des facteurs de risque de sepsis, accroissent la probabilité de problèmes pendant les quelques premiers jours suivant la naissance qui entraînent la prolongation du SH ou la réhospitalisation (14). Il faut assurer la promotion et la protection de l'allaitement, qui est le mode d'alimentation optimal (30), mais les mères doivent se sentir soutenues dans leur propre choix. Pour évaluer l'allaitement, l'observation directe de la position, de la prise au sein et de la déglutition du nouveau-né suffit. Une perte de poids de plus de 10 % accroît le risque d'hyperbilirubinémie (31,32) et d'hypernatrémie (33,34). Il faut consigner au dossier le passage d'urine et de méconium. Au moins 95 % des nouveau-nés à terme et en santé ont évacué leur première selle à l'âge de 24 heures. Il faut consigner les écarts de la normale dans le comportement du nouveau-né, en informer le PdS de première ligne qui s'occupe de l'enfant et assurer un suivi lorsque la situation l'indique.

Les PdS doivent se montrer attentifs à l'interaction entre le nouveau-né, sa mère et sa famille, car il est important de relever les inquiétudes quant à la capacité de la mère à s'occuper de son nouveau-né. Une faible scolarisation, une situation socioéconomique défavorisée, le jeune âge de la mère, la barrière de la langue, un logement inapproprié, des soins prénatals inadéquats, la consommation de drogues ou d'alcool, la dépression, l'isolement, l'absence de soutien familial et les relations instables entre les parents font partie des éléments qui rendent le nouveau-né à risque (35). Plusieurs études canadiennes démontrent que le fait d'être parent pour la première fois, un AG moins avancé et un faible revenu familial s'associent à une augmentation du taux de réhospitalisation (36-38).

### La préparation au congé

Il peut être complexe de prendre une décision appropriée quant au moment du congé, parce que les PdS et la mère n'ont peut-être pas la même perception de ce qu'est une préparation suffisante (39). Les médecins ont tendance à se concentrer sur les éléments cliniques et physiques du nouveau-né, mais l'âge de la mère, les facteurs de risque sociaux, la fatigue et le stress sont également des facteurs importants (40). Par rapport à la perception des PdS, les mères sont plus susceptibles de ne pas se sentir prêtes à ramener leur nouveau-né à la maison, surtout s'il s'agit d'un premier bébé, qu'elles n'ont pas reçu de soins prénatals appropriés, qu'elles ont accouché hors des heures habituelles et qu'elles n'ont pas reçu d'éducation adéquate à l'hôpital (41). La perception de ne pas être prête peut s'associer à une plus grande utilisation des services de santé et à une moins bonne santé du nouveau-né dans le mois suivant le congé (41). Ces questions soulignent l'importance de la communication entre la mère et son équipe soignante, de même que de la prise en compte des facteurs liés à la mère et à l'éducation sur les habiletés parentales pendant la planification du congé.

Idéalement, la préparation au congé doit s'amorcer pendant la période anténatale et être renforcée pendant la période périnatale. (Ce processus n'est pas toujours possible pour les nouveau-nés confiés au service de protection de l'enfance et de la jeunesse). La sélection d'un PdS de première ligne pour le nouveau-né pendant la grossesse facilite non seulement le processus de congé, mais permet aux parents de discuter des soins de leur nouveau-né, de poser des questions et de se familiariser avec la pratique du PdS. Les éléments suivants sont des aspects importants de l'éducation des parents :

- L'alimentation du nouveau-né, y compris l'importance de l'allaitement
- Le comportement et les soins du nouveau-né en bonne santé
- La détection des premiers signes de maladie, y compris l'ictère et la déshydratation, et les mesures à prendre
- La sécurité du nouveau-né, y compris l'utilisation d'un siège d'auto, de pratiques de sommeil sécuritaires et d'autres mesures pour réduire le risque de mort subite du nourrisson (42)
- Les mesures de prévention des infections
- L'importance d'un milieu sans fumée

Les parents de nouveau-nés ayant des facteurs de risque de sepsis doivent connaître les signes d'infection et savoir quand consulter un médecin (18).

Les programmes de dépistage néonatal de maladies métaboliques, d'autres maladies graves et de troubles de l'audition (43) facilitent une détection, un suivi et des interventions rapides et doivent être offerts à tous les nouveau-nés. Au Canada, les programmes de dépistage varient selon les provinces et les territoires (44). Les maladies ne sont pas toutes décelées avec fiabilité lorsque l'on prélève quelques gouttes de

sang sur papier buvard à des fins de dépistage avant 24 heures de vie; un prélèvement de suivi doit alors être obtenu dans la semaine suivant la naissance. À la fois la SCP ([www.cps.ca/fr/documents/position/hyperbilirubinemie-nouveau-nes](http://www.cps.ca/fr/documents/position/hyperbilirubinemie-nouveau-nes)) et l'*American Academy of Pediatrics* recommandent le dépistage de l'hyperbilirubinémie au moyen d'un nomogramme prédictif avant l'âge de 72 heures (45,46). S'il n'est pas nécessaire de l'effectuer plus tôt à cause d'un ictère clinique, il faut effectuer une mesure de la bilirubine au moment du test de dépistage métabolique. Cette mesure peut également être effectuée au congé ou à l'âge de 72 heures, selon la première des éventualités. C'est particulièrement important en cas de congé précoce, parce que les taux de bilirubine atteindront un pic à la maison. La mesure de la bilirubine sérique totale ou transcutanée semble avoir des valeurs prédictives semblables d'hyperbilirubinémie élevée (47). La SCP, la Société canadienne de cardiologie et l'Association canadienne de cardiologie pédiatrique recommandent désormais le dépistage systématique de la cardiopathie congénitale par saturométrie chez les nouveau-nés à terme et en santé. Un document de principes de la SCP contient d'ailleurs des conseils sur le dépistage par saturométrie (48).

Certains nouveau-nés sont candidats à la vaccination avant leur congé. Dans certaines provinces et certains territoires canadiens, le vaccin contre l'hépatite B est administré systématiquement à tous les nouveau-nés. Dans les régions sociosanitaires où la première dose n'est pas administrée à la naissance, le vaccin contre l'hépatite B est recommandé pour tous les nouveau-nés d'une mère ayant une hépatite B aiguë ou chronique ou qui vivent sous le même toit que des porteurs chroniques du virus de l'hépatite B ou que des personnes atteintes d'une hépatite B aiguë (49). On peut envisager d'administrer le vaccin contre l'hépatite B aux nouveau-nés d'une mère atteinte de l'hépatite C (50). On peut également envisager le vaccin bacille de Calmette-Guérin (BCG) pour les nouveau-nés qui habitent dans des localités à haut risque ou dont la mère est atteinte d'une tuberculose infectieuse (49).

Une approche uniforme de l'éducation et de la planification du congé peut accroître la satisfaction et la confiance des parents et limiter leur confusion et leur stress. L'utilisation d'une liste de vérification de la préparation au congé (tableau 1) peut améliorer la cohérence et garantir l'exhaustivité. Le tableau 1 doit être adapté aux politiques de chaque hôpital et de chaque région sociosanitaire, car les exigences et les programmes sont très différents d'une région à l'autre. Il est démontré qu'un poste d'infirmière consacré à la préparation au congé améliore le fonctionnement à l'hôpital et accroît la satisfaction des parents et du personnel infirmier (51).

### LES SOINS APRÈS LE CONGÉ

La plupart des lignes directrices sur les nouveau-nés recommandent que celui-ci soit évalué par un PdS après son congé, mais avant l'âge d'une semaine. L'*American Academy of Pediatrics* précise que

**Tableau 1.** Liste de vérification de la préparation au congé du nouveau-né à terme**Préparation de la mère**

- La mère donne les soins quotidiens au nouveau-né avec confiance et en toute sécurité, y compris l'allaitement.
- La mère démontre qu'elle sait comment reconnaître une maladie chez son nouveau-né et quand consulter.
- Les facteurs de risque psychosociaux et environnementaux ont été évalués et un plan de suivi approprié est prévu.

**Santé du nouveau-né**

- Examen physique par un professionnel de la santé
- Mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien effectués
- Température, fréquence cardiaque et fréquence respiratoire normales et stables
- Évacuation d'urine
- Évacuation de méconium
- Perte de poids inférieure à 10 %; si elle approche les 10 % ou y est supérieure, un plan de suivi est prévu
- Au moins deux boires concluants
- Évaluation des facteurs de risque anténatals et périnatals (p. ex., sepsis)
- Examen de la sérologie de la mère
- En cas de circoncision, absence de saignements locaux importants

**Tests et explorations**

- Dépistage néonatal à 24 heures de vie (repris avant l'âge de sept jours si le test a été effectué auparavant)
- Exécution ou planification du dépistage auditif
- Dépistage de la bilirubine – examen des résultats et planification du suivi, au besoin
- Exécution de la saturométrie

**Traitement**

- Vitamine K
- Prophylaxie de la conjonctivite néonatale, conformément aux lignes directrices régionales
- Vaccination, au besoin (p. ex., vaccin contre l'hépatite B)

**Éducation**

- Soins quotidiens au nouveau-né
- Sécurité et prévention des blessures chez le nouveau-né (y compris le siège d'auto sécuritaire, les pratiques de sommeil sécuritaires, la réduction du risque de mort subite du nourrisson)
- Alimentation
- Quand consulter
- Soins après la circoncision, s'il y a lieu

**Suivi**

- Sélection et consignation au dossier du professionnel de la santé de première ligne
- Planification d'un rendez-vous de suivi de 24 à 72 heures après le congé de l'hôpital
- Soutien à la lactation, s'il y a lieu
- Autres explorations, orientation vers des soins spécialisés et planification de rendez-vous, s'il y a lieu
- Offre de ressources de soutien communautaires

cette évaluation devrait avoir lieu de 48 à 72 heures après le congé lorsque le nouveau-né a quitté l'hôpital avant 48 heures de vie (52,53). Les données pour recommander d'effectuer l'évaluation à un moment précis ne sont pas très concluantes. Il y a peu d'essais aléatoires, et la plupart des études portent sur la nature plutôt que sur le moment du suivi. Selon trois études, les réhospitalisations et les consultations à l'urgence sont moins fréquentes lorsque les nouveau-nés sont vus dans les quelques jours suivant leur congé (54–56), mais une autre a établi que les évaluations effectuées dans les trois jours suivant le congé ont peu de répercussions sur ces issues (57). Le fait que le taux de bilirubine atteigne un pic et

que la perte de poids atteigne un creux entre l'âge de trois et cinq jours (13,58) favorise la tenue d'une première évaluation de 24 à 72 heures après un congé précoce.

Le premier examen du PdS après le congé doit toujours inclure une évaluation de la perte de poids, de l'ictère, de l'hydratation, de la santé générale, des boires et des malformations congénitales non observées à la première évaluation à l'hôpital. Le PdS doit évaluer et consigner au dossier l'interaction entre les parents et le nouveau-né et s'informer de l'adaptation familiale ainsi que de la présence de facteurs de stress psychosociaux ou psychoéconomiques. Il doit donner d'autres conseils préventifs

sur la sécurité du nouveau-né, son alimentation, l'administration de vitamine D (59) et les soins quotidiens à lui prodiguer, et répondre aux questions des parents.

Les modèles de soins au nouveau-né après le congé incluent des rendez-vous avec un médecin ou une infirmière en cabinet ou à l'hôpital et des visites à domicile par une infirmière ou une sage-femme. Aucun modèle ne semble être plus efficace pour améliorer le taux d'allaitement, réduire le taux de réhospitalisation ou les consultations à l'urgence ou au cabinet du médecin (60–64). Dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, des programmes de visites à domicile du nouveau-né sont financés par le ministère de la Santé afin d'améliorer l'équité en santé et les résultats cliniques chez les enfants et leur famille (65). Divers outils sont utilisés pour évaluer les risques de stress, de dépression et les problèmes d'habiletés parentales ainsi que pour surveiller le développement de l'enfant.

Les médecins, les autres PdS, les hôpitaux, les gouvernements et les organismes subventionnaires partagent tous la responsabilité de garantir les congés précoces les plus sécuritaires et efficaces possible après la naissance.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes portent sur le vaste spectre des soins au nouveau-né et sont généralement tirées de données probantes de niveau 2, 3 ou 4. La deuxième recommandation, soutenue par des données probantes de niveau 1, est l'exception (66). Toutes les recommandations sont issues des meilleures données probantes, reposent sur un consensus et respectent pleinement les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes (67).

1. En milieu hospitalier, les soins aux mères et aux nouveau-nés doivent être personnalisés et offerts dans une perspective familiale. Les mères et les nouveau-nés en bonne santé doivent rester ensemble et rentrer chez eux en même temps.
2. La durée du séjour hospitalier des nouveau-nés à terme et en santé (d'au moins 37 semaines d'âge gestationnel) dépend de la santé de la mère, de la santé et de la stabilité du nouveau-né, de la capacité de la mère à s'occuper de son nouveau-né, du soutien à la maison et de l'accès à des soins de suivi. De nombreuses dyades mère-nouveau-né seront prêtes à rentrer à la maison 24 heures après la naissance.
3. La préparation au congé doit faire partie de l'éducation anténatale de toutes les mères enceintes et inclure de l'information sur l'alimentation, les soins quotidiens au nouveau-né et la sécurité du nouveau-né. Le professionnel de la santé qui s'occupera du nouveau-né doit avoir été sélectionné et son nom doit être consigné au dossier.
4. Il faut évaluer et surveiller les facteurs de risque anténatals et périnatals pour le nouveau-né, y compris (entre autres) le sepsis, le syndrome d'abstinence néonatale, l'ictère et l'hypoglycémie. Il faut bien informer les familles des signes d'alerte après le congé et du moment de consulter.
5. Pendant le séjour hospitalier, il faut évaluer la capacité de la mère à s'occuper de son nouveau-né et sa confiance à cet égard. Tous les parents doivent recevoir des conseils sur les soins au nouveau-né, les signes de maladie et la manière d'y réagir, ainsi que sur la sécurité du nouveau-né, ce qui inclut les pratiques de sommeil sécuritaires. Il faut leur recommander des sites Web appropriés, tels que [www.soinsdenosenfants.cps.ca](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca) ou [www.aboutkidshealth.ca/fr](http://www.aboutkidshealth.ca/fr).
6. Lorsque la perte de poids avoisine ou dépasse 10 % du poids à la naissance, il faut évaluer l'alimentation avant le congé et offrir une éducation et un soutien supplémentaire à la mère. Lorsque la mère allaite, il faut prévoir des mesures pour surveiller le poids du nouveau-né et offrir un soutien à la lactation à la mère après le congé.
7. Il faut évaluer les inquiétudes psychosociales et environnementales de la famille pendant le séjour hospitalier et la diriger vers les bonnes ressources ou les bonnes interventions.
8. Les nouveau-nés à terme et en santé devraient être considérés comme prêts à obtenir leur congé à domicile lorsque tous les critères du [tableau 1](#) sont respectés, ce qui inclut les éléments suivants :
  - Un professionnel de la santé a effectué l'examen physique complet (y compris le périmètre crânien et la taille) et l'a consigné au dossier, et il n'est pas nécessaire d'effectuer d'autres observations ou d'autres traitements en milieu hospitalier.
  - L'adaptation cardiorespiratoire du nouveau-né à la vie extra-utérine est satisfaisante; sa fréquence cardiaque et sa fréquence respiratoire sont normales et stables.
  - La température du nouveau-né est stable dans un berceau ouvert, lorsqu'il est habillé normalement.
  - Le nouveau-né a évacué de l'urine et au moins une selle.
  - Le nouveau-né a eu deux boires qui se sont bien passés.
  - La sérologie de la mère a été examinée et la mère a reçu tous les médicaments ou les vaccins dont elle avait besoin.
  - Le dépistage du nouveau-né est complet, conformément aux lignes directrices provinciales ou territoriales à au moins 24 heures de vie, ou les dispositions sont prises pour procéder au dépistage dans les sept jours suivant le congé.
  - Le dépistage auditif est effectué ou planifié. Si la situation l'exige, le suivi est prévu.
  - Le dépistage de la bilirubine est effectué et le suivi est prévu s'il est nécessaire.
  - L'administration de vitamine K et la prophylaxie contre la conjonctivite néonatale ont eu lieu conformément aux lignes directrices provinciales ou territoriales. Puisque le risque de syndrome hémorragique du nouveau-né est plus élevé lorsque la vitamine K n'est pas administrée par voie intramusculaire, il est essentiel d'administrer les doses de suivi.
  - Un siège d'auto approuvé est installé dans la voiture pour le transport du nouveau-né lors du congé. Les parents

ont démontré qu'ils sont capables de placer le siège et d'y installer le nouveau-né convenablement.

9. Le dépistage de la cardiopathie congénitale grave par saturométrie est désormais recommandé pour les nouveau-nés à terme avant leur congé.
10. Au moment de leur congé, les nouveau-nés doivent être pourvus d'un plan de suivi approprié qui inclut les coordonnées d'un professionnel de la santé de première ligne et un rendez-vous de suivi planifié avec un professionnel de la santé qualifié de 24 à 72 heures après le congé, à l'hôpital, à la clinique ou à domicile. Le dépistage auditif et les autres tests de dépistage du nouveau-né sont planifiés (s'ils n'ont pas été effectués à l'hôpital), de même que le suivi approprié de l'ictère, l'administration de suppléments de vitamine D en cas d'allaitement et les autres suivis nécessaires.
11. Lorsqu'il est entendu de donner congé à un nouveau-né avant l'âge de 24 heures, le professionnel de la santé doit s'assurer que la transition du nouveau-né s'est bien passée, que celui-ci ne présente aucun facteur de risque exigeant un suivi étroit, qu'il a subi les tests de dépistage nécessaires, que les mesures de suivi consécutives à ce dépistage ont été planifiées et qu'un soutien familial est facilement accessible. Les visites à domicile sont idéales.
12. Les parents doivent recevoir un dossier écrit résumant l'information sur la santé de leur nouveau-né, tout problème de santé observé pendant le séjour hospitalier, les résultats de la bilirubine et les autres résultats de laboratoire, ainsi que le plan de suivi des soins.

## Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie a révisé le présent document de principes, de même que des représentants du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association canadienne des sages-femmes et des membres du comité consultatif des médecins de famille, du comité de pratique clinique – obstétrique et du comité de médecine fœto-maternelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Nous les en remercions.

## Références

1. Santé Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. Catalogue n° H39-527/2000F.
2. Statistique Canada. Tableau 3-100429-01 (anciennement 102-4516). Naissances vivantes et morts fœtales (mortalités), selon le lieu de naissance (hôpital ou non-hôpital), Canada, province ou territoire. [www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310042901&request\\_locale=fr](http://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310042901&request_locale=fr) (consulté le 7 mai 2018).
3. Whyte RK; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré. *Paediatr Child Health* 2010;15(10):661-6. [www.cps.ca/fr/documents/position/conge-securitaire-nourrisson-peu-premature](http://www.cps.ca/fr/documents/position/conge-securitaire-nourrisson-peu-premature).
4. Jefferies A; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. Rentrer à la maison : faciliter le congé du nourrisson prématuré. *Paediatr Child Health* 2014;19(1):37-42. [www.cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nourrisson-premature](http://www.cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nourrisson-premature)

5. Agence de la santé publique du Canada. L'Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens (2012). Disponible sur demande à [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/enquete-politiques-pratiques-maternite-hopitaux-canadiens-2012.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/enquete-politiques-pratiques-maternite-hopitaux-canadiens-2012.html) (consulté le 7 mai 2018)
6. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: A review and critique. *Obstet Gynecol* 1997;90(5):860-5.
7. Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum. Montréal : Technologies CÉTS 97-6 RF. 1007. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs52719> (consulté le 7 mai 2018).
8. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
9. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: The consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):758-63.
10. Desmond MM, Rudolph AJ, Phitaksphraiwan P. The transitional care nursery. A mechanism for preventive medicine in the newborn. *Pediatr Clin North Am* 1966;13(3):651-68.
11. Britton HL, Britton JR. Efficacy of early newborn discharge in a middle-class population. *Am J Dis Child* 1984;138(11):1041-6.
12. Jackson GL, Kennedy KA, Sendelbach DM et coll. Problem identification in apparently well neonates: Implications for early discharge. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39(10):581-90.
13. Zimmerman DR, Klinger G, Merlob P. Early discharge after delivery. A study of safety and risk factors. *ScientificWorldJournal* 2003;3:1363-9.
14. Juang D, Snyder CL. Neonatal bowel obstruction. *Surg Clin N Am* 2012;92(3):685-711.
15. Bhutani VK, Vilms RJ, Hamerman-Johnson L. Universal bilirubin screening for severe neonatal hyperbilirubinemia. *J Perinatol* 2010;30 Suppl:S6-15.
16. Peterson C, Ailes E, Riehle-Colarusso T et coll. Late detection of critical congenital heart disease among US infants: Estimation of the potential impact of proposed universal screening using pulse oximetry. *JAMA Pediatr* 2014;168(4):361-70.
17. Dietz PM, Rizzo JH, England LJ et coll. Early term delivery and health care utilization in the first year of life. *J Pediatr* 2012;161(2):234-9.
18. Jefferies AL; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. La prise en charge des nouveau-nés à terme à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce. *Paediatr Child Health* 2017;22(4):229-35.
19. Allen UD, Robinson JL; Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. La prévention et la prise en charge des infections par le virus de l'herpès simplex. *Paediatr Child Health* 2014;19(4):207-12.
20. Aziz K, Dancy P; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. Des lignes directrices pour le dépistage des nouveau-nés vulnérables à l'hypoglycémie. *Paediatr Child Health* 2004;9(10):733-40.
21. Shaw BA, Segal LS, American Academy of Pediatrics, section de l'orthopédie. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics* 2016;138(6):e20163107.
22. Desmond MM, Franklin RR, Vallvona C et coll. The clinical behavior of the newly born. I. The term baby. *J Pediatr* 1963;62:307-25.
23. Rennie JM. Examining the normal neonate. *Current Opin Pediatrics* 2004;14(4):361-5.
24. Moss GD, Cartledge PH, Speidel BD, Chambers TL. Routine examination in the neonatal period. *BMJ* 1999;302(6781):878-9.
25. Glazener CM, Ramsay CR, Campbell MK et coll. Neonatal examination and screening trial (NEST): A randomized, controlled, switchback trial of alternative policies for low risk infants. *BMJ* 1999;318(7184):627-31.
26. Lomax A, éditeur. Examination of the Newborn: An Evidence-based Guide, 2<sup>e</sup> éd. Chichester, UK:Wiley-Blackwell, 2015.
27. Habel A, Elhadi N, Sommerlad B, Powell J. Delayed detection of cleft palate: An audit of newborn examination. *Arch Dis Child* 2006;91(3):238-40.
28. Turovski C, Dingemann J, Gillick J. Delayed diagnosis of imperforate anus: An unacceptable morbidity. *Pediatr Surg Int* 2010;26(11):1083-6.
29. Rourke L, Leduc D. Relevé postnatal Rourke. [www.rourkebabyrecord.ca/default](http://www.rourkebabyrecord.ca/default) (consulté le 7 mai 2018).
30. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Comité canadien pour l'allaitement. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois (2012). [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html) (consulté le 7 mai 2018).
31. Chen YJ, Chen WC, Chen CM. Risk factors for hyperbilirubinemia in breastfed term neonates. *Eur J Pediatr* 2012;171(1):167-71.
32. Chang RJ, Chou HC, Chang YH et coll. Weight loss percentage prediction of subsequent neonatal hyperbilirubinemia in exclusively breastfed neonates. *Pediatr Neonatol* 2012;53(1):41-4.

33. van Dommelen P, van Wouwe JP, Bruening-Boers JM, van Buuren S, Verkerk PH. Reference chart for relative weight change to detect hypernatremic dehydration. *Arch Dis Child* 2007;92(6):490-4.
34. Lavagno C, Camozzi P, Renzi S et coll. Breastfeeding-associated hypernatremia: A systematic review of the literature. *J Hum Lact* 2016;32(1):67-74.
35. Forsythe PL, Maher R, Kirchick C, Bieda A. SAFE discharge for infants with high-risk home environments. *Adv Neonatal Care* 2007;7(2):69-75; quiz 76-9.
36. Johnson D, Jin Y, Truman C. Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions. *Can J Public Health* 2002;93(4):276-80.
37. Martens PJ, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: A population-based study. *Pediatrics* 2004;114(3):708-13.
38. Sword WA, Watt S, Krueger PD et coll. Understanding newborn infant readmission: Findings of the Ontario mother and infant survey. *Can J Public Health* 2001;92(3):196-200.
39. Bernstein HH, Spino C, Finch S et coll. Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: The life around newborn discharge study. *Pediatr* 2007;120(2):e391-400.
40. Britton JR, Baker A, Spino C, Bernstein HH. Postpartum discharge preferences of pediatricians: Results from a national survey. *Pediatr* 2002;110(1 Pt 1):53-60.
41. Bernstein HH, Spino C, Lalama CM, Finch SA, Wasserman RC, McCormick MC. Unreadiness for postpartum discharge following health term pregnancy: Impact on health care use and outcomes. *Acad Pediatr* 2013;13(1):27-39.
42. Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, La fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, Institut canadien de la santé infantile. L'énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada, 2011. [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance\\_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf) (consulté le 7 mai 2018).
43. Patel H, Feldman M; Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. Le dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés. *Paediatr Child Health* 2011;16(5):306-10.
44. Canadian Organization for Rare Disorders. Newborn screening in Canada status report. [www.raredisorders.ca/content/uploads/Canada-NBS-status-updated-Sept-3-2015.pdf](http://www.raredisorders.ca/content/uploads/Canada-NBS-status-updated-Sept-3-2015.pdf) (consulté le 7 mai 2018).
45. Barrington KJ, Sankaran K.; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. 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). *Paediatr Child Health* 2007;12(Suppl B):13B-24B.
46. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation (Clinical practice guideline). *Pediatrics* 2004;114(1):297-316.
47. Yu ZB, Han SP, Chen C. Bilirubin nomograms for identification of neonatal hyperbilirubinemia in healthy term and late-preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *World J Pediatr* 2014;10(3):211-18.
48. Wong KK, Fournier A, Fruitman DS et coll. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association position statement on pulse oximetry screening in newborns to enhance detection of critical congenital heart disease. *Can J Cardiol* 2017;33(2):199-208.
49. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html) (consulté le 7 mai 2018).
50. Robinson JL; Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux courants. *Paediatr Child Health* 2008;13(6):S36-41.
51. Ciaramella J, Longworth N, Larraz L, Murphy S. Improving efficiency, consistency and satisfaction on a mother-baby unit with the discharge nurse position. *Nurs Womens Health* 2014;18(4):333-9.
52. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, éd. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4<sup>e</sup> éd. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2014.
53. Benitz WE; comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for health term newborn infants. *Pediatr* 2015;135(5):948-53.
54. Lieu TA, Wikler C, Capra AM, Martin KE, Escobar GJ, Braveman PA. Clinical outcomes and maternal perceptions of an updated model of perinatal care. *Pediatrics* 1998;102:1437-44.
55. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Hakansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr* 2008;97(5):579-83.
56. Shakib J, Buchi K, Smith E, Korgenski K, Young PC. Timing of initial well-child visit and readmissions of newborns. *Pediatrics* 2015;135(3):469-74.
57. O'Donnell HC, Colman G, Trachtman RA, Velazco N, Racine AD. Impact of newborn follow-up visit timing on subsequent ED visits and hospital readmissions: An instrumental variable analysis. *Acad Pediatr* 2014;14(1):84-91.
58. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135(1):e16-23.
59. Godel JC; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des premières nations, des Inuits et des Métis. Les suppléments de vitamine D : Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada. *Paediatr Child Health* 2007;12(7):S91-8.
60. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early post-partum hospital discharge. *Pediatrics* 2000;105(5):1058-65.
61. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L et coll. A randomized comparison of home visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108(3):719-27.
62. Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics* 2002;109(6):1074-80.
63. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW et coll. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: The nurses for infants through teaching and assessment after the nursery (NITTANY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166(3):263-70.
64. Yonemoto N, Dowsell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;8:CD009326.
65. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Inventaire pancanadien des programmes de santé publique consistant en des visites à domicile destinées aux jeunes enfants – Faits saillants et glossaire. Antigonish, N.-É.: St. Francis Xavier University, décembre 2009. [http://nccd.ca/images/uploads/TK\\_KeyFactsGlossaryJune25\\_fr1.pdf](http://nccd.ca/images/uploads/TK_KeyFactsGlossaryJune25_fr1.pdf) (consulté le 8 mai 2018).
66. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169(3):207-8.
67. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.

**ANNEXE. Examen physique du nouveau-né à terme**

Aspect	Commentaire
Mesures	
Poids à la naissance	
Taille	
Périmètre crânien	
Apparence générale (activité, tonus, coloration)	
Peau	
Tête	
Cou et clavicules	
Yeux	
Présence du reflet rétinien	
Oreilles	
Nez et bouche	
Intégrité du palais	
Thorax	
Cœur	
Palpabilité des pouls fémoraux	
Abdomen	
Perméabilité de l'anus	
Appareil génital	
Chez le garçon, palpabilité des testicules	
Hanches (manœuvres d'Ortolani et de Barlow)	
Dos et colonne vertébrale	
Fossette sacrée	
Membres, y compris les doigts des mains et des pieds	
Système nerveux	

**COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE**

**Membres :** Heidi Budden (représentante du conseil), Mireille Guillot MD (membre sortante), Leonora Hendson MD, Ann L. Jefferies MD (présidente sortante), Thierry Lacaze-Masmonteil MD (président sortant), Brigitte Lemyre MD, Michael Narvey MD (président), Leigh Anne Newhook MD (représentante du conseil sortante), Vibhuti Shah MD

**Représentants :** Radha Chari MD, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; James Cummings MD, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics; William Ehman MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; Roxanne Laforge inf, Partenariat des programmes périnataux du Canada; Chantal Nelson Ph. D., Agence de la santé publique du Canada; Eugene H. Ng MD, section de la médecine néonatale et périnatale de la SCP; Doris Sawatzky-Dickson inf, Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie; Kristi Watterberg MD, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics (représentante sortante)

**Auteurs principales :** Brigitte Lemyre MD, Ann L. Jefferies MD, Pat O'Flaherty M. Éd., M. Sc. inf, IA (cat. spéc.)